

Fachhochschule Münster

Fachbereich Sozialwesen

Sommersemester 2016

Bachelorarbeit

Erstprüferin: Dipl. Soz. Arb. Marianne Ammann

Zweitprüfer: Prof. Dr. jur. Dirk Waschull

Spannungsfeld FASD und Sexualität

Wie können Pflegeeltern im Umgang mit ihren pubertierenden Töchtern unterstützt werden?

Theresa Driller

6. Fachsemester Soziale Arbeit, Matrikelnummer: 780046

Scharnhorststraße 10, 48151 Münster

theresa.driller@gmail.com

25.04.2016

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Das Fetale Alkoholsyndrom	4
2.1	Definition	4
2.2	Formen des Krankheitsbildes	5
2.3	Körperliche Merkmale	6
2.4	Neuropsychologische Charakteristika	8
2.4.1	Kognitive Fähigkeiten	9
2.4.2	Sprache, Wahrnehmung und Motorik	10
2.4.3	Soziale und emotionale Kompetenzen	12
2.4.4	Störung der Exekutiven Funktionen.....	13
2.5	Besonderheiten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen	15
3	Methodische Vorgehensweise	16
3.1	Problembenennung und Begründung der Forschungsfrage.....	17
3.2	Auswahl der Zielgruppe.....	18
3.3	Erhebungsmethode.....	20
3.3.1	Interviewerstellung.....	21
3.3.2	Interviewdurchführung	24
3.3.3	Interviewauswertung.....	25
4	Pubertätsverlauf bei weiblichen FASD Betroffenen	27
4.1	Beginn der Pubertät	27
4.2	Veränderungen des Körpers	29
4.3	Beziehungsverhältnisse	30
4.4	Entwicklung der Selbstständigkeit.....	33
4.5	Sexuelles Verhalten	35
4.6	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	38
5	Handlungsempfehlungen	39
5.1	Belastungen von Pflegeeltern in der Pubertätsphase	39
5.2	Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten	41
6	Fazit und Ausblick	44

Literaturverzeichnis

Anhang

1 Einleitung

In der folgenden Bachelorarbeit, mit dem Titel „Spannungsfeld Fetale Alkoholspektrumsstörung (FASD) und Sexualität – wie können Pflegeeltern im Umgang mit ihren pubertierenden Töchtern unterstützt werden?“, geht es um den Pubertätsverlauf von weiblichen FASD Betroffenen und die Probleme, die sich auf Grund des Krankheitsbildes dabei ergeben. Darüber hinaus wird auf die Situation und die Belastung der Pflegeeltern und der direkten Bezugspersonen der Betroffenen in Pubertätsphase eingegangen. Abschließend werden Handlungsempfehlungen für den alltäglichen Umgang mit Belastungssituationen im Pubertätsverlauf entwickelt werden.

Das Thema der Bachelorarbeit ist durch die Teilnahme an einem Seminar „Unterstützung von Familien mit einem durch Alkohol in der Schwangerschaft geschädigtem Kind – FASD“ der Fachhochschule Münster und der darin inbegriffenen Teilnahme an der 17. FASD Fachtagung des FASD Deutschland e.V. in Osnabrück im September 2015 entstanden. Im Austausch mit teilnehmenden Pflegeeltern von weiblichen FASD Betroffenen zum Thema FASD und Pubertät bzw. Sexualität wurde deutlich, dass die Pubertätsphase einige Probleme mit sich bringt und die Pflegeeltern an dieser Stelle einer besonderen Unterstützung bedürfen. Aus den Äußerungen der Pflegeeltern entwickelte sich sowohl das Thema als auch eines der drei Ziele der Arbeit und zwar Handlungsempfehlungen und Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegeeltern und direkte Bezugspersonen von weiblichen FASD Betroffenen zu entwickeln. Mit der Ausführung der Arbeit werden jedoch noch weitere Ziele verfolgt. Zum einen soll die Arbeit zur Aufklärung der Öffentlichkeit über die Folgen von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft mit den typischen Merkmalen des Krankheitsbildes der Fetalen Alkoholspektrumstörung dienen und somit sowohl einen präventiven als auch informativen Ansatz verfolgen. Darüber hinaus sollen die Auswirkungen des Krankheitsbildes im Jugendalter und jungem Erwachsenenalter aufgezeigt werden.

Die Arbeit gliedert sich grob in drei große Blöcke. Zur allgemeinen Einführung in das Thema werden zunächst im ersten Block die wesentlichen medizinischen Grundlagen, Eigenschaften und Merkmale des Krankheitsbildes des Fetalen Alkoholsyndroms erläutert (vgl. Kapitel 2). Hierbei wird sich hauptsächlich auf die Aspekte bezogen, die relevant für die Analyse des Pubertätsverlaufes bei weiblichen FASD Betroffenen sind. Im Anschluss daran wird im zweiten Block erläutert, wie mit Hilfe

einer Interviewdurchführung wesentliche Informationen zum Verlauf der Pubertät von weiblichen FASD Betroffenen und den daraus resultierenden Belastungen und Problemen gewonnen werden konnten (vgl. Kapitel 3). An dieser Stelle wird ebenfalls erläutert, weshalb eine solche methodische Vorgehensweise zur Informationsgewinnung notwendig war und wie konkret vorgegangen wurde. Anschließend werden im dritten Block die Ergebnisse der Interviews präsentiert. Hierfür werden im vierten Kapitel zunächst die gewonnenen Informationen der Interviewpartner zum Verlauf der Pubertät aufgeführt und mit den Erläuterungen des Krankheitsbildes im zweiten Kapitel in Verbindung gebracht. Im fünften Kapitel werden die Ergebnisse im Bezug auf die Belastungssituation von Pflegeeltern und den direkten Bezugspersonen der weiblichen FASD Betroffenen in der Phase der Pubertät dargestellt und es wird ein Ausblick auf mögliche Handlungsempfehlungen in Form von Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten gegeben. In einem abschließenden Fazit werden die wesentlichen Erkenntnisse der Arbeit zusammengefasst und ein Ausblick für weitere Forschungsarbeiten gegeben.

2 Das Fetale Alkoholsyndrom

In einer kurzen Definition des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) sollen die wichtigsten Informationen zusammengefasst werden. Im Anschluss werden die unterschiedlichen Formen einer vor- und nachgeburtlichen Schädigung durch mütterlichen Alkoholkonsum aufgezeigt. Die Ausführung zur körperlichen Diagnostik und den neuropsychologischen Charakteristika des Krankheitsbildes liefern die Grundlage für die Analyse der Probleme in der Pubertät von weiblichen FASD Betroffenen. Abschließend wird in diesem Kapitel auf die Besonderheiten von FASD im Jugendalter und jungem Erwachsenenalter eingegangen.

2.1 Definition

Das Fetale Alkoholsyndrom ist eine der „häufigste[n] vermeidbare[n] angeborene[n] Fehlbildungen“ (Spohr 2014, S. 203), die durch den mütterlichen Konsum von Alkohol während der Schwangerschaft entsteht. In internationalen Studien konnte gezeigt werden, dass im Jahr rund 2200 Kinder mit dem klinischen Vollbild des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) und circa 4500 Kinder mit einer alkoholbedingten Schädigung aus dem Bereich der Fetalen Alkoholspektrumsstörung (FASD) in Deutschland ge-

boren werden (vgl. *Feldmann u.a.* 2007, S. 855). Allerdings erhalten lediglich 10% der Betroffenen eine gesicherte Diagnose durch einen Arzt (vgl. *Löser* 1995, S. 9). Bei einem Alkoholkonsum in der Schwangerschaft durchdringt der Alkohol im Blutkreislauf der Mutter ungehindert die Plazenta und gelangt in den kindlichen Blutkreislauf, wo er durch seine toxische Wirkung Einfluss auf den Stoffwechsel des Kindes nimmt und Zellschädigungen hervorruft (vgl. *Steiner* 1990, S. 40; vgl. *Thomson u.a.* 2012, S.11). Die entstehenden intrauterinen Schäden in der embryonalen und fetalen Phase der Schwangerschaft haben lebenslange und irreparable Beeinträchtigungen der kognitiven, emotionalen und somatischen Entwicklung der Betroffenen zur Folge (vgl. *Landgraf u.a.* 2014, S. 903; *Feldmann u.a.* 2007, S. 853). Die wichtigsten diagnostischen Hinweise für eine alkoholbedingte Schädigung sind unter anderem vor- und nachgeburtliche Wachstumsstörungen, karniofaziale Fehlbildungen, Funktionsstörungen des Zentralnervensystems (ZNS) sowie der Nachweis über den mütterlichen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft (vgl. *Spohr* 2014, S. 17). Im Folgenden wird nun genauer auf die einzelnen Aspekte der hier erläuterten Basisinformationen eingegangen.

2.2 Formen des Krankheitsbildes

Auf Grund der unterschiedlich starken Ausprägung der körperlichen, seelischen und geistigen Beeinträchtigungen, die durch Alkohol in der Schwangerschaft entstehen, differenziert man verschiedene Formen des Krankheitsbildes, die im Weiteren näher definiert werden.

Das **Fetale Alkoholsyndrom** (FAS), auch als Alkoholembryopathie bezeichnet, stellt das klinische Vollbild der alkoholbedingten Schädigungen dar. Grundlage für die Diagnose eines FAS stellen die deutlichen Auffälligkeiten in drei wesentlichen Bereichen dar: der Wachstumsstörung, der karniofazialen Dismorphien sowie der Schädigung des ZNS. Das Vorliegen eines Nachweises über den mütterlichen Alkoholkonsum ist nicht zwingend zur Diagnose von FAS erforderlich. (vgl. *Spohr* 2014, S. 10)

Das **partielle Fetale Alkoholsyndrom** (pFAS) umfasst hauptsächlich die Folgen einer hirnrorganischen Schädigung durch Alkohol, die sich durch „kognitive und

emotionale Einschränkungen sowie Verhaltensauffälligkeiten in gleicher Ausprägung wie beim FAS“ (*Feldmann u.a.* 2007, S. 854) aufzeichnen. Die äußerlich sichtbaren Fehlbildungen (bspw. die karniofazialen Dysmorphiezeichen) sind bei diesem Krankheitsbild nur schwach bis gar nicht ausgeprägt, weshalb eine Diagnose oftmals erst im Schul- bzw. Erwachsenenalter gestellt werden kann (vgl. *Spohr* 2014, S. 10). Das pFAS ist auch unter dem Begriff ‚Alkoholeffekte‘ bekannt (vgl. *Nitzschke* 1998, S.111).

Unter ‚**Alcohol-related Neurodevelopmental Disorders**‘ (ARND) versteht man alkoholbedingte neurologische Entwicklungsstörungen, die sich in Form einer „nicht altersgemäßen Entwicklung, Verhaltensauffälligkeiten und kognitiven Störungen zeigen“ (*Spohr* 2014, S. 11). Eine körperliche Veränderung wurde bei untersuchten Patienten nicht festgestellt (vgl. *ebd.* S. 11).

Die alkoholbedingten Geburtsschäden, die mit dem Begriff ‚**Alcohol-related Birth Defect**‘ (ARBD) in der Fachliteratur beschrieben werden, definieren sich als direkter Zusammenhang zwischen Alkoholmissbrauch in der Schwangerschaft und den daraus resultierenden kongenitalen Anomalien (vgl. *Spohr* 2014, S. 11).

Allgemein können alle pränatalen und postnatalen Schädigungen, welche durch die toxische Wirkung von Alkohol in der Schwangerschaft in Form von organischen und hirnorganischen Anomalien entstehen, unter dem Begriff ‚**Fetal Alcohol Spectrum Disorder**‘ (FASD), zu Deutsch ‚Fetale Alkoholspektrumsstörung‘, zusammengefasst werden (vgl. *Landgraf u.a.* 2014, S. 903). Die im weiteren Verlauf der Arbeit erwähnten Erläuterungen beziehen sich gänzlich auf die Fetale Alkoholspektrumsstörung und somit auf das gesamte Spektrum vorgeburtlicher Schädigungen durch Alkohol.

2.3 Körperliche Merkmale

Durch die unterschiedliche Ausprägung der Symptome durch die Abhängigkeit von Menge und Häufigkeit des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft sowie dem daraus resultierenden toxischen Einflusses in unterschiedlichen Phasen des Reifungsprozesses des Fötus, „ergibt sich ein sehr variables, facettenreiches Bild der

Fehlbildungen“ (Löser 1995, S. 10). Im Folgenden sollen nun die wesentlichen körperlichen bzw. organischen Merkmale und Schädigungen von FASD Betroffenen mit Hilfe der von Landgraf und Heinen entwickelten S3-Leitlinien zur Diagnostik eines Fetalen Alkoholsyndroms aufgezeigt werden. Die S3-Leitlinien basieren in ihrer viergliedrigen Aufteilung auf dem 4-Digit Diagnostic Code, welcher ein weiteres standardisiertes Instrument zur Diagnostik von FAS darstellt (vgl. Landgraf u.a. 2013, S. 11). Sie werden als „evidenz- und konsensbasierte Empfehlungen bezüglich diagnostischer Kriterien für das Vollbild des Fetalen Alkoholsyndroms“ (Landgraf u.a. S.11) beschrieben, die eine Grundlage zur Entwicklung weiterer Leitlinien für das breite Spektrum der vorgeburtlichen Alkoholschädigungen bilden (vgl. ebd. S. 11). Die wesentlichen Kriterien, die für eine Diagnostik erforderlich sind, lassen sich in vier Symptombereiche gliedern:

Wachstumsstörungen

Kinder, die von FASD betroffen sind, zeigen häufig prä- und postnatale Wachstumsverzögerungen. Das Gewicht, die Körperlänge sowie der sich daraus ergebende Body Mass Index liegen bei FASD Betroffenen unter der zehnten Perzentile. Das bedeutet, dass die Kinder im Vergleich zu mindestens 90% ihrer Altersgenossen eine deutlich geringere Körpergröße und ein deutlich geringeres Körpergewicht aufweisen. (vgl. Landgraf u.a. 2013, S. 42)

Faziale Dismorphien

Bei Kindern mit intrauteriner Alkoholexposition zeigen sich ausgeprägte Fehlbildungen im Gesichtsbereich. Die drei grundlegenden Kriterien der fazialen Dismorphien sind kurze Lidspalten, ein verstrichenes Philtrum sowie eine schmale Oberlippe. Mit Hilfe eines von Astley und Clarren entwickelten fünfstufigem Lip-Philtrum-Guide, können sowohl die Verschmälerung des Oberlippenrots sowie das schwächlich modellierte Philtrum durch fotografischen Abgleich analysiert werden. Die verkürzten Lidspalten werden durch die Messung mit einem Lineal bestimmt und können anhand der von Clarren entwickelten Lidspalten-Perzentienkurve verglichen und analysiert werden. (vgl. Landgraf u.a. 2013, S. 45f)

Die karniofazialen Auffälligkeiten können sich im Laufe der Entwicklung eines FASD Betroffenen zurückbilden, weshalb die Diagnostik dieses Symptombereiches

im Erwachsenenalter erschwert wird und das Heranziehen von Fotos aus der Kindheit notwendig macht (vgl. *Spohr* 2014, S. 35).

Schädigung des zentralen Nervensystems

Nach den S3-Leitlinien von Landgraf und Heinen lassen sich die Schädigungen des zentralen Nervensystems (ZNS) in funktionelle und strukturelle Auffälligkeiten unterteilen (vgl. *Landgraf u.a.* 2013, S. 53). Zu den strukturellen Veränderungen des ZNS zählt die Mikrozephalie, die sich in Form eines verringerten Kopfumfangs unter der zehnten Perzentile zeigt (vgl. *ebd.* S. 53). Zu den funktionellen Auffälligkeiten des ZNS zählen sowohl eine Intelligenzminderung bzw. die Entwicklungsverzögerung bei Kindern unter zwei Jahren sowie unter anderem die Auffälligkeiten in den Funktionsbereichen Sprache, Motorik, Wahrnehmung, Exekutive Funktionen und Gedächtnisleistung (vgl. *Spohr* 2014, S. 283ff). Da die funktionellen Störungen des ZNS als wichtige Grundlage für die Analyse des Pubertätsverlaufs von weiblichen FASD Betroffenen dienen, werden diese im Kapitel 2.5 ausführlicher dargestellt.

Alkoholexposition in der Schwangerschaft

Die Feststellung mütterlichen Alkoholkonsums in der Schwangerschaft ist für die Diagnose einer intrauterinen Alkoholschädigung grundsätzlich nützlich (vgl. *Spohr* 2014, S. 39). Das klinische Vollbild FAS kann aber durch das Vorliegen der drei vorangegangenen Aspekte diagnostiziert werden (vgl. *Landgraf u.a.* 2013, S. 56). Bei anderen Formen der Fetalen Alkoholspektrumsstörung ist jedoch zum Teil der Nachweis des mütterlichen Alkoholkonsums während der Schwangerschaft erforderlich, um eine hinreichende Diagnose stellen zu können (vgl. *Spohr* 2014, S. 41f). Oft erweist sich jedoch eine Anamnese des mütterlichen Alkoholkonsums, auf Grund von Falschaussagen und Verharmlosungen der Mütter durch ein erhöhtes Scham- und Schuldgefühl sowie anderen Erkrankungen, als schwierig (vgl. *ebd.* S. 42).

2.4 Neuropsychologische Charakteristika

Das Gehirn wird durch den mütterlichen Konsum von Alkohol während der Schwangerschaft am schwersten beschädigt, da es „das Organ mit dem größten Sauerstoffbedarf und der größten Stoffwechselaktivität [ist]“ (*Feldmann* 2006, S. 93). Durch die toxische Wirkung des Alkohols im Blutkreislauf des Feten entstehen strukturelle

Anomalien, in Form von hirnrorganischen Fehlbildungen, sowie Störungen der Hirnfunktion, in Form von „neuropsychologischen und psychopathologischen Auffälligkeiten“ (Feldmann 2006, S. 93) und multiplen Hirnleistungsschwächen (vgl. Löser 2005, S. 449). Rund 90% der von FAS betroffenen Kinder und Jugendliche sind von einer geistigen Entwicklungsverzögerung betroffen, die durch frühzeitige und intensive Förderung zwar verbessert werden kann, aber dennoch nicht vollständig zu bewältigen ist (vgl. Feldmann 2006, S. 93ff). Besonders die Chance auf eine eigenständige Lebensführung und eine tragfähige berufliche Entwicklung wird durch die hirnrorganischen Schädigungen und ihre Folgen für die weitere Entwicklung des Kindes negativ beeinflusst und beeinträchtigen die spätere Lebensqualität (vgl. Möller 2013, S. 18). Die Anomalien des Gehirns stehen nicht zwangsläufig in Wechselwirkung mit körperlichen Merkmalen von FASD, weshalb die Analyse der Schädigungen des Zentralnervensystems (ZNS) einen wichtigen Bestandteil in der Diagnostik darstellt, um die individuellen Beeinträchtigungen des Patienten erfassen zu können (vgl. Löser 2005, S. 448; vgl. Spohr 2014, S. 184). Es gibt daher FASD Betroffene, die keine körperliche Symptomatik aufweisen, sondern lediglich Störungen im Bereich der Hirnfunktion zeigen, die pränatal durch Alkohol entstanden sind (vgl. Feldmann 2006, S. 93). Die Hirnfunktionsstörungen lassen sich in unterschiedliche Teilleistungsbereiche gliedern, die in den folgenden Unterkapiteln aufgezeigt werden sollen. Auf Grund der hohen Relevanz dieser Störungsbereiche für die Analyse des Pubertätsverlaufs von weiblichen FASD Betroffenen werden diese in den folgenden Unterkapiteln ausführlich erläutert.

2.4.1 Kognitive Fähigkeiten

Kinder mit einer Fetalen Alkoholspektrumsstörung weisen häufig eine verminderte intellektuelle Leistungsfähigkeit auf, die sich im Durchschnitt durch einen Intelligenzquotienten von 75 zeigen (vgl. Feldmann u.a. 2007, S. 859). Kinder mit dem Vollbild FAS weisen hingegen einen deutlich geringeren IQ von ca. 70 auf, was bereits in den Bereich der geistigen Behinderung fällt (vgl. Spohr 2014, S. 185). Kinder mit einem partiellen FAS erreichen hingegen im Durchschnitt einen IQ von 80, was dem Bereich einer Lernbehinderung entspricht (vgl. *ebd.* S. 185). Betroffene, bei denen der IQ im Normalbereich liegt, weisen dennoch Beeinträchtigungen im sozialen Leben auf, da vor allem im schulischen Bereich verkannt wird und dementspre-

chend normale Anforderungen und Erwartungen gestellt werden, die oft nicht erfüllt werden können und zu starker Frustration führen (vgl. *Härter* 2014, S. 21).

Die Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten zeigt sich besonders in den Bereichen des logischen Denkens, der Mathematik, des Lösen von komplexen Aufgaben sowie dem Begreifen von Sinnzusammenhängen. FASD Betroffene zeigen zudem eine deutliche Konzentrationsschwäche. Es fällt ihnen schwer ihre Aufmerksamkeit langfristig auf eine Aufgabe zu fokussieren. Sie verlieren somit schnell das Interesse und sind leicht abzulenken. Zudem ist das Kurz- und Langzeitgedächtnis der Betroffenen beeinträchtigt, wodurch es zu einer verringerten Merkfähigkeit kommt. Dies wirkt sich vor allem auf das Lernen und alltägliche Handlungen aus, da gelernte Lösungsansätze und Handlungsmuster nicht gespeichert werden können. (vgl. *Feldmann u.a.* 2007, S. 859)

Die Schwierigkeiten in der Verarbeitung relevanter Informationen erklären, weshalb FASD Kinder häufig nicht aus ihren Fehlern lernen und viel Kontrolle und Unterstützung benötigen (vgl. *Thomsen u.a.* 2012, S. 15). Wenn Kinder mit FASD über Erfahrungen oder Erlebnisse berichten, kommt es häufig vor, dass das Erlebte nicht in den richtigen zeitlichen Kontext eingeordnet wird (vgl. *Spohr* 2014, S. 185f). Das bedeutet, dass die Betroffenen lebhaft von einem Ereignis erzählen, dessen Inhalt zwar zutrifft, das jedoch nicht aktuell geschehen ist, sondern weit in der Vergangenheit liegt (vgl. *ebd.* S. 185f)

2.4.2 Sprache, Wahrnehmung und Motorik

Häufig kommt es bei Kindern mit FASD zu einer Spracherwerbsverzögerung, welche sich im weiteren Verlauf der Sprachentwicklung unter anderem in Aussprache, Wortschatz und Satzbau bemerkbar macht (vgl. *Feldmann u.a.* 2007, S. 859). Die Störung der sprachlichen Kompetenz wirken sich vor allem auf das „Behalten und Verstehen von Informationen, die Lese- und Schreibfähigkeit und Grammatik“ (*Spohr* 2014, S. 188) aus. Zur effektiven Förderung der Sprachentwicklung ist eine kontinuierliche Bezugsperson von besonderer Bedeutung, um die sprachlichen Defizite zu verbessern bzw. ihnen vorzubeugen (vgl. *Löser* 1995, S. 62). Mit zunehmendem Alter zeigen FASD Betroffene eine gute verbale Ausdrucksfähigkeit bei gleichzeitig vermindertem Sprachverständnis (vgl. *Spohr* 2014, S. 188). Auf Grund dessen kommt es zu Problemen im sozialen Alltag, die dazu führen, dass Menschen mit

FASD regelmäßig überfordert werden (vgl. *Spoehr* 2014 S. 188). Ein 18-jähriger FASD Betroffener zeigt beispielsweise die Sprachbegabung eines 20-Jährigen, besitzt jedoch das Sprachverständnis eines 6-Jährigen (vgl. *Härter* 2014, S. 23).

Im Bereich der Wahrnehmung kommt es zu multiplen Beeinträchtigungen der FASD Betroffenen. Sowohl die visuelle als auch die haptische und akustische Wahrnehmung können betroffen sein (vgl. *Feldmann u.a.* 2007, S. 858). Zu den visuellen Beeinträchtigungen zählen eine Verminderung der Wort- und Figurenerkennung sowie der Perzeption von Räumen und Formen (vgl. *Löser* 1995, S. 61). Darüber hinaus sind Kinder mit FASD häufig überempfindlich für kleinste Berührungen sowie laute Geräusche und zeigen zudem auch in der Wahrnehmung des eigenen Körpers deutliche Auffälligkeiten (vgl. *Feldmann u.a.* 2007, S. 858). Demnach haben FASD Betroffene ein vermindertes Schmerzempfinden, ein gestörtes Wärme- und Kältegefühl wie auch ein fehlendes Hunger- und Sättigungsgefühl und können ihren Körper und seine Bedürfnisse im Allgemeinen oft nicht eigenständig einschätzen, was sich nur bei wenigen Kindern in der weiteren Entwicklung verbessert (vgl. *ebd.* S. 858). Insgesamt ist die Aufnahmefähigkeit und Selektion von Reizen und Informationen, die durch die Sinnesorgane aus der Umwelt aufgenommen werden, gehemmt (vgl. *Thomsen u.a.* 2012, S. 18). Die Sinnesreize erreichen somit nicht immer den erforderlichen Hirnabschnitt, beeinträchtigen dadurch die Entwicklung der Hirnfunktionen und verhindern eine vollständige Verarbeitung des Reizes (vgl. *Nitzschke* 1998, S. 144).

Die Störungen der motorischen Fähigkeiten äußern sich sowohl in grob- als auch in feinmotorischen Bereichen. Die grobmotorischen Schädigungen zeigen sich beispielsweise durch asymmetrische und unentschlossene Bewegungsabläufe sowie Beeinträchtigung in der Mimik, Gestik und Ganzkörpermotorik und in Koordinationschwierigkeiten (vgl. *Löser* 1995, S. 69). Besonders betroffen sind jedoch die feinmotorischen Kompetenzen, die oft vom sozialen Umfeld als Ungeschicklichkeiten gedeutet werden und in manchen Fällen sogar zur sozialen Deprivation führen (vgl. *Feldmann u.a.* 2007, S. 859).

2.4.3 Soziale und emotionale Kompetenzen

Besonders auffällig und viel belastender im Vergleich zu den zuvor beschriebenen Störungen sind die Auffälligkeiten im Bereich der Emotionen sowie der sozialen

Kompetenzen und die daraus resultierenden Verhaltensstörungen (vgl. *Feldmann u.a.* 2007, S. 859). Grundsätzlich zeigen Kinder und Jugendliche mit FASD ein freudiges und positiv gestimmtes Gemüt. Selten sind sie antriebslos und introvertiert. Stimmungsschwankungen, bei welchen die Betroffenen schnell von einer Stimmungslage in eine andere verfallen, meist ohne dies bewusst zu kontrollieren, treten jedoch häufig auf. Eine geringe Frustrationstoleranz führt zu konfliktreichen Situationen und das Selbstbewusstsein der Betroffenen ist häufig sehr gering. (vgl. *Löser* 1995, S. 68; vgl. *Löser* 2005, S. 450)

Die Verhaltenseigenschaften von FASD Betroffenen werden von anderen Menschen häufig als sozial auffällig und unangenehm empfunden (*Feldmann u.a.* 2007, S. 860). Besonders Kinder und Jugendliche mit FASD zeigen hyperaktive Verhaltensweisen, welche sich negativ auf schulische Leistungen und ihre Sozialisation auswirken. Sie zeigen „ständige motorischen Unruhe, Nervosität, sehr kurzfristiges Interesse [...], Ungehemmtheit und Impulsivität im Sozialverhalten“ (*Feldmann u.a.* 2007, S. 860). Kinder werden daher als Spielpartner häufig abgelehnt und als störend empfunden (vgl. *ebd.* S. 860). Die Symptome einer Hyperaktivität zeigen sich hauptsächlich im Kindes- und Vorschulalter und nehmen bei Jugendlichen und Erwachsenen ab, jedoch die innere Unruhe sowie Nervosität, Impulsivität und eine unangemessene Verhaltenskontrolle in stressigen Situationen noch bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben (vgl. *Löser* 2005, S. 450; vgl. *Feldmann u.a.* 2007, S. 860).

Ein Großteil der FASD Betroffenen zeigt ein fehlendes Feingefühl für soziale Kontakte und dem damit verbundenen Körperkontakt. Sie sind distanzlos, kontaktfreudig, wenig skeptisch und sind auch fremden Personen gegenüber oft anschiemig und anhänglich (vgl. *Feldmann u.a.* 2007, S. 860; vgl. *Thomsen u.a.* 2012, S. 19). Diese meist übertriebene Form wird besonders von Gleichaltrigen, aber auch von Erwachsenen, als nicht normal, aufdringlich und taktlos empfunden (vgl. *Löser* 1999, S. 450). Kinder und Jugendliche mit FASD lassen sich leicht zu Handlungen durch andere überreden und geraten dadurch häufig in problematische Situationen (vgl. *Thomsen u.a.* 2012, S. 19). Die Konsequenzen ihres Handelns haben sie dabei nicht im Blick und werden dadurch oft zu passiven Opfern durch das Begehen von Straftaten (vgl. *Thomsen u.a.* 2012, S. 19). Des Weiteren bringt die fehlende Kompetenz zur Einschätzung von Risiken im alltäglichen Handeln weitere Probleme mit sich. Die Kinder bringen sich selbst in gefährliche Situationen, beispielsweise beim Spielen

oder im Straßenverkehr, da sie das Risiko der jeweiligen Situation bzw. die Folgen ihres Handelns nicht einschätzen können. Die erhöhte Risikobereitschaft kann dabei in einen Zusammenhang mit dem verringerten Schmerzempfinden stehen, was bereits unter dem Aspekt der Wahrnehmung erläutert wurde. Auf Grund der Einschränkung der Merkfähigkeit lernen die Kinder nicht aus ihren Fehlern, sondern bringen sich immer wieder aufs Neue in riskante Situationen. (vgl. Löser 1995, S. 68; vgl. Feldmann u.a. 2007, S. 860)

Hervorzuheben ist, dass Verhaltensstörungen nicht ausschließlich auf die Auswirkung der Alkoholschädigung in der Schwangerschaft zurückzuführen ist, sondern zudem von Belastungen im familiären System und dem sozialen Umfeld verstärkt werden können (vgl. Löser 1995, S. 16).

2.4.4 Störung der Exekutiven Funktionen

Die Störung der Exekutiven Funktionen (EF) bei Menschen mit FASD gilt als ein prägendes Hauptsymptom zur Beschreibung des toxischen Einflusses auf die Entwicklung des Gehirns bzw. des zentralen Nervensystems (ZNS) durch Alkohol im Mutterleib. Grundlegend umfasst die Störung der EF bei FASD Betroffenen kognitive, emotionale und soziale Aspekte, welche zu maßgeblichen Beeinträchtigungen im alltäglichen Handeln führen. (vgl. Spohr 2014, S. 189; vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2013, S. 8)

Die EF werden häufig als „höhere kognitive Leistungen“ (Müller 2013, S. 3) bezeichnet und umfassen eine vielfältige Aufzählung von beeinträchtigten Funktionsbereichen, zu welcher sich in der Literatur keine eindeutige Definition finden lässt, weshalb der Begriff der EF meist als Regenschirmbegriff bezeichnet wird (vgl. Müller 2013, S. 4ff). Im Folgenden sollen besonders auf die Störungsbereiche der EF eingegangen werden, die häufig bei Menschen mit FASD auftreten und relevant für den weiteren Verlauf der Arbeit bzw. der Analyse des Pubertätsverlaufs weiblicher Betroffener sind.

Im Zusammenhang zwischen dem Krankheitsbild von Menschen mit FASD und Störungen der EF lassen sich besonders Beeinträchtigungen in den Bereichen der Selbstregulation, der Eigenständigkeit und der Fähigkeit eines flexiblen Anpassungsvermögens erkennen (vgl. Wagner 2013, S. 54). Zudem zeigen sich begrenzte Kompetenzen hinsichtlich der Planungsfähigkeit, der Entwicklung von Handlungskonzepten

und der Speicherung dieser im Arbeitsgedächtnis sowie der Wortflüssigkeit und Reaktions- und Gefühlshemmung (vgl. *ebd.* S. 54). FASD Betroffene zeigen übertriebene Verhaltensweisen und können ihr Verhalten selten reflektieren oder gedanklich durchspielen, um mögliche Konsequenzen abzuschätzen (vgl. *Thomsen u.a.* 2012, S. 16f). Sie haben Probleme, Lösungsstrategien für Aufgaben zu entwickeln, sich diese zu merken und auf ähnliche Situationen noch einmal anzuwenden (vgl. *ebd.* S. 16f). Dies bezieht sich sowohl auf einfache, alltägliche Ereignisse, wie Zähne putzen und Einkaufen gehen, als auch auf komplexere Aufgaben, bei denen die Einschränkungen in der gedanklichen Flexibilität noch deutlicher hervortreten (vgl. *Wagner* 2013, S. 54). Durch die massiven Einschränkungen im alltäglichen Handeln, die aus den Störungen der EF entstehen, werden konstante Routinen im Alltag, ständige Begleitung und Unterstützung der Betroffenen durch Bezugspersonen sowie eine gezielte Förderung in alltäglichen Handlungsformen erforderlich, welche eine eigenständige Lebensweise nahezu unmöglich machen (vgl. *Drogenbeauftragte der Bundesregierung* 2013, S.8; vgl. *Wagner* 2013, S. 55). Die Feststellung einer Störung der EF ist besonders bei FASD Betroffenen ohne auffällige körperliche Merkmale, wie beispielsweise den karniofazialen Dysmorphiezeichen, notwendig um eine Diagnose aus dem Bereich der Fetalen Alkoholspektrumsstörungen feststellen zu können (vgl. *Wagner* 2013, S. 54f). Ohne eine solche Diagnose wird das Verhalten der Betroffenen häufig als Nicht-Wollen anstelle eines Nicht-Könnens interpretiert (vgl. *ebd.* S. 54f).

Insgesamt ist besonders bei Kindern mit FASD grundsätzlich eine Beeinträchtigung in der Verarbeitung und Integration von Informationen zu erkennen, die sich auf eine Störung der EF zurückführen lässt und unabhängig vom Intelligenzniveau zu betrachten ist (vgl. *Spoehr* 2014, S. 192f). Dass die toxische Wirkung des Alkohols in der Schwangerschaft als Ursache für die Störung der EF gesehen werden kann, lässt sich durch den Fakt bekräftigen, dass es ebenfalls bei Patienten mit einem langjährigen Alkoholmissbrauch zu Störungen der EF kommen kann (vgl. *Müller* 2013, S. 28).

2.5 Besonderheiten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Der mütterliche Alkoholkonsum während der Schwangerschaft übt nicht nur einen negativen Einfluss auf die Entwicklung des Fötus und des Kindes aus, sondern hat

zudem weitreichende Folgen für die Entwicklungen in der Jugendphase und dem Erwachsenenalter. Bei der Fetalen Alkoholspektrumsstörung kann daher von einer lebenslangen und dauerhaften Schädigung der geistigen, physischen und psychischen Funktionsbereichen gesprochen werden, die sich zwar durch intensive Förderung verbessern, jedoch nicht heilen lässt (vgl. *Spohr* 2006, S. 90). Die Erstellung einer Diagnose wird im jugendlichen und jungen Erwachsenenalter zunehmend schwieriger, da diagnostische Kriterien und Richtlinien, wie es sie bereits für Kinder weitreichend erforscht gibt, fehlen (vgl. *Wagner* 2014, S. 61). Die körperlichen Merkmale bei FASD Betroffenen schleichen sich mit zunehmendem Alter langsam aus, jedoch lassen sich die typischen kraniofazialen Dismorphiezeichen, wie das verstrichene Philtrum, die kurze Lidspalte sowie die schmale Oberlippe, in deutlich geringerer Ausprägung zum Teil noch erkennen (vgl. *Löser* 1995, S. 124). Jugendliche und junge Erwachsene mit FASD weisen weiterhin eine geringe Körpergröße auf, wohingegen besonders weibliche Betroffene eher normgewichtig sind oder sogar Übergewicht zeigen (vgl. *Spohr* 2014, S. 64ff).

Während sich die physischen Charakteristika im Alter zurückbilden, nehmen die Auffälligkeiten der neuropsychologischen Charakteristika deutlich zu. Vor allem die Beeinträchtigungen der Exekutiven Funktionen, des Verhaltens und der kognitiven Leistungen der Betroffenen werden mit zunehmendem Alter auffälliger. (vgl. *Thomsen u.a.* 2012, S. 34, vgl. *Spohr u.a.* 2008, S. 696)

Jugendliche mit FASD gelten oft als Außenseiter auf Grund ihres unangemessenen Verhaltens in Bezug auf Nähe und Distanz (vgl. *Thomsen u.a.* 2012, S. 34). Dies führt nicht selten zu einem Anschluss an kriminelle Kleingruppen, die die Jugendlichen auf Grund ihres mangelnden Bewusstseins für Gefahren und für die daraus resultierenden Konsequenzen für Straftaten ausnutzen (vgl. *ebd.* S. 34). Diese kindliche Naivität bringt vor allem Mädchen in Verbindung mit einem ausgeprägten distanzlosen Verhalten in gefährliche Situationen in Bezug auf sexuellen Missbrauch (vgl. *Feldmann u.a.* 2007, S. 860). Durch die leichte Manipulierbarkeit der Jugendlichen werden sie häufig zu Opfern von Straftaten, die oft nicht eindeutig nachgewiesen werden können, weshalb die Betroffenen auf ein schützendes soziales Umfeld nahezu angewiesen sind (vgl. *Freunscht u.a.* 2014, S.160). Auch im Bezug auf eine selbstständige Lebensführung sind die meisten Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit FASD auf Unterstützung und Hilfe im Alltag angewiesen (vgl. *Thomsen u.a.*

2012, S. 34). Demnach brauchen rund 80% der Betroffenen im Erwachsenenalter Unterstützung und Hilfe bei der Lebensbewältigung, was eine eigenständige Lebensführung in den meisten Fällen unmöglich macht (vgl. *Spoehr u.a.* 2008, S. 696). Vor allem durch die Störung der Exekutiven Funktionen können die Betroffenen dem Wunsch nach einer unabhängigen und eigenständigen Lebensweise auf Grund ihrer fehlenden Reife nicht nachkommen, da sie den Anforderungen noch nicht entsprechen können (vgl. *Thomsen u.a.* 2012, S. 34).

Durch die kognitiven und geistigen Beeinträchtigungen, die sich sowohl in Intelligenzminderung als auch in Lern- und Verhaltensstörungen zeigen, kommt es bei betroffenen Jugendlichen häufig zu schulischen Problemen (vgl. *Freunscht u.a.* 2014, S. 159). Ein häufiger Wechsel der Schule bis hin zum völligen Schulabbruch machen einen beruflichen Einstieg extrem schwierig, weshalb nach einer Berliner Langzeitstudie nur etwa 12% der Betroffenen im Erwachsenenalter einen richtigen Beruf ausüben können (vgl. *Freunscht u.a.* 2014, S. 159; vgl. *Spoehr* 2006, S. 90). Dies führt demnach nicht nur zu einem personellen Betreuungsbedarf in alltäglichen Handlungssituationen, sondern zudem zu einer finanziellen Abhängigkeit (vgl. *Spoehr u.a.* 2008, S. 696).

Es gibt nur wenig publizierte Studien und Untersuchungen über einen längeren Zeitraum zur Erfassung der Auswirkungen des Krankheitsbildes in der Jugendphase und im Übergang zum Erwachsenenalter. Zudem sind die Folgen von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft für die Pubertät und das Erwachsenenalter vielen Ärzten nicht bekannt (vgl. *ebd.* S. 695f). Auf Grund der unzureichenden Datenlage zum Verlauf der Pubertät von FASD Betroffenen, soll nun im folgenden Kapitel auf die methodische Vorgehensweise zur Informationsbeschaffung eingegangen werden.

3 Methodische Vorgehensweise

Ziel der aktuellen Erhebung ist es mit Hilfe einer empirischen Sozialforschung Informationen zum Pubertätsverlauf von FASD Betroffenen zu gewinnen. Die wichtigsten Aspekte zur Forschungsdurchführung werden nun in den folgenden Unterkapiteln näher erläutert. Hierzu erfolgt zunächst die Problembeschreibung, welche die Erklärung einschließt, warum eine empirische Sozialforschung erforderlich war. Anschließend wird die Forschungsfrage begründet und auf die Auswahl der Zielgruppe eingegangen. Im weiteren Verlauf wird die Erhebungsmethode vorgestellt sowie auf die Planung, Durchführung und Auswertung der Erhebung eingegangen.

3.1 Problembenennung und Begründung der Forschungsfrage

Wie schon erwähnt gibt es wenig veröffentlichte Studien und Langzeituntersuchungen zum Pubertätsverlauf und dem Übergang ins Erwachsenenalter von FASD Betroffenen (vgl. Kapitel 2.5). Besonders die Pubertät spielt jedoch aus Sicht der Entwicklungsbiologie eine entscheidende Rolle im Leben eines jeden Menschen, welche große Herausforderungen und Entwicklungsaufgaben mit sich bringt (vgl. *Largo u.a.* 2013, S. 8). Diese sind nicht nur für die Pubertierenden, sondern auch für das soziale Umfeld belastend und verunsichernd (vgl. *ebd.* S. 8). Auch FASD Betroffene durchlaufen die Phase der Pubertät und müssen sich diesen Herausforderungen stellen. Pflegeeltern und andere Bezugspersonen sind in dieser Phase ständige Begleiter und müssen, wie andere Eltern auch, die Kinder bestmöglich durch diese Phase begleiten. Nun stellen sich jedoch folgende Fragen: In wie weit beeinflusst das Krankheitsbild der Betroffenen den Verlauf der Pubertät? Welche zusätzlichen Herausforderungen entstehen im Alltag von pubertierenden FASD Betroffenen? Und was sind die Belastungen, die dadurch für Pflegeeltern und andere Bezugspersonen entstehen?

Um auf diese Fragen Antworten zu finden, sucht man weitestgehend in der Literatur vergeblich. Folglich wurde zur weiteren Bearbeitung der Arbeit eine qualitative Forschungsmethode herangezogen, um Informationen und Antworten zu generieren. In diesem Sinne gilt es „einen bestimmten Ausschnitt der sozialen Welt [zu] beobachten, um mit diesen Beobachtungen zur Weiterentwicklung von Theorien beizutragen“ (*Gläser u.a.* 2009, S. 24). Der Forschungsprozess gliedert sich dabei in unterschiedliche Phasen, in denen unterschiedliche Entscheidungen getroffen werden müssen (vgl. *Helfferich* 2011, S. 26). Zunächst wird ein grobes Forschungsinteresse formuliert, welches komplex und noch nicht spezifiziert ist (vgl. *Helfferich* 2011, S. 27). In diesem Fall bezieht sich das Forschungsinteresse auf den Pubertätsverlauf von FASD Betroffenen. Nun muss dieses Forschungsinteresse in Form einer Forschungsfrage konkreter zugeschnitten werden (vgl. *ebd.* S. 27). Die Festlegung einer Forschungsfrage ist letztlich wichtig für den Erfolg einer qualitativen Forschung und beeinflusst wesentliche Faktoren des Forschungsdesigns, der Methodenauswahl und des Forschungsfeldes (vgl. *Flick* 2002, S. 76). Die Formulierung einer Forschungsfrage bedeutet eine Einschränkung der Vielfalt an Informationen, die gewonnen werden können, gleichzeitig aber auch eine „Strukturierung des untersuchten Feldes“

(*ebd.* S. 79). Die Entwicklung einer Forschungsfrage muss bestimmte Merkmale erfüllen. Sie bezieht sich auf bereits erforschte Tatsachen und fragt nach etwas, worauf die existierende Theorie noch keine Antwort hat. Somit wird durch die Beantwortung der Forschungsfrage die bestehende Theorie ergänzt (vgl. *Gläser u.a.* 2009, S. 65). Sie fragt dabei nach einem Zusammenhang, der „sich [...] nicht nur auf den Verlauf eines einzelnen konkreten Prozesses, sondern auf eine Klasse bzw. einen Typ von Prozessen“ (*ebd.* S. 65) bezieht. Für die durchgeführte Forschung wurde folgende Forschungsfrage formuliert: „Hat das Krankheitsbild FASD Auswirkungen auf den Pubertätsverlauf von weiblichen FASD Betroffenen?“. Durch die Konkretisierung der Forschungsfrage wurde sich auf den Pubertätsverlauf von weiblichen FASD Betroffenen beschränkt, um die Zielgruppe bzw. das Forschungsfeld einzugrenzen. Zur Beantwortung dieser Forschungsfrage wurde die qualitative Methode des Interviews ausgewählt. Der Forschungsgegenstand sind die subjektiven Sichtweisen und Erfahrungen der Teilnehmer. Das Ziel der Forschung ist es, eine Antwort auf die Forschungsfrage zu finden und daraus abzuleiten, welche pubertären Herausforderungen im Alltag entstehen, um Handlungsempfehlungen und Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegeeltern bzw. andere Bezugspersonen von FASD Betroffenen zu entwickeln. Im Folgenden soll nun der Forschungsverlauf erläutert werden, bevor die Ergebnisse der Untersuchung vorgestellt werden. Zunächst wird dazu auf die ausgewählte Zielgruppe eingegangen. Anschließend wird die Entscheidung für eine konkrete Methode zur Erhebung der Informationen näher erläutert.

3.2 Auswahl der Zielgruppe

Die Auswahl der Zielgruppe zur Untersuchungsdurchführung entscheidet maßgeblich über den Wert und die Form der gewonnenen Informationen (vgl. *Gläser u.a.* 2009, S. 117). Wie schon erwähnt wurde in diesem Fall die qualitative Methode des Interviews ausgewählt. Daher ist der erste Ansatz zur Durchführung der Interviews die Auswahl der Interviewpartner, die anhand unterschiedlicher Kriterien erfolgen sollte (vgl. *Froschauer u.a.* 2003, S. 54). Zunächst einmal muss geklärt werden, wer wichtige Informationen zur Beantwortung der Forschungsfrage liefern kann (vgl. *Gläser u.a.* 2009, S. 117). Besonders die FASD Betroffenen sowie Personen aus ihrem direkten sozialen Umfeld eignen sich in diesem Fall besonders gut als Interviewpartner, da sie die Pubertät hautnah miterleben. Daher wurde die Zielgruppe auf

Personen eingeschränkt, die über persönliche Erfahrung als Betroffene oder als direkte Bezugsperson einer pubertierenden FASD Betroffenen berichten können. Da die meisten FASD Betroffenen nicht in ihren ursprünglichen Familien groß werden, sondern ca. 58% der Kinder in Pflege- und Adoptivfamilien oder anderen Einrichtungen der Jugendhilfe aufwachsen, stellen sowohl die Pflege- und Adoptiveltern als auch Mitarbeiter von Einrichtungen der Jugendhilfe eine gute Zielgruppe dar (vgl. Löser 2005, S. 446). Sie begleiten die FASD betroffenen Mädchen im Alltag und können beobachten, welche Herausforderungen mit besonderer Beachtung der pubertären Veränderungen durch das Krankheitsbild FASD entstehen. Da es häufig nicht der Fall ist, dass ein einzelner Interviewpartner eine vollständige Auskunft zur Beantwortung der Forschungsfrage liefern kann, sollten mehrere Gesprächspersonen gefunden werden (vgl. Gläser u.a. 2009, S. 117). Daher wurden die Interviews mit vier Pflegemüttern, einer FASD Betroffenen und einem Mitarbeiter einer Jugendhilfeeinrichtung geführt, um nicht nur inhaltliche Erkenntnisse zu gewinnen, sondern auch, wenn auch nur exemplarisch, eine gewisse Verallgemeinbarkeit zu schaffen (vgl. Mayer 2013, S. 39).

Bei der Durchführung von Interviews sind sowohl Mehrgruppengespräche als auch Interviews mit Einzelpersonen möglich (vgl. Froschauer u.a. 2003, S. 55). In der vorliegenden Untersuchung erfolgten Einzelinterviews, um den Interviewpartnern durch einen geschützten Rahmen die Sicherheit zu geben, offen über dieses häufig mit Scham besetzte Thema der Pubertät und Sexualität sprechen zu können.

Im Anschluss der Definition der Zielgruppe gilt es nun, mögliche Gesprächspartner zu suchen, Kontakt zu diesen aufzunehmen und sie für die Teilnahme am Interview zu gewinnen (vgl. Kruse 2014, S. 255). Durch den bereits bestehenden Kontakt zur Vorsitzenden des Vereins FASD Deutschland konnte der Kontakt zu vier Pflegemüttern hergestellt werden, deren Kinder bereits die Pubertät durchlaufen haben bzw. gerade am Anfang der Pubertätsphase stehen. Zudem konnte durch die Teilnahme an einer Fachtagung der Fachhochschule Münster zum Thema „FASD und Jugendhilfe“ Kontakt zu einem Teamleiter einer Jugendwohngruppe mit FASD Betroffenen aufgenommen werden, der darüber hinaus den Kontakt zu einer Betroffenen in seiner Jugendwohngruppe herstellte, die ebenfalls an einem Interview interessiert war.

Besonders die Herstellung einer Vertrauensbasis für den Beziehungsaufbau zum Interviewpartner spielt eine entscheidende Rolle, da die qualitative Forschung ein

„weiter gehendes Sich-Einlassen vom untersuchten Subjekt und vom Forscher“ (Flick 2002, S. 86) fordert. Daher wurde im Vorhinein eine persönliche Vorstellung der eigenen Person sowie des Anliegens der Interviewdurchführung transparent gemacht. Zudem wurde für die Inhalte des Gesprächs Anonymität zugesichert, um Ängste, Bedenken und Befürchtungen zu minimieren (vgl. *ebd.* S. 92).

3.3 Erhebungsmethode

Nachdem die Forschungsfrage und die Auswahl der Zielgruppe erläutert wurden, wird jetzt die konkrete Erhebungsmethode beschrieben.

Zur Durchführung der Untersuchung wurde die qualitative Methode des Leitfadenterviews ausgewählt. Das Leitfadenterview zählt zu den teilstandardisierten Interviewformen, bei denen die Haltung des Interviewten deutlicher zum Vorschein kommt, als es bei standardisierten Interviewformen mit konkreten Frage- und Antwortvorgaben möglich wäre (vgl. Gläser u.a. 2009, S. 41; vgl. Flick 2002, S. 117). Das Leitfadenterview ist geprägt durch seine strukturierte Offenheit (vgl. Kruse 2014, S. 213). Zur Orientierung und Strukturierung des Interviewverlaufs wird im Vorfeld ein Interviewleitfaden erstellt, der die Themen beinhaltet, die zur Beantwortung der Forschungsfrage notwendig sind (vgl. Gläser u.a. 2009, S. 42). Jedoch ist es nicht zwingend erforderlich, die Fragen in der zuvor festgelegten Reihenfolge und Formulierung zu stellen, was für den Interviewten einen freien Redefluss und für den Interviewer eine Nachfrageoption ermöglicht (vgl. *ebd.* S. 42). Leitfadenterviews eignen sich besonders für Forschungen, bei denen bestimmte Aspekte erörtert werden sollen und bei denen man eine gewisse Vergleichbarkeit der Interviews hervorheben möchte (vgl. Helfferich 2011, S. 179f).

Für die durchgeführte Untersuchung zum Pubertätsverlauf eignete sich die Methode des Leitfadenterviews besonders gut, da sich auf Grund der Komplexität des Pubertätsverlaufs bei Kindern und Jugendlichen auf bestimmte Aspekte und Veränderungen in der Pubertät beschränkt werden musste, um den Rahmen der Arbeit nicht zu überschreiten. Diese Einschränkung setzte eine strukturierte Themenvorgabe zur Interviewdurchführung voraus, um die Beantwortung der Forschungsfrage zu konkretisieren. Ebenfalls wurde durch die höhere Vergleichbarkeit der Interviews durch einen Interviewleitfaden die Auswertung der Interviews erleichtert. Im Folgenden

soll nun genauer auf die Erstellung, die Durchführung und die Auswertung der Leitfadeninterviews eingegangen werden.

3.3.1 Interviewerstellung

Bei der Erstellung des Interviews ging es darum, Fragen bzw. Themenbereiche zu formulieren, die der effektiven Beantwortung der Forschungsfrage „Hat das Krankheitsbild FASD Auswirkungen auf den Pubertätsverlauf von weiblichen FASD Betroffenen?“ dienen. Ergänzend dazu sollte durch das Interview ermittelt werden, welche Belastungen dadurch für Pflegeeltern bzw. andere Bezugspersonen der Betroffenen entstehen und welche Hilfen und Unterstützungen für den Alltag und zur Bewältigung der pubertären Herausforderungen notwendig sind.

Als Voraussetzung für die Durchführung eines Leitfadeninterviews muss zunächst ein Fragen- bzw. Themenkatalog entwickelt werden, wobei es einige Anforderungen zu beachten gilt (vgl. *Helfferich* 2011, S. 180). Der Leitfaden des Interviews sollte eine überschaubare Anzahl von Fragen bzw. Themen beinhalten, um die Qualität der Gesprächsinhalte nicht durch den Abbruch von Antworten des Gesprächspartners auf Grund von Zeitdruck negativ zu beeinflussen und die Offenheit der Gesprächsführung zu gewährleisten (vgl. *Helfferich* 2011, S. 180). Daher beschränkt sich die Untersuchung in diesem Fall auf ausgewählte Aspekte der Pubertät, da eine umfangreiche Analyse der gesamten pubertären Veränderungen im vorgesehenen zeitlichen Rahmen nicht möglich gewesen wäre. Bevor jedoch mit den eigentlichen Interviewfragen begonnen werden kann, gilt es einige wichtige Aspekte mit dem Interviewpartner zu klären, um dem Interviewten einen Einblick zu geben, auf was er sich einlässt (vgl. *Gläser u.a.* 2009, S. 144). Durch die Klärung der Rahmenbedingungen soll dem Interviewten das Ziel der Forschung verdeutlicht und erklärt werden, inwieweit das Interview für die Zielerreichung und somit für die Beantwortung der Forschungsfrage förderlich ist (vgl. *ebd.* S. 144). In dem hier entwickelten Leitfaden zeigt sich dies im Punkt „Persönliche Vorstellung“ (vgl. Anhang A, S. 1). Im Anschluss an die Klärung der Rahmenbedingungen können dann Fragen zu den einzelnen Themenbereichen gestellt werden. Die konkrete Auswahl der Pubertätsaspekte, die im Interview thematisiert werden sollen, wurde mit Bezug auf die Erläuterung des Krankheitsbildes (vgl. Kapitel 2) und einer daraus resultierenden Hypothesenbildung vor-

genommen. Es wurden folgende Themenbereiche ausgewählt: Körperliche Veränderungen, Beziehungsverhältnisse, Selbständigkeit und sexuelles Verhalten.

Bei pubertierenden Jugendlichen sind vor allem die körperlichen Veränderungen auffällig, die häufig zu Irritationen führen (vgl. *Niekrenz u.a.* 2011, S. 8). Die Intimbehaarung beginnt zu wachsen, der Busen prägt sich aus und die Menstruation setzt ein. Auch pubertierende Mädchen mit FASD müssen sich nun mit diesen Veränderungen ihres Körpers arrangieren und ihr Körperverhältnis immer wieder neu ausbalancieren. Eine Hypothese ist nun, dass auf Grund des mangelnden Körperbewusstseins der FASD Betroffenen (vgl. Kapitel 2.4.2) diese pubertären Veränderungen eine Überforderung darstellen. Auch die erhöhte Anforderung der monatlichen Blutung an das hygienische Verhalten könnte auf Grund der ohnehin schon problematischen Hygienesorgfalt durch die Störung der exekutiven Funktionen (vgl. Kapitel 2.4.4) zu einem größeren Problem werden als bei gesunden Jugendlichen.

Zudem verändern sich in der Pubertät bereits bestehende Beziehungsverhältnisse bzw. neue Beziehungsverhältnisse werden aufgebaut. Der Übergang zum Erwachsenenalter ist häufig für Kinder und ihre Eltern eine schwierige Phase, da sich die Gefühle und Ansichten verändern und ein zunehmendes Spannungsfeld zwischen Selbstständigkeit und Abhängigkeit von den Eltern besteht (vgl. *Bell* 1982, S. 82). Es findet ein Ablösungsprozess von den Eltern statt, der häufig Konflikte mit sich bringt (vgl. *Largo u.a.* 2013, S. 88). Vor allem das Konfliktverhältnis im familiären Kontext bedingt, dass die Jugendlichen sich in so genannten Peer-Groups zusammenfinden, die ein wichtiges soziales Netz in der Phase der Pubertät bilden und die Weiterentwicklung des Jugendlichen zu einem Mitglied der Gesellschaft vorantreiben (vgl. *Largo u.a.* 2013, S.168). Auf Grund der Einschränkungen in den sozialen und emotionalen Kompetenzen von FASD Betroffenen, welche vor allem das Verhältnis zu Gleichaltrigen beeinträchtigen, lässt sich die Hypothese ableiten, dass die Bildung von Peer-Groups in der Pubertätsphase bei FASD Betroffenen erschwert wird (vgl. Kapitel 2.4.3).

Wie schon erwähnt entsteht in der Phase der Pubertät ein Spannungsfeld zwischen Selbstständigkeit und der Abhängigkeit von den Eltern. Die Jugendlichen streben im Ablösungsprozess von den Eltern nach Selbstverwirklichung und Selbstständigkeit (vgl. *Largo u.a.* 2013, S. 185). Da der größte Teil der erwachsenen FASD Betroffenen auf Grund der krankheitsbedingten, alltäglichen Einschränkungen keine eigen-

ständige Lebensführung aufzeigen, lässt sich die Hypothese bilden, dass auch der Prozess hin zu einer Selbstständigkeit und Selbstverwirklichung durch das Krankheitsbild beeinflusst wird (vgl. *Spoehr u.a.* 2008, S. 696).

Mit den physischen Veränderungen in der Pubertätsphase entwickeln sich auch zunehmend stärkere sexuelle Gefühle, die Sexualität bildet sich aus und erste sexuelle Erfahrungen werden gesammelt (vgl. *Bell* 1982, S. 146). Dies steht nicht unmittelbar mit einem erotischen Verlangen in Zusammenhang, sondern ist häufig Ausdruck für die Suche nach einem sozialen Sicherungsverhältnis und Geborgenheit (vgl. *Largo u.a.* 2013, S. 66). Im Fall der FASD Betroffenen stellt sich nun die Frage, aus welchen Gründen sie sexuelle Kontakte eingehen und ob diese eine Gefahr für die jungen Mädchen darstellen (vgl. Kapitel 2.5).

Auf Grund der Befragung von Pflegeeltern bzw. Bezugspersonen von FASD Betroffenen, die aus einer Beobachterperspektive berichteten, und der Befragung einer FASD Betroffenen, die über ihre persönlichen Erfahrungen berichtete, musste eine Differenzierung der Interviewleitfäden in Leitfaden A und Leitfaden B vorgenommen werden (vgl. Anhang A, S. 1ff). Es lässt sich durchaus eine Übereinstimmung in der Themenauswahl der beiden Leitfäden erkennen, jedoch wurde teilweise eine Änderung der Herangehensweise vorgenommen, die der unterschiedlichen Betrachtungsperspektive Rechnung trägt. Zusätzlich zu den bereits benannten Themen wurde im Leitfadeninterview A für Pflegeeltern und sonstige Bezugspersonen von FASD Betroffenen ein weiterer Themenblock ergänzt. Der letzte große Themenblock im Leitfadeninterview A stellt demnach die persönliche Belastungssituation der Pflegeeltern bzw. Bezugspersonen der FASD Betroffenen während der Phase der Pubertät dar. Die multiplen Beeinträchtigungen, die mit dem Krankheitsbild FASD einhergehen, bringen bereits im normalen Alltag massive Herausforderungen für die Betroffenen mit sich, bei deren Bewältigung Pflegeeltern und Bezugspersonen unterstützend und helfend beiseite stehen müssen (vgl. Kapitel 2.4.4). Nun stellt sich die Frage, welche zusätzlichen Belastungen mit Beginn der Pubertätsphase auftreten und welche Unterstützungen und Hilfen zur Bewältigung dieser zusätzlichen Herausforderungen notwendig sind.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die definierten Themenblöcke ein konkreteres Forschungskonzept aufzeigen, welches durch Vorüberlegungen entstanden ist und als Voraussetzung für die Entwicklung von konkreten Fragen diene (vgl. *Mayer*

2013, S. 43). Die Eingrenzung auf diese Themenbereiche wurde vorgenommen, um zentrale Aspekte im Blick zu behalten und einen möglichst genauen Realitätsausschnitt darstellen zu können (vgl. *ebd.* S. 43). Zudem legte die Erstellung des Leitfadens bereits wichtige Grundsteine zur kategorischen Auswertung der Interviews, die im Kapitel 3.3.3 näher beschrieben wird.

3.3.2 Interviewdurchführung

Bei der Interviewdurchführung sind unterschiedliche Aspekte zu beachten. Die Kontaktaufnahme zu den möglichen Gesprächspartnern stellt einen wichtigen Ausgangspunkt für die Interviewdurchführung dar (vgl. *Flick 2002*, S. 86). Sie ist der Schlüsselpunkt für die Entscheidung des potenziellen Interviewpartners für bzw. gegen ein Interview, die maßgeblich von der persönlichen Vorstellung des Interviewenden sowie der wesentlichen Erläuterung des Forschungsziels und der Relevanz des Interviews dafür, abhängt (vgl. *Kruse 2014*, S. 259). Diese Aspekte wurden bei der ersten Kontaktaufnahme zu den interviewten Personen geklärt, jedoch kurz vor Beginn der eigentlichen Interviewdurchführung zur Verdeutlichung wiederholt und durch die Zusicherung von Anonymität und Datenschutz ergänzt. Neben den Klärungen der Rahmenbedingungen muss vor der Interviewdurchführung ein Ort für die Gesprächsführung gefunden werden, an dem sich die interviewte Person möglichst geschützt und wohl fühlt (vgl. *Helfferich 2011*, S. 178). Besonders geeignet ist es daher, den Interviewten selbst darüber entscheiden zu lassen, wo das Interview stattfinden soll (vgl. *ebd.* S. 178). Im Fall der durchgeführten Interviews wurde zunächst eine Abfrage bezüglich eines Standortwunsches vorgenommen, welche ergab, dass der größte Teil der befragten Personen das Interview Zuhause führen wollte. Durch die Entscheidung Einzelinterviews zu führen, war dies vom logistischen Aufwand möglich, erforderte jedoch einen größeren zeitlichen Rahmen, weil die unterschiedlichen Standorte weit auseinander lagen. Darüber hinaus ist es bei der Durchführung von Leitfadeninterviews wichtig, eine Balance zwischen Offenheit und Strukturiertheit bezüglich der Einhaltung des zuvor erstellten Interviewleitfadens herzustellen (vgl. *Flick 2002*, S. 143). Zum einen besteht die Gefahr, dass durch die konsequente Einhaltung des Leitfadens Themen durch einen abrupten Wechsel abgebrochen werden und hierdurch relevante Informationen verloren gehen können, da der Interviewte in seiner Antwort unterbrochen wird (vgl. *Gläser u.a. 2009*, S. 188). Auf der anderen

Seite kann sich aus einer zu offen gestalteten Gesprächssituation ein unsteuerbarer Prozess entwickeln, der zu einer Auslassung von vorgesehenen Themen führt, wodurch ebenfalls relevante Informationen verloren gehen können (vgl. *ebd.* S. 189). Daher ist es wichtig, eine möglichst natürliche Gesprächssituation herzustellen, die durch aktives Zuhören, dem Aushalten von Pausen, einer flexiblen Fragestellung, einer Nachfrageoption sowie der Beachtung aller relevanten Themenaspekte gekennzeichnet ist (vgl. *ebd.* S. 172ff). Bei den durchgeführten Interviews lässt sich feststellen, dass teilweise eine zu strenge Einhaltung des Interviewleitfadens vorgenommen wurde, was jedoch nicht allzu große Auswirkung auf die Qualität der Informationen hatte, sondern die Interviewauswertung positiv beeinflusst hat. Ein weiterer wichtiger Aspekt der Interviewdurchführung ist die Sicherung der Daten mit Hilfe einer Aufzeichnung der Tonaufnahmen, die in der durchgeführten Studie, nach Einwilligung der interviewten Personen, elektronisch erfolgte (vgl. *Merchel* 2015, S. 95). Die aufgezeichneten Interviews wurden anschließend, in Anlehnung an die Transkriptionsregeln von Kuckartz, transkribiert und dienten somit als Grundlage für die Auswertung der Interviews (vgl. Anhang B, S. 1). Anders als bei einem Gedächtnisprotokoll, welches ebenfalls zur Dokumentation von Interviews verwendet werden kann, werden bei einer umfassenden Transkription alle Informationen schriftlich erfasst, wodurch eine „methodisch nicht kontrollierte Reduktion von Informationen“ (*Gläser u.a.* 2009, S. 193) und der daraus resultierende, relevante Informationsverlust vermieden werden kann (vgl. *ebd.* S. 193).

3.3.3 Interviewauswertung

Die vorliegenden Interviews wurden in Form einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Die transkribierten Interviewtexte dienten dabei als Grundlage zur Auswertung (vgl. Anhang B, S. 1ff). Da für die Analysemethode weder die Betonung noch anderweitige parasprachliche und verstärkende Äußerungen relevant sind, wurden diese bei der Transkription der Interviews nicht berücksichtigt (vgl. *Mayer* 2013, S. 47).

Die qualitative Inhaltsanalyse zielt auf die Reduktion von komplexen Interviewtexten ab und zeichnete sich durch die kategorische Einteilung der relevanten Informationen, die eine Beantwortung der Forschungsfrage ermöglichen, aus (vgl. *Flick* 2002, S. 279). Sie kann entweder per Hand oder mit Hilfe eines Computers vollzogen wer-

den (vgl. *Gläser u.a.* 2009, S. 202). Die Analyse der erhobenen Daten wurde in diesem Fall manuell durchgeführt. Das Vorgehen bei der qualitativen Inhaltsanalyse lässt sich in vier Schritte unterteilen: „Vorbereitung der Extraktion, Extraktion, Aufbereitung der Daten und Auswertung“ (*Gläser u.a.* 2009, S. 202). Der Begriff Extraktion beschreibt in diesem Kontext das Heraussuchen relevanter Informationen aus den Interviewtexten (vgl. *ebd.* S. 199). Zur Vorbereitung der Extraktion muss eine Art Suchraster gebildet werden, welches zur Überarbeitung der Interviewtexte und dem Herausfiltern der relevanten Informationen in ein Categoriesystem dient (vgl. *ebd.* S. 200). Dieses Categoriesystem kann mit Hilfe der Vorüberlegungen und der daraus resultierenden Hypothesenbildung, die zur Erstellung des Interviewleitfadens notwendig war, erstellt werden (vgl. *Gläser u.a.* 2009, S. 201). Daher orientiert sich das für die Auswertung verwendete Categoriesystem stark an der Themenauswahl des Interviewleitfadens (vgl. Anhang C, S. 1ff). Im Anschluss an die Bildung eines Categoriesystems kann nun die eigentliche Extraktion vorgenommen werden, wobei das Categoriesystem bei Bedarf im Verlauf der weiteren Auswertung auch noch erweitert werden kann (vgl. *ebd.* S. 201). Die Extraktion ist der erste Schritt bei der Interpretation der erhobenen Daten, da die auswertende Person im weitesten Sinne aus einer subjektiven Perspektive darüber entscheidet, welche Informationen als relevant gelten und in ein Categoriesystem zur weiteren Auswertung eingeordnet werden sollen (vgl. *ebd.* S. 201). Anschließend werden die extrahierten Informationen zusammengeführt, miteinander verglichen und auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede überprüft, wobei eine Angabe der Quelle aus dem originalen Interviewtext zur besseren Nachvollziehbarkeit von großer Bedeutung ist (vgl. *Gläser u.a.* S. 201f). Die ersten drei Schritte der angewendeten qualitativen Inhaltsanalyse auf die transkribierten Interviews lassen sich im Anhang C wiederfinden. Der letzte Schritt der qualitativen Inhaltsanalyse stellt die eigentliche Auswertung der erhobenen Daten dar, welche letztendlich zur Beantwortung der Forschungsfrage führt (vgl. *ebd.* S. 246). Hierbei werden die zuvor extrahierten und aufgearbeiteten Daten mit Rückschluss auf die Forschungsfrage und die theoretischen Überlegungen im Vorhinein konkreter auf kausale Zusammenhänge überprüft und analysiert (vgl. *Gläser u.a.* S. 246). Dieser Analyseschritt wird im vierten Kapitel dieser Arbeit (Pubertätsverlauf bei weiblichen FASD Betroffenen) vorgestellt und versucht somit eine Antwort auf die zuvor formulierte Forschungsfrage „Hat das Krankheitsbild FASD Auswirkun-

gen auf den Pubertätsverlauf von weiblichen FASD Betroffenen?“ zu finden. Im fünften Kapitel (Handlungsempfehlungen) sollen die Ergebnisse zur Belastungssituation von Pflegeeltern aufgezeigt werden. Vor diesem Hintergrund werden Handlungsempfehlungen und Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegeeltern und sonstige Bezugspersonen entwickelt.

Vor der kategorischen Darstellung der Ergebnisse sollen in Kürze die Rahmenbedingungen erläutert werden. Insgesamt wurden sechs Personen befragt, darunter eine FASD Betroffene, die von ihren persönlichen Erfahrungen berichtet sowie ein Leiter einer Jugendwohngruppe mit FASD Betroffenen und vier Pflegemütter, die aus einer Beobachterperspektive über die pubertären Veränderungen der Betroffenen berichten. Eine der Pflegemütter berichtet dabei von zwei Betroffenen gleichzeitig. Das Alter der Betroffenen, zu denen die interviewten Personen Auskunft geben, erstreckt sich von 14 bis 23 Jahren. Es wird über fünf Betroffene berichtet, die bereits 20 Jahre oder älter sind und die Phase der Pubertät bereits weitestgehend abgeschlossen haben. Zwei weitere Betroffene befinden sich am Anfang der Pubertätsphase und sind 14 bzw. 15 Jahre alt. Von den FASD Betroffenen, über die berichtet wird, zeigen vier das Vollbild FAS und drei eine Diagnose aus dem Bereich FASD. (vgl. Anhang C, S. 2)

4 Pubertätsverlauf bei weiblichen FASD Betroffenen

Im Folgenden werden nun die extrahierten Informationen kategorisch analysiert und final ausgewertet. Dabei wird sich, um den quantitativen Umfang der Arbeit nicht zu übersteigen, auf die wesentlichen Informationen bezogen, die von einem durchschnittlichen Pubertätsverlauf von gesunden Kindern und Jugendlichen abweichen. Mit Hilfe der Analyse der gewonnenen Daten, soll eine Antwort auf die Forschungsfrage gefunden werden, welche in einem abschließenden Fazit präsentiert wird.

4.1 Beginn der Pubertät

In dem folgenden Unterkapitel geht es um das Alter bei Beginn der Pubertät und die wesentlichen und auffälligsten Verhaltensänderungen der Betroffenen, die sich zu Beginn der Pubertätsphase gezeigt haben.

Bezüglich des Alters bei Pubertätsbeginn zeigen sich drei unterschiedliche Ergebnisbereiche, zu denen sich keine einheitliche Antwort finden lässt. Die Hälfte der Be-

fragten berichten von einem durchschnittlichen Pubertätsbeginn im Alter von 11/12 Jahren, wohingegen zwei der Befragten von einem sehr jungen Alter von 8/9 Jahren zu Beginn der Pubertät und eine interviewte Person von einem sehr späten Pubertätsbeginn berichten (vgl. Anhang C, S. 3). Nach genauerer Analyse lässt sich zudem kein Kausalzusammenhang zwischen der Diagnose der Betroffenen und dem Beginn der Pubertätsphase herstellen, weshalb an dieser Stelle eine Auswirkung des Krankheitsbildes auf den Pubertätsbeginn als wenig wahrscheinlich erachtet werden kann. Zu den Verhaltensänderungen in der Pubertät lassen sich ebenfalls unterschiedliche Aussagen finden. Einstimmig berichten fast alle Befragten jedoch von einer zunehmenden Impulsivität, Aggressivität und Rebellion, die die Betroffenen zu Beginn der Pubertät fühlten (vgl. Anhang C, S. 5). Wie schon erwähnt neigen sowohl Kinder als auch Erwachsene mit FASD zu hyperaktiven Verhaltensweisen, die sich unter anderem durch eine gesteigerte Impulsivität im Sozialverhalten ausdrücken (vgl. Kapitel 2.4.3). Durch die Manifestierung dieser Verhaltensweise bis in das Erwachsenenalter lässt sich an dieser Stelle ein Zusammenhang zwischen den Auswirkungen des Krankheitsbildes und den Verhaltensänderungen bei Pubertätsbeginn erkennen. Die Aggressivität und Rebellion, von denen die Interviewten berichten, ergeben sich häufig aus dem Zusammenhang konfliktreicher Situationen, die mit Beginn der Pubertät vermehrt auftreten (vgl. Anhang C, S. 3ff). Dies kann in Verbindung mit der geringen Frustrationstoleranz der Betroffenen gebracht werden, auf Grund derer die Betroffenen zu aggressivem Verhalten neigen (vgl. Kapitel 2.4.3). Zudem berichtet die Hälfte der befragten Personen von einem aufreizenden Verhalten der Betroffenen zu Beginn der Pubertätsphase, welches sich sowohl durch einen provokant aufreizenden Kleidungsstil als auch durch bevorzugte Nacktheit äußert (vgl. Anhang C, S. 5). Wie bereits erläutert fehlt FASD Betroffenen häufig das nötige Feingefühl in sozialen Situationen und sie sind häufig distanzlos, hemmungslos und können soziale Gefahren nicht richtig einschätzen (vgl. Kapitel 2.4.3). Wenn man das von den befragten Personen beschriebene Bedürfnis der Betroffenen sich zu präsentieren in Verbindung mit den Erläuterungen zum Krankheitsbild FASD bringt, kann ein deutlicher Zusammenhang gesehen werden, da die Betroffenen die Gefahren und die soziale Angemessenheit ihres Auftretens nicht einschätzen können. Auch die wechselnden Stimmungslagen der Betroffenen in der Phase der Pubertät, die von den befragten Personen geschildert werden, lassen sich im Zusammenhang mit den bisherigen Aus-

fürungen zu den neuropsychologischen Charakteristika des Krankheitsbildes sehen, da hier ein typisches Merkmal der emotionalen Verhaltensstörungen von FASD Betroffenen zu erkennen ist (vgl. Anhang C, S. 5; vgl. Kapitel 2.4.3).

Insgesamt lässt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Auswirkung der typischen Merkmale des Krankheitsbildes und dem Pubertätsbeginn bzw. -verlauf bei weiblichen FASD Betroffenen nachweisen.

4.2 Veränderungen des Körpers

Die körperlichen Veränderungen in der Phase der Pubertät sind ein wichtiger Bestandteil dieses Lebensabschnittes (vgl. Kapitel 3.3.1). Bei der Auswertung der Interviews, hat sich ergeben, dass alle Interviewten den Umgang mit den körperlichen Veränderungen der betroffenen Mädchen in der Pubertätsphase als Problem ansehen (vgl. Anhang B, S. 8). Sowohl die Interviewten, die aus einer Beobachterperspektive berichten, als auch die befragte Betroffene, die von ihren persönlichen Erfahrungen berichtet, geben wider, dass bei den FASD Betroffenen eine Überforderung, Hilflosigkeit und ein mangelndes Verständnis für die körperlichen Veränderungen in der Pubertätsphase vorherrscht (vgl. Anhang C, S. 8). Laut des Berichts von zwei Befragten erkennen die Betroffenen die entwickelten Körperteile nicht mehr als Bestandteile ihres Körpers an und lehnen diese ab (vgl. Anhang C, S. 8). Darüber hinaus berichten zwei der Befragten von einer aggressiven Reaktion auf die körperlichen Veränderungen, die sogar das Ausmaß einer selbstverletzenden Handlung einnehmen (vgl. Anhang C, S. 8). Aus den bisherigen Ausführungen ergibt sich, dass die Betroffenen schon im Kindesalter ihren Körper und seine Bedürfnisse nicht eigenständig einschätzen können (vgl. Kapitel 2.4.2). Es lässt sich daraus schließen, dass die körperlichen Veränderungen und die neu entwickelten Bedürfnisse, die in der Phase der Pubertät auftreten, nun eine zusätzliche Belastung und Herausforderung darstellen, die zunehmend zu aggressivem Verhalten führt. Die aufgeführten Aspekte bestätigen die Hypothese, dass die pubertären körperlichen Veränderungen auf Grund des mangelnden Körperbewusstseins der Betroffenen zu Problemen führen.

Als besonders problematisch werden die Veränderungen beschrieben, die durch die monatliche Regelblutung bei den weiblichen FASD Betroffenen entstehen (vgl. Anhang C, S. 8). Zwei der befragten Personen heben hervor, dass auf Grund des gerin-

gen Körpergewichts der Betroffenen die Regelblutung erst sehr spät eingesetzt hat (vgl. Anhang C, S. 8). Die Wachstumsstörungen, die sich aus dem Alkoholeinfluss im Mutterleib ergeben und sich unter anderem auf das Körpergewicht beziehen, können als Grund hierfür gesehen werden (vgl. Kapitel 2.3). Jedoch wurde bereits erwähnt, dass besonders weibliche Betroffene in der Entwicklung zum Erwachsenen ein normales bis erhöhtes Gewicht entwickeln, was einen Zusammenhang zwischen dem Krankheitsbild und der verspätet einsetzenden Regelblutung zumindest an dieser Stelle erkennbar werden lässt (vgl. Kapitel 2.5). Alle befragten Personen, die bereits mit den Betroffenen die monatliche Blutung erlebt haben, berichten von einer Überforderung der Betroffenen im Bezug auf das hygienische Verhalten während dieser Zeit (vgl. Anhang C, S. 8). Es wird von unhygienischen Zuständen in Form von herumliegenden benutzten Binden und versteckten blutigen Hosen berichtet (vgl. Anhang C, S. 8). Diese unhygienischen Situationen wirken sich laut einer Pflegemutter nicht nur auf die Betroffene selbst, sondern auch auf das gesamte familiäre Umfeld aus (vgl. Anhang B, S. 37, Z. 3ff). Eine Verbesserung der Problematik im Verlauf der Pubertät wird von fast allen Befragten verneint (vgl. Anhang C, S. 8). Dies lässt sich in Zusammenhang mit den bisherigen Erläuterungen zu den Störungen der exekutiven Funktionen setzen, bei denen es den Betroffenen schwer fällt Lösungsstrategien für problematische Situationen zu entwickeln, diese im Gedächtnis abzuspeichern und zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal abzurufen (vgl. Kapitel 2.4.4). Die monatliche Blutung stellt in diesem Fall die Problemsituation dar, auf die immer wieder aufs Neue eine Lösung entwickelt werden muss. Daher lässt sich auch an dieser Stelle ein Zusammenhang zwischen den Auswirkungen des Krankheitsbildes und den Problemen im Pubertätsverlauf der betroffenen Mädchen erkennen.

4.3 Beziehungsverhältnisse

Die Analyse der bestehenden bzw. sich neu entwickelnden Beziehungsverhältnisse der FASD Betroffenen in der Pubertätsphase wurde in zwei Kategorien unterteilt: das Verhältnis zu den Pflegeeltern bzw. direkten Bezugs- und Betreuungspersonen und das Verhältnis zu Gleichaltrigen und Peergroups.

Zu den Veränderungen des Beziehungsverhältnisses zwischen den Betroffenen und ihren Pflegeeltern bzw. ihren direkten Bezugs- und Betreuungspersonen lassen sich nach Auswertung der Interviews unterschiedliche Aussagen treffen. Zwei der Be-

fragten schildern extreme Beziehungsveränderungen, die vor allem durch das zunehmend aggressive Verhalten der Betroffenen beeinflusst wurden und in einem Fall sogar zu einem Abbruch einer gemeinsamen häuslichen Beziehung führte (vgl. Anhang C, S. 10). In diesem Zusammenhang schildert eine Befragte, dass eine besondere Belastung für das Beziehungsverhältnis das Lügen der Betroffenen gewesen sei, welches im Pubertätsverlauf stark zugenommen habe (vgl. Anhang C, S. 10). Sie berichtet von Konfliktsituationen mit der Polizei und dem Jugendamt, in denen die Betroffene Kindheitserinnerungen mit ihrer leiblichen Mutter als aktuelle Erfahrungen mit ihrer Pflegemutter ausgegeben hat (vgl. Anhang C, S. 10). Dieses Verhalten lässt sich an dieser Stelle mit den Ausführungen zu den kognitiven Einschränkungen erklären, wo bereits erwähnt wurde, dass FASD Betroffene häufig Erlebnisse und Erfahrungen nicht in den richtigen zeitlichen Kontext einordnen können (vgl. Kapitel 2.4.1). Gegensätzlich dazu schildert die Hälfte der Befragten keine auffälligen Verhaltensänderungen, die das Beziehungsverhältnis zwischen ihnen und der Betroffenen positiv oder negativ verändert haben (vgl. Anhang C, S. 10). Eine Befragte beschreibt in diesem Zusammenhang ein eher gleichbleibendes kindliches Verhältnis zu ihren Pflegetöchtern, welches im Vergleich zu dem Verhältnis zu ihren leiblichen Töchtern nicht auf Augenhöhe beruht (vgl. Anhang C, S. 10). In allen Fällen wird jedoch abschließend das Verhältnis zu den Betroffenen als positiv und vertrauensvoll beschrieben (vgl. Anhang C, S. 10). Im Fall der befragten Personen, die sich zuvor über negative Beziehungsveränderungen geäußert hatten, konnte das Beziehungsverhältnis durch eine Unterbringung der Betroffenen in einer Tagesklinik bzw. in einer Jugendwohngruppe positiv beeinflusst werden (vgl. Anhang C, S. 10). Insgesamt lässt sich zur Veränderung des Beziehungsverhältnisses der Pflegeeltern bzw. der direkten Bezugs- und Betreuungspersonen zu den FASD Betroffenen sagen, dass es unterschiedliche Auswirkungen des pubertären Verhaltens in Verbindung mit dem Krankheitsbild FASD gibt, die sich nicht einheitlich zusammenfassen lassen.

Wie bereits erwähnt stellen gleichaltrige Freunde und die Bildung von Peer-Groups einen wichtigen Aspekt im Verlauf der Pubertät dar (vgl. Kapitel 3.3.1). Im Bezug darauf sind fast alle Befragten der Meinung, dass es für die FASD Betroffenen im pubertären Alter schwierig ist, ein stabiles Beziehungsverhältnis zu Gleichaltrigen aufzubauen (vgl. Anhang C, S. 13). Begründet wird dies in einem Fall durch das Vergessen des Kontakthaltens zu Freunden, die die Betroffenen zum Beispiel aus der

Schule kennen (vgl. Anhang C, S. 13). Dies lässt sich auf die mangelnde Merkfähigkeit aus dem Bereich der kognitiven Störungen des Krankheitsbildes zurückführen und in Zusammenhang setzen (vgl. Kapitel 2.4.1). Zudem berichten die befragten Personen, dass die betroffenen Mädchen überwiegend Freundschaften mit Gleichaltrigen eingehen, die ebenfalls von FASD oder einer anderweitigen Behinderung betroffen sind (vgl. Anhang C, S. 13). Als Begründung für dieses Verhalten wird auf der einen Seite eine Überforderung der Betroffenen im Umgang mit gesunden Gleichaltrigen und auf der anderen Seite eine Ablehnung durch gesunde Gleichaltrigen benannt (vgl. Anhang C, S. 13). Bereits in der Kindheit wirken sich die Störungen der emotionalen und sozialen Kompetenzen des Krankheitsbildes FASD auf die soziale Integration der Betroffenen aus (vgl. Kapitel 2.4.3). Besonders die hyperaktiven Verhaltensweisen sowie das mangelnde Feingefühl und die körperliche Aufdringlichkeit in sozialen Situationen bewirken, dass die FASD Betroffenen als unnormal und störend empfunden werden (vgl. Kapitel 2.4.3). Da diese Verhaltensweisen überwiegend bis in das Erwachsenenalter bestehen bleiben, kann gesagt werden, dass sich bereits im Kindesalter ein Spalt zwischen den FASD Betroffenen und den gesunden Gleichaltrigen auftut, der im Verlauf der Pubertät zunimmt und sich festigt. Dies bestätigt sich durch die Aussage von drei Befragten, die ebenfalls beschreiben, dass sich eine Schere zwischen den betroffenen Mädchen und gesunden Gleichaltrigen gebildet hat (vgl. Anhang C, S. 13). Zudem ist auffällig, dass viele der Befragten angeben, eine freundschaftliche Beziehung fast ausschließlich mit deutlich jüngeren oder älteren Personen und nicht mit Gleichaltrigen eingegangen zu sein (vgl. Anhang C, S. 13). Im Zusammenhang mit jüngeren Freunden wird von den Interviewten beschrieben, dass sich die Betroffenen als Beschützer sehen, hingegen im Kontakt zu älteren Personen eine Schutzposition einnehmen und sich leicht beeinflussen und leiten lassen (vgl. Anhang C, S. 13). Ein Verhältnis auf Augenhöhe, wie es bei einer freundschaftlichen Beziehung zu Gleichaltrigen wäre, scheint für die Betroffenen nicht möglich zu sein, ähnlich wie es von einer Pflegemutter im Verhältnis zu ihrer Pflegetochter beschrieben wird. Eine Verbesserung der sozialen Integration, in Bezug auf freundschaftliche Beziehungen im Verlauf der Pubertät wird nur von zwei interviewten Personen beschrieben. Begründet wird die Verbesserung durch die Unterbringung in einer Einrichtung. (vgl. Anhang C, S. 13)

Insgesamt stellen sich auch im Bereich der Veränderung bzw. Entwicklung von Beziehungsverhältnissen in der Phase der Pubertät deutliche Schwierigkeiten und Probleme ein, die sich häufig in einem kausalen Zusammenhang mit dem Krankheitsbild FASD bestätigen.

4.4 Entwicklung der Selbstständigkeit

Ein weiterer Bereich der Auswertung der Interviews stellt die Analyse der Aussagen zur Entwicklung einer Selbstständigkeit der Betroffenen im Verlauf der Pubertät dar. Die Entwicklung der Selbstständigkeit und im Zuge dessen auch die Entwicklung von Kompetenzen zur eigenständigen Lebensführung stellen einen weiteren wichtigen Aspekt im Pubertätsverlauf dar (vgl. Kapitel 3.3.1).

Fast alle befragten Personen halten eine eigenständige Lebensführung der Betroffenen nicht für realisierbar (vgl. Anhang C, S. 16). Im Zuge dessen schildern zwar zwei Befragte, dass sie positive Entwicklungsschritte in der Phase der Pubertät wahrnehmen, jedoch der Meinung sind, dass diese zu einer Entwicklung einer vollkommenen Selbstständigkeit nicht ausreichen (vgl. Anhang C, S. 17). Im Gegensatz dazu berichtet eine befragte Person sogar von Rückentwicklungen in Bezug auf die Entfaltung von Kompetenzen für eine eigenständige Lebensführung (vgl. Anhang C, S. 17). Darüber hinaus sehen zwei der interviewten Personen sowohl vor als auch nach Beginn bzw. Verlauf der Pubertät eine eigenständige Lebensführung als abgeschlossen an (vgl. Anhang C, S. 17). Lediglich die befragte FASD Betroffene beschreibt eine eigenständige Lebensführung als möglich, erkennt aber auch, dass sie wesentlich mehr Zeit für den Erwerb der Kompetenzen, die dafür erforderlich sind, brauchen wird (vgl. Anhang C, S. 16f). Vorausgegangene Studien zeigten, dass ca. 80% der FASD Betroffenen im späteren Leben als Erwachsener personelle Unterstützung und Hilfe benötigen, um den Alltag und seine Anforderungen bewältigen zu können (vgl. Kapitel 2.5). In den entsprechenden Literaturstellen wird dieser Unterstützungsbedarf hauptsächlich auf eine Störung der Exekutiven Funktionen, die viele Aspekte der Alltagsbewältigung beeinflussen, zurückgeführt (vgl. Kapitel 2.5). Die Aspekte, die von den Interviewten als Begründung für eine mangelnde Selbstständigkeit der weiblichen Betroffenen gesehen werden, lassen sich zum Teil auf die Einschränkungen der Exekutiven Funktionen zurückführen. Demnach berichtet die Hälfte der Befragten, dass die Betroffenen zwar alltägliche Handlungen, wie bspw.

Aufgaben im Haushalt, bewerkstelligen können, jedoch explizite Anweisungen und Unterstützung benötigt werden, um eine Handlungen zu beginnen (vgl. Anhang C, S. 17). Dies lässt sich mit der mangelnden Planungsfähigkeit und den Schwierigkeiten bei der Entwicklung von Handlungskonzepten der Betroffenen begründen, wodurch sich wieder einmal ein Zusammenhang zwischen den typischen Merkmalen des Krankheitsbild FASD und den Problemen im Pubertätsverlauf von weiblichen FASD Betroffenen erkennen lässt (vgl. Kapitel 2.4.4). Auch den Umgang mit Geld sehen zwei der interviewten Personen in Bezug auf eine eigenständige Lebensführung als problematisch an (vgl. Anhang C, S. 17). Dies lässt sich ebenfalls in Verbindung mit dem Krankheitsbild bringen, da FASD Betroffene sowohl Probleme im planerischen Denken als auch in der Einschätzung der Konsequenzen ihres Handelns aufweisen, wodurch ein angemessener Umgang sowie die Einteilung von finanziellen Mitteln für einen längerfristigen Zeitraum beeinträchtigt werden (vgl. Kapitel 2.4.4). Auch das impulsive und „flatterhafte“ Verhalten, welches laut zwei interviewten Personen die Selbstständigkeit eingrenzt, ist typisch für das Krankheitsbild FASD (vgl. Anhang C, S. 17; vgl. Kapitel 2.4.4). Im Gegensatz zu den bisher aufgeführten Gründen für eine Einschränkung einer eigenständigen Lebensführung der Betroffenen, benennt eine befragte Person die schädlichen Beziehungen, in die sich die Betroffenen zunehmend im Pubertätsverlauf begeben, als Hauptgrund für die mangelnde Selbstständigkeit (vgl. Anhang C, S. 17). Die starke Verführbarkeit der Betroffenen sowie die daraus resultierenden Gefahren- und Konfliktsituationen, die bereits erwähnt wurden, können mit dieser Aussage in Zusammenhang gebracht werden und erlauben einen Rückschluss der Auswirkungen des Krankheitsbild auf die Entwicklungen in der Pubertätsphase (vgl. Kapitel 2.5). Des Weiteren kann zu dieser ausgewerteten Kategorie gesagt werden, dass vier der befragten Personen die mangelnde Fähigkeit zur Selbstkontrolle und Selbstversorgung der Betroffenen als negativen Faktor für die Entwicklung einer Selbstständigkeit ansehen (vgl. Anhang C, S. 17). Dies lässt sich, ähnlich wie die Reaktionen auf die Veränderungen des Körpers im Pubertätsverlauf, durch das mangelnde Körperbewusstsein der Betroffenen erklären (vgl. Kapitel 2.4.2). Die Betroffenen können die Bedürfnisse ihres Körpers nicht eigenständig einschätzen und angemessen befriedigen, was zu Problemen im Alltag wie beispielsweise der zeitlich angemessenen Nahrungsaufnahme oder dem hygienischen Verhalten führt (vgl. Kapitel 2.4.2; vgl. Kapitel 2.4.4).

Zusammengefasst lässt sich auch im Bezug auf diese Kategorie der Auswertung sagen, dass sich die Beeinträchtigungen hinsichtlich der neuropsychologischen Charakteristika des Krankheitsbildes auf die Entwicklung einer Selbstständigkeit in der Pubertätsphase der FASD Betroffenen negativ auswirken.

4.5 Sexuelles Verhalten

Häufig werden in der Pubertätsphase erste sexuelle Erfahrungen gesammelt und das Bedürfnis nach sexuellen Beziehungen und intimen Momenten tritt verstärkt auf (vgl. Kapitel 3.3.1). Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass sich auch in diesem Bereich deutliche Probleme und Belastungen sowohl für die Betroffenen als auch für die direkten Bezugspersonen zeigen (vgl. Anhang C, S. 21f).

Vier der befragten Personen bestätigen, dass die betroffenen Mädchen bereits Erfahrungen im Hinblick auf sexuelle Kontakte gesammelt haben (vgl. Anhang C, S. 21). Zwei der Interviewten geben im Gegensatz dazu an, dass die Betroffenen noch keine sexuellen Kontakte eingegangen sind bzw. sie es nicht genau wissen (vgl. Anhang C, S. 21). Auffällig ist hierbei, dass Letztere Pflegemütter von eher jüngeren Betroffenen (14 und 15 Jahre) sind, woraus sich zumindest im Hinblick auf die durchgeführte Untersuchung schließen lässt, dass ein auffällig frühzeitiges Ausleben von sexuellen Erfahrungen bei weiblichen FASD Betroffenen nicht nachgewiesen werden kann (vgl. Anhang C, S. 21). Auffällig ist, dass viele der Befragten angeben, dass die Betroffenen eine sehr geringe Hemmschwelle haben, über das Thema Sexualität und sexuelle Erfahrungen zu sprechen (vgl. Anhang C, S. 21). Lediglich eine interviewte Person berichtet, dass die Betroffene bei diesem Thema eher verschlossen ist und selten darüber spricht (vgl. Anhang C, S. 21). Die in den meisten Fällen beschriebene Offenheit der Betroffenen zu dem Thema Sexualität, welche teilweise von den befragten Personen als überhöht und unangenehm empfunden wird, spiegelt unter anderem die Ungehemmtheit sowie das mangelnde Feingefühl in sozialen Situationen der FASD Betroffenen wider (vgl. Kapitel 2.4.3). Es lässt sich demnach erkennen, dass sich Merkmale des Krankheitsbildes, die sich vor allem im Kindesalter zeigen, auch auf die Phase der Pubertät auswirken und dort deutlich zu erkennen sind. Zudem berichten die befragten Personen von Auffälligkeiten im Bezug auf das sexuelle Verhalten der Betroffenen, welche ebenfalls Rückschlüsse auf die Merkmale des Krankheitsbildes FASD erlauben. Zum einen berichten drei befragte Personen davon, dass

die Betroffenen leicht verleit- und verführbar sind, was das Ausleben von Sexualität angeht (vgl. Anhang C, S. 21). Im Gegensatz dazu schildert die befragte Betroffene, dass sie eher vorsichtig im Umgang mit sexuellen Kontakten ist (vgl. Anhang C, S. 21). Im Zuge der Erläuterungen zu den Besonderheiten des Krankheitsbildes im Jugendalter und jungem Erwachsenenalter wurde erwähnt, dass sich besonders weibliche FASD Betroffene auf Grund ihrer mangelnden Fähigkeit zur Risikoeinschätzung und der kindlichen Naivität leicht zu sexuellen Handlungen verleiten lassen, die leider auch oft im Sinne eines Missbrauchs zu verstehen sind (vgl. Kapitel 2.5). Setzt man die Aussagen der Interviewten in einen Zusammenhang mit den Erläuterungen des Krankheitsbildes, wird deutlich, weshalb die Befragten diese Auffälligkeit im sexuellen Verhalten der Betroffenen als Gefahr sehen (vgl. Anhang C, S. 21). Als weitere Auffälligkeit in Bezug auf das sexuelle Verhalten der Betroffenen erwähnen vier Interviewte ein grenzenloses und hemmungsloses Verhalten (vgl. Anhang C, S. 21). Im Zuge dessen vermutet eine befragte Person, dass diese Grenzenlosigkeit und Hemmungslosigkeit im Bezug auf den sexuellen Reiz den Betroffenen dazu dient, ihren Körper besser zu spüren (vgl. Anhang C, S. 21). Erneut kann an dieser Stelle das mangelnde Körperbewusstsein bzw. Körpergefühl der Betroffenen, welches sich unter anderem in einem verringerten Schmerzempfinden ausdrückt, mit diesen Aussagen in Verbindung gebracht werden (vgl. Kapitel 2.4.2). Da die Betroffenen ihre Gefühle und Bedürfnisse in Bezug auf ihren Körper häufig nicht einschätzen können, zeigen sie auffallend grenzenloses bis grenzüberschreitendes Verhalten, das dazu dient den eigenen Körper wahrnehmen zu können (vgl. Kapitel 2.4.2; vgl. Anhang C, S. 21). Eine weitere Aussage einer befragten Person, die sich ebenfalls mit dem mangelnden Körperbewusstsein in Verbindung bringen lässt, bezieht sich auf die erste sexuelle Erfahrung, die die Betroffene erlebt hat. Die interviewte Person berichtet, dass im Anschluss an den ersten sexuellen Kontakt ein derartig verändertes Körpergefühl bei der Betroffenen eingesetzt hat, dass zur genaueren Klärung der Umstände ein Arzt aufgesucht werden musste (vgl. Anhang C, S. 21f). An dieser Stelle wird noch einmal besonders deutlich, wie sich das Krankheitsbild FASD und das damit in Verbindung stehende mangelnde Körperbewusstsein auf die Phase der Pubertät im Hinblick auf die Entwicklung einer Sexualität auswirkt.

Vier der befragten Personen sehen einige Auffälligkeiten im Sexualverhalten der Betroffenen als unangemessenes Sexualverhalten (vgl. Anhang C, S. 22). Zwei der

Interviewten berichten von Nacktfotos und Videos, die die Betroffenen über soziale Netzwerke veröffentlichen (vgl. Anhang C, S. 22). Die Betroffenen können, wie bereits erwähnt, Gefahrensituationen und die Konsequenzen ihres Handelns diesbezüglich nicht angemessen einschätzen (vgl. Kapitel 2.5). Zudem wird berichtet, dass auch auf schützende Äußerungen der Pflegeeltern oder der direkten Bezugspersonen keine Einsicht der Betroffenen eintritt (vgl. Anhang C, S. 19). Darüber hinaus berichtet eine Pflegemutter, dass die Betroffenen sich in der Öffentlichkeit selbst befriedigen (vgl. Anhang C, S. 22). Den Betroffenen ist auch in dieser Hinsicht jegliches Feingefühl für soziale Situationen und angemessenes Verhalten unbewusst (vgl. Kapitel 2.4.3). Ebenfalls in Bezug auf ein unangemessenes Sexualverhalten schildert eine Befragte, dass auf Grund der geringen Hemmschwelle der Betroffenen hinsichtlich des Körperkontakts zu anderen Kindern und Jugendlichen manchmal nicht ausgeschlossen werden kann, dass diese Berührungen auf einer sexuellen Basis beruhen (vgl. Anhang C, S. 22). Auch dies lässt sich erneut auf die Störungen der sozialen Kompetenzen des Krankheitsbildes FASD zurückführen, die vor allem von einem distanzlosen und anhänglichen Verhalten geprägt sind (vgl. Kapitel 2.5). Neben den Auffälligkeiten im normalen Sexualverhalten der Betroffenen berichten zudem vier interviewte Personen, dass die Betroffenen schon einmal einen körperlichen oder psychischen Missbrauch erfahren mussten (vgl. Anhang C, S. 22). In drei Fällen wird davon berichtet, dass die Betroffenen entweder aus Angst vor sozialem Ausschluss oder dem Verlust einer positiven sozialen Austauschbeziehung einen sexuellen Missbrauch zugelassen haben (vgl. Anhang C, S. 22). Es wurde bereits erläutert, dass FASD Betroffene häufig ab dem Kindesalter auf Grund der Einschränkung in Bezug auf die emotionalen und sozialen Kompetenzen als Außenseiter gesehen werden und die soziale Integration dadurch behindert wird (vgl. Kapitel 2.4.3). Auf Grund dessen lässt sich hier ein Zusammenhang zwischen dem sozialen Ausschluss im Kindesalter, dem starken Bedürfnis nach sozialen Kontakten im Jugendalter und dem Zulassen der Missbrauchssituation erkennen.

Die Auswertung der Interviews in Bezug auf diese Kategorie hat erneut gezeigt, dass die Auffälligkeiten und Probleme, die von den interviewten Personen in Bezug auf die Pubertätsentwicklung und die damit verbundene Entwicklung einer Sexualität durch spezifische Merkmale des Krankheitsbildes beeinflusst werden.

4.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Zusammenfassend lassen die Ergebnisse der einzelnen Kategorien erkennen, dass die beschriebenen Probleme und Auffälligkeiten in der Pubertätsphase der Betroffenen größten Teils auf die Auswirkungen des Krankheitsbildes FASD zurückführt werden können. Hervorzuheben ist, dass es sich hierbei fast ausschließlich um Auswirkungen in Bezug auf die neuropsychologischen Charakteristika handelt, die durch die funktionellen Hirnleistungsstörungen im Rahmen des pränatalen Alkoholkonsum der Mutter entstanden sind (vgl. Kapitel 2.4). Besonders häufig beziehen sich die Auffälligkeiten und Probleme im Pubertätsverlauf der Betroffenen auf die mangelnde Körperwahrnehmung sowie die Einschränkungen der sozialen und emotionalen Fähigkeiten der Betroffenen. In Bezug auf die Auswertung der unterschiedlichen Betrachtungsperspektiven der befragten Personen war festzustellen, dass die befragte Betroffene häufig widersprüchliche Aussagen äußerte, die nur teilweise für die Auswertung der Interviews verwendet werden konnten (vgl. Anhang C, S. 1ff).

Abschließend kann gesagt werden, dass eine Antwort auf die Forschungsfrage gefunden werden konnte. Die Hypothesen, die bei der Erstellung des Leitfadens gebildet wurden, haben sich weitestgehend durch die Auswertung der Interviewinhalte bestätigt. Es zeigen sich deutliche Auswirkungen der typischen Merkmale des Krankheitsbildes FASD auf den Pubertätsverlauf der Betroffenen.

Zu Beginn der Interviewerstellung wurde zudem festgestellt, dass die Phase der Pubertät nicht nur eine Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und Herausforderungen für die Jugendlichen bedeutet, sondern auch Belastungen und Verunsicherung für das soziale Umfeld der Pubertierenden mit sich bringt (vgl. Kapitel 3.3.1). Die Ergebnisse bezüglich der Belastungen, die für Pflegeeltern und direkte Bezugspersonen der Betroffenen bestehen, sollen nun im fünften Kapitel genauer dargestellt werden.

5 Handlungsempfehlungen

Nachdem im vierten Kapitel auf die Auffälligkeiten und Probleme im Pubertätsverlauf der Betroffenen eingegangen wurde, sollen nun in diesem Kapitel die Belastungen der Pflegeeltern und anderen direkten Bezugspersonen in der Phase der Pubertät der Betroffenen in den Fokus genommen werden. Hierzu wird erneut auf die Interviewinhalte zurückgegriffen.

Zunächst werden die ausgewerteten Informationen und Aussagen der befragten Personen dargestellt, die Rückschlüsse auf eine persönliche Belastungssituation in Bezug auf den Pubertätsverlauf der weiblichen Betroffenen erlauben. Anschließend wird auf Unterstützungs- und Hilfswünsche der befragten Personen eingegangen, um daraus Handlungsempfehlungen zu entwickeln. Es wird hierbei lediglich ein exemplarischer Ausblick gegeben.

5.1 Belastungen von Pflegeeltern in der Pubertätsphase

Die vielseitigen Herausforderungen des Krankheitsbildes FASD stellen schon im Kindesalter erhebliche Ansprüche an die Pflegeeltern (vgl. Löser 1995, S. 132). Was jedoch im Kindesalter bspw. in Bezug auf das anhängliche, distanzlose und hyperaktive Verhalten der FASD Betroffenen noch größten Teils als niedlich und der Entwicklungsstufe des Kindes als angemessen empfunden wird, bereitet mit zunehmendem Alter eher Schwierigkeiten, Konflikte und Probleme (vgl. Löser 1995, S. 132). Im Folgenden sollen nun die Aspekte dargestellt werden, die von den Interviewten als besondere Belastung mit Beginn bzw. Verlauf der Pubertät der Betroffenen beschrieben wurden.

In Bezug auf den Pubertätsverlauf sehen zwei der befragten Personen besonders die Entwicklung der Sexualität und die Gefahr vor sexuell übertragbaren Krankheiten, Missbrauchserfahrungen sowie unangenehmen Sexualerfahrungen als belastend an (vgl. Anhang C, S. 24). Sie sehen sich in einer Schutzfunktion sowohl den Betroffenen gegenüber als auch gegenüber den Sexualpartnern der Betroffenen, da sie der Meinung sind, dass die Betroffenen die Gefahren nicht eigenständig einschätzen können (vgl. Anhang C, S. 24). Dieses enorme Verantwortungsgefühl sehen die befragten Personen diesbezüglich als größte Belastung an. Zwei weitere befragte Personen geben an, dass es besonders belastend sei, den Betroffenen in der Phase der Pubertät etwas verbal zu erklären, da es von den Betroffenen meist nicht ausreichend verstanden wird (vgl. Anhang C, S. 24). Wie bereits erwähnt verfügen viele FASD Betroffene über eine überdurchschnittliche Ausdruckfähigkeit, zeigen jedoch in Bezug auf das Sprachverständnis deutliche Einschränkungen und Probleme (vgl. Kapitel 2.4.2). Zum einen verstehen viele FASD Betroffene die Aussagen des sozialen Umfelds nicht, zum anderen können sie sich diese Aussagen nicht merken bzw. die Aufforderungen im Gedächtnis abspeichern (vgl. Kapitel 2.4.2). Eine Befragte be-

richtet, dass es für sie besonders belastend war, dass die Betroffene negative Kindheitserfahrungen bei ihrer leiblichen Mutter auf aktuelle Situationen und auf sie übertragen hat und dies unter anderem zu Konfliktsituationen mit der Polizei und dem Jugendamt und sogar zu einem Abbruch der häuslichen Beziehung führte (vgl. Anhang C, S. 24). Eine interviewte Person sieht das mangelnde Verständnis und die unzureichende Aufklärung der Personen im sozialen Umfeld der Betroffenen, bspw. die Lehrer in der Schule, als größte Belastung an (vgl. Anhang C, S. 24f). In Bezug darauf schildert sie, dass sich die Betroffene außerhalb bzw. innerhalb des familiären Haushalts von zwei verschiedenen Seiten gezeigt hat (vgl. Anhang C, S. 23). Zuhause wurde die Betroffene im Verlauf der Pubertät zunehmend aggressiv, außerhalb des Hauses im sozialen Umfeld jedoch stets liebenswert und ordentlich, weshalb niemand verstehen und glauben konnte, dass die Betroffene sich im familiären Umfeld derartig anders verhält (vgl. Anhang C, S. 23). Eine weitere befragte Person sieht vor allem die Einschränkungen in der eigenständigen Lebensführung als größte Belastung an (vgl. Anhang C, S. 25). Dies lässt sich sowohl in Zusammenhang mit einem überhöhten Verantwortungsgefühl sehen als auch, wie von den Interviewten beschrieben, mit einem erhöhten Konfliktpotentials bezüglich der Bedürfniserfüllung der Betroffenen erklären (vgl. Anhang C, S. 24). In Anlehnung daran beschreiben zwei der interviewten Personen vor allem den immer größer werdenden Unterschied zwischen der geistigen und der körperlichen Reife der Betroffenen in der Phase der Pubertät als besonders belastend (vgl. Anhang C, S. 25). Auch die Literatur belegt, dass dieses Spannungsverhältnis zwischen körperlicher und geistiger Reife und die damit verbundene stagnierenden Entwicklungsfortschritte und Verhaltensauffälligkeiten sich belastend auf das familiäre Verhältnis auswirkt (vgl. Löser 1995, S. 132). Im Zuge der Erläuterung der größten Belastungen der Pflegeeltern und direkten Bezugspersonen in der Pubertätsphase der Betroffenen wurde gleichzeitig durch die befragten Personen auf notwendige Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten hingewiesen, die im folgenden Kapitel dargestellt und tiefer gehend erläutert werden.

5.2 Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten

In dem folgenden Kapitel sollen exemplarisch Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, die den Umgang mit den pubertären Herausforderungen, Belastungen und Problemen sowohl für die weiblichen FASD Betroffenen in der Puber-

tätsphase als auch für die Pflegeeltern und die direkten Bezugspersonen der Betroffenen erleichtern sollen. Hierbei wird sich nicht nur auf die Auswertungsergebnisse in Bezug auf die allgemeinen Ausführungen zum Pubertätsverlauf der Betroffenen (vgl. Kapitel 4) sondern auch auf die konkret benannten Belastungssituationen der Pflegeeltern und direkten Bezugspersonen bezogen (vgl. Kapitel 5.1).

Die Auswertung der Interviews bezüglich der Reaktionen der weiblichen FASD Betroffenen auf die körperlichen Veränderungen in der Pubertätsphase hat gezeigt, dass besonders das hygienische Verhalten bei der monatlichen Regelblutung große Probleme bereitet, welche nicht nur die Betroffenen selbst betreffen, sondern häufig das ganze familiäre und soziale Umfeld negativ beeinflussen (vgl. Kapitel 4.2). Zur Vorbeugung der monatlichen Belastungen und Herausforderungen für die Betroffenen und das soziale Umfeld, berichten vier der befragten Personen von dem Einsatz eines Verhütungsmittels, welches die monatliche Blutung unterbindet (vgl. Anhang C, S. 27). Als besonders nützlich erweisen sich dafür sowohl ein Verhütungsimplantat als auch die Dreimonatsspritze (vgl. Anhang C, S. 27). Durch die Ausschüttung des Hormons Gestagen im Körper unterbinden beide Verhütungsmethoden den Eisprung und führen zu einer Verdickung des Gebärmutterhalses und zu einer Veränderung der Gebärmutter schleimhaut (vgl. *Bundesministerium für gesundheitliche Aufklärung* 2014, S. 34f). Beide Verhütungsmethoden sind besonders für Frauen geeignet, die Probleme mit der Verwendung anderer Verhütungsmethoden oder der regelmäßigen Einnahme von Verhütungsmitteln haben (vgl. *ebd.* S. 34f).

Drei der befragten Personen äußern, dass sie sich Materialien wünschen, mit welchen sie den Betroffenen das Thema Pubertät und in diesem Zusammenhang ebenfalls das Thema Sexualität angemessen erklären können (vgl. Anhang C, S. 27). Sie heben dabei die besondere Berücksichtigung des unzureichenden Sprachverständnisses der Betroffenen sowie die mangelnde Umsetzung theoretischer Kenntnisse in die Praxis hervor (vgl. Anhang C, S. 27). Auch Kinder mit einer Autismus-Spektrum-Störung zeigen erhebliche Probleme im Verstehen von sprachlichen Aufforderungen und Erklärungen (vgl. *Bernard-Opitz u.a.* 2013, S. 11). Als besonders hilfreich hat sich bei dieser Betroffenenengruppe der Einsatz visueller Unterstützungshilfen gezeigt, wodurch bspw. mit Fotos, Bildern oder Videos einfache Dinge anschaulich erklärt werden können (vgl. *ebd.* S. 11). Wünschenswert wäre daher in diesem Kontext die Entwicklung eines Handbuchs für das Thema Pubertät bzw. Sexualität, welches an-

hand von Bildkarten und visuellen Reizen die grundlegenden Elemente anschaulich darstellt und somit die Aufklärung der FASD Betroffenen zu diesen Themen erleichtert. Auch die mangelnde Selbstständigkeit der Betroffenen sowie das mangelnde hygienische Verhalten während der Regelblutung und die daraus resultierende Notwendigkeit von Hilfe und Unterstützung im Alltag durch Bezugspersonen, könnte durch den Einsatz visueller Erklärungsmethoden in Form von Handlungsplänen erleichtert werden. Auf Grund der Störung der Exekutiven Funktionen zeigen die FASD Betroffenen deutliche Einschränkungen im planerischen Denken, was sich hauptsächlich negativ auf eine eigenständige Lebensführung und die Strukturierung des Alltags auswirkt (vgl. Kapitel 2.4.4). Um den Betroffenen jedoch eine gewisse Eigenständigkeit zu ermöglichen sowie ihre Selbstkontrolle, ihr Zeitmanagement und die planerische Durchführung von alltäglichen Aufgaben in einer richtigen Reihenfolge zu ermöglichen, sind strukturierte Arbeitsmaterialien in Form von Handlungsplänen notwendig (vgl. Müller u.a. 2013, S. 18f)¹.

Bezogen auf die Unselbstständigkeit der weiblichen FASD Betroffenen wünschen sich zwei der befragten Personen ebenfalls geführte Freizeitmöglichkeiten, bei denen die Betroffenen unter Anleitung und Aufsicht in einer Gruppe Aktivitäten ausleben und Erfahrungen sammeln können, die für ihr Alter angemessen sind und ohne die Pflegeeltern bzw. die alltäglichen Bezugspersonen stattfinden (vgl. Anhang C. S. 27). Diesbezüglich erwähnt eine der befragten Personen den familienentlastenden Dienst, der in Form einer pädagogischen Einzelfallhilfe die Betreuung der FASD Betroffenen übernimmt und mit ihr Freizeitaktivitäten unternimmt (vgl. Anhang C, S. 26). Der familienentlastende Dienst ist eine ambulante Hilfeleistung zur Entlastung von Familien mit einem behinderten Kind bzw. jungen Erwachsenen in alltäglichen Situationen (vgl. *Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V.* 1986, S. 49). Durch den familienentlastenden Dienst soll den Betroffenen unter Betreuung und Anleitung die Möglichkeit gegeben werden soziale Erfahrungen zu sammeln (vgl. *ebd.* S. 50). Das Ausmaß und die Gestaltung des Hilfs- und Unterstützungsangebots soll dabei sowohl auf die Interessen der Eltern als auch auf die Bedürfnisse und Wünsche des Behinderten abgestimmt werden und zu jeder Zeit zur Verfügung stehen (vgl. *ebd.* S. 50). Da die kognitiven Einschränkungen des Krankheitsbildes

¹ Zur Vertiefung: Müller, Sandra Verena/Harth, Sandy/Klaue, Ulrike (2013): „Dann mache ich mir einen Plan“. Arbeitsmaterialien zum planerischen Denken. 2. Auflage. Dortmund: Löer Druck GmbH

FASD jedoch nicht in jedem Fall auf eine geistige Behinderung zurück zu führen sind und die Finanzierung des familienentlastenden Dienstes durch Sozialleistungsträger in den meisten Fällen nur für Familienangehörige von geistig Behinderten gewährt wird, ergibt sich eine gewisse Kostenproblematik (vgl. Kapitel 2.4.1; vgl. *Bundesministerium für Gesundheit* 1997, S. 186). Die Befragte berichtet ebenfalls davon, dass ein Großteil der Kosten für die Unterstützung des familienentlastenden Dienstes selbst zu tragen sind und sich eine finanzielle Unterstützung als hilfreich erweisen würde (vgl. Anhang C, S. 27). Da die Betroffenen zudem auf Grund ihrer Verhaltensauffälligkeiten häufig als Außenseiter gelten und dadurch eine soziale Integration behindert wird (vgl. Kapitel 2.4.3), ermöglichen Gruppenangebote für FASD Betroffene soziale Erfahrungen zu sammeln und sich selbst in einer sozialen Gruppe aus „eine[r] Menge von Individuen, die sich selbst als Mitglieder derselben sozialen Kategorie wahrnehmen und ein gewisses Maß an emotionaler Bindung bezüglich [der] gemeinsamen Selbstdefinition teilen“ (*Stürmer* 2013, S. 11) zu sehen. Hilfreich wäre daher die Entwicklung und Einrichtung von kostenlosen Gruppentreffen für FASD Betroffene, die es ermöglichen gemeinsame soziale Erfahrungen in einem betreuten Umfeld zu sammeln, die besonders für das Pubertätsalter angemessen sind.

Darüber hinaus sieht eine befragte Person die Aufklärungsarbeit als notwendig, um sowohl einen Austausch mit dem sozialen Umfeld sowie mit Fachkräften unterschiedlicher Disziplinen zu ermöglichen als auch das Verständnis der Öffentlichkeit für das auffällige Verhalten der Betroffenen im Pubertätsverlauf zu erwecken (vgl. Anhang C, S. 27). Auch Spohr u.a. sehen die Aufklärungsarbeit als besonders wichtig an, um auch Betroffene im jugendlichen und jungen Erwachsenenalter angemessen fördern zu können und passgenaue Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten zu entwickeln (vgl. *Spohr u.a.* 2008, S. 697). Dabei beschränkt sich die notwendige Aufklärungsarbeit nicht nur auf Fachkräfte unterschiedlicher Disziplinen, die alltägliche Berührungspunkte zu den Betroffenen haben, sondern sollte auf die allgemeine Öffentlichkeit erweitert werden (vgl. *Spohr u.a.* 2008, S. 697). Erforderlich ist hierfür eine Kooperation zwischen „gesellschaftlichen und politischen Verantwortungs-trägern sowie [den] Medien“ (*Spohr u.a.* 2008, S. 697) und Ärzten, um Kampagnen zur Aufklärung der Öffentlichkeit entwickeln zu können (vgl. *ebd.* S. 697). Um einen sozialen Austausch über die Belastungen in der Pubertätsphase der weiblichen FASD Betroffenen für Pflegeeltern und andere direkte Bezugspersonen zu ermöglichen,

sieht eine befragte Person Selbsthilfegruppen als besonders hilfreich an (vgl. Anhang C, S. 27). Als Selbsthilfegruppe bezeichnet man „freiwillige, meist lose Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivität sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, psychischen Störungen oder sozialen Problemen richten, von denen sie – entweder selbst oder als Angehörige – betroffen sind“ (Haller u.a. 2012, S. 16).

Auf Grund des quantitativen Rahmens der Bachelorarbeit wird an dieser Stelle von weiteren Ausführungen von Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten für FASD Betroffene sowie Pflegeeltern und weitere Bezugspersonen der Betroffenen in der Phase der Pubertät abgesehen. Abschließend sei jedoch auf eine neu entwickelte Broschüre der Drogenbeauftragten der Bundesregierung hingewiesen, die hilfreiche Tipps für den Alltag von FASD Betroffenen im jugendlichen und jungen Erwachsenenalter beinhaltet² (vgl. *Drogenbeauftragte der Bundesregierung* 2015 S. 1ff).

6 Fazit und Ausblick

In einem abschließenden Fazit sollen nun die wesentlichen Gesichtspunkte der Arbeit zusammengefasst werden. Zudem wird auf die, in der Einleitung formulierten, Ziele eingegangen und ein Ausblick auf weitere Forschungsmöglichkeiten im Bezug auf die Fetalen Alkoholspektrumstörungen gegeben.

Die Erläuterungen des Krankheitsbildes FASD im ersten Kapitel haben gezeigt, wie vielseitig und unterschiedlich die Ausprägungen und Folgen des toxischen Einflusses von Alkohol im Mutterleib sein können. Vor allem die Tatsache, dass diese Behinderungsform zu hundert Prozent vermeidbar ist, weist auf die Dringlichkeit hin, die Öffentlichkeit mehr über die Folgen von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft aufzuklären. Daher wurde möglichst prägnant auf die wichtigsten medizinischen Grundlagen sowohl auf körperlicher als auch geistiger und psychischer Ebene eingegangen, um ein umfangreiches Gesamtbild über das Thema FASD zu liefern. Auch wenn die körperlichen Merkmale bei den Betroffenen mit zunehmendem Alter verblassen, zeigen sich dennoch deutlich verstärkte Auffälligkeiten und Defizite im Bereich der sozialen und emotionalen Kompetenzen sowie den Exekutiven Funktionen, die maßgeblich für eine gelingende Alltagsbewältigung sind. Bereits der Gesprächs-

² Zur Vertiefung: *Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2015): Fetale Alkoholspektrumstörung und dann?. Ein Handbuch für Jugendliche und junge Erwachsene*. Berlin: Drogenbeauftragte der Bundesregierung

austausch mit unterschiedlichen Pflegeeltern von weiblichen FASD Betroffenen auf der FASD Fachtagung in Osnabrück hat gezeigt, dass die Herausforderungen und Belastungen sowohl für die Betroffenen als auch für die Pflegeeltern im Vergleich zum Kindesalter in der Pubertät deutlich zunehmen. Daher sollte im Verlauf der Bachelorarbeit sowohl der Pubertätsverlauf von weiblichen FASD Betroffenen dargestellt als auch Handlungsempfehlung zur Bewältigung spezifischer Problemsituationen entwickelt werden. Im Verlauf der Arbeit erwiesen sich die Recherchen zu spezifischen Merkmalen des Pubertätsverlaufs von FASD Betroffenen als unzureichend, weshalb beschlossen wurde eine eigene Untersuchung zur Datenerhebung und Informationsgewinnung durchzuführen. Die durchgeführte Untersuchung, die sich ausschließlich auf weibliche FASD Betroffene bezog, zeigt, dass sich deutliche Auswirkungen des Krankheitsbildes während der Pubertät erkennen lassen. Vor allem die neuropsychologischen Charakteristika wirken sich belastend und erschwerend auf Bewältigung unterschiedlicher Entwicklungsaufgaben in der Pubertät aus. Hervorzuheben ist hierbei das mangelnde Körperbewusstsein der Betroffenen, die Störung der Exekutiven Funktionen sowie die Verhaltensauffälligkeiten und Störungen der emotionalen und sozialen Kompetenzen, die sich auf unterschiedliche Aspekte der pubertären Veränderungen beziehen. Durch die Zusammenfassung und Gesamtauswertung der Interviews hat sich insgesamt ein Bild von multiplen Einschränkungen und Beeinträchtigung der weiblichen FASD Betroffenen im Verlauf der Pubertät gezeigt, welches sich ebenfalls belastend auf die Pflegeeltern und direkten Bezugspersonen auswirkt, wie sich im Kapitel 5.1 zeigt. Auf Grund des zeitlichen und quantitativen Aufwands der Datenerhebung und Informationsgewinnung wurde der Fokus der Arbeit im Verlauf auf die Beschreibung der pubertären Veränderungen gelegt, da dies die Grundlage für die Entwicklung von Handlungsempfehlungen in Form von Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten darstellt.

Abschließend soll noch einmal auf die ursprünglichen Ziele der Arbeit, die in der Einleitung formuliert wurden, eingegangen werden. Das erste Ziel, Handlungsempfehlungen zu entwickeln, konnte auf Grund der Komplexität der Analyse des Pubertätsverlaufs der weiblichen FASD Betroffene nur in einem sehr geringen Umfang erfüllt werden. Die erwähnte Entwicklung eines Handbuchs mit Hilfen und Tipps zur angemessenen Bewältigung von pubertären Veränderungen und Herausforderungen könnte in einer weiteren Forschungsarbeit aufgegriffen werden. Das zweite Ziel,

Aufklärung der Öffentlichkeit über die Auswirkungen von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft, konnte im zweiten Kapitel zur Einführung in das Krankheitsbild weitestgehend erfüllt werden, sofern die Arbeit für die Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt wird. Weiterführend lässt jedoch auch dieses Ziel, in Bezug auf den Wunsch der interviewten Personen zur Entwicklung von gezielten Aufklärungsangeboten weiteren Handlungsbedarf offen. Das letzte Ziel, die Auswirkungen des Krankheitsbildes im Jugendalter und jungem Erwachsenenalter aufzuzeigen, konnte in Form der durchgeführten empirischen Sozialforschung erfüllt werden. Auch wenn die Ergebnisse auf Grund der Auswahl einer qualitativen Erhebungsmethode nicht repräsentativ sind und somit keinen eindeutigen und ultimativen Rückschluss auf alle weiblichen FASD Betroffenen ermöglichen, konnten dennoch wichtige Erkenntnisse und Merkmale herausgestellt werden.

Ich hoffe, dass ich mit dieser Arbeit einen Ansatzpunkt zur weiteren Forschung liefern konnte, welcher den FASD Betroffenen und ihren direkten Bezugspersonen zu Gute kommt.

Literaturverzeichnis

Bell, Ruth (Hrsg.) (1982): wie wir werden was wir fühlen. Ein Handbuch für Jugendliche über Körper, Sexualität, Beziehungen. Deutsche Erstausgabe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag

Bernard-Opitz, Vera /Häußler, Anne (2013): Praktische Hilfen für Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Fördermaterialien für visuell Lernende. 2. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH

Bundesministerium für Gesundheit (1997): Quantitativer und qualitativer Ausbau ambulanter Familienentlastender Dienste (FED). Abschlussbericht. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 80. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (1986): Familienentlastende Dienste. Bericht der 26. Marburger Gesprächstage. Kleine Schriftenreihe. Band 4. 2. Auflage. Marburg/Lahn: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014): Sichergehn. Verhütung für sie und ihn. Lahr: Verlag Ernst Kaufmann

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2013): Die Fetale Alkoholspektrum-Störung. Die wichtigsten Fakten der sozialrechtlichen Praxis. 1. Auflage. Berlin: Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Bundesministerium für Gesundheit

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2015): Fetale Alkoholspektrumstörung und dann?. Ein Handbuch für Jugendliche und junge Erwachsene. Berlin: Drogenbeauftragte der Bundesregierung

Feldmann, Reinhold (2006): Psychopathologie bei Kindern und Jugendlichen mit Fetalem Alkoholsyndrom. In: *Bergmann, Renate L./Spohr, Hans-*

Ludwig/Dudenhausen, Joachim W. (Hrsg.) (2006): Alkohol in der Schwangerschaft. Häufigkeit und Folgen. München: Urban & Vogel GmbH. S. 93-101

Feldmann, R./Löser, H./Wegelage, J. (2007): Fetales Alkoholsyndrom (FAS). In Monatsschrift Kinderheilkunde. Heft 9. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. S. 853-864

Feldmann, Reinhold/Michalowski, Gisela/Lepke, Katrin/FASD Deutschland e.V. (Hrsg.) (2013): Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumsstörungen (FASD). Einblicke – Ausblicke. 14. Fachtagung in Erfurt 28.-29.09.2012. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag

Flick, Udo (2002): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 6. Auflage. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH

Freunsch, Inga/Feldmann, Reinhold (2014): Junge Erwachsene mit Fetalem Alkoholsyndrom (FAS): emotionale, soziale und berufliche Entwicklung. In: *Lepke, Katrin/Michalowski, Gisela/Feldmann, Reinhold/FASD Deutschland e.V. (Hrsg.) (2014):* FASD: Wenn Liebe allein nicht ausreicht. 15. FASD-Fachtagung in Ludwigshafen/Rhein. 27.-28.09.2013. 1. Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. S. 149-162

Froschauer, Ulrike/Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Gläser, Jochen/Laudel, Grit (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 3., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlag GmbH

Haller, Fabian/Gräser, Horst (2012): Selbsthilfegruppen. Konzepte, Wirkungen und Entwicklungen. Weinheim/Basel: Beltz Juventa

Härter, Henrike (2014): Fetales Alkoholsyndrom/Alkoholspektrumstörung (FASD) – Diagnostik und Grundlagen. In: Lepke, Katrin/Michalowski, Gisela/Feldmann, Reinhold/FASD Deutschland e.V. (Hrsg.) (2014): FASD: Wenn Liebe allein nicht ausreicht. 15. FASD-Fachtagung in Ludwigshafen/Rhein. 27.-28.09.2013. 1. Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag

Helfferich, Cornelia (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien

Kruse, Jan (2014): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. Weinheim/Basel: Beltz Juventa

Kuckartz, Udo (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa

Landgraf, Mirjam N./Heinen, Florian (2013): Fetales Alkoholsyndrom. S3-Leitlinien zur Diagnostik. In: Heinen, Florian (Hrsg.) (2013): Pädiatrische Neurologie. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH

Landgraf, M. N./Hilgendorff, A./Heinen, F. (2014): Mütterlicher Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und fetales Alkoholsyndrom. Risikofaktoren und ihre Bedeutung in der Prävention und frühen Diagnose. In: Monatsschrift Kinderheilkunde. Heft 10. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. S. 903-908

Largo, Remo H./Czernin, Monika (2013): Jugendjahre. Kinder durch die Pubertät begleiten. München: Piper Verlag GmbH

Löser, Hermann (1995): Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte. Stuttgart: G. Fischer

Löser, Hermann (2005): Alkohol und Schwangerschaft. Alkoholeffekte bei Embryonen, Kindern und Jugendlichen. In: Singer, Manfred V./Teyssen, Stephan (2005):

Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen Diagnostik Therapie. 2. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Mayer, Horst Otto (2013): Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden der empirischen Sozialforschung. 6. überarbeitete Auflage. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH

Merchel, Joachim (2015): Evaluation in der Sozialen Arbeit. Mit 5 Abbildungen und 11 Tabellen. 2. aktualisierte Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag GmbH & Co KG

Möller, Janet (2013): Das Fetale Alkoholsyndrom: Belastung von Pflege- und Adoptiveltern mit einem an FAS erkrankten Kind. Inaugural-Dissertation. Münster, Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität

Müller, Sandra Verena (2013): Störung der Exekutivfunktionen. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH

Müller, Sandra Verena/Harth, Sandy/Klaue, Ulrike (2013): „Dann mache ich mir einen Plan“. Arbeitsmaterialien zum planerischen Denken. 2. Auflage. Dortmund: Lör Druck GmbH

Niekrenz, Yvonne/Witte, D. Matthias (Hrsg.) (2011): Zur Bedeutung des Körpers in der Lebensphase Jugend. In: *Niekrenz, Yvonne/Witte, D. Matthias (2011):* Jugend und Körper. Leibliche Erfahrungswelten. Weinheim/München: Juventa Verlag

Nitzschke, Kerstin (1998): Im Mutterleib ertrunken – Kinder mit Alkoholembryopathie (AE). In: *Kallenbach, Kurt (1998):* Kinder mit besonderen Bedürfnissen. Berlin: Wissenschaftsverlag Volker Spiess GmbH

Steiner, Marianne (Hrsg.)(1990): Alkohol in der Schwangerschaft und die Folgen für das Kind. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH

Spohr, Hans-Ludwig (2006): Das klinische Bild des Fetalen Alkohol-Syndroms – Fetal Alcohol Spektrum Disorder (FASD). In: *Bergmann, Renate/Spohr, Hans-Ludwig/Dudenhausen Joachim W. (Hrsg.) (2006):* Alkohol in der Schwangerschaft. Häufigkeit und Folgen. München: Urban & Vogel GmbH. S. 83-92

Spohr, Hans-Ludwig/Steinhausen, Hans-Christoph (2008): Fetale Alkohol-Spektrum-Störungen. Persistierende Folgen im Erwachsenenalter. In: *Deutsches Ärzteblatt (2008)*. Jg. 105. Heft 41. Köln: Deutscher Ärzteverlag GmbH. S. 693-698

Spohr, Hans-Ludwig (2014): Das fetale Alkoholsyndrom. Im Kindes- und Erwachsenenalter. Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH

Wagner, Jessica (2013): FASD und Exekutivfunktionen. In: *Feldmann, Reinhold/Michalowski, Gisela/Lepke, Katrin/FASD Deutschland e.V. (Hrsg.) (2013):* Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD). Einblicke – Ausblicke. 14. Fachtagung in Erfurt 28.-29.09.2012. Idstein: Schulz Kirchner Verlag GmbH. S. 50-58

Wagner, Jessica Christine (2014): Spät ist nie zu spät – zu den Herausforderungen der FASD-Diagnostik im Erwachsenenalter. In: *Lepke, Katrin/Michalowski, Gisela/Feldmann, Reinhold/FASD Deutschland e.V. (Hrsg.) (2014):* FASD: Wenn Liebe allein nicht ausreicht. 15. FASD-Fachtagung in Ludwigshafen/Rhein. 27.-28.09.2013. 1. Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. S. 61-74

Thomsen, Annika/Michalowski, Gisela/Landeck, Gerhild/Lepke, Katrin (2012): FASD – Fetale Alkoholspektrumstörung. Auf was ist im Umgang mit Menschen mit FASD zu achten?. Ein Ratgeber. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag

Anhangsverzeichnis

Anhang A (Interviewleitfaden)	1 - 5
Leitfaden A	1
Leitfaden B.....	4
Anhang B (Interviewtranskription)	1 - 49
Transkriptionsregeln	1
Interview (1)	2
Interview (2)	11
Interview (3)	20
Interview (4)	28
Interview (5)	35
Interview (6)	42
Anhang C (Interviewauswertung)	1 - 27
Rahmenbedingungen.....	1
Pubertätsbeginn.....	2
Körperliche Veränderungen	5
Entwicklung von Beziehungsverhältnissen	8
Entwicklung einer Selbstständigkeit.....	14
Sexuelles Verhalten	17
Belastungssituation von Pflegeeltern/direkten Bezugspersonen	22
Notwendige Unterstützungswünsche.....	25

Anhang A (Interviewleitfaden)

Leitfadeninterview (A)

Zielgruppe:

- Pflege- und Adoptiveltern von FASD Betroffenen
- Betreuer/Leiter einer Jugendwohngruppe mit FASD Betroffenen

Zeitfenster:

- 14.03.16 – 18.03.2016

Themen:

Persönliche Vorstellung:

Hallo Herr/Frau... zunächst einmal vielen Dank, dass ich dieses Interview mit Ihnen führen darf. Ich möchte mich nun kurz vorstellen und das Anliegen des Interviews erläutern.

Mein Name ist Theresa Driller und ich studiere im sechsten Semester Soziale Arbeit an der Fachhochschule Münster. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit beschäftige ich mich mit dem „Spannungsfeld FASD und Sexualität“ und beziehe mich dabei konkret auf die Schwierigkeiten, die sich im Umgang mit weiblichen FASD Betroffenen in der Phase der Pubertät möglicherweise ergeben. Ich möchte Ihnen nun ein paar Fragen stellen, um einen Einblick in ihre persönlichen Erfahrungen in alltäglichen Situationen mit Ihrer pubertierenden Tochter/Ihrer pubertierenden FASD Betroffenen, die Sie betreuen, zu erhalten. Die Inhalte des Gesprächs sind vertraulich und werden anonymisiert, weshalb ich Sie bitten möchte offen und ehrlich auf meine Fragen zu antworten. Falls es Fragen gibt, die Sie nicht beantworten wollen oder können, ist dies natürlich in Ordnung und wird respektiert.

Gibt es vorab noch Fragen oder können wir starten?

Rahmenbedingungen:

- In welchem Verhältnis stehen Sie zu der pubertierenden Jugendlichen mit FASD über die Sie berichten werden? (Pflege-/Adoptiveltern, leibliche Eltern, sonstige Bezugsperson)
- Wie alt ist Ihre Tochter/die Betroffene, von der Sie berichten?

- Gibt es eine bestehende Diagnose aus dem Bereich der Fetalen Alkoholspektrumsstörung? Wenn ja, welche Diagnose liegt vor und wann wurde diese gestellt? Wenn nein, warum wurde keine Diagnose erstellt?

Allgemeine Fragen zur Pubertät:

- Wann hat die Phase der Pubertät angefangen? Woran hat sich dies bemerkbar gemacht?
- Welche grundlegenden Veränderungen im Verhalten Ihrer Tochter/der Betroffenen haben sich gezeigt?

Fragen zur Veränderung des Körpers während der Pubertät:

- Wie hat Ihre Tochter/die Betroffene auf die Veränderung ihres Körpers reagiert?
- Die Periode stellt eine weitere Herausforderung an die Körperhygiene. Wann begann die Periode (übermäßig früh, übermäßig spät)? Gibt es Probleme im hygienischen Verhalten während der Periode? Kann Ihre Tochter/der Betroffene eigenständig mit der Hygiene umgehen?

Fragen zum Beziehungsverhältnis:

- Inwieweit hat sich das Verhältnis zwischen Ihnen und Ihrer Tochter/der Betroffenen in der Phase der Pubertät verändert?
- Wie gestaltet sich das Verhältnis Ihrer Tochter/der Betroffenen zu Gleichaltrigen? Zeigen sich Besonderheiten in ihrem Verhalten gegenüber Gleichaltrigen?

Fragen zur Entwicklung eines selbstständigen Lebensalltags:

- Inwieweit halten Sie es für möglich, dass ihre Tochter/die Betroffene ein eigenständiges Leben führen wird? Welche Einschränkungen gibt es?
- Haben Sie das Gefühl, dass mit zunehmendem Alter mehr Kontrolle und Unterstützung notwendig wird?

Fragen zum sexuellen Verhalten:

- Gab es schon sexuelle Kontakte mit gleich- oder verschiedengeschlechtlichen Partnern?
- Wird offen über das Thema Sexualität bzw. sexuelles Verhalten gesprochen?
- Hat Ihre Tochter/die Betroffene schon mal über unangemessenes Sexualverhalten bzw. Sexualverhalten, was auf einen Missbrauch hindeutet, berichtet?

Fragen zur Belastungssituation der interviewten Person:

- Was stellt für Sie die größte Belastung im Umgang mit Ihrer pubertierenden Tochter/der pubertierenden Betroffenen dar?
- Wo wünschen Sie sich Unterstützung und Hilfe? Was brauchen Sie um den Alltag, mit Bezug auf die Veränderungen in der Pubertät, besser bewältigen zu können?

Offene Fragen:

- Gibt es sonst noch etwas Besonderes aus der Phase der Pubertät Ihrer Tochter/der Betroffenen, was sie berichten möchten?
- Gibt es von Ihrer Seite aus noch Fragen oder Anregungen?

Leitfadeninterview (B)

Zielgruppe:

- FASD Betroffenen

Zeitfenster:

- 14.03.16 – 18.03.2016

Themen:

Persönliche Vorstellung:

Hallo ..., zunächst einmal vielen Dank, dass ich dieses Interview mit dir führen darf. Ich möchte mich nun kurz vorstellen und das Anliegen des Interviews erläutern. Mein Name ist Theresa Driller und ich studiere im 6. Semester Soziale Arbeit an der Fachhochschule Münster. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit beschäftige ich mich mit dem „Spannungsfeld FASD und Sexualität“ und beziehe mich dabei konkret auf die Schwierigkeiten, die in der Phase der Pubertät möglicherweise entstehen können. Ich möchte dir nun ein paar Fragen stellen, um einen Einblick in deine Erfahrungen während der Pubertät zu erhalten. Die Inhalte des Gesprächs sind natürlich vertraulich und werden anonymisiert, weshalb ich dich bitten möchte offen und ehrlich meine Fragen zu beantworten. Falls es Fragen gibt, die du nicht beantworten möchtest oder kannst, musst du dies natürlich nicht tun und es ist vollkommen in Ordnung. Gibt es vorab noch Fragen oder können wir starten?

Rahmenbedingungen:

- Wie alt bist du?
- Gibt es eine bestehende Diagnose aus dem Bereich der Fetalen Alkoholspektrumsstörung? Wenn ja, welche Diagnose liegt vor und wann wurde diese gestellt? Wenn nein, warum wurde keine Diagnose erstellt?

Fragen zur Veränderung des Körpers während der Pubertät:

- Wann hast du ungefähr festgestellt, dass sich etwas mit deinem Körper verändert? Welche Veränderungen hast du bemerkt? Wie war das für dich? Beschreibe gerne deine Gefühle und Gedankengänge zu dieser Zeit.
- Mit wem hast du über diese Veränderungen gesprochen?
- Hast du regelmäßig deine Periode/deine Tage (1x im Monat)? Was passiert in der Zeit mit dir und deinem Körper?

Fragen zum Beziehungsverhältnis:

- Inwieweit hat sich das Verhältnis zu deinen Bezugspersonen hier in der Einrichtung in der Phase der Pubertät verändert?
- Hast du viele gleichaltrige Freunde oder sind einige von ihnen deutlich jünger oder älter als du?

Fragen zur Entwicklung eines selbstständigen Lebensalltags:

- Wie stellst du dir deine Zukunft vor? (Bspw. Könntest du dir irgendwann einmal vorstellen alleine wohnen?)
- Gibt es Dinge, die du dafür unbedingt noch lernen möchtest? Was kannst du schon besonders gut/was liegt dir nicht so gut?

Fragen zum sexuellen Verhalten:

- Gab es schon sexuelle Kontakte mit gleich- oder verschiedengeschlechtlichen Partnern?
- Mit wem sprichst du über das Thema Sex?
- Was bedeutet Sex für dich?
- Gab es schon mal Situationen mit einem Partner, in denen du dich unwohl gefühlt hast? Magst du darüber berichten?

Offene Fragen:

- Gibt es sonst noch etwas Besonderes aus der Phase deiner Pubertät was du berichten möchtest?
- Gibt es von deiner Seite aus noch Fragen oder Anregungen?

Anhang B (Interviewtranskription)

Festlegung der Transkriptionsregeln (nach Kuckartz 2014):

- „1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert, sondern möglichst genau in Hochdeutsch übersetzt.
2. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d.h. an das Schriftdeutsche angenähert. Zum Beispiel wird aus „Er hatte noch so’n Buch genannt“ => „Er hatte noch so ein Buch genannt“. Die Satzform, bestimmte und unbestimmte Artikel etc. werden auch dann beibehalten, wenn sie Fehler enthalten.
3. Deutliche, längere Pausen werden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte (...) markiert. Entsprechend der Länge der Pause in Sekunden werden ein, zwei oder drei Punkte gesetzt, bei längeren Pausen wird eine Zahl entsprechend der Dauer in Sekunden angegeben.
[...]
6. Zustimmungde bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha, etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
7. Einwürfe der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt.
[...]
9. Absätze, der interviewenden Person werden durch ein „I:“, die der befragten Person(en) durch ein eindeutiges Kürzel, z.B. „B4:“, gekennzeichnet.
10. Jeder Sprechbeitrag wird als eigener Absatz transkribiert. Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste, also einer Leerzeile zwischen den Sprechern deutlich gemacht, um so die Lesbarkeit zu erhöhen.
[...]
13. Unverständliche Wörter werden durch (unv.) kenntlich gemacht.
14. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.“ (Kuckartz 2014, S. 136f)

Transkription:

Interview (1)	
Datum der Aufnahme	14.03.2016
Ort der Aufnahme	Arbeitsstelle der befragten Person
Dauer der Aufnahme	28:46 Min.
Befragte Person	Herr A. (B1)
Interviewer/in	Theresa Driller
Datum der Transkription	17.3.2016
Transkribent/in	Theresa Driller
Besonderheiten	Die persönliche Vorstellung sowie die Fragen zur Klärung der Rahmenbedingungen wurden vorab per E-Mail geklärt und wurden daher nicht mehr mit transkribiert. Das Leitfadenterview A wurde angewandt.
Information zur befragten Person	Herr A. ist Teamleiter in einer Jugendwohngruppe, welche insgesamt acht Kinder und Jugendliche im Alter von 6-20 Jahren betreut, bei denen zum Teil eine Diagnose aus dem Bereich FASD besteht. Er berichtet über seine Erfahrungen im Umgang mit einer pubertierenden Bewohnerin (Lena) des Hauses. Sie ist mittlerweile 20 Jahre alt und hat die Diagnose Vollbild FAS.

5 **I:** Ok. Gut. Dann würde ich sagen erst einmal ein paar allgemeine Fragen zur Pubertät. Wann hat die Phase der Pubertät genau angefangen und wie hat die sich bemerkbar gemacht, bei dem Kind, das Sie betreuen? #00:00:14-0#

10 **B1:** Wir betreuen ja mehrere Kinder und erfahrungsgemäß ist die Pubertät bei den FAS-Kids immer erst ein bisschen später. Und dann, wie das so üblich ist, also auch durch eher revolutionäres Verhalten und ja das was man eben so kennt. Bei den Mädels natürlich auch so den Eintritt der Regel und da haben wir eben auch oft die Erfahrung, dass das erst so mit dem 13./14. Lebensjahr passiert und nicht wie heute

schon oft mit zehn oder zwölf. Also bei den Mädels sag ich mal kann man das leichter feststellen als bei den Jungen wann die Pubertät anfängt. #00:00:47-4#

5 **I:** Genau, genau. In der Arbeit geht es ja auch hauptsächlich um die weiblichen Betroffenen, um das nochmal festzulegen. Und was waren da so grundlegende Veränderungen im Verhalten von der Betroffenen. Also, was hat sich grundlegend verändert im Vergleich zum Kindlichen? #00:01:00-1#

10 **B1:** Grundlegend im Verhalten (unv.) ich sag mal schwer (...). Grundlegend problematisch ist der Umgang mit der Hygiene in der Zeit, weil die Körperwahrnehmung bei den FAS Menschen eine ganz andere ist. Und insbesondere die Erfahrung die wir mit den Mädchen gemacht haben ist, dass die mit ihrer Körperhygiene an der Stelle, also mit der Blutung überhaupt nicht klarkommen. Also, das nicht einsortieren können. Ganz, ganz große Ängste haben, dass da was Elementares passiert. Hygiene also
15 auch einfach nicht leisten können, völlig überfordert sind mit dem was da im eigenen Körper passiert. Und das hat grundlegende Auswirkungen auf die Alltagsbewältigung, weil da so viel Energie im Kopf bindet, dass für andere Sachen fast keine Ressourcen mehr da sind. Also das ist eigentlich so die Veränderung, die sich sehr unterscheidet zu Mädchen, denen man erklären kann, was passiert gerade mit dir und mit
20 diesem ganzen Thema Entwicklung zur Frau und so weiter. #00:02:05-5#

I: Genau. Das waren auch noch konkretere Fragen zur Veränderung des Körpers. Wie hat die Betroffene das festgestellt, dass sich was am/im Körper ändert? Wie hat sie sich dazu geäußert? Hat sie das spüren können? #00:02:20-5#

25 **B1:** Sie hatte irgendwann halt nachts ihre Regel bekommen. Und festgestellt hat das meine Frau morgens, weil sie in der ganzen Nacht quasi sich das Blut irgendwie verschmiert hat und das eben einfach nicht einsortieren konnte. Dadurch war das klar. Und dann in der Folge hat seiner Zeit in der Familienwohngruppe meine Frau mehr
30 oder weniger mit der Aufklärung oder ja nicht mit der Aufklärung, aber daran zu arbeiten „Wie gehen wir jetzt mit dieser Veränderung um?“. Das hat dann noch eine ganze Zeit gedauert bis sie wirklich Brustumfang und sowas bekommen hat. Also bis sich ein Busen entwickelt hat. Das war aber auch nicht mehr auffällig, sondern dieser Einstieg und auch nachher noch, dass diese monatlich wiederkehrenden Schmerzen,
35 Regelschmerzen, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, schlapp sein, das war halt etwas, wo sie extreme Schwierigkeiten mit hatte. #00:03:13-5#

I: Und dieser Aufklärungsprozess, wie hat der sich vollzogen? Haben Sie darüber gesprochen [B1: Genau.] oder irgendwie das bildlich erklärt? #00:03:20-8#

40 **B1:** Ja, bildlich erklärt, also Bilder als Medium genutzt, um das irgendwie zu vermitteln. Einfach Bücher ansehen und eben nicht, weil Sprache nochmal eine sehr begrenzte Durchschlagskraft hat und wir damit eben einfach auch in anderen Bereichen keine Erfolge erzielen und auch nicht in dem Bereich. Und gerade wenn es so hoch
45 belastet ist, also emotional hoch belastet, macht das überhaupt keinen Sinn. Deswegen hat eine einfache Lektüre, (.) ist notwendig damit die Kinder das verstehen. #00:03:54-8#

I: Und jetzt-. Das ist ja ein immer wiederkehrender Prozess. Diese Veränderung im
50 Körper, muss das jedes Mal auf ein Neues bewältigt werden, jedes Mal auf ein Neues

mit ihr durchgesprochen werden? #00:04:04-9#

B1: Sobald wir gemerkt haben, dass die Regel wieder ansteht, dann war das immer wieder Thema „Wie gehen wir damit um?“. #00:04:14-5#

5

I: Und musste man so zu sagen den Aufklärungsprozess immer wieder auch durchlaufen oder hatte sich das irgendwann festgesetzt und man musste-. Was sind die Punkte die jedes Mal besprochen werden müssen? #00:04:23-6#

10 **B1:** Wie gehen wir hygienisch damit um. Also Aufklärung an der, zu der Zeit, (...) das hängen wir bei anderen Kindern höher. Aber es geht um eine sehr pragmatische Umgehungsweise damit, immer wieder zu sagen „O.K. jetzt ist wieder die Regel da, das heißt wieder gründlicher waschen, mehr Hygiene, Hilfe suchen“. Wir haben am Tag mehrfach nachgefragt und damit eben solche Situationen wie in dieser ersten
15 Sequenz, dass man morgens in sein Zimmer reinkommt und eigentlich denkt hier ist ein Massaker passiert, weil alles voller Blut ist. Das ist natürlich für die Kinder auch nicht toll. Deswegen sind solche Wiederholungen immer notwendig und dann eben Bilder im Prinzip wieder rauskramen „So wird es gemacht“ und abarbeiten und vor allem kontrollieren und die Kids damit nicht alleine lassen. Also diese Kontrolle
20 nachhaltig, vier-, fünf-, sechsmal täglich ist einfach notwendig. #00:05:19-0#

I: Und die Kontrolle wird von ihr auch zugelassen oder [B1: Da gab es-.] kommt sie offen auf Sie auch zu und fragt dann nach? #00:05:28-1#

25 **B1:** Nein, zu der Zeit, also heute würde sie das tun und fragt, aber zu der Zeit war das eine Kontrolle, die wir ausgeübt haben und die sie letztlich auch zulassen musste. Das ging mal ganz gut, weil sie eine gewisse Hilflosigkeit auch hatte und überfordert war und schockiert war, aber das führt auch ein Teil zu Impulsausbrüchen und es war nicht immer nur nett, aber notwendig. #00:05:55-0#

30

I: Und da haben sich aber Verbesserungen gezeigt im Verlauf bei ihr? Dass sie selber jetzt schon weiß, wie man mit der Hygiene besser umgeht? #00:06:03-8#

35 **B1:** Ja, dadurch, dass sie jetzt ein Implantat hat und (.) und die Hormone eben langjährig dadurch gesteuert werden, hat sie keine Regel mehr, keine Regelblutung mehr und nichts. Und das ist jetzt das Zweite und in dieser Zeit, wo das Erste quasi ausgetauscht werden muss, kam es dann wieder zu Blutungen, was dann auch ein Indiz war, dass wir den Hormonspiegel testen müssen. Und dann war aber gleich das alte Thema wieder dran. Also da war gleich wieder Panik und „Das ist unangenehm.“,
40 aber da konnte sie darüber reden und dann konnte sie das schon zum Thema machen, aber sie hat trotzdem ganz viel Anleitung gebraucht und (.) Kontrolle weniger, aber ganz viel Auffangen, weil dann fühlt sich der Körper auch wieder anders an. Und das war relativ unverändert so quasi wie die ersten Male. #00:06:55-8#

45 **I:** Aber durch das Stäbchen ist so zu sagen schon eine Entlastung im Alltag dann auch [B1: Ja.], dass die dann ausfällt ist eine Entlastung im Alltag? #00:07:01-8#

50 **B1:** Ja absolut. [I: Sehr gut.] Das ist eine riesen Entlastung, also für das ganze Umfeld, aber auch für die Betroffene. Es ist dann erst das Fremdkörperstäbchen. So, da wird dann im Arm rumgespielt. Ich habe auch schon davon gehört, dass andere das

raus gebröckelt haben und wie auch immer. Aber dieser Gewöhnungseffekt tritt relativ schnell ein und aus meiner Sicht verglichen mit allen (..) Möglichkeiten die wir haben, ist das die sinnvollste, wenn da nichts medizinisch gegen spricht natürlich. #00:07:38-9#

5

I: Ich würde jetzt überleiten, was so Beziehungsverhältnisse angeht. Und zwar erst einmal das Verhältnis zwischen Ihnen und der Betroffenen? Was hat sich da verändert während der Pubertät? Was kann man da vergleichen: Vor der Pubertät wie war da das Beziehungsverhältnis und wie ist es während der Pubertät bzw. nach der Pubertät? #00:08:00-7#

10

B1: (...) Bindung, Beziehung ist noch einmal ein ganz großes Thema bei FAS-Kids und da ist meine Wahrnehmung, dass grundsätzlich die Veränderungen innerhalb der Pubertät nicht so immens ist. Also, die Menschen die präsent sind, sind vorher/nachher/während der Pubertät im Alltag präsent und aber auch nur die. Auch die Entwicklung, die insbesondere Lena gemacht hat (..) ist relativ wenig an normale Pubertätserfahrungen, wie (unv.) von vielen andere Kindern kennen zu koppeln. Also, da scheint FAS ganz anders zu ticken. Dr. Feldmann sprach davon, dass die Pubertät eben auch deutlich verspätet stattfindet und zum Teil erst nach 20 man Erlebnisse hat, die uns eigentlich an pubertäres Verhalten erinnern. Und von daher kann ich dazu gar nicht viel sagen. Also unsere Jungs waren viel, viel anstrengender und viel deutlicher „Jetzt ist Pubertät, jetzt ist Revolte, jetzt ist Unabhängigkeit und jetzt ist (unv.)“. Das habe ich bei den Mädels bisher in der Form nicht anhand von Pubertät erlebt. #00:09:20-2#

15

20

25

I: Das heißt da gab es nicht so diese typischen Konfliktsituationen in der Pubertät, die dann (unv.) - #00:09:27-6#

30

B1: Nicht mehr als vorher. Und nachher kann ich jetzt noch nicht so mitreden, weil die Mädchen, die wir betreuen alle noch nicht so alt sind. (..) Also auch bei der Lena erleben wir jetzt mit 21 erst so Phasen, wo sie dann mal, wo man dann einmal sagt „Ja, das ist jetzt Pubertät“. Aber auch sehr verhalten. Also ich glaube das lässt sich bei den FAS Menschen sehr schwer differenzieren. Also, auch bei den Jungs mit FAS. #00:09:56-6#

35

I: In der Pubertätsphase werden ja immer mehr so gleichaltrige Freunde, Peer-Groups, wird ja alles immer wichtiger in der Pubertätsphase. Wie ist das bei der Betroffenen gewesen? #00:10:07-4#

40

B1: Das erleben wir auch so. Also, die werden wichtiger und gleichzeitig bleibt es aber enorm schwer Kontakte aufrecht zu erhalten. Also schon ein Stück weit ein natürlicher Abnabelungsprozess (..). Wobei ja das ist bei Lena erst mit 19, ja 19, erst angefangen, also definitiv nicht so früh wie bei den anderen Kindern. Sie wollte auch immer Freunde haben, aber das hat dann nie funktioniert, weil sie das auch gar nicht leisten konnte, diese aufrecht zu erhalten. Aber jetzt, also wo sie auch mehr pubertäres Verhalten zeigt, also mit einer Verzögerung von sieben bis acht Jahren in diesem Einschätzen, sind auch so die gleichaltrigen Gruppen für sie wichtiger, dass sie da - und ihr gelingt es jetzt auch besser. Also sie kann jetzt Kontakt zum eigenen Freund halten. Kontakt zu anderen Gleichaltrigen halten, das war aber vorher für sie gar nicht leistbar. #00:11:10-9#

50

I: Was waren da die Probleme, warum sie den Kontakt nicht halten konnte?
#00:11:11-8#

5 **B1:** Das vergisst sie einfach. Das findet einfach nicht statt. Also sie ist dann nachmittags hier und dann sind die Menschen nicht mehr anwesend, die sie aus der Schule vielleicht nochmal treffen möchte und dann vergisst sie das, dann war das einfach weg. #00:11:27-3#

10 **I:** Und das hat sich dann auch negativ, - Also viel in der Literatur liest man, dass die FAS-Kids häufig Außenseiter sind, eben weil sie schon Verhaltensauffälligkeiten zeigen, die anderen Kindern oder Gleichaltrigen als unnormal erscheinen. Könnte man das bei Lena auch so sagen? #00:11:47-8#

15 **B1:** Insofern nicht, weil sie auf eine Schule für Menschen mit geistiger Behinderung gegangen ist und da natürlich viele Menschen mit exotischen Verhaltensweisen rumlaufen, so dass sie da sicher nicht die Außenseiterin war, sondern eher so, ja mit ihrem Leistungsvermögen, was sie hatte, positiv im Rampenlicht stand. So möchte ich das eher formulieren. Aber sie hatte auch keine anderen Außenkontakte zu Menschen
20 ohne Behinderung und das halte ich auch für eine Überforderung. Das sehen wir auch immer wieder bei unseren Kleineren, die dann so im Grundschulbereich sind und diese Schere wird immer größer. Also so im Kindergarten und Grundschulbereich funktioniert das irgendwie noch, aber irgendwann ab Klasse zwei/drei wird diese Schere immer größer und dann wird es halt einfach schwierig. Dann überblicken andere Kinder „Halt, die unterscheiden sich aber doch“ und dann kommt es eher zu so Mobbinggeschichten. Und das ist auch im Rahmen der Beratungsstelle immer wieder auffällig, dass da dann die massiven Probleme anfangen, dass da dann deutlich wird, Schule ist falsch und Schule kann nicht mehr angemessen auf die Bedürfnisse reagieren und daher geht die Schere auseinander. Und ich glaube (..) in der
25 Phase der Pubertät gibt es eigentlich schon keine Konsens mehr mit Gleichaltrigen. Also schon lange nicht mehr, bei vielen zumindest. #00:13:15-0#

I: Gut, dann würde ich jetzt mal nochmal eingehen -. In der Pubertät wollen die Jugendlichen ja selbstständig werden, die Selbstständigkeit wird ausgeprägt. Haben sie
35 das Gefühl, dass es bei den FAS-Betroffenen eher mit zunehmendem Alter zu mehr Kontrolle und Unterstützung kommen muss oder dass sie eher selbstbestimmt leben können? #00:13:36-6#

B1: Also zurzeit ist es erst einmal noch so belegt, dass 80% der Menschen mit Fetalem Alkoholsyndrom langfristige Betreuung brauchen, also bis ans Lebensende. Ich weiß nicht wie das ist, wenn wir jetzt nach und nach angemessene Betreuungssysteme für die Menschen entwickeln und die partizipieren lassen, ob sich das verändern lässt. Was es durchaus gibt ist natürlich in der Pubertät oder mit dem 18. Lebensjahr, dass es ja bei nicht behinderten Menschen genau so „Jetzt bist du ja 18, jetzt ist die
40 Welt offen“, voll vertragsfähig und da klafft schon eine riesen Lücke auf. Trotzdem ist der Wunsch da „Jetzt bin ich 18, ihr dürft mir gar nichts mehr sagen“. Solche Sätze hören wir auch im Alltag, aber die sind sich der Tragweite auch gar nicht bewusst, aber ich glaube, dass sind aber auch viele 18-jährige, also viele andere 18-jährigen nicht sich der Tragweite - „Also jetzt könnt ihr mir gar nichts mehr, jetzt bin ich 18,
45 jetzt Juchhei, was kostet die Welt?“. Da unterscheiden die sich (..), ich glaube da ist
50

einfach Hirnubau angesagt, so oder so. Ich glaub nur, (unv.) wobei den Menschen ohne Behinderung ist es irgendwann ein abgeschlossener Prozess und die FAS-Menschen brauchen einfach da sehr, sehr viel Kontrolle, weil die sonst in ihr Verderben rennen. Der junge Mann, den wir gerade betreuen mit 18, der ist da gerade in diesem Prozess. Der ist gerade 18 geworden, der ist nur noch auf Achse zurzeit, schnorrt sich Geld zusammen in den Fußgängerzonen, kauft sich davon Wodka und ist gerade auf einem ganz guten Weg ein Alkoholproblem zu entwickeln. Und die von so einem Weg wieder runter zukriegen ist eine ganz andere Nummer, als das mit vielen anderen Pubertierenden zu machen. Und ja, auch da ist es eine Phase von Ausprobieren und von (...) ja ist einfach in der Zeit so. Da werden ja auch von vielen anderen mit Alkohol probiert, werden Drogen konsumiert, wird – ich weiß nicht – die durchgemachte Nacht ausprobiert. Das ist Pubertät, das erleben wir auch, aber ich glaube die Gefahren, die das bietet für die FAS-Menschen sind sehr, sehr viel größer, weil die eben nicht die Selbstkontrolle ausüben können, sondern es ist impulsgesteuert und wo das dann nochmal hinführt ist einfach sehr schräg. #00:16:03-8#

I: Halten Sie es denn für möglich, dass Lena irgendwann mal ein eigenständiges Leben alleine führen kann oder dass sie dauerhaft – wir haben eben gesagt 80% der FAS-Betroffenen brauchen dauerhaft eine Betreuung – und welche Einschränkungen ergeben sich im Alltag, die halt eine Betreuung erforderlich machen? #00:16:23-1#

B1: (..) Als wir Lena aufgenommen haben 2004, habe ich gesagt „Ein Leben lang Betreuung“. Das ging auch so bis vor, bis sie so 17/18 war hätte ich meine Hand dafür ins Feuer gelegt, dass da auch nicht viel, also keine goldenen Blumentöpfe zu gewinnen sind. Und inzwischen macht sie ganz viele Entwicklungsschritte, partizipiert ganz anders am eigenen Leben, dass (unv.). (..) Ich hüte mich inzwischen solche perspektivischen Aussagen zu treffen, sondern mal schauen was passiert. Ich glaube viel hängt davon ab, wie gut wir die begleiten, wie intensiv wir die im Rahmen von Jugendhilfe oder auch in Pflege- und Adoptionsfamilien begleiten können, wie lange wir einen engen Rahmen, schützenden Rahmen aufrecht erhalten können, dass wir denen viele Fähigkeiten an die Hand geben können. Es wird eine Menge länger dauern, aber die Entwicklung, die ich persönlich mitkriege, auch bei unseren anderen FAS-Kids, stimmt mich auf jeden Fall sehr positiv. Also wenn uns das gelingt Überforderung in Anforderung zu verwandeln und das kontinuierlich gelingt, über einen ganz langen Zeitraum glaube ich, dann können wir eine ganze Menge schaffen. Also es gibt inzwischen auch einige Beispiele von Menschen mit Fetalem Alkoholsyndrom, die einigermaßen selbstbestimmt leben und wir können da glaube ich eine Menge von lernen, wenn wir die Menschen mit einbeziehen und immer wieder auch gucken „Was hat euch geholfen?“ und dann nachfragen. (..) Ich mag diese Hoffnung auch nicht aufgeben, weil ich glaub dann mit einem Wirkungsgrad von 20% zu arbeiten in meinem Job ist nicht unbedingt befriedigend. Ich weiß nicht, was am Ende da raus kommt, vielleicht ist das irgendwann wenn ich in Rente gehe, sind es doch nur 20%, aber dann sind es auch immerhin die 20%, das ist Okay. Aber ich tue mich schwer damit, da eine Prognose abzugeben, weil die [...] unsere Arbeit es einfach mal nicht lang genug, um sagen zu können „Ja Mensch guck mal, da sind jetzt aber mit den und den und den Ansätzen haben wir es geschafft, dass 40% irgendwann oder 35% oder keine Ahnung oder 65% irgendwann selbstständig leben“. Finde ich aus jetziger, aus heutiger Sicht einfach noch zu früh. Ich kenn selber noch keine Kinder, die quasi Erwachsen geworden sind durch unsere Wohngruppe oder die jetzt schon Mitte 30 sind. #00:18:54-2#

I: Der letzte große Baustein, den ich im Prinzip noch ansprechen möchte, ist-. Es bildet sich natürlich auch die Sexualität raus, die Betroffenen entwickeln sexuelles Verhalten. Gab es oder haben sie Informationen darüber, ob es schon mal sexuellen Kontakt bei ihr gab zwischen Gleichgeschlechtlichen oder auch Heterogenen. [B1: Ja.] Hat sie darüber offen erzählt? #00:19:15-0#

B1: Sehr offen. Ja, so offen, das möchte man als in dem Fall dann ja auch männlicher Kollege ja auch gar nicht immer alles wissen. (...) Ja, es war ganz viel notwendig als Vorbereitung für das berühmte ‚Erste Mal‘ mit ihrem ersten Freund, wo die Kollegin mit drin war, wo ich mit drin war. (...) Und man muss halt einfach sehr gut, wen suchen die sich aus als Sexualpartner, wo landen die. Die sind einfach sehr leicht verleitbar, haben wenig eigene Grenzen und brauchen ganz viel Handreichung. Wo ist es auch gut Schluss zu sagen. Das ist ja schon in der normalen Entwicklung schwierig. Die erste große Verliebtheit und „Bis wohin gehe ich und wo sind die Grenzen?“ und für FAS-Menschen ist es einfach um ein vielfaches schwieriger. Der erste Freund war ein Mensch ohne Behinderung, wo wir uns immer gefragt haben „Was will der von dem Mädels?“. Es wurde sehr schnell klar, was der wollte. Der wollte halt mit der ins Bett und Sexualität leben. Erstaunt hat uns, dass Lena diese ganze Beziehung irgendwann beendet hat und gesagt hat „Ich will das nicht mehr“. Das war eine sehr, sehr schmerzhaft aber auch sehr positive Stärkenerfahrung für sie selber am Ende. Aber bis dahin, dass ich mit ihr ins Krankenhaus gefahren bin nach ihrem ‚Ersten Mal‘, weil sie auch da wieder ein verändertes Körpergefühl hatte und es dann zu einer gynäkologischen Untersuchung kam. Natürlich dann in meinem Dienst, wo ich dann alleine da war. Das sind dann alles so Sachen, die passieren einfach, da muss man sich drauf einstellen und das kann man sich auch nicht aussuchen. Da muss man dann Handeln in der Situation, wo das passiert. (...) Mein Eindruck ist, es gibt dafür keine (...) kein wirklichen Fahrplan, sondern man muss, das ist dann ein bisschen Tagesgeschäft und man muss gucken, was ist gerade noch da, welche Ressourcen können wir gerade nutzen und da muss man gucken wie jongliert man dadurch. Lena hatte das danach aber dann sehr viel klarer, wo ihre Grenzen sind. Und wenn sie danach Freunde hatte ist sie sehr viel vorsichtiger mit ihrem eigenen Körper umgegangen und hat die Grenzen sehr viel früher wahrgenommen. Das war sehr erstaunlich. Also da habe ich gedacht, da können sich viele noch eine Scheibe von abschneiden. #00:21:43-8#

I: Aber das Vertrauensverhältnis ist auf jeden Fall da? Dass sie offen mit Ihnen darüber spricht und dass sie auch bei ihren darauf folgenden Freunden immer wieder offen darüber geredet hat, über dieses Thema? #00:21:52-5#

B1: Genau, ja. Also, das ist schon der Vorteil finde ich. Es gibt wenig Hemmschwelle darüber zu reden. Viele andere Jugendliche haben dann einfach Stress, weil das tut man nicht, das ist besetzt in irgendeiner Form und das wird auch eigentlich wird das in unserer Gesellschaft angemessen verarbeitet. Das ist in einem FAS-Kopf einfach anders. Also (.) da gibt es sowas nicht, wie so ein genießen. Die merken, man kann darüber reden und auch da glaube ich haben wir im Rahmen der Familienwohngruppe, was es ja da noch war, auch eine ganz ordentliche Basis gehabt, um mit den Kindern auch über solche Themen ins Gespräch zu kommen. (...) #00:22:39-5#

I: Wurde denn auch schon mal - man liest in der Literatur auch viel, dass die Mäd-

chen in der Pubertät häufig Opfer, durch Leichtsinn und so weiter, Opfer von sexuellem Missbrauch werden. Hat sie da mal irgendetwas über unangemessenes Sexualverhalten oder/bzw. Sexualverhalten, was auf einen Missbrauch schließen lässt, darüber mal erzählt? #00:22:59-8#

5

B1: Ja es gab mehrere Situationen. Es gab eine Situation, die war schon sehr früh. Mit 13/14 Jahren hat sie sich in der Schule angeboten, selber auch. Sie saß auf dem Schulgerüst und hat laut über den Schulplatz gerufen „Wer will mit mir ficken?“. Das war (unv.) Eindruck eine Aufforderung. Sie hat mit Jungs in der Toilette Bilder gemacht von den Genitalien und haben die dann übers Smartphone ausgetauscht. Die Jungs hatten ihr ein Smartphone geliehen, damit sie zur Toilette gehen konnte und Bilder machen konnte von ihrem Genitalbereich. Es gab Übergriffe bei uns in der Wohngruppe. Das war so ein pubertierendes Experimentieren von einem Jungen, der bei uns gelebt hat. Das war aber eindeutig auch grenzüberschreitend. Das hat sie erlebt. Da hatte sie große Schwierigkeiten, weil sie auf der einen Seite in ihn verliebt war, auf der anderen Seite aber Dinge - also er hat ihr an die Brust gefasst und das wollte sie nicht. Also da sind schon Sachen passiert. (..) Die kann halt einfach nicht abschätzen „Wie wirkt meine eigene Geste auf mein Gegenüber?“. Und natürlich ist Sexualität, also Hormone toben da auch rum, die das auslösen, aber die wissen überhaupt nicht, was/wie ist das zu lenken. Wie auch immer. Und das macht es schon erheblich problematischer. #00:24:20-3#

10

15

20

I: Aber darüber kann auch offen gesprochen werden? #00:24:20-3#

25

30

B1: Wird offen gesprochen, ganz klar. Weil auch im Rahmen von Jugendhilfe haben wir auch viel, viel mehr mit potentiellen Tätern zu tun. Wir arbeiten einfach mit vielen Opfern und das ist ja auch hinreichend bekannt, dass Menschen, die Gewalt am eigenen Leib erlebt haben, auch irgendwann in so einen Schiene reinkommen können, dass sie diese Ohnmacht nicht mehr wollen und damit letztlich machtvoll reagieren wollen. Und deswegen ist es auch notwendig, dass wir solche Sachen zum Thema machen. Auch gegebenenfalls Konsequenzen ziehen für Einzelne. #00:25:01-4#

35

I: Sehr gut. Jetzt nochmal so abschließend soll es jetzt nochmal konkret gehen, was die Belastungssituationen von Pflegeeltern bzw. in Ihrem Fall dann Betreuern ist. Was stellte sich als größte Belastung im Umgang mit dem Thema Pubertät oder bzw. der Betroffenen in der Phase der Pubertät? Was waren die größten Belastungen, die sich daraus ergaben? #00:25:25-4#

40

45

50

B1: Also grundsätzlich die größte Belastung bei FAS und das auch für die Pubertät ist, dass man nie die Verantwortung abgeben kann. Also 24 Stunden, sieben Tage die Woche, 365 Tage im Jahr muss man diese Menschen erst einmal kontrollieren und man muss bereit sein das zu tun. (...) Losgelöst vom eigenen pädagogischen Anspruch, sondern einfach zum Wohle Selbstschutz-/Fremdschutz, was auch immer dann eine Rolle spielt. Und in der Pubertät kommt dann natürlich einfach sowas dazu. Wenn die sich öffnen anderen Menschen und dann noch Missbrauchserfahrungen machen, Misshandlungserfahrungen machen, unter Umständen Schwanger werden und eine Schwangerschaft durchleben oder einen Schwangerschaftsabbruch durchleben. Das sind natürlich alles elementare Erfahrungen, die junge Frauen oder junge Mädchen dann ja meist belasten würden. Das macht schon enorm Stress im Kopf,

wenn man (..) ja, davon ausgehen muss, dass die das gar nicht selber steuern können in keiner Weise. Schutz vor Erkrankung, Verhütung oder allein der Schutz vor AIDS. Die werden kein Kondom benutzen, das ist eine reine Illusion. Wenn die miteinander Verkehr haben, dann tun die das ungeschützt und das kann man tausend Mal erklären und ich weiß wie Erklärungen an anderen Stellen im Sand verlaufen. Wenn ich dann sage, ja (unv.) wenn ich das mit dem Kondom zwei Mal erkläre, dann machen die das auch, das ist - das bleibt nicht so. Das heißt es kann mir auch passieren, dass die irgendwann mit ja Aids, was auch immer, allen anderen Krankheiten, die durch Sexualkontakt dann zustande kommen. Dass die damit auch nach Hause kommen, das muss man einfach im Blick behalten und auch gucken, wie kann man alle anderen schützen und die auch selber schützen. Ja das ist was, wo ich sage, das macht eine Menge Stress. #00:27:20-4#

I: Und was wünschen Sie sich da? Oder wo wünschen Sie sich da Unterstützung? Einfach so: was wären Hilfen im Alltag, die geschaffen werden müssten? #00:27:30-8#

B1: Das was ich eingangs sagte, also ganz banale Sachen. Wie kann man erst einmal Hygiene regeln? Wie kommt man ins Gespräch darüber? Wie kriegt man eine Struktur in diese ersten Erfahrungen? Diese Hürde zu nehmen. Bei den FAS-Menschen ist es ja oft so, die kommen nicht ins Handeln und wenn das gelingt diesen Motor anzuschieben, dass die ins Handeln kommen, das man ein Gespräch initiieren kann. Und das man einfach da Materialien an der Hand hat und in irgendeiner Form dieses sensible Thema Sexualität auf den Tisch bringt, wo man sich befassen kann. Das ist das was wir brauchen für den Alltag, damit es einfach gelingt, das zum Thema zu machen. #00:28:19-5#

I: Gut, dann wären wir auch schon am Ende. Jetzt habe ich noch ein paar offene Fragen. Gibt es noch irgendwas besonderes, was sie - wozu ich jetzt keine Frage gestellt habe, was noch wichtig wäre zum Thema Pubertät bei FASD-Betroffenen oder wurde soweit alles angesprochen? #00:28:35-4#

B1: (5) Mir fällt nichts ein. #00:28:41-1#

I: Gut. Und gibt es sonst von Ihrer Seite noch irgendwelche Fragen oder Anregungen, die gerade bestehen? #00:28:43-5#

B1: Nein, auch nicht. #00:28:46-0#

I: Gut, super. Dann bedanke ich mich für das Interview. #00:28:48-4#

B1: Gerne. #00:28:48-4#

45

Interview (2)	
Datum der Aufnahme	15.03.16
Ort der Aufnahme	Selbsthilfegruppentreffen
Dauer der Aufnahme	25:53 Min.
Befragte Person	Frau S. (B2)
Interviewer/in	Theresa Driller
Datum der Transkription	18.03.2016
Transkribent/in	Theresa Driller
Besonderheiten	Die persönliche Vorstellung sowie die Fragen zur Klärung der Rahmenbedingungen wurden vorab telefonisch geklärt und wurden daher nicht mehr mit transkribiert. Das Leitfadenterview A wurde angewandt.
Information zur befragten Person	Frau S. hat langjährige Erfahrungen als Pflegemutter und betreut derzeit zwei Pflegekinder mit FASD. Sie berichtet über ihre Erfahrungen mit der heute 20 jährigen Jenny, die vom 4. bis zum 14. Lebensjahr bei ihr gelebt hat und nun in einer Einrichtung des Johanniswerk untergebracht ist. Bei Jenny besteht eine gesicherte Diagnose aus dem Bereich FASD. Trotz der Unterbringung in einer Jugendwohngruppe besteht ein gutes Kontaktverhältnis zwischen der Pflegemutter und Jenny.

I: Also erst einmal ein paar allgemeine Fragen zur Pubertät. Wann hat die Pubertätsphase angefangen und wie hat die sich bemerkbar gemacht (unv.)? #00:00:14-2#

- 5 **B2:** Sie hat ganz früh angefangen, mit acht/neun Jahren, dass wir überlegt haben: Ist die nur verstimmt? Könnte das schon Vorpubertät sein? Weil sie erst sehr kindlich aussah, aber (..) so kokett oft war. Ja, wirklich, das was man früher kokett nannte.

Und eben diese typischen Verstimmungen hatte. (..) Demnach spätestens mit acht.
#00:00:40-5#

5 I: Okay, und was war da so- was hat sich grundlegend an dem Verhalten des Kindes geändert? #00:00:47-0#

10 **B2:** Also das eine war eben, dass ihr Schlaf- und Wachrhythmus sich ein bisschen geändert hat. Jenny hat früher überhaupt nicht schlafen können in der Nacht, nie mehr als zwei Stunden. Da fing das dann schon an, dass sie auch mal vier oder auch fünf Stunden-. Das war so, dass sie das (unv.)-. Das war ja auch ganz angenehm. Das andere war, dass sie auch in der Schule schon ganz früh anfing, so Jungs hinterher zu laufen. Eher mit denen spielen, wenn auch etwas plump gemacht-. Hat aber versehentlich einen Schuh verloren hat. Also es war schon zu erkennen, in welche Richtung sie dann so ein bisschen wollte. #00:01:24-6#

15

I: Jetzt habe ich erst mal so ein paar Fragen zu der Veränderung des Körpers. Also, wie hat sie auf die Veränderungen ihres Körpers reagiert? Also, das sie ihre Periode bekommen hat? Das die Brüste gewachsen sind? Einfach, wie hat sie da ihr Gefühle oder die Veränderungen in ihrem Körper beschrieben? #00:01:42-9#

20

25 **B2:** Also anfangs hat sie ganz grausam reagiert, weil (..) auf die Ersten: „Hoh, das juckt und ich glaube ich bekomme jetzt einen Busen“ und hat sie ständig irgendwo gestanden und sich zum Beispiel den Busen gerieben. Dann ist sie (..) mal so einen Lauf mitgelaufen, so einen Cross-Lauf, und weil ihr zwischendurch warm war hat sie sich dann ausgezogen. (..) Wirklich schon mit sichtbarem Brustansatz und da war sie knapp unter zwölf und hat gesagt „Wieso mir war doch warm?“. Sie hat das Unterhemd ausgezogen-. Das T-Shirt, das war das Laufshirt mit der Nummer hat sie wieder drüber gezogen. Also da überhaupt nicht eine Idee für ihre Außenwirkung. Andererseits als es dann so ein bisschen sichtbarer war, wollte sie – sie hatte vorher schöne lange Haare – nie wie ihre Mama sein. Hat da unheimliche Probleme mit gehabt. Sie hat dann angefangen sich die Haare auszureißen, das heißt sie ist einige Jahre mit Glatze rumgelaufen, weil das so schlimm war, dass sie sich so unwohl in ihrem Körper gefühlt hat. Zu der Zeit lief auch eine Geschichte, wo sie noch in der Therapie so auf ihre Vergangenheit, auf ihre Herkunft gucken sollte. Das kann man vielleicht nicht ganz auseinanderhalten, aber-. (..) Ja, sie wollte dann ganz burschikos sein. (..) Mit diesen Aussetzern, dass sie dann verliebt war und jemanden sah und sich eben an den Hals geschmissen hat. #00:02:59-4#

30

35

40 I: Und nochmal zu den Körperveränderungen. Als die Periode eingesetzt hat. Wie war für sie das erste Mal, wo sie ihre Tage hatte? Es ist ja jetzt auch eine größere Herausforderung noch an die Hygiene? Wie hat der hygienische Aspekt funktioniert und wie waren halt ihre Gefühle bei dem ersten Mal ihrer Tage? #00:03:16-2#

45

B2: Also das erste Mal weiß ich nicht sicher, weil wir viel Verstecktes gefunden haben. Also Jenny hat immer Schmutzwäsche versteckt, hat auch gerne mal irgendwohin gekotet und das versteckt. Und genau so hat sie auch blutige Wäsche versteckt und das war nicht immer klar erkennbar. Es hat auch lange gedauert bis sie ganz normal damit umgehen konnte. #00:03:35-8#

50

I: Und hat sie dann nachgefragt, was da mit ihrem Körper passiert oder konnte sie

das einordnen, was da mit ihrem Körper passiert? #00:03:45-4#

5 **B2:** Nachgefragt hat sie überhaupt nicht. Und das schlimme ist, also theoretisch, sie hatte ja schon Unterricht und wir hatten auch das eine oder andere Heftchen auch so in einfacher Sprache. Theoretisch wusste sie schon was das ist und dann bluten die Frauen und dann kriegt man die Tage. Und ja, also wir haben Binden für sie schon mal vorher hingelegt und sie sagte sogar mal im Urlaub „Und das passiert ganz oft in den Sommerferien, dann packen wir lieber mal was ein für mich“. Aber als es dann tatsächlich so war konnte sie das mit dieser Theorie, die sie vorher gelernt hatte, 10 scheinbar gar nicht zusammen bringen. (..) Und ja, dann hat sie halt alles nur so verheimlicht und das sind einfach zwei Paar Schuhe. Selbst wenn man heute über Haare Kämmen redet, steht sie vielleicht zwei Stunden später vor dem Spiegel und weiß das nicht. (..) Peinlich, ja so ist es leider. #00:04:33-2#

15 **I:** Und wird das denn von Mal zu Mal besser, also kriegt sie da immer mehr Routine rein? Weil es kommt ja auch nur einmal im Monat. Und ist es dann jedes Mal auf ein Neues, dass sie das nicht einordnen kann, was da mit ihr passiert? #00:04:45-4#

20 **B2:** Also bei Jenny ist das so, dass wir ihr ab 14 schon die Pille verschrieben haben, weil sie ja auch so verführbar ist. Also in jeglicher Hinsicht. Das kann sein „Komm wir gehen jetzt nicht nach Hause, sondern setzen uns an den See? Oder wir trinken ein Bier? Oder wir rauchen?“. Alles das nimmt sie selbstverständlich, für uns inzwischen selbstverständlich, mit. Und wir haben ihr schon mit 14 dann die Pille verschrieben und sie bekommt jetzt Drei-Monats-Spritzen, damit sie ihre Tage gar nicht 25 bekommt, weil sie das nicht aushalten kann und dann echt abdreht. #00:05:13-0#

I: Okay, gut. Dann verändert sich in der Phase der Pubertät ja auch irgendwie das Beziehungsverhältnis zwischen Eltern und Kindern mal. Da gibt es ja schon in der normalen Pubertät in Anführungszeichen schon Probleme. Wie hat sich das Verhältnis 30 zwischen Ihnen und Ihrem Kind da verändert? #00:05:28-1#

B2: Es war ganz schrecklich. Es hat ja letztendlich zum Abbruch unserer gemeinsamen häuslichen Beziehung geführt. Sie hat in der Zeit ganz, ganz, ganz stark angefangen zu übertragen. Sie hat auch tatsächlich behauptet ich hätte das und das und 35 das gemacht, Sachen die schon klar waren, aufgezeichnet waren, dass ihre Mutter solche Handlungen gemacht hatte. Sie hat mich echt angegangen. Also „Du Hure!“ und ich „Ich weiß, was ihr da macht, weil ich einen Freund hab“ und ich „Ja, das kannst du auch ruhig wissen, aber das ist meine Sache. Theoretisch weißt du das, aber jetzt gehst du in dein Bett und hier ist unser Schlafzimmer“. Von ich war der 40 Engel und Himmel hoch jauchzend bis scheußlich und Schweinerei und „Was macht der mit dir?“. Die hat so ein riesen Gefühlschaos hingelegt und hat mich dann aber auch wirklich abgelehnt. Mich als Frau wirklich. Das konnte man ganz klar erkennen. Mit der Oma, meiner Mutter, ging es noch so einigermaßen. Ihre leibliche Mutter komplett abgelehnt, gar keine Kontakt mehr, lange, lange Zeit bis jetzt und hat da 45 ganz schwer zum Frau sein gefunden. #00:06:34-7#

I: Und die Beziehung zu Gleichaltrigen oder zu Peer-Groups, wie man auch sagt, werden ja in der Phase der Pubertät wichtiger. Wie hat sich da das Verhältnis zu Gleichaltrigen gestaltet? Hatte sie viele gleichaltrige Freunde? #00:06:49-2#

50

B2: Nein, gar nicht. Sie ist so mitgelaufen. Sie ist mit dem mitgelaufen, der halt grad mal neben ihr saß, mehr nicht. #00:06:56-4#

5 **I:** Und Kontakt halten zu Gleichaltrigen? Hat das funktioniert? Oder hatte sie richtige Freundeskreise? #00:07:02-5#

10 **B2:** Eine richtige Freundin hatte sie noch nie. (.) Das ist dann in der Pubertät allerdings tatsächlich angefangen, dass mit dem einen Mädchen, mit dem anderen Mädchen und Selfies und alles so diese niedlichen Sachen, die die auch machen. Das ist dann gekommen, also sie-. Sie ist mit 14 in eine Wohngruppe gezogen, und da ist das dann auch viel, viel besser geworden. Da musste sie ja auch Kontakt mit diesen Mädchen haben. #00:07:24-4#

15 **I:** Okay, gut. Zeigen sich denn Besonderheiten im Verhalten gegenüber Gleichaltrigen oder ihren Freunden? #00:07:33-8#

B2: Die Freunde, die sie jetzt hat sind auch auf einem ähnlichen Level. Oh Gott, ich sage das so herablassend. Ja, das ist leider so. #00:07:44-3#

20 **I:** Ich mache kurz die Tür zu. (Tür wird geschlossen wegen Lärm). Dann ist es ein bisschen ruhiger. #00:07:59-4#

25 **B2:** Wobei sie jetzt schon so moralische Ansprüche an ihre Leute hat. Also wenn ihr Freund mit seinen Kumpels saufen geht, das findet sie total doof und macht dann was anderes mit ihren Mädels. Das heißt aber nicht, dass sie nicht vielleicht doch irgendwann am Straßenrand sitzt und auch eine Pulle Rotwein dabei haben, leider. Aber eigentlich erst einmal möchte sie das nicht. Sie geht niemals los, um zu sagen ich betrinke mich jetzt. Das tät sie nicht, immerhin. #00:08:26-3#

30 **I:** In der Phase der Pubertät entwickeln die Kinder dann auch Selbstständigkeit oder das ist das große Streben nach Selbstständigkeit. Haben sie das Gefühl, dass es möglich ist für ihre Pflgetochter ein selbstbestimmtes Leben zu führen? Also alleine zu wohnen? #00:08:42-0#

35 **B2:** (..) Wir haben immer darauf gehofft, aber inzwischen sind wir desillusioniert. Also nun ist der Zwang zwischen Suchen, auch mit Hilfe des Werks, händeringend eine Möglichkeit-. Auch diese Möglichkeit die sie im J.-Werk haben. Eine Wohnung, da ist nachts niemand, aber tagsüber kommen die Sozialarbeiterinnen nochmal und die sind noch geführt. Selbst das verlangt zu viel an Selbstständigkeit von ihr. Dafür ist sie zu (..) flatterhaft. Also mit allen guten Vorsätzen, das kriegt sie nicht hin. #00:09:13-2#

45 **I:** Und was sind da die Probleme, die diese Selbstständigkeit genau verhindern? #00:09:17-2#

50 **B2:** Rein technisch gesehen könnte sie einen Haushalt führen, aber sie kann nichts beibehalten. Sie hat zum Beispiel-. Dort im Werk ist sie jetzt in einer Wohnung, die außen gelagert ist und da soll sie so ein bisschen selber Essen machen und nicht mehr an den Gruppenessen teilnehmen, aber es ist noch unter einem Dach. Aber sie hat schon allein da, damit sie sich an die neuen Geräusche in den anderen Räumlichkei-

ten gewöhnen kann, Wochen und Monate mit Hilfe eine Psychologin gebraucht, um das – Sie hat unheimliche Ängste in der Nacht – um das hinzubekommen. Und (..) sie kann sich ruhig vornehmen „Ich mache jetzt heute die Küche sauber“. Das was sie bei der Arbeit machen muss, das weiß sie und das macht sie und sie schuftet richtig. Aber zuhause, wenn jetzt keiner sagt „Du musst das bis da und dahin fertig haben“ fängt sie an, sieht irgendwas und hat das in der Hand und verliert sich in Raum und Zeit. Das ist so. #00:10:08-4#

10 **I:** Haben sie das Gefühl, dass mit zunehmendem Alter mehr Kontrolle und Unterstützung notwendig ist oder dass es besser wird? #00:10:14-1#

15 **B2:** (.) Nein, manche Sachen sind schon besser geworden, also definitiv. Sie weiß so genau, wenn sie da ist: „Ich muss dann und dann aufbrechen, damit ich meinen Bus bekomme“. Das passiert ihr leider Gottes immer noch oft, dass das dann anders ist, aber sie kann wirklich ganz schlecht von heute bis morgen Denken. Sie ist mit ihrem Freund mit, der wohnt außerhalb - 30 Kilometer vielleicht, ich weiß es nicht so genau - und weiß genau sie hat für den nächsten Morgen keine 5,20€ für den Bus. Aber der hat ihr gesagt „Ach, komm jetzt wollen wir frühstücken, das war doch so schön und komm doch mit“. Der hatte vorher Nachtschicht und wollte sich ins Bett legen und schlafen und dann ist sie mitgegangen. Und ruft dann am nächsten Tag händeringend alle Leute an: „Wer holt mich jetzt hier ab? Der schläft“. Den weckt sie dann auch nicht, der schläft. #00:11:02-0#

25 **I:** Okay. Dann habe ich jetzt noch ein paar Fragen zum sexuellen Verhalten von Ihrer Pflgetochter. Gab es schon mal sexuelle Kontakte mit gleichgeschlechtlichen oder halt verschiedengeschlechtlichen Partnern bei ihr? #00:11:20-5#

30 **B2:** Sie hat jetzt ja einen Freund. Weihnachten hat sie sich verlobt. Sie kam an „Mama, gibst du uns deine Segen?“. Tja klar, was soll ich denn machen? Ich bin schon ganz schön froh. Die sind über ein Jahr zusammen, das ist für Jenny ganz besonders. Und die hängt total an dem. (..) Und ich kriege, leider kriegt man das öffentlich mit, was sie öffentlich postet. Dass sie sich zoffen und dass er hier geknutscht und sie da gemacht hat. Aber irgendwie rotten die sich wohl auch zusammen. Und sie hatte eine Zeit lang eine Freundin, mit der sie immer kam. Und ich habe die beiden einmal so gefragt „Seid ihr ein Paar?“ und sie „Nein, auf keinen Fall“. Aber hinterher habe ich dann so gedacht „Na, vielleicht ist es doch“. Ich weiß es ehrlich gesagt nicht. Aber sie würde das so schnell glaube ich nicht zugeben. Und ja, nah beieinander und küssen und sowas, das machen die auf alle Fälle, aber ob das eine sexuelle Beziehung ist, das weiß ich nicht. #00:12:15-8#

40 **I:** Wird denn offen über das Thema Sexualität bzw. sexuelle Kontakte gesprochen? Oder ja, sind sie da offen mit ihr da drüber zu sprechen? Kommt sie auf Sie zu? #00:12:25-4#

45 **B2:** Ich bin dafür offen, aber sie kommt, speziell seit sie mit diesem Jungen zusammen ist, nicht auf mich zu. Also, sie-. Es war ihr erst ganz schwer so zu sagen „Ich habe einen Freund“, weil ich könnte dann ja auch wissen, dass sie ja auch Sex miteinander haben. Und sie fragte: „Macht dir das nicht?“ und ich „Nein, das macht mir nichts. Also ich möchte, dass du gut geschützt bist. Ich möchte, dass-“ und sie „Ja, ich krieg ja die Spritzen“ und ich sag „Ja, das weiß, aber-“. Dann haben wir nochmal

so über Geschlechtskrankheiten gesprochen. Ja, auch da, das ist unheimlich schwierig, weil das kann sie vielleicht jetzt am Küchentisch vielleicht, das weiß ich nicht, ob sie das noch so wiederholen kann, warum das wichtig ist zum Beispiel Kondome zu benutzen. (..) Aber wenn ihr dann jemand sagt „Komm ist zeige dir was ganz Tolles“, dann ist erst mal das ganz tolle wichtig und das kann alles sein. Ich bin schon froh, dass sie-. Wir hatten lange Zeit Angst, dass sie so verführbar wäre, dass jemand sie vielleicht ausnutzen könnte. Tatsächlich anschaffen schicken würde oder so. Sie ist wirklich so naiv, die wäre ein Kandidat. Also wenn jemand geschickt ist, sie wäre leider ein Kandidat dafür. Und insofern, (..) bin ich ja froh, dass sie einen Jungen gefunden hat, der halt so mit ihr kann, wie sie ist. #00:13:39-5#

I: Wo wir gerade in dem Zuge waren mit der Naivität. Gab es denn schon mal so Vorfälle, wo über unangemessenes Sexualverhalten oder gerade das Sexualverhalten, was man schon als Missbrauch deuten könnte? Wurde darüber schon mal gesprochen? Oder gab es da Erfahrungen mit? #00:13:53-6#

B2: Ich weiß, dass sie-. (...) Die Kinder haben tatsächlich noch Missbrauch in der Zeit erlebt, als sie schon bei uns in Pflege waren. Damals haben sie noch alle vier Wochen ihre leiblichen, ihre leibliche Mutter mit dem Mann oder mit dem nächsten oder übernächsten Mann war das besucht und die haben da tatsächlich denen beim Sex zugeguckt. Die haben auch (..) Pornos gesehen und wir waren da extrem erschüttert eigentlich. Also, ihr älterer Bruder war ja auch bei uns. Der hat wirklich Sachen erzählt und der hat die sehr provokant meinem Mann erzählt und mein Mann hat gesagt: „Das darfst du dir gar nicht anhören. Das hast du noch nicht gehört, was der mir erzählt hat und das kann sich ein Achtjähriger nicht ausdenken“. Und die haben über Sex mit Tieren gesprochen, über fesseln und über weh tun und-. Also, Jenny ist ja noch eine, die gerne an ihre körperlichen Grenzen geht. (..) Ich will nicht alles wissen. #00:14:49-3#

I: Aber sie wissen keine konkreten Fälle, wo es passiert ist? #00:14:54-1#

B2: Also ich weiß, dass Jenny übergriffig war mal, selber im Taxi auf dem Weg zur Schule. #00:14:59-9#

I: Und was ist da dann genau passiert? Wollen sie das erzählen? #00:15:00-9#

B2: Sie hat da keine Hemmschwelle Menschen anzufassen. Und ob das so sexualisiert ist oder nicht, kann man nicht immer ganz leicht auseinander halten. Aber in der Zeit als sie schon sehr, wirklich hochpubertär schon war, da hat sie oft auch Mädchen angefasst. (..) Über mal „Ich killer“ und wenn jemand im Taxi neben einem sitzt und nicht weg kann, ist das ja schon etwas brenzlicher, sodass wir schon mal überlegt haben, „Wie machen wir das jetzt? Kann die noch mitfahren?“. (..) Das war schon schwierig. #00:15:30-9#

I: Jetzt würde ich abschließend nochmal so zu Ihrer Belastung im Prinzip kommen, die Sie in der Pubertät von Jenny erlebt haben. Was stellt für Sie da die größte Belastung im Umgang mit Ihrer pubertierenden Pflgetochter dar? #00:15:47-3#

B2: Dass sie grenzenlos ist. Das sie einfach-. (..) Wenn die jetzt anfangen will zu schreien, dann schreit die. Und die ist so mittendrin. Man weiß auch nicht, wenn die

jetzt (unv.), also die ist so kompromisslos und grenzenlos im Guten wie im Schlechten. Ich bin ihre Beste und bleibe ihre Mama und was nicht alles. Das glaube ich ihr, dass sie das in dem Moment fühlt, wo sie das sagt. (..) Ja, aber viel-. Bei allem anderen ist sie, (..) ja, grenzenlos. Sie sucht glaube ich auch immer Grenzen. Also, ich
5 glaube wenn sie Auto fahren würde, würde sie rasen. Ich weiß es nicht. Dass sie da auch echt über Grenzen hinaus geschossen ist. Sie hat sich selbst verletzt und hat dann gesagt „So, das macht unsere Mutter mit uns“. Und dann die Polizisten: „Warum hast du denn eine Glatze?“ und sie sagt „Ja, meine Mutter die holt uns immer an den Haaren vom Spielplatz“. Also, sie kann ja nicht überblicken, was sie dann macht.
10 Nur für den ersten Moment weiß sie, wie das wirkt und wie man Leute in seinen Bann zieht. Und sie ist auch eine Zeit so rumgelaufen, dass man auf jeden Fall auf sie aufmerksam wurde. (.) Im Moment geht es. #00:17:00-5#

I: Und jetzt zu diesen Situationen, wo sie gesagt hat „Meine Mutter hat das mit uns gemacht“. Kamen sie da schon einmal in problematische Situationen mit, weiß ich nicht, der Polizei oder ähnlichem? #00:17:11-4#
15

B2: Ja, Polizei, Jugendamt auf alle Fälle. Also, zum Glück ist sie nicht so intelligent, dass sie das so gut überlegen und aus-. Es war dann schnell zu erkennen. Also, sie
20 hatte so eine Verletzung im Nacken und allein von der Linienführung her kann man erkennen, sie hat beide Hände in den Nacken und nach außen abgestrichen. Das konnte ich nicht-. Ich hätte sie gefasst und mit dem Schlüsselbund „Kann das sein?“. Ich sage „Ich habe die ja tatsächlich gepackt. Die ist ja auch vor der Tür ausgerastet. Ja, ich habe die gepackt und wir wollten gerade weg. Ich kann es jetzt nicht sagen, ob
25 ich einen Schlüsselbund in der Hand hatte“. Dann haben die mir ein Foto gezeigt und ich sage „Ja, das ist ja klar, was das ist. Gucken Sie unter ihre Fingernägel“. Also, eindeutig, das fanden die allerdings auch. Aber erst einmal, Jenny hat da echt was zum Besten gegeben. Es gäbe nichts zu Essen und hat also viele Sachen, die sie in früher Kindheit erlebt hat, dann da so dargestellt, als wenn ihr das mit 14 bei uns passiert wäre. (..) Und, tja, da kommt man schon in Schwierigkeiten. Wir haben ja
30 das Pflegeverhältnis zu der Zeit dann auch abgebrochen. Ich bin auch offiziell natürlich gar nicht mehr Pflegemutter, aber es waren halt zehn Jahre. Ich bin halt die Frau zu der sie Mutter sagt. Das sagt sie zu ihrer anderen Mutter nicht. Ja, wir sind halt sehr miteinander verbunden. Aber ich habe auch damals schon gesagt, das kann ich
35 mir gar nicht antun. Die hat als ich-. Wir haben mal einen Besuchkontakt, nein, einen Tierpark besucht in Osnabrück. Da wollte sie auch nicht mit zurück kommen. Dann habe ich sie so in den Arm nehmen wollen und habe gesagt „Komm jetzt ist gut, jetzt gehen wir ins Auto“. Dann schrie die laut und deutlich „Hilfe, was wollen Sie von mir?“. Also, die wusste sich in Szene zu setzen. Die riss sich dann an einer
40 Seite die Sachen vom Leib und „Hilfe, Hilfe, was macht die Frau mit mir?“. Also, das war schon-. Da stand ich mit einem Bein im Knast. Das ist ein ganz heftiges Mädchen. #00:19:03-9#

I: Und war das für sie so zu sagen irgendwo auch eine Entlastung, als sie dann wussten, sie ist sicher aufgehoben dann in der Einrichtung wo sie jetzt ist? #00:19:11-3#
45

B2: Eindeutig. Und noch mehr dann-. Also, zu Anfang war sie so in einem Städtchen und konnte von da aus auch los und ich war ja nicht mehr verantwortlich. Aber (..) vom Gefühl her eben doch. Das ist mir noch echt nah gegangen, wo ich gedacht habe, die muss viele Sachen lernen auch, dass man abends rausgeht und dass man mit
50

Freunden rausgeht. Ich bin so froh, dass ich nicht diejenige bin, die die nachts suchen muss. (..) Dann ist sie aber schon auf diesen ganz außerhalb gezogen, wo nur psychisch kranke Kinder sind. Als das eröffnet wurde ist sie direkt da mit hin gezogen und das hat ihr auch wirklich, wirklich gut getan. Und dann hatte sie so eine Phase, wo sie sehr (unv.) war, also wo sie dann sagte: „Die anderen wollten alle abhauen und dann hatte ich eine ganz tolle Idee. Ich habe dann gesagt und hier ist es überall so kalt, wir setzen uns in den Vorraum von der Sparkasse. Mama, ich wusste genau da wird man gefilmt, dann finden die uns, dann holen die uns. Ich wollte nicht mehr mit denen abhauen“. Also und dann hat sie manchmal so echt helle Ideen und auch ein Gefühl von, eigentlich ein Gefühl davon, was sich gehört oder was sich nicht gehört. Aber sie würde auch, wenn wir fünf Stückchen Torte hier haben auf dem Tisch, sicherlich mal denken „Mensch, wenn wir zu dritt sitzen ist es nicht gut, wenn ich jetzt mehr als zwei esse“, (..) aber bevor wir fertig sind hätte sie mindestens drei auf. Das ist dann so, wenn sie dann isst-. Also die ist lieb, die ist von-. Das ist glaube ich der allerliebste Mensch den ich kenne und von der kann man auch sein letztes Hemd haben. Aber, (..) wenn die an die Falschen gerät, die können auch alles von ihr haben. Sie ist ja sehr hemmungslos in vielerlei Hinsicht, wirklich hemmungslos. Und ich nehme - ich war nicht dabei und ich will das auch nicht genauer wissen - aber ich gehe einfach davon aus und nehme an, sie ist ja in allem körperlichen so hemmungslos. Wenn man jetzt so eine Arschbombe vom Dreier macht, das ist ja nichts schönes, aber wenn es um das Essen geht, wenn es um das Laufen und Tanzen bis man schwitzt und umfällt oder sich so lange drehen bis man umfällt. Alles so, wo man körperlich auch Grenzen erspürt, das findet sie total geil. Von daher gehe ich davon aus, dass es in der Sexualität sicherlich nicht anders ist. Das passt ja zu ihr so.

25 #00:21:22-7#

I: Jetzt zu diesen Belastungen, die sie aus dieser Pubertätsphase beschrieben haben. Wo wünschen sie sich oder wo hätten sie sich Unterstützung gewünscht? Was wären Hilfen im Alltag gewesen, die sie in der Pubertätsphase gebraucht hätten? #00:21:38-3#

30

B2: Ganz, ganz klar habe ich damals auch schon beim Jugendamt um Hilfe gebeten und die wäre für mich nicht gewesen das Kind aus der Familie zu nehmen, sondern-. (.) Sie hatte dann ja so diesen Anspruch sich nach außen zu orientieren und ich finde den hatte sie zu Recht. Mal mit anderen Mädchen ins Kino oder irgendwas machen. Nur es war eben so, da hätte jemand mitgehen müssen der nicht Mama für sie heißt. Da hätten wir vielleicht (..) eine junge weibliche Kraft haben müssen, vielleicht auch männlich keine Ahnung. Aber eine geführte Gruppe für Jugendliche, für pubertierende Mädchen wäre da wirklich klasse gewesen. Die was machen, was in ihrem Alter einfach an der Zeit ist, was einfach dran ist, aber eben auch sichern. Ja, wenn ich Jenny allein ins Kino geschickt habe, dann war ja nicht sicher, ob sie zurück kommt, (...) weil ihr noch was eingefallen war, dass dann vielleicht mal so oder weil sie satt war. Dann bestand gar nicht so die Möglichkeit. Ja und mit dem Bus weiß sie immer noch nicht jetzt-. Sie möchte in L. ins Kino gehen, aber in N. den kleinen Bruder abholen und mit dem Bus bis nach L., da hätte jetzt die 14-Jährige gesagt; „Ach komm, Jenny, ich gehe mit. Ich mache das wohl mit euch“. Sie kann das nicht. Sie kann das wirklich nicht. Oder in eine fremde Stadt fahren, sie kann das nicht. Und das sind aber Sachen, wo ich einfach denke, das hätte sie mal (.) gebraucht. Und auch in die Disco und wenn dann jemand-. Aber dafür müssen ja nicht Eltern mitgehen. Ich finde, (..) so sehr die auch brauchen, um sich zu verwirklichen und auch

40

45

50

Freiheit zu genießen, so sehr müssen wir auch einen geschützten Rahmen für diese Kinder haben. Das wäre wirklich ideal. #00:23:18-6#

I: Schön. #00:23:18-2#

5

B2: Vielleicht klappt es beim Dritten. Ich habe schon angefragt. #00:23:24-1#

I: Gibt es sonst noch irgendwelche besonderen- irgendwas Besonderes wonach ich jetzt nicht gefragt habe, was aber für Sie wichtig erscheint, was in der Phase der Pubertät passiert ist. #00:23:36-9#

10

B2: (..) Ich glaube, ich habe die ersten Jahre nicht erkannt, dass es wirklich Pubertät ist. Also, viele (unv.) von den Kindern weiß ich jetzt, sind extrem frühpubertär. Also, viele von unseren Kindern sind dann dummerweise auch traumatisiert und viele sind auch Missbrauchskinder. Es ist ja oft so, dass sich das überschneidet. Ob das mit dem einen und mit dem anderen zu tun hat weiß ich nicht, aber viele sind sehr frühpubertär und dann ist die Umwelt noch nicht drauf eingestellt. Auch Lehrer in der Grundschule sind da ab der vierten Klasse frühestens drauf eingestellt, aber nicht beim Zweitklässler. Und dass Handlungen anderen Kindern gegenüber so einen sexuellen Touch haben, das sieht man glaube ich zu spät. Heute würde ich das eher sehen. #00:24:22-5#

15

20

I: [...] Jetzt zum Abschluss gibt es sonst von Ihrer Seite aus noch irgendwelche Fragen oder Anregungen, die gerade bestehen? #00:24:28-0#

25

B2: Nein, höchstens-. Ich glaube, dass gerade diese Mädchen, gerade Mädchen, also FASD oder welche, die geistig nicht ganz so helle vielleicht sind, nicht ganz so-. Auch die Theorie in die Praxis umsetzen fällt diesen Kindern ja immer extrem schwer. Also, ich finde die sollten zum Beispiel standardmäßig so ein-. Es gibt ja so ein elektronisches Baby-. Ich finde die sollten das standardmäßig einfach mal haben, weil man-. Jenny sagt: „Jede Nacht wirst du geweckt und (unv.)“ und ich: „Ach macht nichts. Ich stehe sowieso immer auf und gehe Pipi machen“. Was das aber bedeutet, (.) das können die nicht ermessen. Also im Moment ist es ja so, dass sie Arbeiten geht. Dann kann sie aber auch nichts anderes. Sie kann ihren Haushalt nicht, obwohl das so ein freundlicher, positiver, liebevoller Mensch ist. Damit ist die fertig. Die soll ja nun die Tage um sieben Uhr abends ein Interview führen. Das weiß sie noch nicht, ob sie das wohl kann. Die ist 20, abends um sieben, das ist zu viel. Und da einen passenden Rahmen zu finden, finde ich ganz, ganz, ganz schwer. Die passen einfach in dieses Leben so- was so getacktet ist, wie es eben für normal gesunde Menschen ist. (...) #00:25:42-1#

30

35

40

I: Gut, ich danke Ihnen für das Interview. Es waren schöne Informationen und ich denke das hilft auf jeden Fall weiter. #00:25:49-8#

45

B2: Ich hoffe, dass es ihnen ein bisschen hilft und den nächsten FASD-Kindern (lacht). #00:25:53-9#

Interview (3)	
Datum der Aufnahme	18.03.16
Ort der Aufnahme	Zuhause bei der Befragten
Dauer der Aufnahme	26:55 Min.
Befragte Person	Frau K. (B3)
Interviewer/in	Theresa Driller
Datum der Transkription	21.03.2016
Transkribent/in	Theresa Driller
Besonderheiten	Die persönliche Vorstellung sowie die Fragen zur Klärung der Rahmenbedingungen wurden vorab per SMS geklärt und wurden daher nicht mehr mit transkribiert. Das Leitfadenterview A wurde angewandt.
Information zur befragten Person	Frau K. ist Pflegemutter von zwei Kindern mit FASD. Sie berichtet über ihre Erfahrungen mit ihrer älteren Tochter Lena (15 Jahre), die mit fünf Jahren in der Pflegefamilie untergebracht wurde. Sie hat seit 3 Jahren eine gesicherte Diagnose aus dem Bereich FASD.

I: So, dann würde ich erst einmal ein paar allgemeine Fragen zur Pubertät stellen. Und zwar wann hat die Phase der Pubertät angefangen und woran hat sich das bemerkbar gemacht? #00:00:11-1#

5
10
15
B3: Das hat zeitig angefangen, mit acht/neun Jahren schon. Woran hat sich das bemerkbar gemacht? Sie hat sich gerne präsentiert. (..) Sie hat angefangen immer an ihren Brustwarzen zu ziehen, (..) damit die Brüste schneller wachsen. (..) Ja, die Doktorspielchen die waren auch schon sehr zeitig. Da hat sie auch zeitig mit angefangen, wenn ich mal so überlege. Sie hat sich präsentiert. Sie hat sich immer so umgezogen. Also wenn Besuch da war oder so, dann doch immer so umgezogen, (..) dass man nicht umhinkam zu schauen. (...) Und ja, ihre Charakterveränderung, also das sie angefangen hat zu rebellieren. Sowieso schon immer sehr stark und was man dann alles so miteinander, aus der Schule, aus dem S., also dem sozialpädiatrischen Zentrum, was wir dann zusammengeworfen haben an (...) Feststellungen, an Beobach-

tungen, was auf Pubertät, frühzeitig eintretende Pubertät geeinigt. #00:01:25-9#

5 **I:** Und sie haben gerade gesagt, dass eine Veränderung im Verhalten war dieses Rebellieren. Gab es noch weitere grundlegende Verhaltensänderungen, die sie bemerkt haben? #00:01:36-0#

B3: (6) Dieses Präsentieren würde ich sagen. (4) #00:01:51-0#

10 **I:** Dann habe ich ein paar Fragen zur Veränderung des Körpers. In der Pubertät entwickeln sich die Geschlechtsteile, Brüste wachsen, weibliche Rundungen, die Periode setzt ein. Wie hat die Betroffene auf die Veränderungen ihres Körpers reagiert? Konnte sie da Gefühle zu äußern, was sie da fühlt, was mit ihrem Körper passiert? #00:02:12-2#

15 **B3:** Es hat sich eigentlich eher dadurch bemerkbar gemacht, dass sie sehr unsicher wurde, dass sie die Veränderung nicht verstehen konnte. Sie wusste nicht wann fängt jetzt hier was an. (...) Ich muss jetzt auch tatsächlich überlegen. (7) Was war nochmal die Frage? #00:02:37-8#

20 **I:** Welche Veränderungen-. Wie sie auf die Veränderungen des Körpers reagiert hat? Ob sie da sich zu geäußert hat oder nachgefragt hat, was gerade mit ihrem Körper passiert? #00:02:49-6#

25 **B3:** Nein, das hat sie nicht. Kann sie auch heute noch nicht so richtig. Das kann sie noch nicht. (..) Sie ist zunehmend aggressiv geworden. Man hat dann gemerkt, dass sie auf der einen Seite- ich hab dann ja selber diese Themen auch angesprochen, weil ich geahnt habe, dass sie unsicher wurde. Sie wurde einfach-. Diese Aggressionen sind bei ihr ein Zeichen von Unsicherheit. (7) Ich bin schon wieder ein bisschen raus, weil ich echt am überlegen bin, das rattert da gerade und die beiden auseinander zu
30 halten und Lena war sehr, sehr schwierig. #00:03:34-6#

I: Sie können sonst auch gerne von beiden berichten. #00:03:37-8#

35 **B3:** (4) Ja, die Kleine hat halt bei der Großen gesehen, wie es halt anfängt. Die war da nicht ganz so überrascht. Lena (..) hat – ich muss vielleicht auch anders anfangen – seit sie acht Jahre ist einen abnormen Kinderwunsch. Das war aber so heftig, so intensiv, dass sie auch scheinchwanger war. Und in diesem Zusammenhang hat sie sich, sie hat nicht die logische Schlussfolgerung „Kann ich eigentlich schon Kinder kriegen?“, sondern sich so in diesen Wunsch rein gestürzt, dass sie auch der Meinung
40 war sie hat eine große Oberweite, dass sie fast schon breitbeinig gegangen ist. Dass sie die Hose nicht zubekam. Sie bekam sie zu aber sie hatte das Gefühl sie kriegt sie nicht zu. Das heißt es war eigentlich (..) ein Umweg auf dem sie sich dem genähert hat. Sie selber, nein, sie hat eigentlich gar nichts (..) gefragt, nichts gesagt. Sich helfen lassen mehr von meinem Mann wenn es um Intimpflege ging. Bei mir stand sie
45 immer auf Zehenspitzen und bei meinem Mann nicht. Und (..) ja, heute denken wir war es damals schon das wohlige Empfinden, dass Papa geholfen hat, dass ein Mann geholfen hat. Zuerst hatten wir die Überlegung, ob sie vielleicht Misshandlungen durch ihre Mutter erlebt hat, ob es daran liegt. Heute sind wir ziemlich sicher, weil wir ja gemerkt haben sie präsentiert sich allen, wenn es eben geht. (..) Aber gefragt
50 hat sie, nein. #00:05:19-8#

I: Als sie das erste Mal ihre Periode hatte- sie haben ja gerade schon gesagt dieser hygienische Aspekt, das stellt natürlich auch eine größere Herausforderung an die Hygiene dar. Wie sind sie damit umgegangen? Oder was gab es da für Probleme, die sich gezeigt haben? #00:05:35-1#
5

B3: Also sie kam da überhaupt nicht mit klar. Sie kam überhaupt nicht mit klar. Also ich habe tagelang auf der Toilette verbracht. (.) Mit ihr Schlüpfer gewechselt, mit ihr Binden gewechselt. Sie war, im Prinzip konnte man sich das vorstellen, wie wenn ein Kind Erbrechen hat. Diese Angst „Oh Gott, was ist hier eigentlich? Was passiert hier? Mama, hilf mir!“. Sie war fix und fertig. Sie konnte da gar nichts mit anfangen. Das war fast als wenn die unteren Geschlechtsteile auf einmal nicht mehr zu ihr gehörten. Sie konnte sich selber auch nicht anfassen. #00:06:08-9#
10

I: Und war das jedes Mal auf ein Neues wieder wenn sich die Regel gezeigt hat? Oder war das nur beim ersten Mal so schlimm? #00:06:14-0#
15

B3: So schlimm war es die ersten Male, aber es ist heute noch so, dass sie ganz verunsichert ist. Sie (.) auch Binden hat, natürlich das was junge Mädchen so haben mit schönem Aufdruck und sie holt sich aber meine. Meine etwas größeren Vorlagen, damit sie sicher ist. Und sie hat schon wechseln wollen, da waren vielleicht zwei bis drei Tropfen in der Binde drin. Das hat sie so verunsichert. Sie dachte, die ist dann voll. #00:06:44-6#
20

I: Aber bei diesem Wechselungsprozess von der Binde da kommt sie mit klar? Also das kann sie auch regulieren? Weil sie gerade gesagt haben nach zwei bis drei Tropfen wollte sie schon wechseln. #00:06:54-4#
25

B3: Immer noch sehr übersteigert. Also sie (..) nimmt keine Slip-Einlagen. Das ist ihr irgendwie ganz merkwürdig, da fühlt sie sich sehr unwohl mit. Und ich merke (.) an der Wechselungshäufigkeit, dass das eigentlich immer noch so ist. Sie kriegt jetzt allerdings auch seit eineinhalb Jahren die Drei-Monats-Spritze. Da ist das nicht mehr so, da kommen Zwischenblutungen, aber da ist sie dann so von der Bahn weg, von der Rolle weg, dass dann sofort dicke Pakete davor kommen, damit da ja nicht irgendwas passieren kann. #00:07:26-8#
30
35

I: Dann weiter zur Pubertätsphase, da verändert sich ja auch das Beziehungsverhältnis zu sämtlichen Bezugspersonen. In wie weit hat sich da das Verhältnis zwischen Ihnen und Ihrem Kind verändert? #00:07:41-0#
40

B3: (..) Lena wurde unglaublich aggressiv, richtig unglaublich aggressiv. Das hat sich über die Jahre immer mehr gesteigert. Sie war schon eh sehr schwierig, aber diese Aggression, die sie da-. Also es ging so weit bis dass sie mich geschlagen hat. Wir haben sieben eingetretene Türen. Wir hatten Polizeieinsätze. (...) Sie war vor
45
50
eineinhalb Jahren in einer Tagesklinik in A. und als sie dort dann irgendwann entlassen worden ist, erst dann, als sie von ihren Aggressionen so ein bisschen runtergekommen ist, konnten wir anfangen überhaupt ein Verhältnis aufzubauen, eine Beziehung. Die hatten wir bis dato gar nicht. Auch als kleines Mädchen, Lena hat sich eigentlich nie anfassen lassen. Nie wirklich so Hand auf den Bauch oder so. Das hat sie eigentlich nie zugelassen. Das macht sie erst seit eineinviertel Jahren. #00:08:45-

1#

5 **I:** Also hat sich so zu sagen dieses Verhältnis in der Pubertät verbessert? Sie haben mehr eine Vertrauensbasis geschaffen oder wie kann ich das verstehen? #00:08:50-6#

10 **B3:** Ja, aber sie befindet sich ja fast am Ende der Pubertät. Also sie ist eigentlich durch, was das angeht. Aber auch diese Aggression-. Diese ganze Geschichte war meiner Ansicht nach wirklich ausgelöst durch Veränderung in ihrem Körper oder auch mit sich selber, die sie nicht erklären konnte. Und sie konnte, aber hatte auch nicht den Wortschatz Fragen dazu zu entwickeln. Man musste versuchen sich da her einzufühlen. Zu überlegen, was könnte jetzt gerade wichtig sein? Was ist jetzt gerade wichtig? (...) #00:09:35-2#

15 **I:** Dann werden in der Pubertät ja auch Peer-Groups und gleichaltrige Freunde immer wichtiger. Wie gestaltete sich das Verhältnis Ihres Kindes zu Gleichaltrigen? Und zeigten sich da Besonderheiten im Verhalten gegenüber Gleichaltrigen? #00:09:49-2#

20 **B3:** (4) Sie kann das kurzfristig ertragen mit Gleichaltrigen. Ob sie das mit denen bespricht, weiß ich nicht. Das hält sie also wirklich sehr gedeckelt. Sie spielt immer noch mit jüngeren Kindern (5), weil es doch immer ein Mutter-Tochter-Verhältnis so ein bisschen ist. Da fühlt sie sich sicherer. Sie fühlt sich mit jüngeren Kindern sicherer, denen sie etwas erzählen kann. #00:10:26-4#

25 **I:** Heißt sie übernimmt die Mutter-Rolle? #00:10:28-3#

30 **B3:** In dem Moment, ja. So wie sie jetzt auch mit Sophie-. Sophie, hier von Monika, hat ja das Vollbild, soweit ich das beurteilen kann. Und Lena könnte eigentlich mit tafferen Mädchen oder weniger behinderten Mädchen auskommen, aber (..) das ist eher selten. #00:10:53-7#

I: Weil sie den Kontakt nicht sucht oder weil die Gleichaltrigen sie nicht annehmen? #00:10:56-8#

35 **B3:** (...) Der Kontakt ist ja hauptsächlich wirklich auch mit irgendwelchen betroffenen Kindern in irgendeiner Form, aus der Förderschule in der sie vorher war und jetzt in der Tagesbildungsstätte. (.) Mit gleichaltrigen gesunden Kindern kann sie, (..) gibt sie sich gar nicht mehr ab, weil die sich mit ihr nicht mehr abgeben. Das glaubt sie von vornherein. (.) Es ist so wechselhaft. Sie versucht dann zwischendurch wieder mit Mädchen Kontakt aufzunehmen, die in ihrem Alter sind, (.) aber das sind mehr so kurze (.) WhatsApp-Austausche. Aber sie käme jetzt eher selten auf den Gedanken „Lass mich mal jetzt einen ganzen Tag da“. Sie hat so die Ein oder Anderen, aber das hält sie nicht lange aus. (..) #00:11:51-6#

45 **I:** Okay. Dann weiter. Der nächste große Bereich, da geht es um die Selbstständigkeit. Die Kinder streben in der Pubertät nach Selbstständigkeit, wollen ein eigenständiges Leben führen. In wie weit halten sie es für möglich, dass ihre Tochter mal später ein eigenständiges Leben führt? Einen eigenen Haushalt führt? Und welche Einschränkungen würden Sie da sehen? #00:12:13-3#

50

B3: Kognitiv ist sie ja im Bereich Tagesbildungsstätte, (.) aber was Hauswirtschaft und Alltagsbewältigung angeht, dann kann sie das prima. Also sie hat lange versucht mir zu zeigen, wenn ich mal nicht da war, dass sie die Hausfrau ist, dass sie meine Rolle übernimmt, dass das überhaupt kein Problem ist. Und das könnte sie, was das angeht auch sogar zum großen Teil jedenfalls, aber sie (..) bietet sich ja so an. Sie läuft ja in schädigende Beziehungen, was Nacktfotos angeht und (.) wenn ich dem Glauben schenken darf, was sie alles schon gemacht hat. Was sexuelle Dinge angeht, hat sie eigentlich schon alles hinter sich. (.) Aber ja, ich weiß es nicht, wir wissen es nicht, wir können es nicht nachvollziehen. Verkehr ist schnell gemacht. Auch in der Tagesbildungsstätte geht das schnell. (...) Sie hatte immer irgendwelche Freunde, aber immer jüngere. (unv.) zwei bis drei Jahre jüngere, kleinere Freunde. (..) Das wäre das große Problem. Sie müsste betreut wohnen, weil sie sonst in diesen schädigenden Beziehungen sich aushalten lässt. #00:13:48-6#

15

I: Also würden Sie sagen, dass mit zunehmendem Alter mehr Kontrolle und Unterstützung erforderlich ist? Oder eher weniger? #00:13:57-7#

B3: (...) Sie könnte vielleicht kurzfristig gut überleben. Also ich könnte mir vorstellen, dass wir jetzt, wenn wir mal zehn Tage wegfahren würden, dass das auch mal ginge, aber ich hätte kein gutes Gefühl. Ich hätte kein gutes Gefühl. Sie bräuchte was das angeht,(..) Kontrolle und wenn das auch nur durch die Mitbewohner ist. Wenn sie alleine wohnen würde und wir-. (..) Das würde nicht gut gehen, nein, nein. #00:14:33-9#

25

I: Dann haben wir eben schon das sexuelle Verhalten von ihr angesprochen. Gab es schon mal sexuelle Kontakte bei ihr, von denen Sie wissen? #00:14:42-2#

B3: (4) Von denen wir dabei waren, nein. Von dem was wir uns zusammenreimen können durch Fotos die da, Nacktfotos die dann gemacht worden sind, die umher geschickt worden sind, ja. Von Erzählungen, die soweit glaubhaft waren, dass ich denke ja auch. Aber hauptsächlich-. Lena ist sehr weiblich, also die geht wirklich als Volljährig durch. Hat eine sehr gesunde Oberweite und (.) über die präsentiert sie sich anderen Jungen. Das heißt ein Junge kann sagen „Das mal zeigen. Mach mal hoch.“, das macht sie, auch bei fremden Jungen. Das wäre völlig-. (...) Ja und das ist auch immer wieder, dass sie mehr über WhatsApp-Gruppen, weil sie auch den Kontakt nachmittags so nicht möglich ist, dann irgendwelche oder während Skype-Aufnahmen sich zeigt und Jungen ihr angeblich dann auch ihre Geschlechtsteil zeigen würden. Aber das haben wir nur von Hören-Sagen. Aber, dass sie sich selber zeigt, das ja, das wissen wir, großes Problem. (..) Wie gesagt sie sagt ganz klar, es gibt für sie keinen Grund keinen Verkehr zu haben. (.) Darum haben wir auch mit der ersten Periode, sind wir los und dann hat sie die Drei-Monats-Spritze bekommen, (.) weil sie ja immer noch ganz klar der Überzeugung ist, dass sie ein Kind erziehen kann. Sehr viel besser als wir das können. #00:16:33-2#

45

I: Und wird denn ganz offen über das Thema Sexualität gesprochen? Kommt sie da auf Sie auch zu? #00:16:40-9#

B3: Also mittlerweile kommt sie selber auch schon mal, wenn sie sich unter Druck gesetzt fühlt und wenn sie merkt „Oh scheiße, da ist wirklich was daneben gelaufen“,

50

- aber die Einsicht ist gleich Null. (.) Wenn wir sagen, dass das einfach nicht so gehört, wo Grenzen sind, das sehen wir völlig falsch. Bei uns kommt eine Jugendhilfe und (.) die versucht auch sie da aufzufangen. Und auch ihre Lehrerin in der Schule, die alle mit ihr (.) Szenarien durchspielen und wie sie sich wehren könnte, die sie aber in
5 der Praxis in den Wind schießt. Also sie hat zettelweise zuhause wie sie sich eben wehren kann, dass sie eben kein Nacktfoto schickt und solche Sachen und was sie sagen könnte, aber da ist sie auf der einen Seite hilflos und auf der anderen Seite auch uneinsichtig. (..) #00:17:40-3#
- 10 **I:** Okay. Hat ihre Tochter denn schon mal über unangemessenes Sexualverhalten bzw. Sexualverhalten, was auf einen Missbrauch hindeuten lässt, schon mal drüber gesprochen? [B4: Nein] Gibt es da irgendwelche? #00:17:53-2#
- B3:** Nein, da gibt es keine Erinnerung. Auch keine klaren Aussagen von irgendwelchen Berichten oder so. Es ist völlig unklar, was da gelaufen ist. #00:18:09-0#
- I:** Okay, gut. Dann käme ich jetzt nochmal zu Ihnen persönlich. Was waren für Sie die größten Belastungen, die sich in der Pubertät ergeben haben? #00:18:20-1#
- 20 **B3:** (..) Die Tatsache, dass sie (.) beide ganz schnell raus hatten, wie sie sich in der Öffentlichkeit benehmen mussten und das Zuhause aber, weil sie wussten sie werden geliebt, heute wissen wir es war die Sicherheit, diese Aggression raus ließ. Das hat sie nirgendwo anderes. Lena ist überall geliebt und geschätzt. Jeder freut sich, wenn sie da ist und (...) aber dass das so, ja wie soll ich sagen, hinter verschlossenen Türen
25 abgelaufen ist und zwar so, dass wir uns gefühlt haben, als wenn uns eigentlich keiner wirklich glaubt. (..) #00:19:08-4#
- I:** Heißt Sie haben sich auch nach außen an jemanden gewendet, wo sie das reflektiert haben, was da passiert ist mit ihr oder Ihrem Verhältnis? #00:19:15-7#
- 30 **B3:** Ja. (.) An alle Institutionen mit denen wir zu tun hatten. Das und (..) letztendlich ja, innerhalb der betroffenen Eltern haben wir das dann gefunden. Jeder hat immer gesagt „Natürlich glauben wir, dass das so ist. Selbstverständlich glauben wir Ihnen das, aber vorstellen können wir es uns nicht“. (..) Das war ganz, ganz schlimm. Viele
35 waren, viele von den Lehrern und Erziehern und so kannten sich auch gar nicht mit dem Thema FAS überhaupt nicht aus. Diese Besonderheit und diesen Überlebenstrieb, den diese Kinder haben, sich eben woanders anständig zu benehmen und das Zuhause nicht zu tun. Dann kriegten wir mal diese, ja wie soll ich sagen, (unv.)
40 Trost, „Das macht sie nur, weil sie sich hier sicher fühlt bei Ihnen, weil sie sich gut aufgehoben fühlt“. Das konnte man dann theoretisch vielleicht irgendwo sich anpreisen, aber diese Belastung im Alltag das war mega. Richtig, richtig mega. #00:20:31-6#
- I:** Sie haben gerade gesagt, dass es bei den Lehrern oft so war, dass die über dieses Krankheitsbild FAS überhaupt nicht aufgeklärt waren. Würden Sie sagen, dass das helfen würde, wenn die Leute in ihrem Umkreis aufgeklärt wären? [B4: Ja.] Was
45 denen dabei geholfen hätte zu verstehen, was die Probleme sind? #00:20:47-5#
- B3:** In der Tagesbildungsstätte, also in der Schule von Marie, die ist in einer für motorische und körperliche Entwicklung in der Schule. Die Ärztin, die die Diagnose bei
50

5 unseren Mädchen gestellt hat hier aus M. hat sich mit der Schule auseinandergesetzt und dort eine Fortbildung gehalten. Hat gedacht ein paar von den betroffenen Lehrern, waren 40 Leute, die sich dahin gesetzt haben und wissen wollten, das hat sich auch echt bemerkbar gemacht. Bei Lenas Tagesbildungsstätte, die haben das Angebot nicht angenommen, weil angeblich das Personal derartig geschult sein, dass sie das nicht bräuchten. Im Alltag merken wir davon nichts, weil dann müssten die wissen, dass, Frau M. hatte das gesagt „Ich habe immer das Gefühl ich habe zwei Kinder, das was Zuhause war und das was in der Schule war“. Und genau so ging uns das auch. Und so geht uns das noch in der Schule von Lena. #00:21:48-1#

10

I: Heißt Lena ist auf einer ganz normalen Schule oder? #00:21:51-2#

15 **B3:** Die ist in der Tagesbildungsstätte [I: Ah, Tagesbildungsstätte]. Die war vorher in einer Förderschule Lernen, aber da war das auch. Aufklärung auf jeden Fall. Und noch nicht mal die Aufklärung von uns, sondern-. (..) Auch dass sie sich diesen schädlichen Neigungen so aussetzen können. Die Kleine macht das nicht so, aber die Große hat das so, dass es, wenn man dieses Kind sieht, das glaubt kein Mensch. Das glaubt kein Mensch. Die ist so hübsch wie Sie. So sitzt sie einem gegenüber und so einfach gestrickt. Sie kommt eben auch aus diesen Verhältnissen, ich meine sie ist mit fünf Jahren dort weg, aber irgendwie habe ich das Gefühl, dass sie da drin so eine Wiederholung abspielt. (..) #00:22:41-4#

20

25 I: Und was würden Sie sagen, wir haben gerade schon ein bisschen über die Aufklärungsarbeit gesprochen, was wären für sie Unterstützungen oder Hilfen im Alltag gewesen, die Ihnen diesen Umgang mit diesen Problemen, die in der Pubertät entstanden sind, geholfen hätten? #00:22:57-7#

30 **B3:** Ja, hatten wir heute noch. Die Kleine ist jetzt in der Tagesklinik. Mir bzw. uns hätte geholfen, dass andere um dieses Problem gewusst hätten. Und wenn es nur das Jugendamt gewesen wäre, auch da ist es schwer gewesen oder jetzt schwer mit der, die wir heute haben. Immer dieses Gefühl haben, theoretisch wird gesagt „Ja, wir wissen darum“ oder „Ja, wir glauben Ihnen“. Aber nicht dieses Wissen, ja, das ist so. Wenn wir bei der Dr. F. im S. gewesen sind, also die, die die Diagnostik auch gemacht hat, die sich auskennt. Die nickt egal was Sie sagen. Und das hat uns gut getan. Oder hier über die Selbsthilfegruppe, an der ich leider noch nicht so viel teilnehmen konnte. Aber die wenigen Termine alleine, dieser Spruch „Ich hatte immer das Gefühl ich habe zwei Kinder“, das war es. Auch in der Tagesklinik, die können weder bei Lena noch Marie eigentlich viel machen, aber es hätte uns mehr geholfen, wenn jemand gesagt hat „Ja, Sie wissen um das Problem Ihrer Kinder. Es ist genau so“. Und das es eben nicht nur so ist wie Lena sich verhält, sondern auch so wie Jasmin sich verhält, dass dieses Facettenreichtum, was die Kinder an den Tag legen, je nachdem wie und wann sie betroffen worden sind im Mutterleib und wie sie betroffen sind und wie das kombiniert sein kann aus diesen häuslichen Gegebenheiten, dass das eben alles offen lässt. Das hätte gereicht. (..) #00:24:47-7#

45

I: Das höre ich viel, dass die Aufklärungsarbeit da ein wichtiges Thema spielt, genau. #00:24:55-4#

50 **B3:** Ich habe im Internet irgendwann mal geschaut als ich gemerkt habe, wir machen irgendwas verkehrt, ADHS und sowas. Und dann habe ich meinem Mann einen Be-

richt gezeigt und habe gesagt „Guck mal, ließ dir das mal durch“ und da hat er gesagt „Hast du den geschrieben? Ist das Lena?“ und ich „Nein, das war eine andere Mutter, die betroffen war“. #00:25:11-9#

5 **I:** Und darüber sind sie dann auch daran gekommen, was das sein könnte?
#00:25:16-2#

B3: Ja. #00:25:16-2#

10 **I:** Okay, gut. Jetzt noch zum Abschluss gibt es noch irgendetwas Besonderes aus der Pubertätsphase, wozu ich jetzt keine Frage gestellt habe, was sich aber während der Pubertät verändert hat, was Sie noch für wichtig halten? #00:25:29-9#

15 **B3:** (5) Ich weiß nicht, wie ich jetzt dafür Worte finde. (..) Einen Weg zu den Kindern zu finden. Ich habe irgendwie das Gefühl beide hören sie zwar zu, aber beide manchen ihre Schotten dicht mit allem was sie erzählen. Mit allen schädlichen Neigungen, die auf sie zukommen könnten. Das tun wahrscheinlich die meisten Kinder in der Pubertät, aber ich habe dieses Gefühl, dass das bei beiden auch wirklich richtig so ist, dass das nicht ankommt, weil sie es nicht verstehen. Sich das einmal nicht vorstellen können. Das ist sicher bei jungen Leuten grundsätzlich so, dass das, was die
20 Alten sagen nicht richtig ist, aber ich glaube das Problem dieses Nicht-Verstehens, das wir sie da nicht wirklich endgültig erreichen können. #00:26:27-3#

25 **I:** Haben sie Ideen, wie man das verbessern könnte? #00:26:33-1#

B3: Nein. Ich denke, dass genau das eben nicht geht. Das heißt wir müssen uns darauf verlassen, dass wir irgendwann eine Wohngruppe finden, wo diese Leute auch aufgeklärt sind. #00:26:46-3#

30 **I:** Genau. Gut, gibt es sonst von Ihrer Seite aus noch Fragen? #00:26:51-9#

B3: Nein. #00:26:51-9#

35 **I:** Alles gut, dann danke ich Ihnen für das Interview. #00:26:55-0#

B3: Dafür nicht.

Interview (4)	
Datum der Aufnahme	18.03.16
Ort der Aufnahme	Zuhause bei der Befragten
Dauer der Aufnahme	17:55 Min.
Befragte Person	Frau F. (B4)
Interviewer/in	Theresa Driller
Datum der Transkription	21.03.2016
Transkribent/in	Theresa Driller
Besonderheiten	Die persönliche Vorstellung sowie die Fragen zur Klärung der Rahmenbedingungen wurden vorab telefonisch geklärt und wurden daher nicht mehr mit transkribiert. Das Leitfadenterview A wurde angewandt.
Information zur befragten Person	Frau F. ist Pflegemutter von drei FASD betroffenen Kindern und Mutter von einem leiblichen Kind. Sie berichtet über ihre Erfahrungen mit ihrer ältesten Tochter Julia (14 J.), die neben der Diagnose FAS mit sechs Jahren auch die Diagnose Morbus Recklinghausen im Alter von fünf Monaten bekam. Sie lebt seit dem fünften Lebensmonat in der Familie.

5 **I:** Und ich hätte erst mal ein paar allgemeine Fragen zur Pubertät, das heißt wann hat die Phase der Pubertät ungefähr angefangen und wie hat die sich bemerkbar gemacht? #00:00:08-0#

10 **B4:** Also bei Julia ist es so mit 12 angefangen und dann wurde es eher Launen bedingt. Also dass sie sich-. Und halt es fing wohl an so zwischendurch mal, dass sie Unterleibschmerzen hatte, aber so dass da wirklich was noch passiert nicht. Sie ist sehr schwächling, also sie ist spindeldürr und wir arbeiten um jeden Kilo so gesehen, also da ist ja Gott sei Dank von Mutter Natur vorgelegt, wenn du zu wenig auf Rippen hast, kriegst du auch nicht deine Tage. Das ist bis dato bei Julia eingekehrt noch, also dass sie noch nicht ihre Tage hat. Es fängt aber so langsam an, dass sie ihr Kör-

perbewusstsein, also dass sie mehr Busen bekommt, das plötzlich im Intimbereich Haare wachsen. Also das fängt alles mittlerweile an, aber es ist noch nicht bei ihr so ausgeprägt, weil sie halt sehr zierlich ist. #00:00:54-6#

5 **I:** Was haben sich für bemerkbare Verhaltensweisen gezeigt? Also gab es grundlegende Veränderungen im Verhalten von Ihrer Tochter? #00:01:02-4#

10 **B4:** (..) Ja, dieses eigentlich das ganz normale Pubertierende, das störrisch Sein, das Nicht-Wollen und das eigentlich wie ganz normale Kinder sich auch entwickeln so entwickelt sie sich in dem Sinne auch. Nur sie hat das Problem halt, durch ihre geistige Behinderung die sie noch mit dabei hat, kommt sie da nicht mit klar, was passiert jetzt gerade mit mir und da kriegt sie halt ein paar Ausraster mehr „Ich will das nicht. Ich will kein Busen. Ich will da auch keine Haare haben. Was soll das alles?“, so halt. Also sie ist noch nicht wer weiß-. Sie hat auch noch nicht dieses sexuelle Interesse, das ist bei ihr noch Gott sei Dank noch alles kindlich. Das will sie noch gar nicht. Da hat sie noch nicht-. Sie findet das wohl ekelig, wenn andere sich küssen und sie weiß auch wo das Baby aus dem Bauch kommt. Sie hat das ja mitbekommen dadurch, dass ich vor drei Jahren noch ein leibliches Kind bekommen habe, dass da schon doch was passieren kann, was wir ihr vorher halt immer gesagt haben, das geht bei uns nicht, wir kriegen keine Babys im Bauch. Gut, ist dann halt doch mal passiert. Aber (..) dass sie sich schon sexuell orientiert, nein, das tut sie noch nicht. Sie fasst sich zwar immer an, im Intimbereich ganz extrem. Und dann sagt sie „Oh, meine Eier!“, aber das kriegt sie halt nur durch die Jungen mit und dann denkt sie, das hat sie auch und ja das hat sie halt nicht. Ich weiß noch nicht wie sie denkt, ob sie wirklich denkt, dass sie ein Mädchen ist oder ob sie mehr wohl diese Jungenphase mehr übernimmt, weil die sind ja alle cool und Mädchen nicht immer. #00:02:32-7#

25 **I:** Okay. Erster Themenbereich wäre so die Veränderung des Körpers. Also, Sie haben gerade gesagt, sie hat noch nicht ihre Periode [B5: Nein.], aber es zeigen sich doch schon deutliche Veränderungen am Körper. Heißt Busen wächst, sie bekommt weibliche Rundungen und so weiter. Wie hat sie auf diese Veränderungen ihres Körpers reagiert? #00:02:49-8#

30 **B4:** Sie sagt ihr tut das weh, dass der Busen wächst und sie findet das lang-, mittlerweile findet sie das interessant, aber sie weiß noch nicht was dann passiert. Sie weiß, Busen hat man mehr, aber was das so für sich noch heißt, dass man mehr weiblicher wird oder so, nein, das weiß sie noch nicht. Also hat sie zumindest so noch nicht gezeigt. Sie hatte mal Interesse sich ein Bustier zu kaufen. Das fand sie dann aber glaube ich unangenehm zu tragen, weil da ist ja noch nichts, das das weg hält und dann hat sie das gleich wieder in die Kiste geschmissen „Will ich noch nicht“ und gut ist. #00:03:24-3#

35 **I:** Aber da wurde auch offen drüber geredet? #00:03:25-7#

40 **B4:** Wir reden hier auch ganz normal darüber. Eigentlich reden wir sowieso da drüber. Wir sind FKK Camper, also sie kennt auch schon, dass der Mann anders aussieht wie die Frau. Letztes Jahr hatte sie den Anfang so langsam so ein bisschen Probleme sich zu zeigen. Dann läuft sie lieber mit einem T-Shirt und einer kurzen Hose noch rum. Aber gut, das ist Pubertät sagen wir uns, dass sie dann anfängt „Oh das ist ein bisschen unangenehm, dass das alle angucken“. Aber ansonsten so gehen wir da ganz

offen mit um. Das ist auch ein ganz offenes Thema. Wir haben auch im Keller eine Sauna, da gehen wir auch nicht im Badeanzug rein, da gehen wir so rein, wie der liebe Gott uns geschaffen hat und gut ist. #00:04:05-4#

5 **I:** Gut. Dann würde ich ein paar Fragen zum Beziehungsverhältnis stellen und zwar verändert sich natürlich auch das Verhältnis zwischen Eltern und Kindern in der Pubertät [B5: Oh, ja.]. Was hat sich da so in diesem Verhalten Ihnen gegenüber gezeigt? #00:04:21-4#

10 **B4:** Also sie erzählt uns nicht immer alles. Wir haben eine sehr taffe FED-Dame, also familienentlastenden Dienst, die ist Mitte 20 und zu der erzählt sie dann schon noch was näher, wenn irgendwas gewesen ist. Was weiß ich, angeblich wenn, ob das so dann stimmt, wo ihr dann jemand mal mehr an das Bein gefasst hat oder so. Das hat sie uns dann nicht erzählt, das hat sie ihrer Leonie erzählt. Und das ist für mich
15 dann schon wieder ein Zeichen, okay, sowas erzählt man nicht Mama, sowas erzählt man seiner Freundin, weil Leonie ist für sie mehr eine Freundin, also so eine richtige Bezugsperson und das finde ich ganz gut. #00:04:56-2#

20 **I:** Okay und sonst in dem Beziehungsverhältnis, bis auf dass sie da mit anderen Personen- #00:05:01-7#

B4: „Papa darf nicht mehr mich knutschen, vor allem nicht mehr in der Öffentlichkeit, das ist peinlich“. So jetzt gestern war die Situation, wir waren da zum Elternfrühstück und Papa hat dann nochmal wirklich wieder mal auf die „Tschüss meine
25 Süße, tschüss“ und sie „Oh, Papa, du bist peinlich. Lass das!“. Also das ist schon. Ein Kuss wird nur noch bevor man in den Bus geht im Haus gegeben und nicht mehr vor der Tür, das sehen die anderen ja dann im Schulbus, das geht ja wohl gar nicht. Also das ist schon da. Das Verhältnis zu uns ist trotzdem noch gut. Also sie sucht immer noch ihre Kuscheleinheiten. Auch mit 14 will man immer noch bei Mama und
30 Papa ins Bett und zusammen Fernseh gucken und kuscheln. Also das ist noch nicht, dass sie uns gar nicht mehr riechen kann. #00:05:42-2#

I: Gut. Dann werden in der Phase der Pubertät ja auch gleichaltrige Personen wichtiger, das heißt es bilden sich auch Peer-Groups, man hat größere Freundeskreise einfach. Wie ist da so ihr Verhalten gegenüber Gleichaltrigen? Hat sie viele gleichaltrige
35 Freunde oder wie ist da so das Verhältnis? #00:05:58-9#

B4: Also sie klammert sich eher-. Julia ist so ein bisschen eher so an leitende Figuren, also die schon ein bisschen älter sind, die so ein bisschen was zeigen können, da
40 klammert sie sich gerne dran oder halt an Kleinere, wo sie dann noch ein bisschen betüddeln kann. Aber so das gleichaltrige Feld weniger. Sie hat wohl eine relativ Freundin, die ist eine Woche älter wie sie, aber nein, da haben die wieder ganz andere Interessen, weil dadurch, dass sie im Prinzip nur mit geistig Behinderten viel zu tun hat, setzt sie sich eher an die Älteren, die ein bisschen mehr Lebenserfahrungen
45 hat. Da geht sie lieber mit. #00:06:36-3#

I: Und da hat sie feste Freundeskreis oder wechselt das? #00:06:38-3#

50 **B4:** Nein, sie hat da feste Freunde eigentlich. Also so wie jetzt auch. Vanessa ist eigentlich so mit ihre beste Freundin, dann die aus ihrer anderen Klasse auch. Aber ja

das sie so, wer weiß wie mit denen schon durch die Gegend eiert, nein. Aber das mache ich auch schon als Schutz für mich, weil sie das noch nicht steuern kann. Soweit ist sie vom Kopf her nicht. Sie möchte zwar, aber das macht sie dann halt mir ihrer FED-Dame. Ins Kino gehen, shoppen gehen, ohne Mama, weil das mit Mama ist doch doof. Da geht sie dann lieber mit-. Was Mama da vorzeigt, das ist ja nicht cool.
5 #00:07:13-4#

I: FED heißt das? Was ist das? #00:07:14-8#

10 **B4:** Ja, familienentlastenden Dienst. Das ist Eine, die unterstützt mich hier im Haushalt, die ist auch bei mir angestellt. Also im Prinzip ist das eine Heilpädagogin, eine Heilerziehungspflegerin, also mit irgendeinem Titel mehr. Und die habe ich jetzt seit drei Jahren hier im Haus und die ist top. Zu der hat sie halt ein sehr gutes Vertrauen.
#00:07:38-5#

15

I: Und die ist jung? #00:07:39-5#

B4: Die ist Mitte 20. Also 26 müsste sie jetzt sein. #00:07:43-1#

20

I: Und wird durch öffentliche Gelder finanziert? #00:07:44-5#

B4: Nein, angestellt habe ich sie auf meine Kosten. Die wird nicht auf öffentlichen Geldern finanziert und über den FED läuft sie halt über die Krankenkasse, diese Betreuungsleistung. Wir haben hier leider nur das Pech, wir kriegen die nur für 9,5 Stunden und den Rest müssen wir halt selber zahlen und deswegen habe ich sie bei mir angestellt auf 450€-Basis, sodass ich da mehr von habe. Damit ich sie auch anrufen kann, dass ich mal eine Stunde abends nur zum Sport gehen kann oder so, weil ich brauche immer jemanden hier. Julia ist zwar 14, aber ich kann sie nicht alleine lassen. Also andere 14-jährige passen auf ihre kleineren Geschwister auf. Ich habe ja noch drei Kinder mehr und das kann ich von ihr halt nicht verlangen. Und die anderen drei bzw. die anderen zwei sind auch mit FASD halt, ich hab halt das dreifache Packet hier zu Hause und meine Kleinste ist drei und da kann ich sie nicht alleine lassen mit ihr, das klappt noch nicht. #00:08:37-4#

35

I: Ist eine super Überleitung zum nächsten Kapitel und zwar die Selbstständigkeit. Das große Streben nach Selbstständigkeit in der Pubertät, später mal ein eigenes Leben führen zu können, darauf bereitet die Pubertät ja auch vor. Haben Sie das Gefühl oder in wie weit würden sie vermuten, dass Julia mal ein eigenes, eigenständiges Leben führen kann? #00:08:58-3#

40

B4: Ganz allein wird Julia nie leben können, weil das möchte/kann sie nicht. Sie braucht immer Menschen um sich rum. Sie ist auch ganz selten, dass sie einfach nur allein oben in ihrem Zimmer spielt oder sich halt beschäftigt. Das kann sie nicht. Teilweise aus Neugier, teilweise aus Angst etwas zu verpassen. Aber sie kann sich auch nicht selbst für sich verwirklichen. Also sie braucht immer ihr Leben, also so wie ich sie einschätze braucht sie immer ihr Leben lang jemanden an die Hand. Sie kann Sachen bewältigen, ja, so normale Haushaltssachen kann sie, kriegt sie mit geregelt mit Unterstützung, aber alleine würde sie es nicht schaffen. #00:09:30-8#

50

I: Das heißt was wären so Einschränkungen im Alltag, die dieses eigenständige Le-

ben verhindern würden, außer halt dieses, das sie Nähe zu Anderen braucht?
#00:09:39-6#

5 **B4:** Also mit Geld umzugehen, sich selbst zu versorgen. Sie machen zwar im haus-
wirtschaftlichen Praxisbereich, kriegen sie das wohl-. Aber halt auch nur wieder mit
Hilfe an der Hand etwas geregelt. Aber sie würde sich selber zum Beispiel nicht was
zu Essen kochen, das kriegt sie nicht hin. Also sie könnte das nicht einschätzen,
wann, wie ich den Herd einstelle. Sie weiß, wenn das Wasser heiß ist, dass es
10 dampft, aber sie würde es auch wissen, dass es heiß ist, aber sie würde da nicht selber
Nudeln kochen oder sowas. Die verkocht alles. Soweit ist sie jetzt noch nicht. Ich
weiß nicht, wie sie in drei bis vier Jahren ist, ob ihre geistige Reife dann schon so
weit ist, dass sie vielleicht irgendwas könnte. Aber ganz allein leben wird sie nie.
#00:10:21-6#

15 **I:** Würden Sie denn sagen, dass mit zunehmendem Alter mehr Hilfe und Kontrolle
oder Unterstützung und Kontrolle notwendig ist? [B5: Ja.] In was für einer Hinsicht?
#00:10:32-6#

20 **B4:** In was für einer Hinsicht? Alltagskompetenz sowieso. Das ganze lebensprakti-
sche, weil sie kann auch nicht einschätzen, wenn es draußen kalt ist, dass sie nicht
nur im T-Shirt draußen läuft, weil sie hat wieder dieses Problem „Ich merk das gar
nicht, dass es draußen kalt ist“. Wenn wir Stunden, zwei bis drei Stunden schwim-
men gehen und sie hat schon blaue Lippen, das merkt sie nicht. Sie hat dann Spaß
und es ist okay. Es kann kalt werden? Nein, definitiv nicht. Also das ist so dieses-
25 Sie würde nicht merken, wenn ihr Wäsche gewaschen werden müsste, die würde sie
dreimal wieder anziehen, erst wenn sie jemand ansprechen würde „Du, ich glaube du
solltest mal die Wäsche wechseln. Die duftet etwas“. Das kriegt sie sonst nicht mit.
Das zieht sie einfach wieder an „Ach da ist ein Fleck. Das ist doch nicht schlimm“.
#00:11:18-7#

30 **I:** Dann haben wir eben schon einmal ein bisschen angeschnitten, das sexuelle Ver-
halten. In der Pubertät bildet sich, die Sexualität, raus. Gab es schon mal sexuelle
Kontakte oder irgendwas der Gleichen, von dem sie wissen? #00:11:31-4#

35 **B4:** Nein, nein, also nicht das ich wüsste und auch nicht, also sie hat mir zumindest
so noch nichts erzählt. Ich glaube, die haben in der Schule schon das Thema Sexuali-
tät gehabt. Das hat sie noch ein bisschen so verniedlicht „Oh, oh, oh, der Junge hat
einen Penis“. Das wurde dann hier eine Zeit lang wohl verniedlicht, aber das sie so
körperlichen Kontakt damit hat, nein. Da gehe ich nicht davon aus. Also da hat sie
40 auch noch nichts gespiegelt oder irgendjemandem abends erzählt „Du, da war je-
mand, der hat mich unsittlich angefasst“. Es war wohl mal, wie gesagt, die Situation
mit so einem Stock mal dahin gehauen und „Der hat mir dann dazwischen gehauen“.
Das war im Spiel, im Effekt. Das war wohl ein Junge, der dann in der Einrichtung
halt mit einem Stock rumgeschlagen hat. Aber das da wirklich eine sexuelle Hand-
45 lung an ihr übergriffen war oder so ist nicht passiert. #00:12:19-1#

I: Das heißt es gab auch noch nie irgendwelche Erfahrungen mit unangemessenem
Sexualverhalten [B5: Nein.] oder Sexualverhalten, was auf Missbrauch schließen
lässt? [B5: Nein] Gab es noch keine Erfahrungen? [B5: Nein] Und das offen über das
50 Thema gesprochen wird, da haben wir ja eben schon drüber gesprochen. [B5: Ja-

wohl] Dann hätte ich nochmal so Fragen an sie persönlich, aus Sicht der Pflegemutter. Was waren für Sie die größten Belastungen, die sich jetzt mit Anfang der Pubertät zeigen? #00:12:43-5#

5 **B4:** Dass Julia gerne viel selber, alleine machen möchte und es nicht dem Alter entsprechend kann. Also andere 14-Jährige gehen ja wirklich raus ins Kino ganz alleine ohne Mama und Papa oder irgendjemanden oder steigen in den Bus und fahren zu ihren Freundinnen. Das kann sie alles nicht und das ist das, was Julia nicht versteht und dann halt sehr maulig wird. #00:13:04-0#

10

I: Und das gab dann, führte dann zu Konflikten mit Ihnen oder? #00:13:08-2#

B4: Das führte dann zu Konflikten mit mir, ja. „Warum darf ich nicht jetzt alleine mit dem Bus dahin fahren oder mit dem Fahrrad eben nach da und da?“, weil das nicht funktionieren würde, sie würde erstens da nicht ankommen oder du würdest den Weg auch nicht wieder zurückfinden. #00:13:21-1#

15

I: Und das war da halt sehr belastend für Sie? #00:13:24-1#

20 **B4:** Für mich ist das belastend, weil andere 14-Jährige gehen wirklich ihre Wege und sie ist halt wirklich-. Sie musst du beschäftigen, auch den ganzen Tag. Sie braucht ihre Struktur, jeden Tag, täglich grüßt das Murmeltier. Jetzt zum Beispiel sind wieder Ferien. Die ersten zwei bis drei Tage geht es und danach müssen wir immer Programm machen, damit sie dieses Zeitverständnis „Und wie viel Mal noch schlafen? Wann endlich Schule? Wann werde ich wieder beschäftigt?“ und das ist für mich dann immer sehr kraftaufreibend. #00:13:52-3#

25

I: Geht es da auch um den strukturierten Alltag? Dass es eine Alltagsstruktur gibt? Oder allgemein, dass sie was zu tun haben muss? #00:13:59-2#

30

B4: Die Alltagsstruktur. Also bei Julia sehe ich das so, täglich grüßt das Murmeltier. Es muss im Prinzip, muss sie jeden Morgen aufstehen können, zur Schule mit dem Bus. Es ist schon Unruhe, weil nicht alle Schüler in der Klasse da sind, weil jetzt, heute war der erste Ferientag. Das war für sie ganz doof, weil es waren nur drei Schüler da statt acht und das findet sie dann immer ganz doof, weil sie das dann nicht umsetzen kann. „Warum muss ich denn in die Schule? Warum dürfen die zuhause bleiben?“ und Julia ist dann halt wirklich-. Sie kann sich dann halt nicht so intensiv beschäftigen wie andere. Sie bleibt nicht bis morgens um 11 Uhr im Bett liegen, sondern sie steht trotzdem jeden Morgen um halb 6 auf und der Tag ist da, „Ich bin da“. #00:14:37-1#

35

40

I: Was wären oder wo wünschen Sie sich Unterstützung im Alltag, das heißt was wären Hilfen für Sie im Alltag, die diesen Umgang mit der Pubertät erleichtern würden? #00:14:46-5#

45

B4: Die Hilfen hol ich mir dadurch, dass ich Leonie bei mir angestellt habe und sie dann teilweise nachmittags sie dann für Stunden holt und mit ihr so halt dieses Shoppen geht. Shoppen geht, ins Kino geht oder mal nur eine Pizza essen fährt oder mal mit ihr im Schwimmbad irgendwo. Was sie eigentlich sonst mit Freundinnen macht, macht sie dann mit Leonie und das ist für mich dann schon meine Entlastung pur.

50

Und darum das ist auch mein Goldstück, sage ich immer. #00:15:11-0#

I: Und sonst weitere Hilfen? #00:15:13-8#

5 **B4:** Finanzielle Hilfen natürlich. Das zahle ich selber. Ich zahle Leonie selber, ich zahle die Stunden selber, ich zahle natürlich das, was die unternehmen zahlt jede normale Mutter sonst auch selber, aber halt dadurch, dass die immer zu zweit sind mindestens, muss ich ja auch beide bezahlen. Sie hat zwar einen Behindertenausweis, aber teilweise ist ja nicht überall, mit einem Behindertenausweis kommst du ja nicht umsonst rein. Teilweise kriegst du es vielleicht reduziert oder ermäßigt, aber du kommst ja auch nicht immer überall umsonst rein. Das muss ich dann ja auch zahlen. Wenn sie jetzt mit ihren Freundinnen weggehen würde, würde ich nur Julia zahlen und die Freundin zahlt sich selber und so habe ich immer das doppelte Packet zu zahlen und noch die Betreuungsleistungen. Die Stunden, die sie da ist. #00:15:56-3#

15

I: Das ist natürlich schon enorm viel. #00:15:57-6#

20 **B4:** Das ist eine finanzielle Sache, definitiv. Es ist ein Kampf so als Pflegeeltern das irgendwo durch zu kriegen. Jetzt, dadurch, dass ich jetzt-. Unsere Vormünderin hat gewechselt und die arbeitet mit mir jetzt das persönliche Budget aus. Da schauen wir mal. Aber die letzten zwei Jahre habe ich diese Sachen einfach selbst bezahlt, weil es immer hieß für Julia gibt es nicht das persönliche Budget, sie ist noch nicht alt genug bzw. sie lief da noch unter Jugendhilfeeinrichtungen und jetzt laufen die dadurch, dass sie eine Behinderung hat über das Sozialamt. Dann heißt es wieder da kann ich wieder andere Gelder schöpfen. Das weiß ich noch nicht. So weit sind wir noch nicht. Auf alle Fälle ist das halt das Problem, dass es das Finanzielle immer ist, weil wir haben das Doppelte an Bezahlung. Das ist einfach so. #00:16:44-1#

25

I: Jetzt so zum Abschluss gibt es noch irgendetwas Besonderes jetzt so, was sie im Verhalten während der Pubertät bemerkt haben, wozu ich jetzt keine Frage gestellt habe, aber was Sie noch als wichtig sehen, was sich verändert hat? #00:16:54-6#

30

35 **B4:** (5) Das ist jetzt ein gute Frage. Ich weiß nicht, ich sehe das ein bisschen es ist Normalität, dass sie in die Pubertät kommt. Ich weiß nicht, was noch alles raus kommt. Es ist, dass sie mit mir streitet, dass sie mit mir rumstänkert, das ist normales Verhalten. Das ist wie eine ganz normale Entwicklung, dass sie nicht alles mit mir teilen möchte und dass sie auch gerne mal für sich sein möchte, aber es nicht funktioniert so wie es soll. Weiß ich nicht, schaue ich mal. Wie gesagt wir sind noch ein bisschen langsamer mit 14, das wir erst jetzt gerade anfangen alles zu erforschen an ihrem Körper. #00:17:37-5#

40

I: Okay. Gut, haben Sie sonst noch irgendwelche Fragen oder Anregungen von Ihrer Seite aus? #00:17:42-0#

45 **B4:** Nein. Ich fand das sehr interessant und ich finde das toll, dass sich da jemand wieder hinter setzt, um mehr zu erfahren. #00:17:50-8#

I: Ich bin immer dankbar, wenn ich diese Interviews führen kann. Vielen Dank. #00:17:52-5#

50

Interview (5)	
Datum der Aufnahme	18.03.16
Ort der Aufnahme	Zuhause bei der Befragten
Dauer der Aufnahme	15:58 Min.
Befragte Person	Frau W. (B5)
Interviewer/in	Theresa Driller
Datum der Transkription	22.03.2016
Transkribent/in	Theresa Driller
Besonderheiten	Die persönliche Vorstellung sowie die Fragen zur Klärung der Rahmenbedingungen wurden vorab per Mail geklärt und wurden daher nicht mehr mit transkribiert. Das Leitfadenterview A wurde angewandt.
Information zur befragten Person	Frau W. ist achtfache Mutter und Pflege-mutter. Neben vier leiblichen Kindern hat sie vier Adoptiv- und Pflegekinder mit einer Diagnose aus dem Bereich FASD. Sie berichtet über ihre Erfahrungen mit zwei ihrer von FAS betroffenen Pfl-egetöchtern. Paula ist heute 22 Jahre alt und Mila ist 23 Jahre alt. Beide Töchter erhielten die Diagnose FAS-Vollbild im März 1995 und waren somit zwei der wenigen Kinder, die zu diesem Zeitpunkt schon diagnostiziert wurden. Bei Mila wurde zudem eine geistige Behinderung festgestellt.

I: Erst mal ein paar allgemeine Fragen zur Pubertät. Wann hat die Phase der Pubertät ungefähr angefangen und wie hat die sich bemerkbar gemacht? #00:00:09-8#

B5: Bei beiden ungefähr mit elf und die Ältere von den beiden war unheimlich stielig, wenn Ihnen der Begriff was sagt? So immer auf Konterkurs, immer so ein bisschen immer alles gleich persönlich nehmen. Und die Jüngere zog sich immer mehr zurück. Die machte, wollte so ihr eigenes Ding machen. #00:00:35-9#

5

I: Was hat sich so grundlegend im Verhalten der Kinder verändert? #00:00:42-8#

B5: Also bei der Großen eben vermehrt Aggressionen. Sie hatte vorher schon Aggressionen, aber die waren extremer und bei der Kleineren war es, sie kippte so schnell im Verhalten von gerade noch fröhlich und auf einmal weinte sie dann, so dass wir also schon überlegt hatten, ob eventuell jetzt Depressionen dazu kamen. #00:01:08-3#

10

I: Ich habe das jetzt so ein bisschen in verschiedene Themenblöcke gegliedert. Zuerst würde es jetzt gehen um die Veränderung des Körpers während der Pubertät. Klar, man bekommt weibliche Rundungen, der Busen formt sich, man bekommt seine Tage. Wie haben die beiden auf die geschlechtlichen Veränderungen oder die Veränderungen in ihrem Körper reagiert? Konnten sie da Gefühle äußern? #00:01:27-9#

15

B5: Wenig eigentlich. Unsere Große lief immer gerne nackelig durch die Gegend und je weiter die Pubertät schritt, umso extremer war es. Sie zeigte sich gerne gerade dann wenn hier auch die Freunde meiner Jungen hier waren und da mussten wir also dann auch erzieherisch eingreifen, dass das nicht so gut ist. Bei uns gab es dann immer „Wer sich auszieht ist müde und geht ins Bett“ und das war dann egal ob das morgens um 11 oder so war. Sie ist auch einfach da, von der geistigen Intelligenz her ist sie da überhaupt nicht flexibel, sondern das muss bei ihr immer dann direkt und unmittelbar sanktioniert werden, Fehlverhalten. #00:02:11-4#

20

25

I: Und bei der Jüngeren? Wie hat die darauf reagiert? #00:02:13-6#

30

B5: Also so eigentlich so ganz gefasst. Sie war so ein bisschen so hinter ihren Altersgenossen hinterher, weil sie sehr dünn war immer und hatte das dann schon so mitgekriegt, dass das bei ihren Freundinnen kam. Wir haben das aber auch hier besprochen. Was also so überhaupt nicht gut funktionierte bei beiden war also diese Monatshygiene. #00:02:35-4#

35

I: Genau, das wäre die nächste Frage. Es ist ja eine riesengroße Herausforderung allgemein schon an die Hygiene und dann kommt nochmal so ein Faktor dazu, der zusätzlich nur einmal im Monat vorkommt und nicht tagtäglich. Wie haben die beiden darauf reagiert? #00:02:49-7#

40

B5: Also wir sind mit Binden angefangen und es war-. Binden wurden vergessen. Bei der Großen gab es dann die Bindel, Windel mit Binde kombiniert. Diese benutzten Binden waren überall. In der Wäsche, sie klebten an der Heizung im Badezimmer, sie langten vor der Mülltonne. Mein Mann ist mal barfüßig da drauf getrampelt und war ganz entsetzt. Also das war grottig und wir sind echt froh, dass es die Drei-Monats-Spritze gibt und somit diese ganze Sache mit der Monatshygiene aus und vorbei ist. #00:03:30-6#

45

I: Und da hat sich auch keine Veränderung gezeigt? Vom ersten Mal wo die das hat-

50

ten und zu den Malen danach? #00:03:35-9#

5 **B5:** Nein, das war immer eine riesen Sauerei und es war für uns andere hier in diesem Haus. Wir wohnten hier mit drei Jungen und zwei weiteren Mädchen, war das absolut ekelig. Also unser jüngster Sohn, der kriegte Kotzkrämpfe, wenn er wusste, dass die beiden die Regel hatten. Dann musste ich immer vorher das Badezimmer betreten, ob das auch alles in Ordnung ist. #00:04:01-3#

10 **I:** Und hat das bei denen gleichzeitig angefangen ungefähr? #00:04:04-2#

B5: Nein unsere eine, die Kleinere, also die Ältere ist die Kleinere, die war etwas frühzeitiger. Sie war zehneinhalb und die andere war elfeinhalb. #00:04:16-6#

15 **I:** Also auch recht früh angefangen, dass sie ihre Tage [B6: Ja.] bekommen haben? (..) Dann verändert sich ganz klar auch das Beziehungsverhältnis. Eltern-Kinder sowieso schon problematisches Thema in der Pubertät. Wie hat sich da das Verhältnis zwischen Ihnen und ihren Töchtern geändert? #00:04:30-3#

20 **B5:** Also die waren immer noch sehr kindlich in der Pubertät. Also es war immer noch so ein Mutter-Kind-Verhältnis. Bei meinen leiblichen Töchtern wurde es mit zunehmendem Alter, wurde es mehr so ein Verhältnis auf Augenhöhe oder auch Mutter-Kind wohl noch, aber man konnte mit ihnen mehr diskutieren. Hier ist es immer noch so rigide gewesen. Mutter-Kind und nicht auf Augenhöhe, sondern wirklich Etagen tiefer, weil die geistige Reife entspricht bei beiden Damen nicht dem Lebensalter. #00:05:09-1#

I: Und in der Phase werden auch Peer-Groups und Gleichaltrige immer wichtiger. Wie sah das bei den beiden aus? #00:05:17-7#

30 **B5:** Die Mila hat kaum Außenkontakte gehabt jenseits der Schule. Sie war 20 Kilometer von hier entfernt, ungefähr da wo Sie jetzt waren, ist sie zur Schule gegangen. Da waren sie gut angekommen, aber hier hatte sie überhaupt gar keine Freunde und Paula hat immer Freunde, die ihr eigentlich nicht gut tun. Sie lässt sich ganz häufig benutzen von ihren Freunden. #00:05:45-1#

35 **I:** Und sind die gleichaltrig oder eher älter oder eher jünger? #00:05:46-3#

B5: Eher jünger gewesen. Auch heute noch sind Paulas Freunde jünger bzw. eine hat sie, die ist etwas älter, aber die lenkt sie auch. Das ist ihr Chef. #00:05:58-6#

40 **I:** Zeigen sich irgendwelche Besonderheiten im Verhalten gegenüber den Gleichaltrigen? Oder den Freunden? #00:06:04-7#

45 **B5:** Man merkt, dass da eine Schere aufgegangen ist. Das sie einfach vom Alter her und vom Intellekt her gar nicht mit ihrer Altersklasse mithalten kann, auch in Gesprächen nicht. Wir merken es auch hier wenn wir in der Familie Gespräche führen, dass sie also nicht verstehen worum es geht ganz häufig. Und gerade dann, wir sind hier so eine Familie, wir haben manchmal so ein bisschen Lästermundwerk und Ironie dabei, das verstehen die überhaupt nicht. Sie lachen zwar, aber ich glaube das ist mehr so Tonfall abhängig, wie gerade dann die Unterhaltung läuft. #00:06:43-0#

50

I: Das heißt das ist auch so das Problem mit den Freunden dann? Dass sie da [B6: Vieles gar nicht versteht.] nicht mithalten können? #00:06:49-1#

5 **B5:** Paula hat einen Freund, der sagt ihr ganz klar wo es lang geht. Der sitzt zurzeit ein und der zieht von dort aus die Fäden, wie sie sich hier zu verhalten hat. #00:07:02-4#

10 I: Okay. Dann ganz großes Thema in der Pubertätsphase, Selbstständigkeit. Die Kinder streben nach Selbstständigkeit. In wie weit halten sie es für möglich, dass ihre Kinder da mal ein eigenständiges Leben führen können bzw. was wären die Einschränkungen, die-? #00:07:17-7#

15 **B5:** Also Mila wird nie ein eigenständiges Leben führen können, weil sie überhaupt für sich selber nicht sorgen kann. Sie braucht in allen Bereichen des Alltags Anleitung und Hilfe und Unterstützung. Es kann sein, dass es heute klappt, aber morgen eben halt nicht mehr. Sie kann nicht mit Geld umgehen. Also das sehe ich nicht so. Und Paula traue ich eine eingeschränkte Selbstständigkeit zu. Ich denke, dass sie irgendwo immer jemanden haben wird, der sie bevormundet und ihr sagt wo der Weg
20 lang geht. Dann wird es klappen, aber so alleine. Sie sieht nicht, wenn man aufräumen muss. Sie sieht auch nicht, wann sie Hunger hat. Sie sieht auch nicht, dass man das Geschirr wegräumt. Also da braucht sie schon jemanden, der sie so ein bisschen anleitet dabei. #00:08:04-3#

25 I: Also das wären so Einschränkungen im Alltag, die sich einfach daraus ergeben? [B6: Ja.] Wo sie mehr Unterstützung bräuchte? Haben sie denn das Gefühl, dass mit zunehmendem Alter mehr Kontrolle und Unterstützung notwendig wird oder das es einfacher wird? #00:08:16-7#

30 **B5:** Also bei der einen mit zunehmendem Alter vermehrt, weil sie versucht einen immer so ein bisschen zu hintergehen und dann kommt der Schlag so ganz groß. Und bei der anderen denke ich also im Moment wir probieren es mal mit eigenen Entscheidungen und sie muss dann auch mal vielleicht mal vor die Wand laufen und mal gucken wie es dann weitergeht. #00:08:42-1#

35 I: In wie weit ist das für sie eine Belastung da immer Kontrolle und Hilfe auszuüben? #00:08:44-7#

40 **B5:** Bedingt dadurch, dass die Große nicht mehr hier lebt ist es für mich nur noch so von außen her mal belastend, wenn sie gerade wieder eine ganz schwierige Phase hat. Und bei der Kleinen ist es natürlich extrem blöd, weil man es aushalten muss. Man sieht zu wie dieses Kind im Prinzip den sozialen Bach herunter schwimmt. Dass sie wieder-. Im Prinzip geht sie zur Schicht wieder zurück, wo sie herkommt. Und das ist für mich als Mutter ist das ganz schwer auszuhalten. Ich habe mir-. Man hatte
45 irgendwo mal Illusionen, Hoffnungen gehabt, wie sich so das Leben entwickeln könnte. Und wenn man dann feststellt, dass die Ausbildung immer wieder verringert werden muss, weil sie die Ausbildungsinhalte nicht versteht. Aber auch so im Alltag, das man merkt, dass da keine Vorentwicklung war oder keine Weiterentwicklung mehr stattfindet, sondern auch in vielen Bereichen eine Rückentwicklung. Das ist
50 schon sehr belastend. #00:09:44-0#

I: (...) Dann noch ein weiterer Baustein ist das sexuelle Verhalten bzw. die Sexualität bildet sich heraus. Haben ihre Kinder da schon mal sexuelle Erfahrungen gehabt, sexuelle Kontakte? #00:09:56-8#

5

B5: Aber selbstverständlich, so laut, dass es durch das ganze Haus geschallt ist. (...) Sie brauchen das glaube ich auch. Die Große ist extrem entspannter, wenn sie ihrem Freund oder mit ihrem Partner sexuelle Kontakte gehabt hat. Und die Kleine braucht es auch. Also das ist so, irgendwo habe ich so das Gefühl, dass dieser sexuelle Reiz beim Geschlechtsverkehr, dass der dient sich selber besser zu spüren, weil (...) die Post geht ab. #00:10:35-7#

10

I: Wird denn offen über das Thema gesprochen? Kommen Ihre Kinder auf Sie zu und sprechen mit Ihnen darüber? #00:10:39-9#

15

B5: Ja, die Große ja, die ist dann „Wie ist das? Was passiert beim Orgasmus? Muss man den immer haben? Ich bin so trocken, was kann ich tun damit es besser flutscht?“. Das sind dann so Themen, die dann beim Abendbrot erörtert werden, wo man gedacht hat, das wollte ich eigentlich gar nicht wissen. Und bei der Kleinen, die wird es mit ihren Freunden besprechen. #00:11:04-5#

20

I: Also sie kommt nicht auf Sie zu? [B6: Nein.] Gab es schon mal oder haben die Betroffenen irgendwie mal über unangemessenes Sexualverhalten berichtet oder Sexualverhalten, was auf einen Missbrauch hindeuten lässt? #00:11:15-8#

25

B5: Ja, die Große auf Analverkehr auf der Schulhofstoilette. Nicht nur einmal, sondern mehrmals. #00:11:23-3#

I: Was sie nicht wollte, wo sie zu gezwungen wurde oder? #00:11:25-3#

30

B5: Das ist, ließ sich nicht mehr nachvollziehen, ob sie sich dazu bereit erklärt hat oder ob sie dazu gezwungen worden ist. #00:11:35-3#

I: Und wie hat sie da gefühlsmäßig drauf reagiert? Ist sie sofort auf sie zugekommen und hat darüber gesprochen? #00:11:39-4#

35

B5: Sie hat darüber gesprochen. Sie hat es gleich erzählt, dass es nicht so toll gewesen wäre und dass es ganz schön weh getan hätte. #00:11:47-3#

I: Hat das für den weiteren sexuellen Kontakte irgendwelche Auswirkungen gehabt auf sie? #00:11:52-3#

40

B5: Nein, das hat sie so irgendwo verdrängt wieder. Sie ist also auch mit ihrem jetzigen Freund. (...) Das ist nicht so das Ding, dass sie da irgendwo Rücksicht drauf nimmt. Das gehört dazu und das muss dann so sein. #00:12:10-5#

45

I: War das denn mit ihrem Partner oder mit irgendjemandem? #00:12:14-9#

B5: Mit einem Schulkameraden war der Missbrauch. Mit mehreren Schulkameraden, die sie missbr-. Sie hat sich missbrauchen lassen, weil sie eben halt Freund sein woll-

50

te. #00:12:24-8#

5 **I:** Also kam es auch mehrfach dazu? [B6: Ja.] Okay, jetzt so konkret zu Ihnen als Pflegemutter? Was stellte für Sie die größten Belastungen im Umgang mit ihren pubertierenden Töchtern da? #00:12:39-1#

10 **B5:** Oh, diese Diskrepanz zwischen Reife, körperlicher Reife und geistiger Reife, weil es einfach, vieles was man denen erklärt hat ist überhaupt nicht angekommen, registriert worden. Oder das, was wir als ekelig empfanden haben fanden sie völlig normal. #00:12:59-9#

I: Das waren so die größten Belastungen? [B6: Ja.] Und wo hätten Sie sich da Unterstützung und Hilfe im Alltag gewünscht? #00:13:07-9#

15 **B5:** Oh, ich hätte mir irgendwas gewünscht, womit man den Mädchen es besser erklären kann, dass ihr Körper ihnen gehört und wie man das auch handhabt mir der Monatshygiene. Wir haben uns, wir hatten dieses Buch vom Bundesgesundheitsministerium, mein Körper gehört mir und Sex gehört dazu, aber da ging es viel um Missbrauch, aber nicht darum, wie (..) normales sexuelles Verhalten abläuft. Sondern
20 eben halt, dass man sich nicht vom Betreuer antatschen lässt und ähnliches. Also da so irgendetwas, was so normal ist in Anführungsstrichen „Was ist normales sexuelles Verhalten?“ aufzeigt. #00:13:54-6#

25 **I:** Das es da wie so ein Handbuch für geben könnte? [B6: Genau.] Gut, gibt es sonst noch irgendwas Besonderes aus der Phase der Pubertät wozu ich jetzt keine konkrete Frage gestellt habe, was sie aber als wichtig sehen, dass man das bei den FASD-Betroffenen nochmal mit einbezieht? #00:14:11-5#

30 **B5:** Das man einfach immer daran denkt, dass zwischen der körperlichen Reife und der geistigen Reife Jahre liegen können, manchmal auch Jahrzehnte. Das man da immer gucken muss, wie alt ist das Kind im Moment. #00:14:25-3#

I: Im Kopf [B6: Genau.] und vom Körper her? Haben ihre Kinder eine geistige Behinderung auch? #00:14:32-8#

35 **B5:** Mila ja, Paula nein. Paula hat einen IQ von etwa 90 und Mila liegt im 60er Bereich. #00:14:42-9#

40 **I:** Und würden sie sagen, dass es da starke Unterschiede gibt? #00:14:46-7#

B5: Ja. [I: Oder ob man auch Parallelen ziehen kann?] Also so bei dieser sexuellen Geschichte mit dem, das man das ganz intensiv auslebt und auch ohne Rücksicht auf Verluste, das haben beide. Also beide mussten lernen, dass wenn man onaniert, dass man die Tür zu macht und das man auch nicht onaniert unbedingt in der Küche und
45 auch nicht wenn Gäste da sind. Das sind so diese Parallelen. Das man also, das wir das auch mit Regeln belegt haben. Also sexuelles Verhalten im eigenen Zimmer, hinter geschlossenen Türen. #00:15:26-7#

50 **I:** Und wo würden sie Unterschiede sehen, wo die beiden auseinandergehen? #00:15:30-4#

B5: Dass das bei Paula viel schneller angekommen ist, wie man es so handhaben muss. Hingegen bei Mila man es auch da immer wieder in die Wiederholung gehen musste „Geh bitte raus. Geh in dein Zimmer, wenn du das jetzt machen möchtest.“.
5 #00:15:46-2#

I: Gut, gibt es von Ihrer Seite aus sonst noch Fragen, Anregungen, irgendwas?
#00:15:53-5#

10 **B5:** Nein, im Moment nicht. #00:15:55-1#

I: Gut, dann sind wir auch schon durch. Vielen Dank. #00:15:57-3#

B5: Achso, ja dann sind wir flott. #00:15:58-3#
15

Interview (6)	
Datum der Aufnahme	14.03.16
Ort der Aufnahme	Zuhause bei der Befragten
Dauer der Aufnahme	15:58 Min.
Befragte Person	Tanja (B6)
Interviewer/in	Theresa Driller
Datum der Transkription	17.03.2016
Transkribient/in	Theresa Driller
Besonderheiten	Die persönliche Vorstellung sowie die Fragen zur Klärung der Rahmenbedingungen wurden vorab telefonisch geklärt und wurden daher nicht mehr mit transkribiert. Das Leitfadenterview B wurde angewandt.
Information zur befragten Person	Tanja ist 20 Jahre alt und lebt seit 13 Jahren in einer Jugendwohngruppe. Bei ihr besteht die Diagnose des Vollbilds FAS. Sie wird über ihre Erfahrungen, die sie in der Phase der Pubertät gemacht hat bzw. macht, berichten.

I: Okay, gut. Dann haben wir die Rahmenbedingungen ja schon geklärt. Dann würde ich dich einmal fragen, wie alt bist du? #00:00:08-3#

5

B6: Ich bin 20 Jahre. #00:00:10-5#

I: 20, okay. Und bei dir gibt es auch einen richtig Diagnose aus dem Bereich FASD? #00:00:15-1#

10

B6: (..) Ja. #00:00:22-1#

I: Was ist da deine Diagnose? #00:00:22-6#

15

B6: Das ist FAS [I: FAS das Vollbild?], Fetales Alkoholsyndrom. #00:00:29-2#

I: Okay, super, danke schön. Jetzt erst mal ein paar allgemeine Fragen so zur Puber-

tät. Dein Körper hat sich ja verändert so in der Phase. Wann hast du ungefähr festgestellt, so dass sich was mit deinem Körper verändert? Und welche Veränderungen hast du da bemerkt? #00:00:46-1#

5 **B6:** (...) Zum Beispiel, also das fing damit an, mit 12 Jahren ungefähr. Das war erst so diese Alltagsdinge. Man hat sich mehr (..) für Jungs und so interessiert und man hat mehr-. Und ich hab da mehr so auf mein Aussehen geachtet, das war für mich vorher total unwichtig. Ich habe mir-. Also das habe ich auch an-. Ja ich hab halt, zum Beispiel hab ich ja das Fraunteile bekommen, Brüste und ja. #00:01:20-2#

10

I: Und wahrscheinlich auch deine Tage oder? [B6: Genau] Und was waren das so für Gefühle, die du da erlebt hast? Kannst du das irgendwie widerspiegeln? #00:01:26-8#

15 **B6:** Durch dieses FAS war das für mich ganz schlimm, weil es war, wie kann man das nennen, ein Fremdeil an meinem Körper, das passte so gar nicht. (...) Dann hat man natürlich schnellstmöglich versucht das wegzukriegen, aber Regel ist Regel, die kommt halt wann sie will. Aber es ging irgendwann so nach ein/zwei Jahren, da habe ich mich an diese Veränderungen gewöhnt, auch an diese Frauenveränderungen.
20 #00:01:58-1#

I: Mit wem hast du da darüber gesprochen, als du gemerkt hast, irgendwas verändert sich da bei dir? #00:02:01-9#

25 **B6:** Mit meiner Betreuerin. #00:02:04-4#

I: Du bist wie lange jetzt schon in der Wohngruppe hier? #00:02:07-3#

30 **B6:** Also grundsätzlich im J.-Werk bin ich jetzt 13 Jahre. #00:02:13-2#

I: Okay. Und schon immer auch hier bei deinen Bezugspersonen, die du hier hattest? Wer sind da so deine Bezugspersonen? [B6: Rufus und Sandra.] Und wie ist das Verhältnis zu denen? #00:02:25-9#

35 **B6:** Also, das ist wie Familie eigentlich, so ist das Verhältnis. #00:02:31-3#

I: Okay und du hast dann halt mit-. Mit wem hast du darüber gesprochen? Mit Rufus? #00:02:40-0#

40 **B6:** Mit meiner Betreuerin. Mit Sandra. #00:02:41-1#

I: Also schon mit einer weiblichen Person. [B6: Ja.] Und wie war das so? Wie hast du das erlebt? Kam die dir entgegen? Also hat das gut funktioniert mit ihr darüber zu sprechen? #00:02:48-4#

45

B6: Naja, also das fing damit an, das die gemerkt haben, dass ich es habe. Ich habe, ich kam nicht-. Ich kam nicht erst an, sondern (..) die haben es halt festgestellt, dass ich meine Regel habe. Ich wusste halt nicht, was das ist. Und deswegen-. (...) #00:03:07-8#

50

I: Und die haben dir das dann erklärt? Beziehungsweise wie haben die dir das erklärt, was da jetzt gerade mit dir passiert? #00:03:12-8#

5 **B6:** Naja die haben dann so gesagt „Das ist deine Blutung, das ist eine Regel, die taucht so jeden Monat auf.“. Ja und dann habe ich gedacht „Oh, O.K.“. Das war natürlich erst mal eine Erleichterung zu wissen, dass das nicht schlimm ist, aber (..) war erst mal ungewohnt. #00:03:29-7#

10 I: Und wie war das so im Vergleich? So das erste Mal, wo du das hattest und die Male danach? Wurde das leichter für dich damit umzugehen oder hast du dich jedes Mal auf ein Neues gefragt, was mit dir passiert ist? #00:03:40-8#

15 **B6:** (..) Das Problem bei mir war halt, dass ich das so schlimm hatte, dass ich manchmal fast umgekippt bin und deswegen war das halt immer schwierig. Also ich bin morgens aufgewacht und meine Hose war voll und dann halt -. Aber um das so zu beschreiben: Ja, es war nach so vier bis fünf Malen war es deutlich besser als beim ersten Mal. #00:04:02-3#

20 I: Und was passiert in dieser Zeit mit dir? Also was hast du das so für ein Gefühl? Hast du Bauchschmerzen oder sonst irgendwelche Schmerzen? Kannst du das so beschreiben irgendwie, was da mit deinem Körper passiert und was dein Körper da in dieser Zeit fühlt, in der du deine Tage hast? #00:04:17-0#

25 **B6:** Naja das fühlte sich manchmal an-. Man sagt ja manchmal wenn man einen Pups quer sitzen hat, dann pickst das ja so im Bauch und so hat sich das eigentlich angefühlt. Manchmal dann so plötzlich, aber das ging dann auch so schnell weg wie es gekommen ist eigentlich. #00:04:30-5#

30 I: Gut. Dann so in der normalen Pubertätsphase - ich sag mal so - dann werden die Eltern ja auch ein bisschen anstrengender. Und du sagtest ja eben, das ist hier im Prinzip so wie ein Familienverhältnis, also würde ich das jetzt mal damit vergleichen [B6: Ja.]. In wie weit hat sich so das Verhältnis zu deinen Bezugspersonen hier verändert in der Phase der Pubertät? Wurde das schwieriger, gab es mehr Konflikte? #00:04:54-0#

35 **B6:** Es gab zwar mehr Konflikte, weil ich natürlich mehr verstanden habe von meiner Welt und auch einfach älter wurde. Das ist ja normal. Dann wird man auch sachlicher. Aber es hat auch das Verhältnis viel mehr verbessert, weil dadurch, dass ich geredet habe und endlich diskutiert habe und Dinge verstanden habe, (..) hat es die Pubertät eigentlich einfacher gemacht. Und ja das wurde halt besser dadurch, weil ich die endlich verstanden habe, die Betreuer. #00:05:22-9#

45 I: Und das Vertrauensverhältnis war auch die ganze Zeit gegeben, dass du wusstest du kannst immer mit irgendwelchen Problemen zu denen kommen? #00:05:28-8#

B6: Ja, das wusste ich zwar, das habe ich nicht immer direkt gemacht, aber ich habe es irgendwann getan. #00:05:34-7#

50 I: Und das hilft dir auch? #00:05:36-7#

B6: Ja, also das ist echt -. (...) #00:05:35-7#

5 **I:** Wie ist das so - ich sag mal in der Pubertät will man ja auch gerne viel mit Gleichaltrigen machen und der Freundeskreis bedeutet einem viel mehr als vielleicht vorher in den Phase. Wie ist das bei dir? Hast du viele gleichaltrige Freunde oder -? #00:05:53-5#

10 **B6:** Bei mir ist das meistens so, ich habe meistens diejenigen genommen, die so eher fünf Jahre älter waren als ich. Also so etwas, Leute, die reifer waren, weil ich halt durch mein FAS sehr eingeschränkt war und dann mir meistens die Nähe von Leuten gesucht habe, die schon ein bisschen mehr Erfahrungen hatten und die mir ein bisschen was zeigen konnten. Einmal waren da nicht ganz Gute bei, sagen ja viele Eltern. #00:06:24-5#

15 **I:** Und hast du das denn auch so wahrgenommen- oder kam das erst in den Gesprächen mit deinen Bezugspersonen? #00:06:30-1#

20 **B6:** Ich wusste das auch schon vorher, aber ich wollte es halt nicht wahr haben, weil ich meiner festen Überzeugung war, dass das richtig ist. Aber ich glaube das ist meistens so bei Jugendlichen, dass die das so sehen. [B6: Das stimmt.] Die wollen meistens nicht die Meinung teilen. #00:06:45-1#

25 **I:** Genau, das stimmt. Und so mit Gleichaltrigen, gibt es da irgendwelche Probleme? Also was sind so die Probleme, weshalb du sagst du machst mehr was mit Älteren? #00:06:52-7#

30 **B6:** Also jetzt ist es nicht mehr so das Problem, aber früher war das halt das Problem, dass ich mich dann so runtergezogen gefühlt habe, weil ich halt schwächer war. Das war einfach bei mir so und es ist auch so, dass ich durch dieses FAS viele Jahre eingeschränkt war und viele Jahre unten auf der Rangliste stand, was das angeht und deswegen habe ich halt versucht die Gleichaltrigen eher hinten zu lassen. Aber jetzt, nachdem ich das weiß und jetzt bin ich wie Normale halt. Aber das Problem war halt, die waren so fit und (..) die hatten so viel auf dem Kasten was die Pubertät halt anging. Die waren schon (.), ich sag mal geschminkt, die waren hübsch, die hatten die neuste Mode an, die waren was, wie sagen wir mal, die Jugendsprache anging schon recht weit fortgeschritten und das wollte ich halt auch immer alles. Im Mittelpunkt halt da drin stehen, aber das ging halt nie. #00:07:51-7#

40 **I:** Weil die das nicht zugelassen haben? #00:07:55-0#

45 **B6:** Nicht nur das, sondern weil die Betreuer, das war halt auch richtig so, aber die haben mich davor behütet halt genau in diese Etappe reinzugehen. Diese Pubertät (..) mit Schminke und allem vollzupacken. War in diesen zwei/drei Jahren doof, aber jetzt finde ich, war es eigentlich richtig. #00:08:16-0#

50 **I:** Also kannst du so im Nachhinein sagen, das haben die schon richtig gemacht? [B6: Ja.] In der Phase der Pubertät will man natürlich auch Selbstständig werden oder? Wie gelingt dir das? Also wie stellst du dir zum Beispiel deine Zukunft vor? Meinst du, du kannst irgendwann mal ganz eigenständig eine Wohnung führen? #00:08:36-9#

5 **B6:** Also nachdem ich diese Fortschritte gemacht habe in dreieinhalb Jahren, sage ich nie wieder nie. Also es ist wohl so, dass ich weiß, dass ich das nicht wie andere Menschen in zwei/drei Jahren schaffe. Abi mit eigene Wohnung und dann jede Woche mich mit Freunden treffen und feiern. Ich brauche meinen strukturierten Tag und ich brauche auch viel Zeit, um Dinge zu machen, aber ich glaube wenn man mir die Zeit gibt, dann schaffe ich das auch. Und klar, erst spät, vielleicht auch erst mit 30 Jahren, aber ich könnte es schaffen. #00:09:08-2#

10 **I:** Ja, da wünsche ich dir auf jeden Fall viel Erfolg für. Was sind denn Dinge so im Alltag, die du dafür noch benötigst? Also die du noch nicht weißt? Und was sind zum Beispiel Dinge, die du schon gut kannst und was kannst du eher weniger gut? So Alltagsprobleme, die dann- wenn du eine eigene Wohnung führen müsstest, dann halt auftreten würden? Wie Einkaufen gehen, Essen kochen, Putzen? #00:09:32-4#

15 **B6:** Ja, das alles kann ich. Ich kann einkaufen. Ich kann kochen. Ich kann Zimmer putzen. Ich kann mich auch an die Tagesstruktur halten. Mein Problem ist halt nur, dass ich das nicht von jetzt auf gleich kann. Also wenn ich jetzt weiß, ich möchte in zwei/drei Jahren eine Wohnung, dann müsste ich das auch schon zwei Jahre vorher
20 üben. Also es geht nicht um das Kochen und so, sondern es geht darum einzuplanen, wann muss ich das machen, was- also die Menge. Zum Beispiel „Wie lange brauche ich für das und das? Wie viel brauche ich für da Wochenende zum essen? Oder was für Papierkram muss ich alles machen, wenn ich eine eigene Wohnung habe?“. Da gibt es ja Versicherungen und alles, das weiß ich ja alles gar nicht. Also so die All-
25 tagsdinge, die kriege ich alle gut hin. #00:10:14-9#

I: Eher so, dass das längerfristige Planen? #00:10:19-2#

30 **B6:** Genau, da müsste man vorplanen. Beides ist halt schwierig immer. #00:10:22-2#

I: Und das lernst du hier auch schon? Also kriegst du das hier auch beigebracht? #00:10:30-1#

35 **B6:** Ja ich komme bald in so ein Trainingsapartment. Das ist da hinten für FASD-Kinder, halt auch für normale Kinder, aber da wird halt, trainiere ich das dann nochmal zwei Jahre. Das ich da nochmal übe, was da alles wichtig ist. Joa, aber ich kriege das schon recht gut hin. #00:10:46-0#

40 **I:** Sehr gut. Gut. Dann würde ich jetzt das Thema, nochmal dein sexuelles Verhalten ansprechen, wenn das in Ordnung ist. Und zwar hattest du schon mal irgendwelche sexuellen Kontakte. Heißt Sex mit gleichgeschlechtlichen oder halt auch andersgeschlechtlichen? #00:11:01-4#

45 **B6:** Ja, also mit Männern. Schon öfters, oft. #00:11:04-0#

I: Und mit wem hast du so darüber gesprochen? #00:11:09-0#

50 **B6:** (...) Das zum Beispiel, das war sehr komisch. Ich war sofort so offen und habe sofort meinen Betreuern Bescheid gesagt, dass ich das gerne machen möchte. Genau, also ich habe es nicht direkt gemacht, sondern ich habe das direkt angesprochen.

#00:11:26-2#

I: Und mit denen durchgesprochen, was du da genau machen möchtest? #00:11:31-8#

5

B6: Naja, also ich habe denen erzählt, dass ich es machen möchte und dass die das dann Bescheid wissen und die haben mir dann natürlich die üblichen Dinge gegeben, die man dafür braucht, Kondome und so. Also halt einfach die Sicherheit (.) und die haben mich halt auch aufgeklärt, was alles passieren kann und auch Krankheiten und Bla Bla Bla, also das Wichtigste. Aber dann joa-. #00:11:51-8#

10

I: Und wie war das so- sag ich mal dein ‚Erstes Mal‘. Was hast du so dabei gefühlt? #00:11:56-4#

15

B6: Also mein ‚Erstes Mal‘ war jetzt nicht so schön. Das war sehr schmerzhaft. (..) #00:12:03-2#

I: Und wie hast du dich danach gefühlt? Konntest du das einordnen, was das für ein Gefühl ist? Ein besonderes oder so? Gab es da ein besonderes Gefühl, das du empfunden hast? #00:12:12-4#

20

B6: Es war schön, weil es mit dem Jungen war mit dem ich das halt machen wollte. Nur das Problem war, ich bin halt – das erzähle ich auch wohl, das finde ich jetzt nicht mehr so schlimm wie früher. (.) Ich habe halt schon drei Misshandlungen hinter mir und dadurch bin ich halt sehr verklemmt, aber mein ‚Erstes Mal‘ habe ich recht gut weggesteckt und-. (..) Es war auch eine schöne Erfahrung irgendwie. #00:12:39-9#

25

I: Darf ich fragen: Waren die Misshandlungen im Kindesalter oder schon im jugendlichen Alter? #00:12:43-6#

30

B6: Die waren so in dem Alter von (..) 14 bis 16 ungefähr. #00:12:49-8#

I: Okay. Und diese Misshandlungserfahrungen? Mit wem hast du darüber gesprochen? #00:12:55-3#

35

B6: Also das Problem war halt-. Ich hab da halt Monate lang mit niemandem darüber gesprochen, weil das war mit einem Jungen, der mit- also den Namen werde ich jetzt nicht nennen- also der hat mit mir zehn Jahre unter einem Dach gelebt und das war halt so ein bisschen so ein miteinander tauschen. Er hat mir was angeboten und ich habe ihm dafür was angeboten und halt ich konnte halt nicht drüber reden, weil dadurch wusste ich würde mir das weggenommen, was er mir gibt. Ja und das habe ich dann natürlich erst verschwiegen, bis es mir irgendwann zu viel wurde und dann habe ich es halt erzählt. (.) Und danach kam dann die zwei, wo er es dann gezwungen bei mir gemacht hat. Ja, und dann habe ich halt mit, da habe ich dann sofort Alarm geschlagen und gesagt „Leute, das möchte ich nicht“. Und da konnte ich dann auch-. Da waren die sehr offen und da konnte ich sehr gut mit denen drüber reden. #00:13:42-4#

40

45

I: Und die haben dann auch gleich Unterstützung [B6: Ja.] gezeigt? Und das Verhal-

50

ten hatte auf jeden Fall Konsequenzen? #00:13:47-2#

5 **B6:** Ja, nicht nur Konsequenzen, sondern es wurde auch einfach mit diesem Jungen-
Konsequenzen sind nicht immer so das Wichtigste. Ich finde der Junge, der hat auch
einfach, der musste halt Gespräche führen mit Leuten, damit er das weiß. Das war so.
#00:14:03-2#

10 **I:** Hat das denn-. Waren das so Situationen, die dir für das nächste Mal Angst ge-
macht haben oder? #00:14:08-9#

15 **B6:** Meinst du für das ‚Erste Mal‘? [**I:** Genau.] Ja, also ich hatte, seitdem hatte ich
was Jungs und Nähe angeht-. Einerseits konnte ich mich manchmal gut prügeln, aber
dann manchmal war ich auch sehr zurückhaltend. Und beim ‚Ersten Mal‘ da war ich
halt, ja, ich bin immer sehr vorsichtig. Auch jetzt noch. Dann gehe ich nicht sofort
hin und möchte Sex haben. Also das bin ich nicht so, das kann ich nicht (..) und
brauche Zeit. #00:14:36-8#

20 **I:** Okay, das ist ja auch vollkommen in Ordnung. Was würdest du sagen, was bedeu-
tet Sex für dich? Ganz offene Frage. #00:14:43-3#

25 **B6:** Finde ich in Ordnung. Für Viele bedeutet Sex, dass man sich liebt, aber ich sage
immer so es muss nicht sein, dass man Sex hat. Also Sex kommt und das passiert
dann einfach wenn es passiert und wenn man das möchte. Das macht man dann meis-
tens, weil man dem Menschen ganz nah sein möchte. Das bedeutet das für mich, dass
ich dem noch näher bin, als wenn ich den nur umarme oder umarme und dabei küsse.
Es ist dann mehr noch. Also es ist schon ein Unterschied. Aber ich mache das jetzt
nicht, weil ich denke, dass ist cool oder man ist dann keine Jungfrau mehr oder ir-
gendwie sowas. Das wird ja auch deswegen gemacht. #00:15:26-6#

30 **I:** Genau, das ist wichtig, dass man das so im Kopf behält, was das eigentlich bedeu-
tet. Gut und über Situationen, in denen du dich mal unwohl gefühlt hast mit deinem
Partner. Klar kommen die Misshandlungen ja, von denen du berichtet hast, dazu,
aber gab es sonst irgendwelche Situationen oder konntest du da offen mit deinem
Partner drüber sprechen, wenn dir etwas zu viel wurde? #00:15:51-7#

35 **B6:** Also erst habe ich das nicht hinbekommen, aber da ich-. Ich habe dann mit einer
guten Freundin gesprochen, die hat halt total gut gemerkt, dass es mir nicht so gut
ging und ich habe der das dann erzählt und die wissen das halt alle. Und sie sagte, ich
soll ruhig mal mit ihm darüber reden. Also es ist besser als gar nicht und das habe ich
40 dann getan und (..) und zu meiner Überraschung, er war sofort offen und hat gesagt,
(.) ich hätte ihm das einfach sagen sollen, da wäre nichts schlimm gewesen. Also das
fand ich so erleichternd. Das hat mir so gezeigt, ihm ist nicht wichtig ins Bett zu lan-
den und ein bisschen rum zu vögeln oder so, sondern es geht ihm einfach darum,
dass es mir gut geht. Das macht, das hat mir ein bisschen den Schritt weiter gegeben,
45 das Nähe-. Das macht es mir jetzt noch leichter. #00:16:37-6#

50 **I:** Okay. Gut. Wenn du jetzt nochmal so ganz allgemein- wenn du auf die Phase dei-
ner Pubertät zurückguckst. Was waren so die schwierigsten Belastungen oder die
schwierigsten Momente? Ich sage mal, man ist wahrscheinlich immer noch ein Stück
weit in der Pubertät drin, aber was würdest du sagen ist dir mit dieser Veränderung

von deinem Körper, deinen Gedanken, Gefühlen-. Was war da so das Belastenste davon? Was würdest du sagen? #00:17:03-2#

5 **B6:** (...) Thema Jungs, also so Thema Jungs und ich werde eine Frau und ich kriege Brüste. (...) Ich darf jetzt endlich BHs tragen. Die Schminke und Schön-Machen und Kleider und so das war gar nicht so das Ding bei mir. Es ging eher so darum (..), diese mit einem Jungen unbedingt zusammen zu sein, weil das cool ist und halt mit ihm rumzuknutschen. Das war mir so ganz wichtig, das war auch so anstrengend. #00:17:34-9#

10

I: Dass du das Gefühl hattest du musst das machen? #00:17:38-0#

B6: Ja, genau. Ich hatte das Gefühl man muss das tun, weil-. (..) Ja ich weiß nicht. Das gehörte irgendwie dazu für mich. #00:17:45-2#

15

I: Und du sagtest eben so, dass du Brüste bekommst-. Also schon so, dass sich was mit deinem Körper verändert. Das war auch schon eine große Belastung? #00:17:52-8#

20

B6: Ja. #00:17:51-4#

I: Aber da hast du ja hier wahrscheinlich gut Hilfen bekommen. Was sind so Hilfen für dich im Alltag gewesen, die dir das so erleichtert haben, eben diesen Veränderungen mit deinem Körper zu verstehen? #00:18:04-2#

25

B6: Zum Beispiel, dass die mich damit nicht stehen gelassen haben, sondern gesagt haben (...) „Das ist ein Körperteil von dir, der war zwar vorher nicht da, aber der ist jetzt da und (..) du wirst dich an ihn gewöhnen müssen“ und die haben gesagt „Wir können es dir erleichtern durch die und die BHs zum Beispiel“. Das war dann so eine Hilfe. Also die haben mich damit nicht stehen gelassen, sondern haben mir einfach erklärt „Deine Brüste sind jetzt genau so unwichtig wie deine Beine, die gehören jetzt einfach dazu“. Damit haben die es versucht zu erklären. #00:18:38-8#

30

I: Also war es schon so eine große Unterstützung oder Hilfe einfach für dich, dass es Personen gab, die mit dir gesprochen haben und die dir das erklärt haben. [B6: Ja.] Gut. (..) Okay. dann würde ich jetzt so zum Abschluss kommen. Gibt es irgendwas Besonderes, wozu ich jetzt keine Frage gestellt habe, was du sagen würdest, was dich in der Pubertät oder in deinen sexuellen Verhaltensweisen, oder halt wenn du Sex hast, was ich jetzt nicht gefragt habe, was du aber noch für besonders wichtig hältst? Was du gerade noch erzählen möchtest? #00:19:04-0#

40

B6: (7) Nö, nicht so wirklich. Also das ist so ziemlich alles. #00:19:16-3#

I: Okay, gut und gibt es von deiner Seite aus noch irgendwelche Fragen oder Anregungen? (.) An mich? #00:19:25-2#

45

B6: (4) Nö. #00:19:28-8#

I: Okay, super. Ich danke dir für das Interview. #00:19:32-5#

Anhang C (Interviewauswertung)

In dem folgenden Anhang werden die ersten drei Schritte einer qualitativen Inhaltsanalyse aufgeführt: die Vorbereitung, die Extraktion sowie die Aufarbeitung der extrahierten Daten (vgl. Gläser/Laudel 2009, S. 202). Bei der Vorbereitung der Extraktion wurden sechs Oberkategorien gebildet, die sich teilweise in kleinere Unterkategorien aufteilen. Im Anschluss wurden die relevanten Textausschnitte der Interviews den Kategorien in Form eines Wortzitats zugeteilt und anschließend zusammengefasst und auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede analysiert. Die Interpretation der gewonnenen Daten und somit der vierte Schritt der qualitativen Inhaltsanalyse findet sich im Kapitel vier (Pubertätsverlauf weiblicher FASD Betroffener) und im Kapitel fünf (Handlungsempfehlungen) der Bachelorarbeit wieder.

Rahmenbedingungen:

Wer berichtet über wen?

B1:

Der Befragte ist Teamleiter und Betreuer einer Jugendwohngruppe mit FASD Betroffenen und berichtet über eine 20-jährige Betroffene mit einer Diagnose aus dem Bereich FASD (vgl. Anhang B, S. 2).

B2:

Die Befragte ist ehemalige Pflegemutter und berichtet über ihre ehemalige Pflegetochter, die mittlerweile 20 Jahre alt ist und bis zum 14. Lebensjahr in der Familie gelebt hat. Bei ihr besteht eine gesicherte Diagnose aus dem Bereich FASD. (vgl. Anhang B, S. 11)

B3:

Die Befragte ist Pflegemutter und berichtet über ihre Erfahrungen mit ihrer 15-jährigen Pflgetochter, die eine gesicherte Diagnose aus dem Bereich FASD hat (vgl. Anhang B, S. 20).

B4:

Die Befragte ist Pflegemutter und berichtet über ihre älteste Tochter (14 Jahre), welche neben der Diagnose Vollbild FAS auch die Diagnose Morbus Recklinghausen hat (vgl. Anhang B, S. 28).

B5:

Die Befragte ist Pflegemutter und berichtet von ihren zwei Pflegetöchtern, welche 22 und 23 Jahre alt sind und beide die Diagnose Vollbild FAS haben. Zudem wurde bei der 23-Jährigen eine geistige Behinderung festgestellt. (vgl. Anhang B, S. 35)

B6:

Die Befragte ist eine Betroffene, welche mittlerweile 20 Jahre alt ist und die Diagnose FAS Vollbild hat. Sie wird von ihren persönlichen Erfahrungen in der Pubertätsphase berichten (vgl. Anhang B, S. 42).

Gemeinsamkeiten/Unterschiede:

Insgesamt wurden sechs Personen befragt, darunter ein Teamleiter und Betreuer einer Jugendwohngruppe mit FASD Betroffenen, vier Pflegemütter von FASD Betroffenen und eine FASD Betroffene. Die befragten Personen berichteten alle über Erfahrungen mit FASD Betroffenen, die sie durch die Phase der Pubertät begleitet haben bzw. in einem Fall über subjektive Erfahrungen, die gemacht wurden. Das Alter der Personen, über die berichtet wird, unterteilt sich in fünf Betroffene, die mittlerweile 20 Jahre oder älter sind und zwei Betroffene im Alter von 14 und 15 Jahren. Vier der Betroffenen haben die Diagnose Vollbild FAS und die restlichen Drei eine Diagnose aus dem Bereich FASD. Zwei, der vom Vollbild FAS Betroffenen, haben zudem eine Nebendiagnose. In einem Fall ist es Morbus Recklinghausen, im anderen Fall ist es eine geistige Behinderung.

Pubertätsbeginn:

Alter bei Pubertätsbeginn:

B1:

„Wir betreuen ja mehrere Kinder und erfahrungsgemäß ist die Pubertät bei den FAS-Kids immer erst ein bisschen später“ (Anhang B, S. 2, Z. 7f).

„Dr. Feldmann sprach davon, dass die Pubertät eben auch deutlich verspätet stattfindet und zum Teil erst nach 20 man Erlebnisse hat, die uns eigentlich an pubertäres Verhalten erinnern“ (Anhang B, S. 5, Z. 18ff).

B2:

„Sie hat ganz früh angefangen mit acht/neun Jahren, [...]“ (Anhang B, S. 11, Z. 5).

„Ich glaube, ich habe die ersten Jahre nicht erkannt, dass es wirklich Pubertät ist“ (Anhang B, S. 19, Z. 12f).

B3:

„Das hat zeitig angefangen, mit acht/neun Jahren schon“ (Anhang B, S. 20, Z. 7).

B4:

„Also bei Julia ist es so mit 12 angefangen“ (Anhang B, S. 28, Z. 7).

B5:

„Bei beiden ungefähr mit elf“ (Anhang B, S. 36, Z. 1).

B6:

„Zum Beispiel also das fing damit an, mit 12 Jahren ungefähr“ (Anhang B, S. 43, Z. 5).

Gemeinsamkeiten/Unterschiede:

Drei der Befragten berichten von einem Pubertätsbeginn im Alter von 11/12 Jahren. Zwei der Befragten berichten von einem sehr frühen Pubertätseintritt mit ca. 8/9 Jahren. Einer der befragten Personen hingegen berichtet von einem eher späten Eintritt der Pubertät und belegt dies mit einer Aussage von Dr. Feldmann. Eine befragte Person berichtet zudem, dass sie am Anfang gar nicht bemerkt hätte, dass es wirklich pubertäres Verhalten ist und somit den Beginn der Pubertät erst später erkannt hat.

Verhaltensänderungen bei Pubertätsbeginn:

B1:

„[...] durch eher revolutionäres Verhalten [...]“ (Anhang B, S. 2, Z. 9).

„[...] aber das führte auch ein Teil zu Impulsausbrüchen [...]“ (Anhang B, S. 4, Z. 28f).

B2:

„Weil sie erst sehr kindlich aussah, aber (..) so kokett oft war. [...] Und eben diese typischen Verstimmungen hatte“ (Anhang B, S. 11, Z. 6f).

„Das andere war, dass sie auch in der Schule schon ganz früh anfang, so Jungs hinterher zu laufen“ (Anhang B, S. 12, Z. 11f).

„Die hat so ein riesen Gefühlschaos hingelegt [...]“ (Anhang B, S. 13, Z. 41).

„[...] also die ist so kompromisslos und grenzenlos [...]“ (Anhang B, S. 17, Z. 1).

„Sie ist sehr hemmungslos in vielerlei Hinsicht, wirklich hemmungslos“ (Anhang B, S. 18, Z. 17).

B3:

„Sie hat sich präsentiert. Sie hat sich immer so umgezog-. Also wenn Besuch da war oder so, dann doch immer so umgezogen, (..) dass man nicht umhinkam zu schauen. (...) Und ja, ihre Charakterveränderung, also das sie angefangen hat zu rebellieren“ (Anhang B, S. 20, Z. 11ff).

„Aber auch diese Aggression-. [...] ausgelöst durch Veränderung in ihrem Körper oder auch mit sich selber, die sie nicht erklären konnte“ (Anhang B, S. 23, Z. 8ff).

B4:

„[...] und dann wurde es eher Launen bedingt“ (Anhang B, S. 28, Z. 6f).

„Ja, dieses eigentlich das ganz normale Pubertierende, das störrisch Sein, das Nicht-Wollen und das eigentlich wie ganz normale Kinder sich auch entwickeln, so entwickelt sie sich in dem Sinne auch. Nur sie hat das Problem halt durch ihre geistige Behinderung, die sie noch mit dabei hat, kommt sie da nicht mit klar, was passiert jetzt gerade mit mir und da kriegt sie halt ein paar Ausraster mehr [...]“ (Anhang B, S. 29, Z. 8ff).

„Wir sind FKK Camper [...]. Letztes Jahr hatte sie den Anfang so langsam so ein bisschen Probleme sich zu zeigen. Dann läuft sie lieber mit einem T-Shirt und einer kurzen Hose um“ (Anhang B, S. 29, Z. 46f).

„Es ist, dass sie mit mir streitet, dass sie mit mir rumstänkert, das ist normales Verhalten“ (Anhang B, S. 34, Z. 35f).

B5:

„Also bei der Großen eben vermehrt Aggressionen. Sie hatte vorher schon Aggressionen, aber die waren extremer und bei der Kleineren war es, sie kippte so schnell im Verhalten von gerade noch fröhlich und auf einmal weinte sie dann, sodass wir also schon überlegt hatten, ob eventuell jetzt Depressionen dazu kamen“ (Anhang B, S. 36, Z. 8ff).

„Unsere Große lief immer gern nackelig durch die Gegend und je weiter die Pubertät schritt, umso extremer war es“ (Anhang B, S. 36, Z. 20f).

„Also die waren immer noch sehr kindlich in der Pubertät“ (Anhang B, S. 37, Z. 19).

B6:

„[...] für Jungs und so interessiert und man hat mehr - und ich hab da mehr so auf mein Aussehen geachtet, das war für mich vorher total unwichtig“ (Anhang B, S. 43, Z. 6f).

Gemeinsamkeiten/Unterschiede:

Fünf der befragten Personen berichten von rebellischen, aggressiven und impulsiven Verhaltensweisen, die sich mit Beginn der Pubertät zeigen. Eine der befragten Personen berichtet zu dem von einem grenzenlosen und hemmungslosen Verhalten der Betroffenen im Pubertätsverlauf. Diese sowie ebenfalls zwei weitere befragte Personen berichten davon, dass sich die pubertierenden Betroffenen gern aufreizend kleiden bzw. komplett nackt umherlaufen, um sich zu präsentieren. Im Gegensatz dazu berichtet eine Befragte davon, dass es ihrer Tochter mit Beginn der Pubertät unangenehm war, sich nackt zu zeigen. Die befragte Betroffene berichtet ebenfalls davon, zu Beginn der Phase der Pubertät anderen Jungen gefallen zu wollen und auf das Aussehen geachtet zu haben. Zudem berichten drei der Personen von ständig wechselnden Gefühlsschwankungen der Betroffenen, mit zum Teil depressiven Verhaltensweisen. Zwei befragte Personen beschreiben das pubertäre Verhalten und Aussehen der Jugendlichen als sehr kindlich. Zwei der befragten Personen deuten die Verhaltensänderungen zu Beginn der Pubertät als ganz typische Verhaltensweisen, die auch bei gesunden Kindern auftreten.

Körperliche Veränderungen:**B1:**

„Grundlegend problematisch ist der Umgang mit der Hygiene in der Zeit, weil die Körperwahrnehmung bei den FAS Menschen eine ganz andere ist. Und insbesondere die Erfahrung die wir mit den Mädchen gemacht haben ist, dass die mit ihrer Körperhygiene an der Stelle, also mit der Blutung überhaupt nicht klarkommen“ (Anhang B, S. 3, Z. 9ff).

„Hygiene also auch einfach nicht leisten können, völlig überfordert sind mit dem was da im eigenen Körper passiert“ (Anhang B, S. 3, Z. 14f).

„Das hat dann noch eine ganze Zeit gedauert bis sie wirklich Brustumfang und sowas bekommen hat. [...] Das war aber auch nicht mehr auffällig [...]“ (Anhang B, S. 3, Z. 31ff).

„[...] weil sie eine gewisse Hilflosigkeit auch hatte und überfordert war und schockiert war, aber das führte auch ein Teil zu Impulsausbrüchen [...]“ (Anhang B, S. 4, Z. 27f).

„[...] aber sie hat trotzdem ganz viel Anleitung gebraucht und (.) Kontrolle weniger, aber ganz viel Auffangen, weil dann fühlt sich der Körper auch wieder anders an. Und das war relativ unverändert so quasi wie die ersten Male“ (Anhang B, S. 4, Z. 41ff).

B2:

„Also anfangs hat sie ganz grausam reagiert, weil (..) auf die Ersten: ‚Hoh, das juckt und ich glaube ich bekomme jetzt einen Busen‘ und hat sie ständig irgendwo gestanden und sich zum Beispiel den Busen gerieben. [...] Also da überhaupt nicht eine Idee für ihre Außenwirkung“ (Anhang B, S. 12, Z. 21ff).

„Sie hat dann angefangen sich die Haare auszureißen, das heißt sie ist einige Jahre mit Glatze rumgelaufen, weil das so schlimm war, dass sie sich so unwohl in ihrem Körper gefühlt hat“ (Anhang B, S. 12, Z. 31ff).

Bezogen auf Periode: „Also das erste Mal weiß ich nicht sicher, weil wir viel Verstecktes gefunden haben. [...] Es hat auch lange gedauert bis sie ganz normal damit umgehen konnte“ (Anhang B, S. 12, Z. 44ff).

„Theoretisch wusste sie schon was das ist und dann bluten die Frauen und dann kriegt man die Tage. [...] Aber als es dann tatsächlich so war konnte sie das mit dieser Theorie, die sie vorher gelernt hatte, scheinbar gar nicht zusammen bringen. (..) Und ja, dann hat sie halt alles nur so verheimlicht [...]“ (Anhang B, S. 13, Z.5ff).

„[...] weil sie das nicht aushalten kann und dann echt abdreht“ (Anhang B, S. 13, Z. 25).

B3:

„Sie hat angefangen immer an ihren Brustwarzen zu ziehen, (.) damit die Brüste schneller wachsen“ (Anhang B, S. 20, Z. 8ff).

„[...] dass sie sehr unsicher wurde, dass sie die Veränderungen nicht verstehen konnte“ (Anhang B, S 21, Z. 15f).

Bezogen auf Periode: „Also sie kam da überhaupt nicht mit klar. Sie kam überhaupt nicht mit klar. Also ich habe tagelang auf der Toilette verbracht. (.) Mit ihr Schlüpfer gewechselt, mit ihr Binden gewechselt. [...] Sie war fix und fertig. Sie konnte da gar nichts mit anfangen. Das war fast als wenn die unteren Geschlechtsteile auf einmal nicht mehr zu ihr gehörten. Sie konnte sich selber auch nicht anfassen“ (Anhang B, S. 22, Z. 7ff).

Bezogen auf Periode: „So schlimm war es die ersten Male, aber es ist heute noch so, dass sie ganz verunsichert ist. [...] Und sie hat schon wechseln wollen, da waren vielleicht zwei bis drei Tropfen in der Binde drin“ (Anhang B, S. 22, Z. 18ff).

B4:

„Sie ist sehr schwächig, also sie ist spindeldürr und wir arbeiten um jeden Kilo so gesehen, also da ist ja Gott sei Dank von Mutter Natur vorgelegt, wenn du zu wenig auf Rippen hast, kriegst du auch nicht deine Tage. Das ist bis dato bei Julia eingekehrt noch, also dass sie noch nicht ihre Tage hat“ (Anhang B, S. 28, Z. 9ff).

„[...] kommt sie da nicht mit klar, was passiert jetzt gerade mit mir und da kriegt sie halt ein paar Ausraster mehr, Ich will das nicht. Ich will kein Busen. Ich will da auch keine Haare haben. Was soll das alles?“ (Anhang B, S. 11ff).

B5:

„Sie war so ein bisschen so hinter ihren Altersgenossen hinterher, weil sie sehr dünn war immer [...]“ (Anhang B, S. 36, Z. 31f).

„Was also so überhaupt nicht gut funktionierte bei beiden war also diese Monatshygiene“ (Anhang B, S. 36, Z. 34f).

„Diese benutzten Binden waren überall. In der Wäsche, sie klebten an der Heizung im Badezimmer, sie langen vor der Mülltonne. [...] Also das war grottig [...]“ (Anhang B, S. 36, Z. 43ff).

B6:

„Durch dieses FAS war das für mich ganz schlimm, weil es war, wie kann man das nennen, ein Fremdteil an meinem Körper, das passte so gar nicht. (...) Dann hat man natürlich schnellstmöglich versucht das wegzukriegen, aber Regel ist Regel, die kommt halt wann sie will. Aber es ging irgendwann so nach ein/zwei Jahren, da habe ich mich an diese Veränderungen gewöhnt, auch an diese Frauenveränderungen.“ (Anhang B, S. 43, Z. 15ff)

„Ich wusste nicht, was das ist“ (Anhang B, S. 43, Z. 48).

Bezogen auf die Periode: „Ja, es war nach so vier bis fünf Malen war es deutlich besser als beim ersten Mal“ (Anhang B, S. 44, Z. 16f).

Gemeinsamkeiten/Unterschiede:

Alle befragten Personen beschreiben den Umgang mit den körperlichen Veränderungen in der Pubertätsphase der Betroffenen als problematisch. Alle befragten Personen beschreiben die Betroffenen als überfordert, hilflos und dass sie die Veränderungen in ihrem Körper nicht verstehen können. Zwei der befragten Personen schildern, dass die Veränderungen der Körperteile dazu führen, dass die Betroffenen diese nur noch als Fremdteile an ihrem Körper sehen, die nicht mehr zu ihnen gehören. In zwei Fällen wird von einem aggressiven Verhalten als Reaktion auf die körperlichen Veränderungen gesprochen, welche in einem Fall sogar zu selbstverletzendem Verhalten führte.

Die eintretende Monatsblutung in der Pubertätsphase wird ebenfalls in allen Interviews als problematisch beschrieben. Zwei der befragten Personen berichten davon, dass die Monatsblutung auf Grund des Untergewichts der Betroffenen noch nicht bzw. erst sehr spät eingesetzt hat. Vier der befragten Personen beschreiben das hygienische Verhalten während der Monatsblutung als überfordernd. Zwei der befragten Personen berichten über herumliegende, blutbeschmierte Hosen und Binden, die die Betroffenen irgendwo verstecken bzw. liegen lassen. Zwei der befragten Personen äußern, dass eine ständige Kontrolle und Unterstützung bei der Hygiene notwendig ist. Eine Veränderung bzw. Verbesserung des hygienischen Verhaltens während der Monatsblutung wird nur in einem von fünf Fällen beschrieben und zwar aus Sicht der Betroffenen.

Entwicklung von Beziehungsverhältnissen

Beziehungsverhältnis zu Eltern/direkte Bezugspersonen:

B1:

„Bindung, Beziehung ist noch einmal ein ganz großes Thema bei FAS-Kids und da ist meine Wahrnehmung, dass grundsätzlich die Veränderungen innerhalb der Pubertät nicht so immens ist“ (Anhang B, S. 5, Z. 12ff).

Bezogen auf Konfliktsituationen mit der Betroffenen: „Also auch bei der Lena erleben wir jetzt mit 21 erst so Phasen, wo sie dann mal, wo man dann einmal sagt "Ja, das ist jetzt Pubertät". Aber auch sehr verhalten“ (Anhang B, S. 5, Z. 30ff).

B2:

„Es war ganz schrecklich. Es hat ja letztendlich zum Abbruch unserer gemeinsamen häuslichen Beziehung geführt. Sie hat in der Zeit ganz, ganz, ganz stark angefangen zu übertragen. Sie hat auch tatsächlich behauptet ich hätte das und das und das gemacht, Sachen die schon klar waren, aufgezeichnet waren, dass ihre Mutter solche Handlungen gemacht hatte. Sie hat mich echt angegangen. [...] Von ich war der Engel und Himmel hoch jauchzend bis scheußlich und Schweinerei [...]. Die hat so ein riesen Gefühlschaos hingelegt und hat mich dann aber auch wirklich abgelehnt. Mich als Frau wirklich“ (Anhang B, S. 13, Z. 32ff).

„Ich bin auch offiziell natürlich gar nicht mehr Pflegemutter, aber es waren halt zehn Jahre. Ich bin halt die Frau zu der sie Mutter sagt. Das sagt sie zu ihrer anderen Mutter nicht. Ja, wir sind halt sehr miteinander verbunden“ (Anhang B, S. 17, Z. 31ff).

B3:

„Lena wurde unglaublich aggressiv, richtig unglaublich aggressiv. Das hat sich über die Jahre immer mehr gesteigert. [...] Also es ging so weit bis dass sie mich geschlagen hat. [...] Sie war vor eineinhalb Jahren in einer Tagesklinik in A. und als sie dort dann irgendwann entlassen worden ist, erst dann, als sie von ihren Aggressionen so ein bisschen runtergekommen ist, konnten wir anfangen überhaupt ein Verhältnis aufzubauen, eine Beziehung. Die hatten wir bis dato gar nicht“ (Anhang B, S. 22, Z. 41ff).

B4:

„Papa darf nicht mehr mich knutschen, vor allem nicht mehr in der Öffentlichkeit, das ist peinlich“. [...] Also das ist schon. Ein Kuss wird nur noch bevor man in den Bus geht im Haus gegeben und nicht mehr vor der Tür, das sehen die anderen ja dann im Schulbus, das geht ja wohl gar nicht. Also das ist schon da. Das Verhältnis zu uns ist trotzdem noch gut. Also sie sucht immer noch ihre Kuscheleinheiten. Auch mit 14 will man immer noch bei Mama und Papa ins Bett und zusammen Fernseh gucken und kuscheln. Also das ist noch nicht, dass sie uns gar nicht mehr riechen kann“ (Anhang B, S. 30, Z. 22ff).

B5:

„Bei meinen leiblichen Töchtern wurde es mit zunehmendem Alter, wurde es mehr so ein Verhältnis auf Augenhöhe oder auch Mutter-Kind wohl noch, aber man konnte mit ihnen mehr diskutieren. Hier ist es immer noch so rigide gewesen. Mutter-Kind und nicht auf Augenhöhe, sondern wirklich Etagen tiefer, weil die geistige Reife entspricht bei beiden Damen nicht dem Lebensalter“ (Anhang B, S. 37, Z. 20ff).

B6:

„Es gab zwar mehr Konflikte, weil ich natürlich mehr verstanden habe von meiner Welt und auch einfach älter wurde. Das ist ja normal. Dann wird man auch sachlicher. Aber es hat auch das Verhältnis viel mehr verbessert, weil dadurch, dass ich geredet habe und endlich diskutiert habe und Dinge verstanden habe, (.) hat es die Pubertät eigentlich einfacher gemacht. Und ja das wurde halt besser dadurch, weil ich die endlich verstanden habe, die Betreuer“ (Anhang B, S. 44, Z. 36ff).

Gemeinsamkeiten/Unterschiede:

Zwei der befragten Personen schildern die aggressiven Verhaltensänderungen der Betroffenen in der Pubertätsphase als eine extreme Belastung für die Beziehung zwischen ihnen und der Betroffenen. Im Gegensatz dazu sehen drei der befragten Personen die Beziehungsveränderung als normales bzw. eher schwaches Pubertätsverhalten. Eine befragte Person beschreibt ein gleichbleibendes Mutter-Kind-Verhältnis, welches sich, im Vergleich zum Pubertätsverlauf bei nicht behinderten Kindern, nicht zu einem Verhältnis auf einer Augenhöhe entwickelt hat. Eine Interviewte berichtet von einer völligen Ablehnung ihrer Person durch die Betroffene. Zudem berichtet sie davon, dass die Betroffene negative Kindheitserinnerungen auf sie und aktuelle Situationen übertragen hat und dadurch anfang zu lügen und zunehmend aggressiv zu werden. In diesem Fall führten die Belastungen für das Beziehungsverhältnis zu einem Abbruch einer gemeinsamen häuslichen Beziehung.

Insgesamt beschreiben jedoch alle befragten Personen das Verhältnis zu den Betroffenen als überwiegend vertrauensvoll und positiv. Im Fall des Abbruchs der gemeinsamen häuslichen Beziehung hat sich das Beziehungsverhältnis anschließend gebessert. Eine weitere befragte Person berichtet davon, dass durch den Aufenthalt in einer Tagesklinik das aggressive Verhalten abgenommen hat und ein positives Beziehungsverhältnis aufgebaut werden konnte.

*Beziehungsverhältnis zu gleichaltrigen/Peer-Groups:***B1:**

„Also, die werden wichtiger und gleichzeitig bleibt es aber enorm schwer Kontakte aufrecht zu erhalten. [...] Sie wollte auch immer Freunde haben, aber das hat dann nie funktioniert, weil sie das auch gar nicht leisten konnte, diese aufrecht zu erhalten. Aber jetzt, also wo sie auch mehr pubertäres Verhalten zeigt, [...] sind auch so die gleichaltrigen Gruppen für sie wichtiger [...] und ihr gelingt es jetzt auch besser. Also sie kann jetzt Kontakt zum eigenen Freund halten. Kontakt zu anderen Gleichaltrigen halten, das war aber vorher für sie gar nicht leistbar“ (Anhang B, S. 5, Z. 40ff).

Bezug zum Kontakthalten: „Das vergisst sie einfach. Das findet einfach nicht statt. Also sie ist dann nachmittags hier und dann sind die Menschen nicht mehr anwesend, die sie aus der Schule vielleicht nochmal treffen möchte und dann vergisst sie das, dann war das einfach weg“ (Anhang B, S. 6, Z. 5ff).

„Aber sie hatte auch keine anderen Außenkontakte zu Menschen ohne Behinderung und das halte ich auch für eine Überforderung. Das sehen wir auch immer wieder bei unseren Kleineren, die dann so im Grundschulbereich sind und diese Schere wird immer größer. Also so im Kindergarten und Grundschulbereich funktioniert das irgendwie noch, aber irgendwann ab Klasse zwei/drei wird diese Schere immer größer und dann wird es halt einfach schwierig. Dann überblicken andere Kinder ‚Halt, die unterscheiden sich aber doch.‘ und dann kommt es eher zu so Mobbinggeschichten. [...] Und ich glaube (..) in der Phase der Pubertät gibt es eigentlich schon keinen Konsens mehr mit Gleichaltrigen“ (Anhang B, S. 6, Z. 19ff).

B2:

„Eine richtige Freundin hatte sie noch nie. (.) Das ist dann in der Pubertät allerdings tatsächlich angefangen [...]. Das ist dann gekommen, also sie-. Sie ist mit 14 in eine Wohngruppe gezogen, und da ist das dann auch viel, viel besser geworden“ (Anhang B, S. 14, Z. 7ff).

„Die Freunde, die sie jetzt hat sind auch auf einem ähnlichen Level“ (Anhang B, S. 14, Z.17).

B3:

„Sie kann es kurzfristig ertragen mit Gleichaltrigen“ (Anhang B, S. 23, Z. 20).

„Sie spielt immer noch mit jüngeren Kindern (5), weil es doch immer ein Mutter-Tochter-Verhältnis so ein bisschen ist. Da fühlt sie sich sicherer. Sie fühlt sich mit jüngeren Kindern sicherer, denen sie etwas erzählen kann“ (Anhang B, S. 23, Z. 21ff).

„Und Lena könnte eigentlich mit tafferen Mädchen oder weniger behinderten Mädchen auskommen, aber (..) das ist eher selten. [...] Der Kontakt ist ja hauptsächlich wirklich auch mit irgendwelchen betroffenen Kindern in irgendeiner Form, aus der Förderschule in der sie vorher war und jetzt in der Tagesbildungsstätte. (.) Mit gleichaltrigen gesunden Kindern kann sie, (..) gibt sie sich gar nicht mehr ab, weil die sich mit ihr nicht mehr abgeben. Das glaubt sie von vornherein. (.) Es ist so wechselhaft. Sie versucht dann zwischendurch wieder mit Mädchen Kontakt aufzunehmen, die in ihrem Alter sind, (.) aber das sind mehr so kurze (.) WhatsApp-Austausche. Aber sie käme jetzt eher selten auf den Gedanken „Lass mich mal jetzt einen ganzen Tag da.“ Sie hat so die Ein oder Anderen, aber das hält sie nicht lange aus“ (Anhang B, S. 23, Z. 29ff).

B4:

„Julia ist so ein bisschen eher so an leitende Figuren, also die schon ein bisschen älter sind, die so ein bisschen was zeigen können, da klammert sie sich gerne dran oder halt an Kleinere, wo sie dann noch ein bisschen betüdeln kann. Aber so das gleichaltrige Feld weniger“ (Anhang B, S. 30, Z. 38ff).

„[...] im Prinzip nur mit geistig Behinderten viel zu tun hat [...]“ (Anhang B, S. 30, Z. 43f).

„Nein, sie hat da feste Freunde eigentlich“ (Anhang B, S. 30, Z. 49).

B5:

„Die Mila hat kaum Außenkontakte gehabt jenseits der Schule. [...] Da waren sie gut angekommen, aber hier hatte sie überhaupt gar keine Freunde und Paula hat immer Freunde, die ihr eigentlich nicht gut tun. Sie lässt sich ganz häufig benutzen von ihren Freunden“ (Anhang B, S. 37, Z. 30ff).

„Auch heute noch sind Paulas Freunde jünger bzw. eine hat sie, die ist etwas älter, aber die lenkt sie auch. Das ist ihr Chef“ (Anhang B, S. 37, Z. 38f).

„Man merkt, dass da eine Schere aufgegangen ist. Das sie einfach vom Alter her und vom Intellekt her gar nicht mit ihrer Altersklasse mithalten kann, auch in Gesprächen nicht“ (Anhang B, S. 37, Z. 44ff).

„Paula hat einen Freund, der sagt ihr ganz klar wo es lang geht. Der sitzt zurzeit ein und der zieht von dort aus die Fäden, wie sie sich hier zu verhalten hat“ (Anhang B, S. 38, Z. 5f).

B6:

„Bei mir ist das meistens so, ich habe meistens diejenigen genommen, die so eher fünf Jahre älter waren als ich. Also so etwas, Leute, die reifer waren, weil ich halt durch mein FAS sehr eingeschränkt war und dann mir meistens die Nähe von Leuten gesucht habe, die schon ein bisschen mehr Erfahrungen hatten und die mir ein bisschen was zeigen konnten“ (Anhang B, S. 45, Z. 8ff).

„Also jetzt ist es nicht mehr so das Problem, aber früher war das halt das Problem, dass ich mich dann so runtergezogen gefühlt habe, weil ich halt schwächer war. Das war einfach bei mir so und es ist auch so, dass ich durch dieses FAS viele Jahre eingeschränkt war und viele Jahre unten auf der Rangliste stand, was das angeht und deswegen habe ich halt versucht die Gleichaltrigen eher hinten zu lassen“ (Anhang B, S. 45, Z. 27ff).

Gemeinsamkeiten/Unterschiede:

Alle befragten Personen beschreiben das Verhältnis der Betroffenen zu Gleichaltrigen bzw. den Aufbau eines stabilen Beziehungsverhältnisses zu Freunden als schwierig. Zwei der befragten Personen berichten von einer Besserung im Pubertätsverlauf, in einem der beiden Fälle bedingt durch die Unterbringung in einer Wohngruppe. Eine befragte Person beschreibt das Vergessen des Kontakthaltens der Betroffenen zu Freunden als Grund für instabile Beziehungsverhältnisse. Fünf der befragten Personen schildern, dass es hauptsächlich freundschaftliche Kontakte zu anderen Betroffenen bzw. anderen Kindern und Jugendlichen mit Behinderung gibt. Drei der befragten Personen beschreiben im Bezug darauf, dass sich eine Schere zwischen gesunden Gleichaltrigen und den Betroffenen entwickelt hat, die mit zunehmendem Alter immer größer geworden ist. Zwei der Interviewten begründen dies durch eine Überforderung der Betroffenen. Eine Interviewte sieht die Ablehnung durch gesunde Gleichaltrige als Problem. Vier der befragten Personen beschreiben, dass ein Beziehungsverhältnis zu deutlich jüngeren oder älteren Freunden besteht. Im Fall des Kontakts zu jüngeren Kindern und Jugendlichen sehen sich die Betroffenen als Beschützer und Erzieher. Im Fall des Kontakts zu älteren Kindern und Jugendlichen berich-

ten die Interviewten davon, dass sich die Betroffenen lenken und leiten lassen und somit eine Schutzposition einnehmen.

Entwicklung einer Selbstständigkeit

B1:

„Ich glaub nur, (unv.) wobei den Menschen ohne Behinderung ist es irgendwann ein abgeschlossener Prozess und die FAS-Menschen brauchen einfach da sehr, sehr viel Kontrolle, weil die sonst in ihr Verderben rennen“ (Anhang B, S. 7, Z. 1ff).

„[...] aber ich glaube die Gefahren, die das bietet für die FAS-Menschen sind sehr, sehr viel größer, weil die eben nicht die Selbstkontrolle ausüben können, sondern es ist impulsgesteuert und wo das dann nochmal hinführt ist einfach sehr schräg“ (Anhang B, S. 7, Z. 13ff).

„Als wir Lena aufgenommen haben 2004, habe ich gesagt ‚Ein Leben lang Betreuung‘. Das ging auch so bis vor, bis sie so 17/18 war [...]. Und inzwischen macht sie ganz viele Entwicklungsschritte, partizipiert ganz anders am eigenen Leben [...]. (..) Ich hüte mich inzwischen solche perspektivischen Aussagen zu treffen, sondern mal schauen was passiert. [...] Es wird eine Menge länger dauern, aber die Entwicklung, die ich persönlich mitkriege, auch bei unseren anderen FAS-Kids, stimmt mich auf jeden Fall sehr positiv“ (Anhang B, S. 7, Z. 22ff).

B2:

„Wir haben immer darauf gehofft, aber inzwischen sind wir desillusioniert. [...] Eine Wohnung, da ist nachts niemand, aber tagsüber kommen die Sozialarbeiterinnen nochmal und die sind noch geführt. Selbst das verlangt zu viel an Selbstständigkeit von ihr. Dafür ist sie zu (..) flatterhaft. Also mit allen guten Vorsätzen, das kriegt sie nicht hin“ (Anhang B, S. 14, Z. 35ff).

„Rein technisch gesehen könnte sie einen Haushalt führen, aber sie kann nichts beibehalten“ (Anhang B, S. 14, Z. 46f).

„Nein, manche Sachen sind schon besser geworden, also definitiv“ (Anhang B, S. 15, Z. 12).

„[...] sie kann wirklich schlecht von heute bis morgen Denken“ (Anhang B, S. 15, Z. 15).

„Sie kann ihren Haushalt nicht, obwohl das so ein freundlicher, positiver, liebevoller Mensch ist. [...] das ist zu viel. [...] Die passen einfach in dieses Leben so- was so

getaktet ist, wie es eben für normal gesunde Menschen ist“ (Anhang B, S. 19, Z. 34ff).

B3:

„Kognitiv ist sie ja im Bereich Tagesbildungsstätte, (.) aber was Hauswirtschaft und Alltagsbewältigung angeht, dann kann sie das prima. Also sie hat lange versucht mir zu zeigen, wenn ich mal nicht da war, dass sie die Hausfrau ist, dass sie meine Rolle übernimmt, dass das überhaupt kein Problem ist. Und das könnte sie, was das angeht auch sogar zum großen Teil jedenfalls, aber sie (..) bietet sich ja so an. Sie läuft ja in schädigende Beziehungen [...]. [...] Das wäre das große Problem. Sie müsste betreut wohnen, weil sie sonst in diesen schädigenden Beziehungen sich aushalten lässt“ (Anhang B, S. 24, Z. 1ff).

„Sie bräuchte was das angeht, (..) Kontrolle und wenn das auch nur durch die Mitbewohner ist“ (Anhang B, S. 21f).

B4:

„Ganz allein wird Julia nie leben können, weil das möchte/kann sie nicht. Sie braucht immer Menschen um sich rum. [...] Aber sie kann sich auch nicht selbst für sich verwirklichen. Also sie braucht immer ihr Leben, also so wie ich sie einschätze braucht sie immer ihr Leben lang jemanden an die Hand. Sie kann Sachen bewältigen, ja, so normale Haushaltssachen kann sie, kriegt sie mit geregelt mit Unterstützung, aber alleine würde sie es nicht schaffen“ (Anhang B, S. 31, Z. 41ff).

„Also mit Geld umzugehen, sich selbst zu versorgen. [...] Aber sie würde sich selber zum Beispiel nicht was zu Essen kochen, das kriegt sie nicht hin. Also sie könnte das nicht einschätzen, wann, wie ich den Herd einstelle. Sie weiß, wenn das Wasser heiß ist, dass es dampft, aber sie würde es auch wissen, dass es heiß ist, aber sie würde da nicht selber Nudeln kochen oder sowas. Die verkocht alles. Soweit ist sie jetzt noch nicht. Ich weiß nicht, wie sie in drei bis vier Jahren ist, ob ihre geistige Reife dann schon so weit ist, dass sie vielleicht irgendwas könnte. Aber ganz allein leben wird sie nie“ (Anhang B, S. 32, Z. 4ff).

„Das ganze lebenspraktische, weil sie kann auch nicht einschätzen, wenn es draußen kalt ist, dass sie nicht nur im T-Shirt draußen läuft, weil sie hat wieder dieses Problem ‚Ich merk das gar nicht, dass es draußen kalt ist‘. [...] Sie würde nicht merken, wenn ihr Wäsche gewaschen werden müsste, die würde sie dreimal wieder anziehen, erst wenn sie jemand ansprechen würde ‚Du, ich glaube du solltest mal die Wäsche

wechseln. Die duftet etwas'. Das kriegt sie sonst nicht mit. Das zieht sie einfach wieder an ‚Ach da ist ein Fleck. Das ist doch nicht schlimm‘‘ (Anhang B, S. 32, Z. 19ff).

B5:

„Also Mila wird nie ein eigenständiges Leben führen können, weil sie überhaupt für sich selber nicht sorgen kann. Sie braucht in allen Bereichen des Alltags Anleitung und Hilfe und Unterstützung. Es kann sein, dass es heute klappt, aber morgen eben halt nicht mehr. Sie kann nicht mit Geld umgehen. Also das sehe ich nicht so. Und Paula traue ich eine eingeschränkte Selbstständigkeit zu. Ich denke, dass sie irgendwo immer jemanden haben wird, der sie bevormundet und ihr sagt wo der Weg lang geht. Dann wird es klappen, aber so alleine. Sie sieht nicht, wenn man aufräumen muss. Sie sieht auch nicht, wann sie Hunger hat. Sie sieht auch nicht, dass man das Geschirr wegräumt. Also da braucht sie schon jemanden, der sie so ein bisschen anleitet dabei“ (Anhang B, S. 38, Z. 14ff).

„Man hatte irgendwo mal Illusionen, Hoffnungen gehabt, wie sich so das Leben entwickeln könnte. Und wenn man dann feststellt, dass die Ausbildung immer wieder verringert werden muss, weil sie die Ausbildungsinhalte nicht versteht. Aber auch so im Alltag, das man merkt, dass da keine Vorentwicklung war oder keine Weiterentwicklung mehr stattfindet, sondern auch in vielen Bereichen eine Rückentwicklung. Das ist schon sehr belastend“ (Anhang B, S. 38, Z. 44ff).

B6:

„Also nachdem ich diese Fortschritte gemacht habe in dreieinhalb Jahren, sage ich nie wieder nie. [...] Ich brauche meinen strukturierten Tag und ich brauche auch viel Zeit, um Dinge zu machen, aber ich glaube wenn man mir die Zeit gibt, dann schaffe ich das auch. Und klar, erst spät, vielleicht auch erst mit 30 Jahren, aber ich könnte es schaffen“ (Anhang B, S. 46, Z. 1ff).

„Ja, das alles kann ich. Ich kann einkaufen. Ich kann kochen. Ich kann Zimmer putzen. Ich kann mich auch an die Tagesstruktur halten. Mein Problem ist halt nur, dass ich das nicht von jetzt auf gleich kann“ (Anhang B, S. 46, Z. 16ff).

Gemeinsamkeiten/Unterschiede

Fünf der befragten Personen trauen den Betroffenen keine eigenständige Lebensführung zu. Hingegen beschreibt die befragte Betroffene, dass sie zwar viel Zeit brau-

chen wird, jedoch irgendwann ein eigenständiges Leben führen kann. Zwei der befragten Personen geben an zunächst Hoffnungen und Vorstellungen einer eigenständigen Lebensführung der Betroffenen gehabt zu haben, die sich im Laufe der Pubertät zerschlagen hat. Zwei der Befragten geben an, im Pubertätsverlauf positive Entwicklungsschritte zu sehen, die jedoch nicht für eine eigenständige Lebensführung ausreichen. Eine Pflegemutter hingegen berichtet sogar von einer stagnierenden Entwicklung bis hin zu einer Rückentwicklung der Fähigkeiten für eine eigenständige Lebensführung im Laufe der Pubertät. Zwei der befragten Personen sehen sowohl vor als auch nach Beginn der Pubertät eine eigenständige Lebensführung der Betroffenen als unrealistisch.

Als Grund für die Unfähigkeit einer eigenständigen Lebensführung sehen vier der Befragten die mangelnde Selbstkontrolle und Selbstversorgung. Zwei der befragten Personen sehen das impulsgesteuerte und „flatterhafte“ Verhalten der Betroffenen als problematisch. Drei der Interviewten äußern, dass die Betroffene alltägliche Handlungen und Tätigkeiten im Haushalt zwar alleine schaffen, jedoch Kontrolle und Unterstützung stets notwendig ist. Zwei der befragten Personen geben einen mangelnden Umgang mit Geld als Problem bei der eigenständigen Lebensführung an. Eine befragte Person weicht von all diesen Aussagen ab und gibt die Gefährdung von schädlichen Beziehungen, in die sich die Betroffene hineinbegibt, als notwendigen Grund für eine kontrollierte Lebensführung an.

Sexuelles Verhalten

B1:

„Ja, es war ganz viel notwendig als Vorbereitung für das berühmte ‚Erste Mal‘ mit ihrem ersten Freund, wo die Kollegin mit drin war, wo ich mit drin war. (..) Und man muss halt einfach sehr gut, wen suchen die sich aus als Sexualpartner, wo landen die. Die sind einfach sehr leicht verleitbar, haben wenig eigene Grenzen und brauchen ganz viel Handreichung. Wo ist es auch gut Schluss zu sagen. [...] ‚Bis wohin gehe ich und wo sind die Grenzen?‘ und für FAS-Menschen ist es einfach um ein vielfaches schwieriger. [...] Aber bis dahin, dass ich mit ihr ins Krankenhaus gefahren bin nach ihrem ‚Ersten Mal‘, weil sie auch da wieder ein verändertes Körpergefühl hatte und es dann zu einer gynäkologischen Untersuchung kam. [...] Lena hatte das danach aber dann sehr viel klarer, wo ihre Grenzen sind. Und wenn sie danach Freunde

hatte ist sie sehr viel vorsichtiger mit ihrem eigenen Körper umgegangen und hat die Grenzen sehr viel früher wahrgenommen. Das war sehr erstaunlich. Also da habe ich gedacht, da können sich viele noch eine Scheibe von abschneiden“ (Anhang B, S. 8, Z. 9ff).

„Es gibt wenig Hemmschwelle darüber zu reden. Viele andere Jugendliche haben dann einfach Stress, weil das tut man nicht, das ist besetzt in irgendeiner Form und das wird auch eigentlich wird das in unserer Gesellschaft angemessen verarbeitet. Das ist in einem FAS-Kopf einfach anders. Also (.) da gibt es sowas nicht, wie so ein genieren“ (Anhang B, S. 8, Z. 41ff).

„Es gab eine Situation, die war schon sehr früh. Mit 13/14 Jahren hat sie sich in der Schule angeboten, selber auch. Sie saß auf dem Schulgerüst und hat laut über den Schulplatz gerufen „Wer will mit mir ficken?“. Das war (unv.) Eindruck eine Aufforderung. Sie hat mit Jungs in der Toilette Bilder gemacht von den Genitalien und haben die dann übers Smartphone ausgetauscht. Die Jungs hatten ihr ein Smartphone geliehen, damit sie zur Toilette gehen konnte und Bilder machen konnte von ihrem Genitalbereich. Es gab Übergriffe bei uns in der Wohngruppe. Das war so ein pubertierendes Experimentieren von einem Jungen, der bei uns gelebt hat. Das war aber eindeutig auch grenzüberschreitend. Das hat sie erlebt. Da hatte sie große Schwierigkeiten, weil sie auf der einen Seite in ihn verliebt war, auf der anderen Seite aber Dinge - also er hat ihr an die Brust gefasst und das wollte sie nicht. Also da sind schon Sachen passiert. (..) Die kann halt einfach nicht abschätzen ‚Wie wirkt meine eigene Geste auf mein Gegenüber?‘. Und natürlich ist Sexualität, also Hormone toben da auch rum, die das auslösen, aber die wissen überhaupt nicht, was/wie ist das zu lenken. Wie auch immer. Und das macht es schon erheblich problematischer“ (Anhang B, S. 9, Z.6ff).

B2:

„Es war ihr erst ganz schwer so zu sagen „Ich habe einen Freund.“, weil ich könnte dann ja auch wissen, dass sie ja auch Sex miteinander haben“ (Anhang B, S. 15, Z. 46ff).

„Also, Jenny ist ja noch eine, die gerne an ihre körperlichen Grenzen geht“ (Anhang B, S. 16, Z. 26f).

„Sie ist ja sehr hemmungslos in vielerlei Hinsicht, wirklich hemmungslos. [...] Alles so, wo man körperlich auch Grenzen erspürt, das findet sie total geil. Von daher gehe

ich davon aus, dass es in der Sexualität sicherlich nicht anders ist“ (Anhang B, S. 18, Z. 22ff).

„Wir hatten lange Zeit Angst, dass sie so verführbar wäre, dass jemand sie vielleicht ausnutzen könnte. Tatsächlich anschaffen schicken würde oder so. Sie ist wirklich so naiv, die wäre ein Kandidat. Also wenn jemand geschickt ist, sie wäre leider ein Kandidat dafür“ (Anhang B, S. 16, Z. 6ff).

„Die Kinder haben tatsächlich noch Missbrauch in der Zeit erlebt, als sie schon bei uns in Pflege waren. Damals haben sie noch alle vier Wochen ihre leiblichen, ihre leibliche Mutter mit dem Mann oder mit dem nächsten oder übernächsten Mann war das besucht und die haben da tatsächlich denen beim Sex zugeguckt“ (Anhang B, S. 16, Z. 17ff).

„Also ich weiß, dass Jenny übergriffig war mal, selber im Taxi auf dem Weg zur Schule. [...] Sie hat da keine Hemmschwelle Menschen anzufassen. Und ob das so sexualisiert ist oder nicht, kann man nicht immer ganz leicht auseinander halten. Aber in der Zeit als sie schon sehr, wirklich hochpubertär schon war, da hat sie oft auch Mädchen angefasst“ (Anhang B, S. 16, Z. 32ff).

B3:

„Lena ist sehr weiblich, also die geht wirklich als Volljährig durch. Hat eine sehr gesunde Oberweite und (.) über die präsentiert sie sich anderen Jungen. Das heißt ein Junge kann sagen „Das mal zeigen. Mach mal hoch.“, das macht sie, auch bei fremden Jungen. [...] oder während Skype-Aufnahmen sich zeigt und Jungen ihr angeblich dann auch ihre Geschlechtsteil zeigen würden. Aber das haben wir nur von Hören-Sagen. Aber, dass sie sich selber zeigt, das ja, das wissen wir, großes Problem“ (Anhang B, S. 24, Z. 32ff).

„Wenn wir sagen, dass das einfach nicht so gehört, wo Grenzen sind, das sehen wir völlig falsch. [...] Also sie hat zettelweise zuhause wie sie sich eben wehren kann, dass sie eben kein Nacktfoto schickt und solche Sachen und was sie sagen könnte, aber da ist sie auf der einen Seite hilflos und auf der anderen Seite auch uneinsichtig“ (Anhang B, S. 25, Z. 1ff).

„Auch dass sie sich diesen schädlichen Neigungen so aussetzen können“ (Anhang B, S. 26, Z. 15f).

B4:

„Sie hat auch noch nicht dieses sexuelle Interesse, das ist bei ihr noch Gott sei Dank noch alles kindlich. Das will sie noch gar nicht. Da hat sie noch nicht-. Sie findet das wohl ekelig, wenn andere sich küssen und sie weiß auch wo das Baby aus dem Bauch kommt. [...] Sie fasst sich zwar immer an, im Intimbereich ganz extrem. Und dann sagt sie ‚Oh, meine Eier!‘, aber das kriegt sie halt nur durch die Jungen mit und dann denkt sie, das hat sie auch und ja das hat sie halt nicht“ (Anhang B, S. 29, Z. 14ff).

B5:

„Aber selbstverständlich, so laut, dass es durch das ganze Haus geschallt ist. (..) Sie brauchen das glaube ich auch. Die Große ist extrem entspannter, wenn sie ihrem Freund oder mit ihrem Partner sexuelle Kontakte gehabt hat. Und die Kleine braucht es auch. Also das ist so, irgendwo habe ich so das Gefühl, dass dieser sexuelle Reiz beim Geschlechtsverkehr, dass der dient sich selber besser zu spüren, weil (..) die Post geht ab“ (Anhang B, S. 39, Z. 6ff).

„Ja, die Große ja, die ist dann ‚Wie ist das? Was passiert beim Orgasmus? Muss man den immer haben? Ich bin so trocken, was kann ich tun damit es besser flutscht?‘. Das sind dann so Themen, die dann beim Abendbrot erörtert werden, wo man gedacht hat, das wollte ich eigentlich gar nicht wissen“ (Anhang B, S. 39, Z. 16ff).

Missbrauch/unangemessenes Sexualverhalten:

„Ja, die Große auf Analverkehr auf der Schulhoftoilette. Nicht nur einmal, sondern mehrmals. [...] Sie hat sich missbrauchen lassen, weil sie eben halt Freund sein wollte“ (Anhang B, S. 39f, Z. 26ff).

„Also beide mussten lernen, dass wenn man onaniert, dass man die Tür zu macht und das man auch nicht onaniert unbedingt in der Küche und auch nicht wenn Gäste da sind. [...] Das man also, das wir das auch mit Regeln belegt haben. Also sexuelles Verhalten im eigenen Zimmer, hinter geschlossenen Türen“ (Anhang B, S. 40, Z. 43ff).

B6:

„Ich war sofort so offen und habe sofort meinen Betreuern Bescheid gesagt, dass ich das gerne machen möchte. Genau, also ich habe es nicht direkt gemacht, sondern ich habe das direkt angesprochen“ (Anhang B, S. 46, Z. 48ff).

„Also mein ‚Erstes Mal‘ war jetzt nicht so schön. Das war sehr schmerzhaft“ (Anhang B, S. 47, Z. 15).

„Es war schön, weil es mit dem Jungen war mit dem ich das halt machen wollte. Es war auch eine schöne Erfahrung irgendwie“ (Anhang B, S. 47, Z. 22ff).

„Ich habe halt schon drei Misshandlungen hinter mir und dadurch bin ich halt sehr verklemmt [...]. Also das Problem war halt-. Ich hab da halt Monate lang mit niemandem darüber gesprochen, weil das war mit einem Jungen [...] und das war halt so ein bisschen so ein miteinander tauschen. Er hat mir was angeboten und ich habe ihm dafür was angeboten und halt ich konnte halt nicht drüber reden, weil dadurch wusste ich würde mir das weggenommen, was er mir gibt“ (Anhang B, S. 47, Z. 24ff).

„[...] ich bin immer sehr vorsichtig. Auch jetzt noch. Dann gehe ich nicht sofort hin und möchte Sex haben. Also das bin ich nicht so, das kann ich nicht (..) und brauche Zeit“ (Anhang B, S. 48, Z. 14ff).

Gemeinsamkeiten/Unterschiede

Vier der befragten Personen berichten, dass sie wissen, dass die Betroffene bereits sexuelle Kontakte gehabt hat. Eine Befragte gibt an, nicht genau zu wissen, ob es tatsächlich sexuelle Kontakte gegeben hat oder ob es nur eine ausgedachte Erzählung der Betroffenen gewesen sei. Eine Interviewte gibt an, dass es noch keine sexuellen Kontakte gegeben hat. Letztere Aussagen stammen von zwei Pflegemüttern von 14.-/15-jährigen Betroffenen. Drei der Interviewten geben an, dass die Betroffenen sehr offen über das Thema Sexualität sprechen können. Im Gegensatz dazu beschreibt eine Befragte, dass es der Betroffenen sehr schwer fiel darüber zu sprechen.

Als Problem des sexuellen Verhaltens sehen drei der Befragten, dass die Betroffenen leicht zu verführen und zu verleiten sind. Die befragte Betroffene schildert im Gegensatz dazu, dass sie sehr vorsichtig im Umgang mit sexuellen Kontakten sei. Vier der interviewten Personen beschreiben das sexuelle Verhalten als hemmungslos und grenzenlos und im Bezug darauf beschreibt eine Person die Betroffene als uneinsichtig und hilflos. Eine befragte Person schildert im Bezug darauf, dass der sexuelle Reiz den Betroffenen hilft, sich selbst besser zu spüren. Eine interviewte Person beschreibt, dass es nach einem sexuellen Kontakt bei der Betroffenen zu einem derartig veränderten Körpergefühl kam, dass sie nicht einordnen konnte und daher ein Arzt

aufgesucht werden musste. Die Betroffene äußert sich mit widersprüchlichen Aussagen zu ihren ersten sexuellen Kontakten.

Im Bezug auf sexuelle Missbrauchssituationen, sowohl bezogen auf körperlicher als auch psychischer Ebene, berichten vier der Befragten, dass die Betroffenen schon einmal eine derartige Situation erlebt haben. In einem Fall, wovon sowohl die befragte Betroffene als auch eine weitere interviewte Person berichten, wurde der Missbrauch aus Verlustängsten zugelassen. In einem anderen Fall berichtet eine Interviewte, dass sich nicht genau erschließen lässt, warum der Missbrauch passiert ist, jedoch vermutet wird, dass die Betroffene Freund sein wollte und es deshalb zugelassen hat. Eine Befragte berichtet, dass die Betroffene psychische Missbrauchssituationen bei einem wöchentlichen Besuch der leiblichen Mutter erfahren hat. Zudem berichten vier der befragten Personen von unangemessenem Sexualverhalten der Betroffenen. Zwei Interviewte berichten im Bezug darauf von Nacktfotos und Aufnahmen, die über soziale Medien verbreitet wurden. Eine der Befragten berichtet, dass die Betroffene keine Hemmschwellen hat andere Personen anzufassen und man oft nicht deuten kann, ob es eine sexualisierte Berührung ist oder nicht. Eine Interviewte berichtet über unangemessenes Verhalten im Bezug auf die öffentliche Selbstbefriedigung der Betroffenen.

Belastungssituation von Pflegeeltern/direkten Bezugspersonen

B1:

„Also grundsätzlich die größte Belastung bei FAS und das auch für die Pubertät ist, dass man nie die Verantwortung abgeben kann. Also 24 Stunden, sieben Tage die Woche, 365 Tage im Jahr muss man diese Menschen erst einmal kontrollieren und man muss bereit sein das zu tun“ (Anhang B, S. 9, Z. 40ff).

„[...] zum Wohle Selbstschutz-/Fremdschutz, was auch immer dann eine Rolle spielt. Und in der Pubertät kommt dann natürlich einfach sowas dazu. Wenn die sich öffnen anderen Menschen und dann noch Missbrauchserfahrungen machen, Misshandlungserfahrungen machen, unter Umständen schwanger werden und eine Schwangerschaft durchleben oder einen Schwangerschaftsabbruch durchleben. Das sind natürlich alles elementare Erfahrungen, die junge Frauen oder junge Mädchen dann ja meist belasten würden. Das macht schon enorm Stress im Kopf, wenn man

(..) ja, davon ausgehen muss, dass die das gar nicht selber steuern können in keiner Weise. Schutz vor Erkrankung, Verhütung oder allein der Schutz vor AIDS“ (Anhang B, S. 9f, Z. 44ff).

„[...] und auch gucken, wie kann man alle anderen schützen und die auch selber schützen. Ja das ist was, wo ich sage, das macht eine Menge Stress“ (Anhang B, S. 10, Z. 10f).

B2:

„[...] ja, grenzenlos. Sie sucht glaube ich auch immer Grenzen. [...] Dass sie da auch echt über Grenzen hinaus geschossen ist. Sie hat sich selbst verletzt und hat dann gesagt ‚So, das macht unsere Mutter mit uns‘. Und dann die Polizisten: ‚Warum hast du denn eine Glatze?‘ und sie sagt ‚Ja, meine Mutter die holt uns immer an den Haaren vom Spielplatz‘. [...] Ja, Polizei, Jugendamt auf alle Fälle. [...] Es gäbe nichts zu Essen und hat also viele Sachen, die sie in früher Kindheit erlebt hat, dann da so dargestellt, als wenn ihr das mit 14 bei uns passiert wäre. (..) Und, tja, da kommt man schon in Schwierigkeiten. Wir haben ja das Pflegeverhältnis zu der Zeit dann auch abgebrochen“ (Anhang B, S. 17, Z. 4ff).

B3:

„Die Tatsache, dass sie (..) beide ganz schnell raus hatten, wie sie sich in der Öffentlichkeit benehmen mussten und das Zuhause aber, weil sie wussten sie werden geliebt, heute wissen wir es war die Sicherheit, diese Aggression raus ließ. Das hat sie nirgendwo anderes. Lena ist überall geliebt und geschätzt. Jeder freut sich, wenn sie da ist und (...) aber dass das so, ja wie soll ich sagen, hinter verschlossenen Türen abgelaufen ist und zwar so, dass wir uns gefühlt haben, als wenn uns eigentlich keiner wirklich glaubt“ (Anhang B, S. 25, Z. 20ff).

„[...] aber diese Belastung im Alltag das war mega“ (Anhang B, S. 25, Z. 41).

„Auch dass sie sich diesen schädlichen Neigungen so aussetzen können. [...] Sie kommt eben auch aus diesen Verhältnissen, ich meine sie ist mit fünf Jahren dort weg, aber irgendwie habe ich das Gefühl, dass sie da drin so eine Wiederholung abspielt“ (Anhang B, S. 26, Z. 15ff).

„Einen Weg zu den Kindern zu finden. Ich habe irgendwie das Gefühl beide hören sie zwar zu, aber beide manchen ihre Schotten dicht mit allem was sie erzählen. Mit allen schädlichen Neigungen, die auf sie zukommen könnten. Das tun wahrscheinlich die meisten Kinder in der Pubertät, aber ich habe dieses Gefühl, dass das bei beiden

auch wirklich richtig so ist, dass das nicht ankommt, weil sie es nicht verstehen“ (Anhang B, S. 27, Z. 14ff).

B4:

„Dass Julia gerne viel selber, alleine machen möchte und es nicht dem Alter entsprechend kann. Also andere 14-Jährige gehen ja wirklich raus ins Kino ganz alleine ohne Mama und Papa oder irgendjemanden oder steigen in den Bus und fahren zu ihren Freundinnen. Das kann sie alles nicht und das ist das, was Julia nicht versteht und dann halt sehr maulig wird“ (Anhang B, S. 33, Z. 5ff).

„Für mich ist das belastend, weil andere 14-Jährige gehen wirklich ihre Wege und sie ist halt wirklich-. Sie musst du beschäftigen, auch den ganzen Tag. Sie braucht ihre Struktur, jeden Tag, täglich grüßt das Murmeltier“ (Anhang B, S. 33, Z. 20ff).

B5:

„Oh, diese Diskrepanz zwischen Reife, körperlicher Reife und geistiger Reife, weil es einfach, vieles was man denen erklärt hat ist überhaupt nicht angekommen, registriert worden. Oder das, was wir als ekelig empfanden haben fanden sie völlig normal“ (Anhang B, S. 40, Z. 7ff).

B6:

/

Gemeinsamkeiten/Unterschiede

Zwei der Befragten sehen die Angst vor negativen sexuellen Erfahrungen, Missbrauchssituationen und sexuell übertragbaren Krankheiten, die die Betroffenen erleben könnten, und die daraus resultierende Schutz- und Kontrollfunktion, die auf sie zu kommt, als eine der größten Belastung in der Pubertätsphase. Zwei der befragten Personen schildern als eine große Belastung in der Phase der Pubertät die Schwierigkeit, den Betroffenen etwas zu erklären, weil das Erklärte von den Betroffenen oft nicht verstanden wird. Eine befragte Person beschreibt die Lügen, die die Betroffene in Bezug auf ihre kindlichen Missbrauchserfahrungen entwickelt und der Öffentlichkeit präsentiert, als sehr belastend und schwierig. Hierdurch kam die Befragte in Konfliktsituationen mit der Polizei und dem Jugendamt. Dies führte zum Abbruch des Pflegeverhältnisses. Eine weitere befragte Person berichtet von einem kontrolliert, wechselhaftem Verhalten der Betroffenen in Bezug auf Situationen außerhalb und innerhalb des Elternhauses. In der Öffentlichkeit zeigte sich die Betroffene von

ihrer besten Seite und Zuhause bei ihren Pflegeeltern zeigte sie aggressives Verhalten. In Bezug darauf sieht die Befragte das mangelnde Verständnis und die mangelnde Aufklärung der Öffentlichkeit als große Belastung. Eine der interviewten Personen sieht die Einschränkungen in der eigenständigen Lebensführung und die daraus resultierende Hilfs- und Kontrollfunktion als größte Belastung in der Phase der Pubertät. Zwei der befragten Personen sehen in Anlehnung daran den Unterschied zwischen der körperlichen und der geistigen Reife der Betroffenen als große Belastung.

Notwendige Unterstützungswünsche

B1:

„Ja, dadurch, dass sie jetzt ein Implantat hat und (.) und die Hormone eben langjährig dadurch gesteuert werden, hat sie keine Regel mehr, keine Regelblutung mehr und nichts. [...] Das ist eine riesen Entlastung, also für das ganze Umfeld, aber auch für die Betroffene“ (Anhang B, S. 4, Z. 34ff).

„Das was ich eingangs sagte, also ganz banale Sachen. Wie kann man erstmal Hygiene regeln? Wie kommt man ins Gespräch darüber? Wie kriegt man eine Struktur in diese ersten Erfahrungen? Diese Hürde zu nehmen. Bei den FAS-Menschen ist es ja oft so, die kommen nicht ins Handeln und wenn das gelingt diesen Motor anzuschieben, dass die ins Handeln kommen, das man ein Gespräch initiieren kann. Und das man einfach da Materialien an der Hand hat und in irgendeiner Form dieses sensible Thema Sexualität auf den Tisch bringt, wo man sich befassen kann. Das ist das was wir brauchen für den Alltag, damit es einfach gelingt, das zum Thema zu machen“ (Anhang B, S. 10, Z. 18ff).

B2:

„Und wir haben ihr schon mit 14 dann die Pille verschrieben und sie bekommt jetzt Drei-Monats-Spritzen, damit sie ihre Tage gar nicht bekommt, weil sie das nicht aushalten kann und dann echt abdreht“ (Anhang B, S. 13, Z. 23ff).

„Ganz, ganz klar habe ich damals auch schon beim Jugendamt um Hilfe gebeten und die wäre für mich nicht gewesen das Kind aus der Familie zu nehmen, sondern-. (.) Sie hatte dann ja so diesen Anspruch sich nach außen zu orientieren und ich finde den hatte sie zu Recht. Mal mit anderen Mädchen ins Kino oder irgendwas machen. Nur es war eben so, da hätte jemand mitgehen müssen der nicht Mama für sie heißt. Da hätten wir vielleicht (..) eine junge weibliche Kraft haben müssen, vielleicht auch

männlich keine Ahnung. Aber eine geführte Gruppe für Jugendliche, für pubertierende Mädchen wäre da wirklich klasse gewesen. Die was machen, was in ihrem Alter einfach an der Zeit ist, was einfach dran ist, aber eben auch sichern. [...] Ich finde, (..) so sehr die auch brauchen, um sich zu verwirklichen und auch Freiheit zu genießen, so sehr müssen wir auch einen geschützten Rahmen für diese Kinder haben. Das wäre wirklich ideal“ (Anhang B, S. 18, Z. 32ff).

B3:

„Sie kriegt jetzt allerdings auch seit eineinhalb Jahren die Drei-Monats-Spritze. Da ist das nicht mehr so, da kommen Zwischenblutungen, aber da ist sie dann so von der Bahn weg, von der Rolle weg, dass dann sofort dicke Pakete davor kommen, damit da ja nicht irgendwas passieren kann“ (Anhang B, S. 22, Z. 31ff)

„Mir bzw. uns hätte geholfen, dass andere um dieses Problem gewusst hätten. Und wenn es nur das Jugendamt gewesen wäre, auch da ist es schwer gewesen oder jetzt schwer mit der, die wir heute haben. Immer dieses Gefühl haben, theoretisch wird gesagt ‚Ja, wir wissen darum.‘ oder ‚Ja, wir glauben Ihnen‘. Aber nicht dieses Wissen, ja, das ist so“ (Anhang B, S. 26, Z. 28ff).

„Und das hat uns gut getan. Oder hier über die Selbsthilfegruppe, an der ich leider noch nicht so viel teilnehmen konnte. Aber die wenigen Termine alleine, dieser Spruch ‚Ich hatte immer das Gefühl ich habe zwei Kinder‘, das war es“ (Anhang B, S. 26, Z. 35ff).

„Einen Weg zu den Kindern zu finden. Ich habe irgendwie das Gefühl beide hören sie zwar zu, aber beide manchen ihre Schotten dicht mit allem was sie erzählen“ (Anhang B, S. 27, Z. 14ff).

B4:

„Ja, familienentlastender Dienst“ (Anhang B, S. 31, Z. 10).

„Die Hilfen hol ich mir dadurch, dass ich Leonie bei mir angestellt habe und sie dann teilweise nachmittags sie dann für Stunden holt und mit ihr so halt dieses Shoppen geht. [...] Was sie eigentlich sonst mit Freundinnen macht, macht sie dann mit Leonie und das ist für mich dann schon meine Entlastung pur“ (Anhang B, S. 33, Z. 46ff).

„Finanzielle Hilfen natürlich“ (Anhang B, S. 34, Z. 5).

B5:

„[...] und wir sind echt froh, dass es die Drei-Monats-Spritze gibt und somit diese ganze Sache mit der Monatshygiene aus und vorbei ist“ (Anhang B, S. 36, Z. 46ff).

„Oh, ich hätte mir irgendwas gewünscht, womit man den Mädchen es besser erklären kann, dass ihr Körper ihnen gehört und wie man das auch handhabt mir der Monatshygiene. Wir haben uns, wir hatten dieses Buch vom Bundesgesundheitsministerium, mein Körper gehört mir und Sex gehört dazu, aber da ging es viel um Missbrauch, aber nicht darum, wie (..) normales sexuelles Verhalten abläuft. Sondern eben halt, dass man sich nicht vom Betreuer antatschen lässt und ähnliches. Also da so irgendetwas, was so normal ist in Anführungsstrichen „Was ist normales sexuelles Verhalten?“ aufzeigt“ (Anhang B, S. 40, Z. 15ff).

B6:

/

Gemeinsamkeiten/Unterschiede

In Bezug auf die Probleme im hygienischen Umgang mit der Monatsblutung beschreiben vier der befragten Personen ein Verhütungsmittel, welches die Monatsblutung unterbindet, als hilfreich. Als Beispiel benennt einer der Befragten ein Verhütungsimplantat und drei der Befragten die Drei-Monats-Spritze. Drei der interviewten Personen wünschen sich Materialien zur Aufklärungsarbeit, mit denen man den Betroffenen Sexualität angemessen erklären kann. Sie betonen dabei die mangelnde Theorie-Praxis-Umsetzung sowie das mangelnde Sprachverständnis. Zwei der befragten Personen sehen begleitete Freizeitaktivitäten für die Betroffenen, die ohne die Pflegeeltern stattfinden, als notwendig und hilfreich. Im Bezug darauf berichtet eine Pflegemutter über den familienentlastenden Dienst. Hierfür sieht sie jedoch eine finanzielle Unterstützung als notwendig. Eine interviewte Person sieht die Aufklärungsarbeit als hilfreich an, damit andere Personen von dem Problem wissen und ein Austausch möglich werden könnte. Sie sieht zudem die Gespräche in der Selbsthilfegruppe als entlastend und hilfreich.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich diese Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen Hilfsmittel als die angegebenen benutzt habe. Alle Stellen, die Ausführungen anderer Autoren wörtlich oder sinngemäß entnommen sind, habe ich durch Angabe der Quellen als Zitate kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder in Teilen noch insgesamt einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Theresa Driller
