

Evangelischer Verein  
**Sonnenhof** e. v.

Hilfen zur Erziehung  
Eingliederungshilfe  
FASD-Fachzentrum

FASD-spezialisierte Betreuung,  
Information, Beratung, FASD-Diagnostik,  
Fortbildung.

[www.ev-sonnenhof.de](http://www.ev-sonnenhof.de)  
[www.fasd-fachzentrum.de](http://www.fasd-fachzentrum.de)

**Clearinggruppe für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrum-  
störungen (FASD), vergleichbaren Beeinträchtigungen sowie  
dem Beginn von riskantem bis abhängigem Konsum**

## **Abschlussbericht**

an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

über die Projektzeit vom August 2014 bis August 2015

vorgelegt von  
Gela Becker

Berlin, im November 2015

## Kontakt

Gela Becker, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin  
Evangelischer Verein Sonnenhof e. V.  
Integrative Jugend- und Eingliederungshilfe,  
FASD-Fachzentrum, Information, Beratung, FASD-Diagnostik, Fortbildung  
Neuendorfer Straße 60  
13585 Berlin  
E-Mail: [gb@sonnenhof-ev.de](mailto:gb@sonnenhof-ev.de)

Prof. Dr. med. Klaus Hennicke  
Nelkenstr. 3  
12203 Berlin  
E-Mail: [klaus-hennicke@posteo.de](mailto:klaus-hennicke@posteo.de)

Prof. Dr. rer. nat. Michael Klein  
Katholische Hochschule NRW  
Wörthstr. 10  
50668 Köln  
E-Mail: [mikle@katho-nrw.de](mailto:mikle@katho-nrw.de)

## Vorbemerkung

Im Bericht und in der Durchführungsbeschreibung der Clearinggruppe wird, soweit dies möglich ist, eine geschlechtergerechte Schreibweise verwendet. In der Regel werden beide Geschlechter benannt. Eine geschlechtsneutrale Partizipform wird verwandt, wenn es um beide Geschlechter umfassende Bezeichnungen ohne Entwertungscharakter geht.

## **Titel und Verantwortliche**

**Titel des Projektes:** Clearinggruppe für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD), vergleichbaren Beeinträchtigungen sowie dem Beginn von riskantem bis abhängigem Konsum

**Förderkennzeichen:** Kapitel 15 02 Titel 684 69

**Projektleitung:** Dipl.-Psych. Gela Becker

**Projektmitarbeitende:** Dipl.-Psych. Gela Becker  
Natalie Novick Brown, Ph.D.  
Dan Dubovsky, M.S.W. (Master of Social Work)  
Therese Grant, Ph.D.  
Prof. Dr. med. Klaus Hennicke  
Prof. Dr.rer.nat. Michael Klein  
Dr. med. Dipl.-Psych. Mirjam Landgraf  
Dipl.-Soz. Päd.Gisela Michalowski  
Dipl.-Psych. Ellen Scholz  
Dipl.-Psych. Jessica Christine Wagner  
Dr. phil. Dipl.-Psych. Theo Wessel

**Laufzeit:** 15.08.2014 bis 31.08.2015

**Fördersumme:** bis zu 61.726,-- €

**Datum der Erstellung des Abschlussberichtes: November 2015**

## Inhaltsverzeichnis

Kontakt .....	2
Vorbemerkung .....	3
Titel und Verantwortliche .....	4
Inhaltsverzeichnis .....	5
Zusammenfassung .....	6
1. Einleitung .....	7
1.1 Ausgangslage des Projektes .....	7
1.2 Ziele des Projektes .....	8
1.3 Projektstruktur .....	11
2 Erhebungs- und Auswertungsmethodik .....	12
2.1 Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern .....	13
2.2 Machbarkeitsbefragung .....	13
2.3 Vorgehen bei der Manualentwicklung.....	14
2.4 Übersicht über die Sitzungen .....	17
2.5 Ethische Gesichtspunkte .....	19
3 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan .....	19
4 Ergebnisse .....	22
5 Diskussion der Ergebnisse.....	22
6 Gender-Mainstreaming Aspekte .....	23
8 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential) .....	24
Literaturverzeichnis .....	26
Anhang 1: Tabellenverzeichnis.....	29
Anhang 2: Abbildungsverzeichnis.....	29
Anhang 3: Trainingsmanual.....	30

## Zusammenfassung

Im vorliegenden Abschlussbericht wird die Konzipierung eines sekundärpräventiven Projektes für eine besondere Gruppe teilhabebeeinträchtigter Menschen vorgestellt: Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD) oder Menschen mit vergleichbaren Funktionsbeeinträchtigungen sowie dem Beginn von riskantem bis abhängigem Konsum.

Menschen mit FASD sind zum Teil aufgrund beeinträchtigungsimmanenter Gründe besonders gefährdet Suchtstörungen zu entwickeln, werden jedoch in den Helfefeldern noch nicht ausreichend identifiziert bzw. sind die Hilfen der Suchthilfe noch nicht auf diese Zielgruppe eingestellt. Menschen mit hirnnorganischen Beeinträchtigungen laufen dadurch Gefahr, aus Regelangeboten herauszufallen oder keinen Zugang zu finden. Ziel des Projektes ist die Erweiterung der Teilhabemöglichkeiten dieser Menschen u. a. dadurch, dass innerhalb des Projektes personalisierte Hilfen erstellt werden, die Fachkräften helfen, Verständnislücken zu schließen und bestehende Hilfen anzupassen. Ein bifokales nach Schweregraden der Beeinträchtigungen gewichtetes Modell einer Clearinggruppe wurde entwickelt. Ein Modulblock wurde speziell auf Menschen mit FASD ausgerichtet, von zwei weiteren Modulblöcken können auch Menschen mit vergleichbaren hirnnorganischen Beeinträchtigungen anderer Verursachung (genetische Veränderungen, prä- und perinatal erworbene Schäden, Schädel-Hirn-Traumen) partizipieren, deren Zugang zu Suchthilfen gleichfalls erschwert ist. Bei der Konzipierung wurde darauf geachtet, dass breite Adaptionmöglichkeiten für die Helfefelder der Suchthilfe, der Behindertenhilfe sowie der sozialpsychiatrischen Versorgung möglich sind. Gleichzeitig stellt die Clearinggruppe selbst ein (prä-)therapeutisches Modellprojekt dar, das den Teilnehmenden die Schritte in bestehende ambulante, teilstationäre oder stationäre Suchthilfe erleichtern soll.

Da Menschen mit FASD in den o. g. Helfefeldern noch zu wenig bekannt sind, wurde die Konzipierung des Modellprojektes um einen Überblick über Versorgung, FASD-Diagnostik, einen Screeningansatz sowie Interventionsmöglichkeiten ergänzt, die in einem Fachverlag veröffentlicht wurden. Es besteht dadurch die Möglichkeit, die Ergebnisse der Pilottestung der Clearinggruppe, die nicht mehr Teil des Projektes war, auszuwerten und einem breiten Interessentenkreis in Folgeauflagen des Buches ebenso wie Verbesserungen des Manuals zur Verfügung zu stellen.

# 1. Einleitung

## 1.1 Ausgangslage des Projektes

Menschen mit hirnrorganischen Beeinträchtigungen sowie gravierenden Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen, die in Zusammenhang mit einer Diagnose oder Verdachtsdiagnose aus dem Bereich der Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD) stehen oder vergleichbare Funktionsbeeinträchtigungen zeigen, haben massive Schwierigkeiten, einen für sie adäquaten Zugang zu Suchtberatung und Suchtkrankenhilfe zu finden. Auch wenn in den vergangenen Jahren im Zuge von Normalisierung und Inklusion die Zunahme von Menschen mit einer geistigen Behinderung sowie der Entwicklung einer Alkoholproblematik/Suchtproblematik ein zunehmend drängendes Thema wurde und einige Angebote entwickelt werden konnten, besteht doch für die große, jedoch auch besondere Gruppe der o. g. Menschen eine Angebotslücke, für die bislang weder in Deutschland noch im anglo-amerikanischen Raum spezifische Hilfen entwickelt wurden.

Nahezu die Hälfte der Menschen mit FASD droht eine Suchtproblematik zu entwickeln (siehe dazu die Langzeitstudien von Streissguth et al., 1996, 2004). Daher ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sie vielfache Behandlungsversuche machen, von denen sie jedoch aufgrund ihrer neurokognitiven Defizite nicht profitieren können. In einer amerikanischen Pilotstudie, die diese Hypothese an weiblichen Patientinnen untersuchte (Grant et al., 2014), wurde deutlich, dass die Behandlungsmisserfolge bei Menschen mit pränataler Alkoholexposition und FASD signifikant höher liegen als bei denjenigen ohne diese Beeinträchtigungen. „As this initial study implies, if undiagnosed cognitive deficits and associated learning problems do in fact play a significant role in treatment failure, it will be important for treatment programs to screen for such factors during intake and modify therapeutic approaches accordingly.“ (Grant et al., 2013, S.90).

Aus aufsuchenden Studien an italienischen Schulen kann abgeleitet werden, dass circa vier pro 1.000 Kinder das Vollbild eines Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) und 19 pro 1.000 Kinder eine andere alkoholbedingte Spektrumstörung (FASD außer FAS) aufweisen (May et al., 2006, 2011). In Deutschland gehen wir von einer strengeren Prävalenzschätzung für FASD von ca. 1% aller Kinder und damit aller Erwachsenen (biologisch nicht reparable alkoholtoxische Hirnschädigung) aus. Auf Deutschland

bezogen würde das bedeuten, dass ca. 1.300.000 Menschen von dieser Störung betroffen sind. Damit wäre intrauterine Alkoholexposition eine der häufigsten Ursachen für angeborene Erkrankungen (vgl. Landgraf et al., 2013).

Der Anteil von Menschen mit FASD an der Gesamtgruppe der Alkoholabhängigen könnte – bislang unerkannt – im zweistelligen Bereich liegen (29 % der 12- bis 20-Jährigen und 46 % der Erwachsenen; Streissguth et al., 1996, 2004). Die Regelangebote der Suchthilfe sind für Menschen mit FASD noch nicht ausreichend ausgestattet und auf die hirnorganischen Beeinträchtigungen zu wenig eingestellt. Daher müssten im Bereich der Suchthilfe Interventionen entwickelt und evaluiert werden, die dem besonderen Gefährdungspotential entsprechen. Hilfen zur Teilhabe für die Angebote der Suchthilfe bei problematischem Konsum sowie für Entzug und Rehabilitation müssen in den Maßnahmenkatalog aufgenommen werden, um die vorhandenen Teilhabeeinschränkungen dieser Hochrisikogruppen zu reduzieren. Der Entwicklung von „maßgeschneiderten Bausteinen“, die den Zugang zur Regelversorgung behinderungsgerecht ergänzen können, kommt daher neben der humanitären, perspektivisch auch eine weitere Funktion in Hinsicht auf eine Verbesserung des effizienten Einsatzes von Rehabilitationsmitteln zu.

Auch bei Menschen mit vergleichbaren hirnorganischen Beeinträchtigungen anderer Verursachung (genetische Veränderungen, prä- und perinatal erworbene Schäden, Schädel-Hirn-Traumen) dürften die Zahlen für Suchtprobleme und riskanten Konsum im Kontext der Normalisierung der Lebensbedingungen, der Integration in die Gemeinschaft und seit einigen Jahren durch inklusive Angebote auf die gesamtgesellschaftlichen Werte ansteigen.

## **1.2 Ziele des Projektes**

Ziel des Projektes ist die Verbesserung der Teilhabemöglichkeiten für Menschen mit hirnorganischen Beeinträchtigungen sowie gravierenden Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen, die im Zusammenhang mit einer Diagnose oder Verdachtsdiagnose aus dem Bereich der Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD) stehen, vergleichbare Funktionsbeeinträchtigungen zeigen sowie dem Beginn von riskantem bis abhängigem Konsum. Erreicht werden soll dieses Ziel durch:



- Die Konzeptionierung einer Sucht-Clearinggruppe für Menschen mit FASD oder vergleichbaren Beeinträchtigungen
- Die Entwicklung eines Manuals
- Vorklärungen zur Umsetzung und Evaluation der Pilottestung

Die Zielgruppen für die Clearinggruppe sind in der Altersgruppe flexibel, da bei Menschen mit diesen Beeinträchtigungen ein breites Spektrum an Reifungsverzögerungen erwartbar ist, so dass die Zusammenstellung der Gruppe eher am Schweregrad der Beeinträchtigungen orientiert, jedoch für den Gruppenprozess auch nicht zu homogen zusammengestellt werden sollte.

Die Entwicklung passgenauer Hilfen zur Teilhabeförderung war ausschlaggebend für die Konzeptionierung der Module in drei voneinander auch unabhängigen, sowie mit zeitlichem Abstand durchführbaren, thematischen Blöcken, die mit ihren verschiedenen thematischen Schwerpunkten die Teilhabelücken zu den Hilfen der ambulanten und stationären Suchthilfe bzw. ebenso zu bereits spezialisierten Suchthilfe-Projekten der Behindertenhilfe überbrücken sollen.

Sowohl für die Teilhabeförderung als auch für die Durchführung der Clearinggruppe sind aufgrund des breiten Spektrums möglicher Beeinträchtigungen die Sichtung der vorliegenden Diagnostik als auch - wenn möglich - deren Ergänzung notwendig. Bereits an dieser Stelle ist der umfassende Einbezug von Bezugspersonen für diese besondere Zielgruppe unumgänglich, da sonst weder eine tragfähige Motivation noch die Wahrnehmung von Sitzungen möglich sind. Da nicht in allen Einrichtungen bzw. Orten der Zugang zu der notwendigen speziellen neuropsychologischen Diagnostik möglich ist, haben wir einen Diagnostiküberblick entwickelt, der die gemeinsame Einschätzung der Beeinträchtigungen durch Verhaltensbeobachtungen der Bezugspersonen und Betreuenden ermöglicht.

Wesentlich ist im Anschluss die Gewichtung der Beeinträchtigungen der Teilnehmenden nach Schweregraden, die dann die Anpassung der zu verwendenden Materialien im Rahmen der Vorbereitung der Durchführung der Modulblöcke bestimmt.

Auf dem Hintergrund chronifizierter Vermeidungshaltungen der Teilnehmenden, die durch Fehldiagnosen und Fehlbetreuungen entstanden sind, entstehen für die Clearinggruppe folgende (prä)therapeutische Aufgaben (vgl. Prouty et al., 2011):

- Verbesserung der Bedingungen für eine Verhaltensänderung der Teilnehmenden durch Förderung der Annäherungsbereitschaft (Priming) (Grawe, 2004)
- Förderung der Erregungssenkung, der Stresstoleranz durch Ansätze von Emotionsmanagement (Lammers, 2007) sowie Achtsamkeitsübungen
- Ressourcenaktivierung durch bedürfnisbefriedigende Erfahrungen (Bindung, Orientierung, Transparenz, Selbstwerterhöhung, angenehme Zustände) mit dem Ziel, die problematischen neuronalen Erregungsmuster zu schwächen (Vermeidungssystem)

Die Clearinggruppe als prä-therapeutisches Modellprojekt verfolgt im Einzelnen folgende Ziele:

### **A Modulblock I Psychoedukation FASD**

(5 Sitzungen, davon eine ausschließlich für Frauen und eine optional zum Herausarbeiten familiärer Rollenvorbilder):

- Förderung des Verständnisses der eigenen Beeinträchtigungen
- Förderung des Verständnisses, warum es so schwer ist, sich mit dieser besonderen Beeinträchtigung selbst zu akzeptieren
- Entwicklung von personalisierten Flyern, die helfen, FASD zu erklären und im Transfer eine Rolle spielen können
- Sitzung für Frauen mit FASD: Informationen und Hilfestellungen, ggf. ergänzt durch Einzelgespräche zu den Themen Alkohol und Schwangerschaft, Sexualität und ggf. Gewalt
- Optional: Generalisiertes Herausarbeiten von familiären Rollenvorbildern aufgrund der Gefahr von Retraumatisierungen mit großem Allgemeinheitsgrad

### **B Modulblock II für Menschen mit FASD und vergleichbaren Beeinträchtigungen (5 Sitzungen):**

- Stärkung der Motivation eigene Konsummuster zu überdenken
- Behinderungsgerechtes Erarbeiten von kurzfristigen Vorteilen und langfristigen Nachteilen des Konsums
- Durchführung eines Elementes der Emotionsregulation (Spannungsabbau) gemeinsam mit den Bezugspersonen als Element eines „Notfallkoffers“
- Verbesserung der Widerstandsfähigkeit gegenüber Verführungssituationen

- Kennenlernen alternativer Befriedigungsmuster

### **C Modulblock III Vermittlung weiterführender Angebote**

(drei Gruppen- und zwei Einzelsitzungen unter Einbezug der Bezugspersonen):

- Behinderungsgerechte Informationsvermittlung zu den Themen Abstinenz versus Reduktion der Trinkmengen
- Vorstellen der ambulanten und stationären Angebote
- Im Rahmen der Einzelgespräche: sinnvolle Unterstützungsstrategien für die Teilnehmenden werden erarbeitet

Aufgrund der herabgesetzten Gruppenfähigkeit dieser Zielgruppe darf die Gruppengröße sechs Teilnehmende möglichst nicht überschreiten.

Die Durchführung der Sitzungen erfolgt möglichst geschlechtergemischt durch eine Trainerin und einen Trainer.

Die Trainerinnen und Trainer sollten sich mit der Thematik FASD und neuropsychologische Beeinträchtigungen vertraut gemacht haben. Wünschenswert wären auch Erfahrungen in der Arbeit mit Menschen mit FASD und/oder vergleichbaren Beeinträchtigungen, um auch den ersten psycho-educativen Modulblock vorstellen zu können.

### **1.3 Projektstruktur**

Die Projektgruppe wurde multiprofessionell und hilfesystemübergreifend aus FASD-Experten, Experten der Sucht- und Eingliederungshilfe, einer Repräsentantin der Eltern- und Patientenvertretung sowie Pionieren der Entwicklung von FASD-Diagnostik und Betreuungsmodellen für Kinder/Jugendliche und Erwachsenen mit FASD zusammengestellt. Zur nachhaltigen Verbesserung der Teilhabemöglichkeiten der Zielgruppen wurden für eine thematische Erweiterung in Form eines Überblicks über Screeningangebote amerikanische FASD-Experten hinzugezogen. Das Projekt wurde durch Frau Dipl.-Psych. Gela Becker koordiniert und geleitet.

## 2 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Aufgrund des begrenzten Umfangs dieses Projektes sind als Indikatoren zur Messung der Zielerreichung, nämlich der Verbesserung der Teilhabemöglichkeiten o. g. Zielgruppen, das Vorliegen des Manuals/Handbuchs sowie einer PDF Version vorgesehen. Das Manual liegt in erweiterter Form als Fachbuch (Becker et al., 2015) vor, auf eine PDF Version wurde verzichtet.

Die Auswertung der Pilottestung ist geplant, jedoch nicht mehr Teil des Projektes.

Die Pilottestung folgt einem Prä-Post-Längsschnittdesign mit einer nicht-zufallsgesteuerten Stichprobe, wobei zu allen drei Messzeitpunkten ein anonymisiertes, halbstandardisiertes Interview durchgeführt wird.

Zusätzlich zur Untersuchung des primären Outcomes werden weitere Einflussfaktoren (Mediatoren) erhoben. So wird jede Gruppensitzung von den Teilnehmenden auf einer 5-stufigen Likertskala bewertet, Bezugspersonen und Fachkräfte von Regelangeboten der Suchthilfe werden in Telefoninterviews zur Bewertung von Einzelaspekten der Sitzungen befragt.

Zum Messzeitpunkt  $t_2$  sollen im Rahmen qualitativer Interviews mit Teilnehmenden und Bezugspersonen sowohl Verbesserungsvorschläge für die Sitzungen und Materialien als auch mögliche Effekte auf gesundheitsförderndes Verhalten und verbesserte Teilhabe an Regelangeboten der Suchthilfe erfragt werden.

Für eine Evaluation müssen noch weitere Voraussetzungen geschaffen werden: zum einen muss die Diagnostik dieser Behinderung verbessert werden und es müssen weitere Einrichtungen der Eingliederungs- und der Suchthilfe, Menschen mit diesen Beeinträchtigungen betreuen. Die im Rahmen des Projekts erstellte Fachpublikation wird dafür einen Beitrag leisten.

Erst dann kann die Prüfung der Haupthypothese der Projektentwicklung (primäres Outcome) – operationalisiert werden: die Wirksamkeit des Suchtclearing-Projektes (differenzierte Auseinandersetzung mit den hirnorganischen Beeinträchtigungen, ergänzt um praktische Hilfestellungen) als Basis (Erweiterung der Möglichkeiten der Teilhabe) für eine Auseinandersetzung mit problematischem Konsum, ermöglicht einen Klärungsprozess – und somit den Zugang zu gesundheitsförderndem Lebensstil, Suchtberatung, ambulanter Suchtrehabilitation (für Menschen mit geistiger Behinderung) und Suchtkrankenhilfe. Weitere Ziele (sekundäre Outcomes) sind die Untersuchung der Akzeptanz des Suchtclearing-Projektes, seine Optimierung und die Senkung einer möglichen Abbruchquote.

## 2.1 Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern

In der Vorbereitung des Projektes wurden Kooperationspartner aus den Feldern der Sucht- und Behindertenhilfe angefragt, die bei Vorliegen der Fachpublikation prüfen werden, wieweit das vorliegende Manual bereits Adaptionmöglichkeiten bietet. Kontakte und die Prüfung weiterer Durchführung und Evaluationen des Modellprojektes werden nach Abschluss des Projektes erfolgen.

## 2.2 Machbarkeitsbefragung

Im Vorfeld der Erstellung des Manuals der Clearinggruppe wurden Pflegeeltern von Erwachsenen mit FASD, die Suchtstörungen entwickelt hatten, FASD-Experten sowie Experten der Suchthilfe zu ihren Vorstellungen und Ideen zur Erstellung eines Gruppentrainings für Menschen mit FASD, vergleichbaren Beeinträchtigungen und riskantem bis abhängigem Konsum befragt, zum Teil im persönlichen Gespräch, zum Teil auch telefonisch. Die Erfahrungen einiger der Befragten (siehe Tab. 1) flossen im Anschluss durch z. T. zusätzliche ehrenamtliche Teilnahme am Forschungsprojekt direkt in den Diskussionsprozess ein.

**Tabelle 1: Adressaten der Machbarkeitsbefragung**

<b>Einrichtung</b>	<b>Setting/Hilfesystem</b>
Sozialpsychiatrischer Dienst	Fachdienst der Eingliederungshilfen
Komplexeinrichtung	Behindertenhilfe
Freie Praxis für Psychotherapie	ambulant-psychotherapeutisch
Fachverband	Suchthilfe
Pflegefamilie	Kinder- und Jugendhilfe
Vorsitzende	Patienten- und Elternvertretung FASD

## **2.3 Vorgehen bei der Manualentwicklung**

Es erfolgte zunächst eine Sichtung vorhandener Trainings der Sucht- und Behindertenhilfe sowie evaluierter Trainings für Kinder- und Jugendliche aus dem anglo-amerikanischen Raum, die für Erwachsene mit FASD adaptiert werden könnten. Vielleicht sollte an dieser Stelle erwähnt werden, dass es bislang weder in Deutschland noch im anglo-amerikanischen Raum auf diese Zielgruppen ausgerichtete Interventionen gibt. Mit dieser Konzeptionierung haben wir damit Neuland betreten.

Qualitative Interviews wurden mit Menschen mit FASD geführt, deren Hinweise z. T. direkt in die Modulentwicklung aufgenommen wurden. Intensive Diskussionsprozesse wurden sowohl im Plenum als auch in Untergruppen geführt, die in einem ersten Entwurf zusammengeführt wurden. Debatten im Dezember 2014 und Januar 2015 sowie der Einspruch der Praktiker führten dazu, diesen Entwurf, der auf High Functioning FASD ausgelegt war, zu verwerfen. Anschließend wurden die Module dann für ein breiteres Spektrum von Menschen mit FASD mit der Möglichkeit flexibler Handhabungen konzeptioniert. Für die Konzeptionierung der Struktur und der Sitzungsinhalte wurde ein regelmäßiger Austausch organisiert.

War es zunächst das Ziel, zusätzlich zu einem therapeutisch orientierten Manual, vereinfachte Ergänzungen für sozialpädagogische Fachkräfte zu erstellen, wurde dies zugunsten einer flexiblen Handhabung des Niveaus der Module verworfen. Es geht hierbei darum, das sehr breitgefächerte mögliche Fähigkeitspotential der Teilnehmenden zunächst diagnostisch zu erfassen und anschließend die Interventionen innerhalb der Sitzungen dem Bedarf der Teilnehmenden anzupassen. Die wesentlichen Fähigkeiten der Trainerinnen und Trainer liegen daher darin, in der Lage zu sein, sich auf den komplexen Bedarf der Teilnehmenden in Gruppensettings einzustellen. Hierfür kommen Mitglieder ganz unterschiedlicher Berufsgruppen in Frage: Sozialpädagogen, Pädagogen, Psychologen, Mediziner sowie Erzieher und Sozialarbeiter möglichst mit therapeutischer und/oder suchtttherapeutischer Zusatzqualifikation sowie Fortbildung in einfacher Sprache. Wesentlich für die Arbeit mit Menschen mit FASD sowie vergleichbaren Beeinträchtigungen sind über die Qualifikation hinaus Persönlichkeitsmerkmale wie Empathie und die Fähigkeit zu deeskalierendem Handeln, die als „emotionale Wärme“ beschrieben werden können.

Aufgrund der eingeschränkten Gruppenfähigkeit können höchstens 5 - 6 Teilnehmende aufgenommen werden. Die Sitzungslänge ist in Abhängigkeit vom Schweregrad der Beeinträchtigungen auf 60 Minuten ausgelegt.

Rahmenbedingungen für die Sitzungen im Überblick

- Stundendauer: 60 Minuten
- Teilnehmerzahl: 4 – 6 Personen
- möglichst 2 Trainerinnen oder Trainer
- Aus- bzw. Einstieg nach einzelnen Modulblöcken möglich (nach Vereinbarung)
- Essen und Trinken im Rahmen der Sitzung, zu Beginn oder am Ende sollten erlaubt sein bzw. gemeinsam gestaltet werden.
- „Auszeit“ innerhalb der Sitzung sollte für Teilnehmer möglich sein (z. B. Happy-Chair).

Angesichts der Komplexität der Anforderungen für die Trainerinnen und Trainer wurde für die Strukturierung der Sitzungen auf eine übersichtliche Handhabung zurückgegriffen, die den Trainerinnen und Trainern den Überblick erleichtern soll. Die Module gliedern sich in:

- Ziele
- Materialien
- Hinweise zur Flexibilisierung für Teilnehmende mit besonderen Beeinträchtigungen
- Hinweise zur Flexibilisierung für alle Sitzungen
- Ablaufbeschreibung

Um Menschen mit gravierenden neurokognitiven Beeinträchtigungen gerecht zu werden, wiederholt sich der Aufbau der einzelnen Sitzungen.

Für einzelne Sitzung verwenden wir Elemente folgender Verfahren:

- Zielmanagementtechniken: Zürcher Ressourcen Modell® und Dialektisch-Behaviorale Therapie (Storch & Riedener, 2005; Emotionsmanagement: Alert© Programm (Williams & Shellenberger, 2001)
- Einführungsmaterialien in das Thema Sucht für Menschen mit geistiger Behinderung sind von Kretschmann-Weelink (2006) entwickelt worden.
- Für die Identitätsentwicklung von Menschen mit FASD, z. B. Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD) und dann? Ein Handbuch mit Strategien für

Jugendliche und junge Erwachsene (Evangelischer Verein Sonnenhof e.V., 2015)

- „Leichte Sprache“, die auf den Verständnishorizont von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen eingestellt ist.
- Wertschätzende Rückmeldungen und Verzicht auf konfrontative Techniken sind Basisvariablen aller Therapieverfahren.

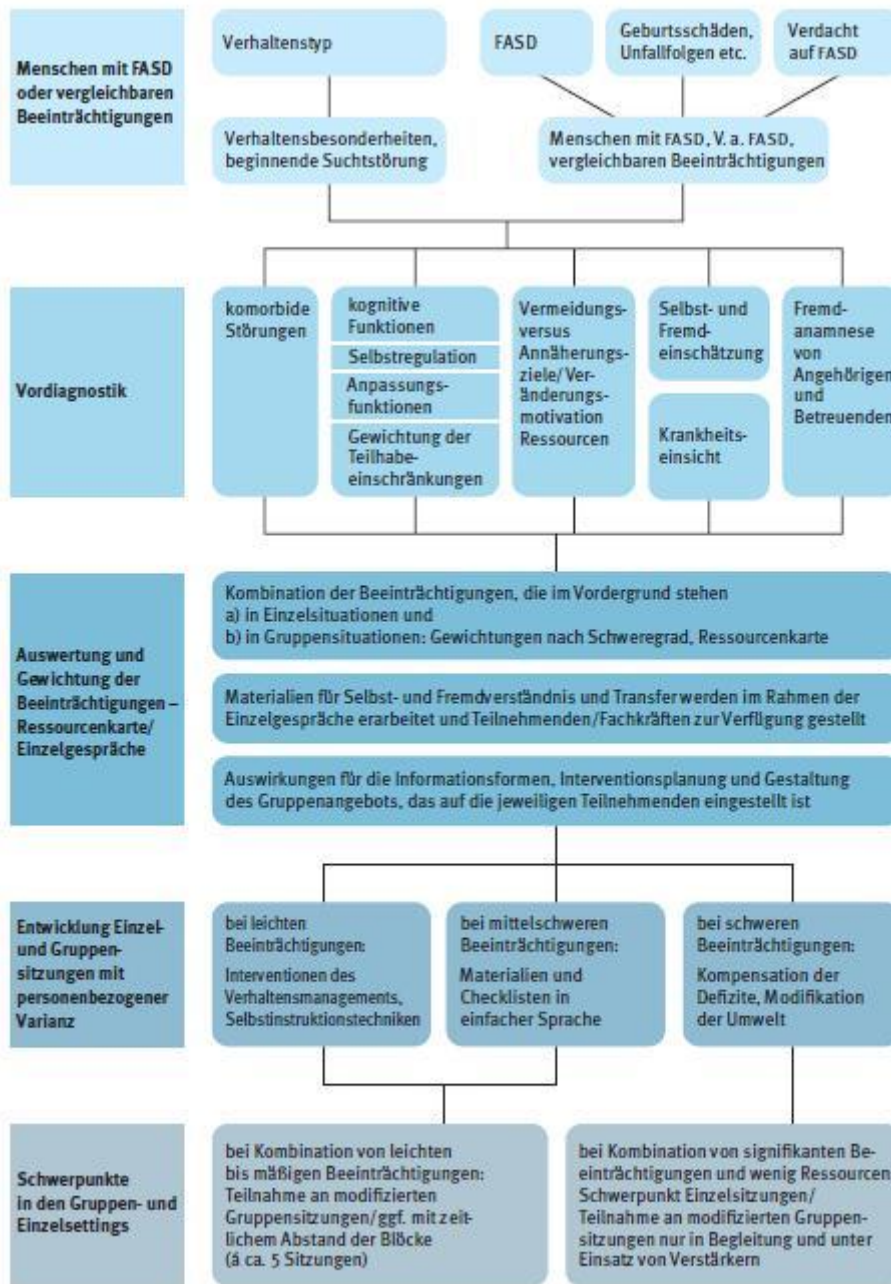
Übliche Techniken wie z. B. „Blitzlicht“, können nur eingesetzt werden, wenn keine Teilnehmenden dabei sind, die sich dadurch zu sehr unter Druck gesetzt fühlen.

Als theoretischer Hintergrund wurde auf das schulenübergreifende Konzept der Förderung von Annäherungsbereitschaft zurückgegriffen (Grawe, 2004). Bestehende Ansätze zur Adaption von Motivational Interviewing für FASD (Dubovski, 2014) wurden geprüft, jedoch für den Durchschnitt der Menschen mit FASD und vergleichbaren Beeinträchtigungen als zu hoch angesetzt verworfen und durch orientierendes Abwägen ersetzt (Miller & Rollnick, 2002). Allerdings wird auch in diesem Konzept die Möglichkeit der Entwicklung alternativer Verhaltensstrategien mit einbezogen. Im Sinne des Konzepts des Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 2004) wird es auch hier den Trainingsteilnehmenden offen gestellt, ob sie ihren Alkoholkonsum einstellen oder reduzieren wollen – wenn auch im Fall dieser Behinderungen aus einem anderen Grund. Aufgrund ihrer Einschränkungen sind viele Menschen mit FASD nur durch extrem „Ich-stützende“ äußere Bezüge in der Lage, sowohl Konsumverzicht als auch Konsumreduktion dauerhaft zu halten. Ein weiterer Schwerpunkt liegt daher in der Empfehlung und/oder Fortbildung bestehender Bezugssysteme zu Co-Therapeuten, die das Erarbeitete angesichts der Gedächtnisdefizite der Teilnehmenden immer wieder reaktivieren.

Der thematische Aufbau unserer Clearinggruppe folgt den Stadien der Verhaltensänderung im Transtheoretischen Modell TTM (Prochaska et al., 1992).



## 2.4 Übersicht über die die Sitzungen



Verlaufsschema Teil I

Abbildung 1: Verlaufsschema Teil I.

### Vom Co-Abhängigen zur Co-Trainerin und zum Co-Trainer

Einführungssitzungen für Angehörige, Fachkräfte und Ehrenamtliche mit dem Einverständnis der Teilnehmenden

Modulübersicht für Angehörige und Fachkräfte	Gruppensitzungen	Sitzung mit Bezugsperson
<b>Psychoedukation für Menschen mit FASD – FASD und nun?</b>  MODULBLOCK I	FASD und dann?	<b>+ 1 Sitzung</b> Beeinträchtigungen bei Menschen mit FASD Menschen mit FASD unterstützen
	Was geht gut, was geht manchmal nicht so gut?	
	Wie erkläre ich FASD?	
	Die Herkunftsfamilien: Hilfe holen verboten? Teilnahme optional	<b>+ 1 Sitzung</b> Vertiefung bei Bedarf
	Frauen mit FASD Teilnahme optional	
<b>Clearinggruppe für Menschen mit FASD und vergleichbaren Beeinträchtigungen</b>  MODULBLOCK II	Alkohol: ein Hindernis	<b>+ 1 Sitzung</b> Was ist, wenn es nicht weiter geht? Konzept der Annäherungs- und Vermeidungsziele
	Wie geht's weiter – Wege	
	Was könnte helfen I (Ersatzverhalten)	<b>+ 1 Sitzung</b> Erarbeitung einer Hausaufgabe für den „Notfallkoffer“
	Was könnte helfen II (Risikosituationen)	
	Was könnte helfen III (Notfallplan)	
<b>Wo kann es hingehen? Vermittlung weiterführender Angebote</b>  MODULBLOCK III	Wo kann es hingehen? Informationen	<b>+ 1 Sitzung</b> Informationsüberblick über Angebote
	Gespräch mit denen, die es „geschafft“ haben	
	Einladung von Fachkräften	<b>+ 1 Sitzung</b> Personenzentrierte Empfehlung gemeinsam mit Betroffenen in Einzelsitzungen
	Einzelgespräch für personenzentrierte Empfehlungen	
	2. Einzelsitzung bedarfsorientiert, auch zu einem späteren Zeitpunkt	

Verlaufsschema Teil II

Abbildung 2: Verlaufsschema Teil II.

## **2.5 Ethische Gesichtspunkte**

Der Nutzen der Teilnehmer/innen liegt in der Entwicklung eines Suchtclearingprojektes, das für eine große Zahl von Menschen mit Behinderungen die Teilhabe und den Zugang zu bereits im Rahmen der Regelversorgung vorhandenen ambulanten und stationären Hilfen der Suchtberatung und Suchtkrankenhilfe erhöht. Risiken liegen insbesondere in den Teilen des Suchtclearingprojektes, die durch biographische Zuordnungen (Klärung familiärer Rollen) besonders bei Menschen mit pränataler Alkoholexposition, für die der Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft kaum zu verkräften war und die ggf. verschiedene nicht verarbeitete Todesfälle erlebt haben, in Retraumatisierungen. Wesentlich ist daher in der diagnostischen Vorphase die Berücksichtigung der Selbsteinschätzung/ggf. Fremdeinschätzung durch Bezugspersonen der Teilnehmenden und die Vermittlung der Teilnahme als Option.

Ein Text zur Aufklärung der Teilnehmenden wird in einfacher Sprache bereits für die Pilottestung erstellt, ebenso ein Text zur Einwilligung in die Teilnahme sowie die Möglichkeiten der Beendigung. Da bei den Teilnehmenden in der Regel die Geschäfts- und Einwilligungsfähigkeiten eingeschränkt sind, wurde hier der Kontakt zu den Betreuern nach Betreuungsrecht hergestellt.

Die Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung wird unter dem Gesichtspunkt der Datenanonymisierung betrieben.

Die Einholung eines Ethikvotums würde erst bei einer breiteren Evaluation des Modellprojektes erforderlich werden.

## **3 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan**

Aus der Festlegung der Publikationsform des Manuals in einem Fachverlag folgte eine Verlängerung des Projektzeitraumes für Layout und Druck von Januar 2015 auf August 2015. Ferner wurden zur Vorbereitung der Manuallerstellung Expertengespräche sowie qualitative Interviews mit Erwachsenen mit FASD und Suchtproblematik ergänzt, die unmittelbar Einfluss auf die Manuallerstellung hatten. Dafür wurde auf die geplante Vorstellung des Manualentwurfs bei Menschen mit FASD verzichtet. Der Zeitplan (siehe Tab. 2 und Tab. 3) konnte trotz dieser Zusatzarbeiten eingehalten werden.

**Tabelle 2: Projektzeitplan**

Projektphase	Arbeitsinhalte	Zeitplanung
1. Vorbereitungsphase	1.1 Einarbeitung 1.2 Sichten und Versenden der Forschungsliteratur zum Forschungsstand im deutschen und anglo-amerikanischen Raum 1.3 Erstellen der vorläufigen Gliederung, Konkretisierung der Aufgabenverteilung 1.4 Erstklärung der Arbeitsaufträge/Überschneidungen, 1.5 Kooperationsabsprachen 1.6 Vorbereitung des ersten Treffens der gesamten Projektgruppe	1,5 Monate
2. Abstimmung von Gliederung und Arbeitsorganisation	2.1 Erstes Treffen des Gesamtprojektes hat am 29.09.2014 stattgefunden 2.2 Vorlage erster Kapitelübersicht 2.3 Diskussion und mögliche Synergieeffekte mit Auswirkungen auf die Gliederung 2.4 Neuklärung der Arbeitsaufträge mit Zeitrahmen. 2.5 Klärung der Kommunikation zwischen den Treffen 2.6 Ideen zur Publikationsform, die die Zielgruppen bestmöglich erreicht 2.7 Unterarbeitsgruppen zur Modulentwicklung und Entwicklung von Arbeitsmaterialien wurden gebildet. 2.8 Fachverlage wurden angeschrieben; Festlegung auf einen Verlag im medizinischen Feld 2.9 Durchführung von Expertengesprächen 2.10 Durchführung der qualitativen Interviews mit Menschen mit FASD	2 Monate

<p>3. Phase der Diskussion und Erstellung von Entwürfen</p>	<p>3.1 Regelmäßiger Austausch und Zusatztreffen der Arbeitsgruppe Modulentwicklung</p> <p>3.2 2. Treffen der Gesamtgruppe am 16.12.2014</p> <p>3.3 Diskussion des Manuals und der Kapitelentwürfe mit Arbeitsaufträgen an die Autoren</p> <p>3.4 Vorklärung der Umsetzung der Pilottestung des Manuals</p> <p>3.4.1 Zusammenstellung der Gruppe der Teilnehmenden</p> <p>3.4.2 Einholen von Einverständniserklärungen der Teilnehmenden und ihrer Betreuer nach Betreuungsrecht</p> <p>3.4.3 Beginn der Vordiagnostik</p>	<p>2,5 Monate</p>
<p>4. Abschlussphase</p>	<p>4.1 Drittes Treffen der Gesamtgruppe zur Endredaktion</p> <p>4.2 Umarbeitung des Manualentwurfs, Einarbeiten von Korrekturen</p> <p>4.3 Erstellen einer Liste von Multiplikatoren und möglichen Kooperationspartnern für breitere Durchführungen der Clearinggruppe</p>	<p>1,5 Monate</p>

**Tabelle 3: Zeitplan anhand wichtiger Meilensteine**

Arbeitsinhalte	Meilensteine	Umgesetzt in Monat	abgeschlossen?
Einarbeitung	Die neuen Mitarbeiterinnen arbeiten sich in die Thematik ein.	August bis September 2014	ja
Arbeitsorganisation	Festlegungen von Kapitelübersicht, Arbeitsaufträgen, Arbeitsorganisation und Ideen zur Veröffentlichung	September bis November 2014	ja
Diskussion des Manuals und der Kapitelentwürfe	Vorläufige Versionen des Theorieteils sowie des Manuals liegen vor. Korrekturvorschläge und Arbeitsaufträge sind für die Abschlussphase konkretisiert.	Dezember 2014 bis Januar 2015	ja

Letzte Überarbeitungen, Korrekturen	Einreichung beim Verlag, Korrekturen und Layout, 1. und 2. Umbruch	Januar bis Juni 2015	ja
Pilottestung des Manuals	Organisation und Zeitrahmen der Pilottestung sind geklärt.	März 2015	ja
Druck und Versand an Multiplikatoren	Versenden an mögliche Kooperationspartner und Multiplikatoren erfolgt durch den Verlag.	August bis September 2015	ja

## 4 Ergebnisse

Durch die multiprofessionelle und hilfesystemübergreifende Zusammensetzung der Projektgruppe ergab die Diskussion der Versorgungslage der Menschen mit FASD in Deutschland bereits in der ersten Sitzung einen Perspektivwechsel des gesamten Projektes. Die Ergänzung des Manuals um einen Überblick über Versorgung, Diagnostik und Screening-verfahren erschien notwendig, um den Fachkräften in den Hilfesystemen komprimierten Zugang zu diesen Informationen zu verschaffen. Bislang gibt es bundesweit nur zwei Einrichtungen der Behindertenhilfe, die auf Menschen mit FASD spezialisiert sind. Einige weitere Einrichtungen beginnen, sich Menschen mit FASD zu öffnen. Erst die breite Identifizierung und Diagnostik von Menschen mit FASD würde die Voraussetzungen in der Form einer akzeptablen Stichprobengröße schaffen, die eine Evaluation des Manuals ermöglichen. Daher veränderte sich der Fokus von der Suche nach möglichen Kooperationspartnern für eine Pilottestung hin zu Multiplikatoren in den Hilfesystemen der Jugend-, Behinderten – und Suchthilfe sowie der sozialpsychiatrischen Versorgung um das zunächst vorrangige Ziel, eine Sensibilisierung für erwachsene Menschen mit FASD insgesamt zu erreichen.

## 5 Diskussion der Ergebnisse

Im Ergebnis liegt erstmals ein Fachbuch (Becker et al., 2015) vor, das neben dem Überblick über die Versorgungsproblematik ein bifokales Manual mit multimodalen Zugängen anbietet, die anhand der im Rahmen der Eingangsdiagnostik erstellten kognitiv-intellektuellen Funktionsprofile mit den Einzelnen erarbeitet werden. Der besondere Bedarf von Menschen mit hirnrorganischen Funktionsbeeinträchtigungen wird erfasst, Verarbeitungshilfen und Arbeitsmaterialien, die einen Teil der Defizite kompensieren können, werden erarbeitet. Die Kommunikationsstrukturen werden an

die besonderen Bedürfnisse angepasst, modifizierte bewährte Strategien und Gesprächstechniken werden verwendet, um den Clearingprozess der Betroffenen zu fördern. Die flexibel an den Schweregrad der Beeinträchtigungen anzupassenden Materialien sind entweder im Buch angeboten, über das Internet erhältlich oder können aus Elementen bewährter Verfahren zusammengesetzt werden.

Dem Versuch, dieser Zielgruppe mit ihrer hohen Abbruchquote und ihren Einschränkungen in der Hilfeannahme gerecht zu werden und Zugänge zu finden, wurde auf Kosten von Vereinfachungen für die Trainerinnen und Trainer Rechnung getragen. Trotz der Komplexität in der Einführung in diese Behinderung wurde versucht, Adaptionen von einzelnen Elementen zu ermöglichen. Dennoch muss davon ausgegangen werden, dass für die Trainerinnen und Trainer aufgrund der „Fremdartigkeit“ dieser Zielgruppen, die bislang genau aus diesem Grund aus den Hilfen herausfallen, Fortbildungen angeboten und organisiert werden müssen. Die Komplexität des Manuals und die hohen Anforderungen an seine flexible Handhabung könnten trotz des bewussten Versuchs einer handhabbaren Strukturierung einen künftigen Kritikpunkt darstellen, der während des Erarbeitungsprozesses durchaus gesehen wurde, jedoch zugunsten der Teilnehmenden alternativlos erschien. Trainerfortbildungen werden dieses Durchführungsproblem kompensieren müssen.

Eine Aufgabe der Öffentlichkeitsarbeit wird es sein, einen Diskussionsprozess mit Einrichtungen, die Elemente des Manuals adaptieren, zu führen und diesen als Prozess in die Ausarbeitungen der nächsten Auflagen des Buches hineinzunehmen.

## **6 Gender-Mainstreaming Aspekte**

Die genderorientierte Aufteilung der Clearinggruppe für eine Sitzung zum Thema Schwangerschaft und Hilfen ist erfolgt. Damit wurden Hinweise aus der kanadischen Forschung, nach denen der Zugang in geschlechtergemischter Suchttherapie für Frauen mit FASD ein Problem darstellt, aufgegriffen (Gelb & Rutman, 2011).

Insgesamt sollen die Erfahrungen dieses geschlechtergemischten Pilotprojektes genutzt werden für die Entwicklung eines Folgeprojektes, das die besondere Thematik von Frauen mit FASD aufgreift, die während ihrer Schwangerschaft trinken.



Zusätzlich weist das Manual darauf hin, dass sowohl für begleitende Bezugspersonen als auch für Frauen mit FASD bei Bedarf eine Kinderbetreuung angeboten werden muss, um die Teilnahme am Modellprojekt zu erleichtern.

## **7 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse**

Ein Poster zum Verlaufsschema des diagnostischen Prozesses wurde auf der 6. Internationalen FASD Konferenz in Vancouver vom 04. - 07.03.2015 vorgestellt.

Die Vorstellung des gesamten Manualüberblicks als Poster ist für die Folgekonferenz in Vancouver im April 2016 sowie für die europäische FASD-Tagung in London im September 2016 geplant.

Freiexemplare des Fachbuches „Suchtgefährdete Erwachsene mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen“ wurden an Multiplikatoren und mögliche Kooperationspartner versandt.

Das Buch wurde von der Bundesdrogenbeauftragten Marlene Mortler MdB gemeinsam mit Projektmitgliedern auf einer Pressekonferenz am 08.09.2015 vorgestellt.

Ergebnisse der Pilottestung wurden auf der jährlichen Fachtagung von FASD Deutschland am 26.09.2015 vorgestellt.

Für 2016 sind im Rahmen von FASD Fortbildungen für Fachkräfte von Sucht-, Behindertenhilfe und sozialpsychiatrischer Versorgung Einführungen in die Durchführung der Clearinggruppe geplant.

## **8 Verwertung der Projektergebnisse**

### **(Nachhaltigkeit/Transferpotential)**

Wesentlich in der Konzipierung des Modellprojektes war das Transferpotential für Adaptionen in Hilfefelder, denen FASD bislang nicht bekannt war, zu befördern. Die Materialien sind preiswert zu erhalten und wurden zum Teil im Rahmen des Fachbuches (Becker et al., 2015) zur Verfügung gestellt. Ergänzend wird in die Komplexität dieser Beeinträchtigungen mit Hinweisen zur Verbesserung der Versorgung eingeführt. Im Rahmen von Fortbildungsträgern der verschiedenen Hilfesysteme sollen über die Projektlaufzeit hinaus perspektivisch Trainerfortbildungen entwickelt und angeboten werden.



Aufgrund der chronischen Unterdiagnostik dieser Behinderung ist die möglichst breite Erprobung/Evaluation ein Fernziel. Die Struktur der Modulblöcke erleichtert den Einrichtungen die Adaption und Ergänzung vorhandener Angebote für diese besonderen Zielgruppen. Geplant ist schließlich die Weiterentwicklung dieses Modellprojektes z.B. zu einem ambulanten Angebot der Eingliederungshilfe sowie als Suchtpräventionsangebot im Rahmen der Krankenversorgung zur zielgruppenspezifischen Ergänzung bestehender Angebote.

## Literaturverzeichnis

- Becker, G., Hennicke, K. & Klein, M. (Hrsg.) (2015). Suchtgefährdete Erwachsene mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen. Diagnostik, Screening-Ansätze und Interventionsmöglichkeiten. Berlin: De Gruyter
- Becker, G., Hennicke, K. & Klein, M. (Hrsg.) (2015). Suchtgefährdete Erwachsene mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen. Diagnostik, Screening-Ansätze und Interventionsmöglichkeiten. Berlin: De Gruyter.
- Dubovsky, D. (2014). *Modifying FASD prevention. Strategies for individuals with an FASD*. [Arc prevention strategies webinar]. Zugriff am 15.08.2015. Verfügbar unter <http://www.thearc.org/document.doc?id=4799>
- Evangelischer Verein Sonnenhof e.V. (Hrsg.). (2015). *Fetale Alkoholspektrum-Störung (FASD) und dann? Ein Handbuch mit Strategien für Jugendliche und junge Erwachsene*. Berlin (in press)
- Freiburger Arbeitsgruppe DBT-A (Hrsg.). (2009). *Dialektisch-Behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A)* [Arbeitsbuch]. Freiburg: Autor.
- Gelb, K. & Rutmann, D. (2011). *Substance using women with FASD and FASD prevention. A literature review on promising approaches in substance use treatment and care for women with FASD*. BC Canada, BC: School of Social Work, University of Victoria.
- Grant, T. M., Brown, N. N., Dubovsky, D., Sparrow, J. & Ries, R. (2013) The impact of prenatal alcohol exposure on addiction treatment. *Journal of Addiction Medicine*, 7(2), 87-95.
- Grant, T. M., Brown, N. N., Graham, J. C. & Ernst, C. C. (2014). Substance abuse treatment outcomes in women with fetal alcohol spectrum disorder. *The International Journal of Alcohol and Drug Research*, 3(1), 43-49.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Kretschmann-Weelink, M. (2006). *Didaktisch-handlungsorientiertes Präventionsprogramm DIDAK. Menschen mit geistiger Behinderung und einer Alkoholproblematik*. Münster: Westfalenfließ GmbH Arbeiten und Wohnen.
- Lammers, C.-H. (2007). *Emotionsbezogene Psychotherapie: Grundlagen, Strategien und Techniken* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

- Landgraf, M. N., Nothacker, M., Kopp, I. B. & Heinen, F. (2013). Diagnose des Fetalen Alkoholsyndroms. The Diagnosis of fetal alcohol syndrom. *Dtsch Arztebl Int*, 110(42), 703-710.
- Landgraf, M. & Heinen, F. (2013). *Fetales Alkoholsyndrom: S3-Leitlinie zur Diagnostik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- May, P. A., Fiorentino, D., Gossage, J., Kalberg, W. O., Hoyme, H. E., Luther, R. L. et al. (2006). Epidemiology of FASD in a province in Italy: Prevalence and characteristics of children in random sample schools. *Alcohol Clin Exp Res*, 30(9), 1562-1575.
- May, P. A., Fiorentino, D., Coriale, G., Kalberg, W. O., Hoyme, H. E., Aragón, A. S. et al. (2011). Prevalence of children with severe fetal alcohol spectrum disorders in communities near Rome, Italy: New estimated rates are higher than previous estimates. *Int J Environ Res Public Health*, 8(6), 2331-2351.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing. Preparing people for change* (2nd edition). New York: The Guilford Press.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2004). *Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen* (2. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R. M. Eisler & P. Miller (Eds.), *Progress on behavior modification* (pp.184-214). Sycamore: Sycamore Press.
- Prouty, G., Pörtner, M. & van Werde, D. (2011). *Prä-Therapie* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Siedentopf, J.-P., Nagel, M., Büscher, U. u. Dudenhausen, J. W. (2004). Alkohol konsumierende Schwangere in der Schwangerenberatung. Prospektive, anonymisierte Reihenuntersuchung zur Abschätzung der Prävalenz. *Deutsches Ärzteblatt*, 101(39), A2623–A2626.
- Storch, M. & Riedener A. (2005). *Ich packs! Selbstmanagement für Jugendliche. Ein Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell*. Bern: Huber.
- Streissguth, A. P., Barr, H. M., Kogan, J. & Bookstein, F. L. (1996). *Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with*

- Fetal Alcohol Syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE). Final Report to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (Tech. Rep. 96-06). Seattle: University of Washington, Fetal Alcohol & Drug Unit.*
- Streissguth, A.-P., Bookstein, F., Barr, H., Sampson, P., O'Malley, K., & Young, J. (2004). Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 25*(4), 228-238.
- Wegscheider, S. (1988). *Es gibt doch eine Chance: Hoffnung und Heilung für die Alkoholiker-Familie.* Wildberg: Bögner-Kaufmann.
- Williams, M.S. & Shellenberger, S. (2001). *Wie läuft eigentlich dein Motor? Theorie und Praxis der Selbstregulierung für Menschen mit ADS / HKS – Das „Alert Program“.* Dortmund: modernes lernen.

## **Anhang 1: Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Befragte der Machbarkeitsbefragung .....	13
Tabelle 2: Projektzeitplan .....	20
Tabelle 3: Zeitplan anhand wichtiger Meilensteine .....	21

## **Anhang 2: Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Verlaufsschema Teil I. ....	17
Abbildung 2: Verlaufsschema Teil II. ....	18

## Anhang 3: Trainingsmanual

**Überblick über die einzelnen Modulblöcke erschienen in:** Becker, G., Hennicke, K. & Klein, M. (Hrsg.) (2015). Suchtgefährdete Erwachsene mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen. Diagnostik, Screening-Ansätze und Interventionsmöglichkeiten. Berlin: De Gruyter[ISBN 978-3-11-042511-6].

**Modulblock I:** Für erwachsene Menschen mit FASD: Inhalt ist hier die Vermittlung von Wissen über FASD und die Auseinandersetzung mit persönlichen Stärken und Schwächen aufgrund der Erkrankung und Lebensbiographie, sowie die Erstellung eines Flyers, um im Transfer Hilfen zur Erklärung der Beeinträchtigungen zu haben.

**Modulblock II:** Für erwachsene Menschen mit FASD und vergleichbaren Beeinträchtigungen; Inhalt ist die Wissensvermittlung zu Stresserleben, Sucht und Suchtentwicklung sowie Ressourcen, Achtsamkeit und die Anbahnung eines Emotionsmanagement Ansatzes.

**Modulblock III:** Für erwachsene Menschen mit FASD und vergleichbaren Beeinträchtigungen; Inhalt ist die Thematisierung möglicher weiterführender Therapieangebote, die im Einzelnen vorgestellt werden sollen. Eine Entscheidungsfindung kann anhand von Empfehlungen im Rahmen von Einzelgesprächen unterstützt werden.

Für einzelne Sitzung verwenden wir Elemente folgender Verfahren:

- Zielmanagementtechniken: Zürcher Ressourcen Modell® und Dialektisch Behaviorale Therapie ( Storch u. Riedener, 2005; Freiburger Arbeitsgruppe DBT-A, 2009).
- Emotionsmanagement: Alert© Programm (Williams u. Shellenberger, 2001).
- Einführungsmaterialien in das Thema Sucht für Menschen mit geistiger Behinderung sind von Kretschmann-Weelink (2006) entwickelt worden.
- Für die Identitätsentwicklung von Menschen mit FASD, z. B. Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD) und dann? Ein Handbuch mit Strategien für Jugendliche und junge Erwachsene (Evangelischer Verein Sonnenhof e.V. 2015)
- „Leichte Sprache“, die auf den Verständnishorizont von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen eingestellt ist.
- Wertschätzende Rückmeldungen, Verzicht auf konfrontative Techniken sind Basisvariablen aller Therapieverfahren.

Übliche Techniken, wie z. B. Blitzlicht, können nur eingesetzt werden, wenn keine Teilnehmenden dabei sind, die sich dadurch zu sehr unter Druck gesetzt fühlen.

# 1 Modulblock I: FASD und dann? Psychoedukation für Menschen mit FASD

## 1.1 FASD und dann?

### Ziele:

Globalziel: Herstellen einer positiven Gruppenatmosphäre, um für die weitere Teilnahme zu motivieren – Annäherungspriming

### Teilziele:

- Ankommen und Kennenlernen
- Kommunikationsregeln zum Teil vorgeben, zum Teil erarbeiten
- Ressourcenorientierte Einführung in FASD
- Einführung einer Achtsamkeitsübung

### Materialien:

- Auf dem Flipchart steht: Herzlich willkommen
- Wenn möglich ein zweites Flipchart/Whiteboard aufstellen
- Begrüßung der Teilnehmenden mit Namensaufklebern
- „Ich-Wappen“ – Vorlage, Voraussetzung ist, dass es keine Teilnehmenden mit feimotorischen Schwierigkeiten gibt
- Auswahl an Stiften
- Hufeisenförmige Anordnung der Tische
- Angebot an Handschmeichlern und Gummis zum Spannungsabbau (Igelbälle, Knautschbälle, ggf. schöne Steine) „etwas in der Hand, dann ist das Gehirn frei“
- Alkoholfreie Getränke und gesunde Snacks auf einem Beistelltisch, der so platziert ist, dass er in der Nähe des Flipcharts deutlich in die Zuständigkeit der Trainer fällt
- Die auf den Bedarf der Teilnehmenden gekürzte Geschichte einer Mutter aus einer Broschüre der Guttempler (siehe Anhang G\*: Materialien aus dem Internet) dem FASD-Handbuch\*\* (Evangelischer Verein Sonnenhof e.V., 2015) oder alternativ Filmbeispiele (siehe dazu Anhang G: Materialien aus dem Internet)
- Achtsamkeitsübung (siehe Anhang G: Materialien aus dem Internet)

\* Becker, G., Hennicke, K. & Klein, M. (Hrsg.) (2015). Suchtgefährdete Erwachsene mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen. Diagnostik, Screening-Ansätze und Interventionsmöglichkeiten. Berlin: De Gruyter [ISBN 978-3-11-042511-6].

\*\* Im Erscheinen.

- Achtsamkeitsübung (siehe Anhang G: Materialien aus dem Internet)
- FASD-Quiz in Kopie ([www.fasd-deutschland.de](http://www.fasd-deutschland.de))

**Für Teilnehmende mit besonderen Beeinträchtigungen sollten in allen Sitzungen vorgehalten werden:**

- Für die Teilnehmenden, die in so gravierende Spannungszustände kommen können, dass sie entweder den Happy-Chair benutzen müssen oder mit einem der Trainer eine kurze Auszeit nehmen, als Signal ein Aufsteller „komme gleich wieder“ (oder Ähnliches), der auch ohne reden zu müssen genutzt werden kann
- Ggf. Sanduhren mit verschiedenen Minutenabständen um Sprechzeiten zu regulieren
- Sonnenbrillen und Lärmschutzkopfhörer für Phasen der Reizreduktion
- Große Uhr, wenn nicht im Raum, dann aufgestellt

**Hinweise zur Flexibilisierung – für alle Sitzungen geltend:**

Je nach Spektrum der Schweregrade der Störungen der Teilnehmenden können für den Einstieg auch Möglichkeiten der Selbstvorstellung gewählt werden. Für Menschen, die größere Schwierigkeiten mit Gruppensituationen haben, sollte im Rahmen der Einzelsitzungen die Vorstellung vorgeklärt und ggf. durch Begleitung der Bezugspersonen und/oder die Trainer stellvertretend übernommen werden.

Die gleiche Variationsbreite betrifft die Vorgabe der Gruppenregeln: je nach Schweregraden können diese gemeinsam erarbeitet, teilvorgegeben oder insgesamt vorgegeben werden.

Wesentlich ist hier: wenn „Vielredner“ dabei sind, muss im Rahmen der Einzelgespräche so wenig kränkend wie möglich vorthematisiert werden, dass Sprechzeiten – im Gruppenrahmen dann allerdings für alle – begrenzt werden.

Ebenso muss im Rahmen der Einzelgespräche vorgeklärt sein, wie stark Gruppensituationen zu Spannungen führen können. Sind Teilnehmende dabei, bei denen wir zuvor wissen, dass sie dann nicht mehr reden können, erhalten alle für den Bedarfsfall, der Übererregung einen Aufsteller „komme gleich wieder“, der genutzt werden kann ohne reden zu müssen und auf den die Trainer reagieren können.



Als Bild für die Beeinträchtigungen bei FASD können eine Reihe von Metaphern aus dem Erlebnisraum der Teilnehmenden gewählt werden: wichtig ist, dass durch diese Beschreibungen die Ressourcenaktivierung möglich bleibt.

Achtung: auch Retraumatisierungen oder Aktualisierungen von depressiven Episoden bei Teilnehmenden mit pathologischer Trauer sind bei der Thematisierung der „trinkenden Mutter“ möglich und müssen ggf. aufgefangen werden. Hier müssen Trainerinnen und Trainer ggf. Einzelgespräche anbieten und mit Reframing arbeiten: d. h. die positiven Aspekte der Mutter, die Suchtstörung als Erkrankung charakterisieren, die stärker war als die Mutter. Auf die Thematisierung der Verursachung von FASD kann deshalb nicht verzichtet werden, da sich viele der Menschen mit dieser Behinderung für ihre Verhaltensauffälligkeiten aufgrund der früheren Zuschreibungen schuldig fühlen. Erfahrungsgemäß wird jedoch bei den meisten Teilnehmenden im Vordergrund stehen, sich mit diesem Schicksal nicht mehr allein zu fühlen, also Erleichterung.

Aufgrund eingeschränkter Zeitwahrnehmung einzelner Teilnehmender, das Ende der Sitzung eine Viertelstunde vorher ankündigen, ggf. im fünf-Minutentakt wiederholen.

### **Ablaufbeschreibung:**

Begrüßung durch die Trainerin und den Trainer und, die die Teilnehmenden bereits an der Tür in Empfang nehmen. Die Teilnehmenden erhalten ein Namensschild mit ihrem Namen, das sie aufstellen oder aufkleben können.

Die Teilnehmenden werden gebeten, sich kurz vorzustellen. Falls dies für die Teilnehmenden schwierig sein sollte, können sie auch von den Trainerinnen und Trainern vorgestellt werden. Je nach Gruppenzusammensetzung kann ein „Ich-Wappen“, oder eine kurze Kennenlernübung durchgeführt werden, z. B. ein Kennenlern-Bingo.

Das konkret sichtbare Angebot wird vorgestellt: ein Trainer bietet auf einem schönen Teller die Handschmeichler und Gummis an. Auf den Happy-Chair, die Sonnenbrillen und Kopfhörer für Rückzugsbedarf wird hingewiesen.

Es folgt je nach Gruppenzusammensetzung die Erarbeitung und/oder Vorgabe der Gruppenregeln.

Im Anschluss bieten die Trainerinnen und Trainer Getränke und Snacks im Herumgehen mit Tellern und Getränke mit der Frage, was die Einzelnen sich an

Getränken wünschen, die ihnen dann serviert werden. Nonverbal wird damit auch die Funktion der Assistenz der Trainerinnen und Trainer deutlich.

Die Einführung in FASD kann z. B. so erfolgen:

Durch Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft hat sich das Gehirn anders entwickelt:

Mal funktioniert es gut, mal nicht so gut.

Stellen Sie sich das Gehirn wie zwei PC's vor, die sich ihre Aufgaben geteilt haben eigentlich verbunden sein müssen um zu arbeiten. Aber mal hat das Verbindungskabel einen Wackelkontakt und mal ist es (das Kabel) nicht zu finden.

Anschließend erfragen, ohne Einzelne direkt anzusprechen, was sie noch über FASD wissen. Einen möglichen Gesprächsprozess fördern. Die Trainerinnen und Trainer notieren die Äußerungen und kleben sie auf das Flipchart.

Optional, soweit die Teilnehmenden dafür stabil genug sind und der Zeitrahmen auch ein anschließendes Gespräch zulässt, wird „Die Geschichte einer Mutter“ vorgelesen, das anschließende Gespräch mit Reframing Aspekten geführt.

Das Blatt mit dem FASD-Quiz wird verteilt und durchgeführt; wiederholt formulieren: „Sie sind nicht schuld an Ihren Beeinträchtigungen“.

Eine Viertelstunde vor dem Ende der Sitzung wird auf die Zeit hingewiesen. Bei Bedarf wird auf die Inhalte der nächsten Stunde hingewiesen und nach besonderen Wünschen gefragt. Ebenso wird auf dem Flipchart die Seite mit Tag, Datum und Uhrzeit der nächsten Sitzung aufgeschlagen.

Die Ausklangübung bildet eine kurze Achtsamkeitsübung, die in allen weiteren Stunden als Ritual etabliert wird. Die Teilnahme ist freiwillig, die Wahrscheinlichkeit hoch, dass es zunächst nur die Trainer sind, die die Übung durchführen, in der Hoffnung auf Dauer auch die Teilnehmenden dafür zu motivieren (siehe Anhang G: Materialien aus dem Internet).

## 1.2 Was geht gut, was geht manchmal nicht so gut?

### Ziele:

- Globalziel: Herstellen einer positiven Gruppenatmosphäre, um für die weitere Teilnahme zu motivieren – Annäherungspriming
- Teilziele:

- Ankommen und Kennenlernen vertiefen
- Kommunikationsregeln vertiefen, bei Bedarf ergänzen
- Ressourcenorientierte Einführung in FASD vertiefen
- Etablierung einer Achtsamkeitsübung

### **Materialien:**

- Plakat „Herzlich willkommen“; Plakat Gruppenregeln, möglichst auf dem Flipchart/Whiteboard um es weiter zu bearbeiten; Plakat mit gesammelten Statements zu „was wissen wir über FASD“ aus der letzten Sitzung
- Flipchart/Whiteboard zur weiteren Nutzung
- Begrüßung der Teilnehmenden mit Namensaufklebern
- Hufeisenförmige Anordnung der Tische
- Angebot an Handschmeichlern und Gummis zum Spannungsabbau (Igelbälle, Knautschbälle, ggf. schöne Steine) „etwas in der Hand, dann ist das Gehirn frei“
- Alkoholfreie Getränke, sowie gesunde Snacks auf einem Beistelltisch, der so platziert ist, dass er in der Nähe des Flipcharts deutlich in die Zuständigkeit der Trainer fällt
- Laptop mit Boxen; DVD Player
- Filmbeispiele, (siehe Anhang: Materialien aus dem Internet)
- Fragebogen „Was ist manchmal schwer für mich“ (siehe Anhang D), kann alternativ auch für Statementkarten genutzt werden, dann benötigen Sie zusätzlich einen Korb
- Auswahl von Stiften
- Ausgefüllte Ressourcenkarte der Teilnehmenden aus den Einzelgesprächen in Kopie mitbringen

### **Hinweise für die Trainerinnen und Trainer:**

Je nach Spektrum der Schweregrade der Störungen der Teilnehmenden, sollten Sie das Filmbeispiel sehr sorgfältig auswählen. Für schwerer beeinträchtigte Menschen mit FASD ist es sehr schwer, wenn ihnen ein Film mit High function FASD gezeigt würde, indem bspw. Leben in einer eigenen Wohnung. vorgeführt wird. Auch was Interviews mit Müttern angeht muss auf die Belastbarkeit von Teilnehmenden Rücksicht genommen werden.

Je nach Compliance der Teilnehmenden kann der Fragebogen „Was ist manchmal schwer für mich“ insgesamt verteilt, vorgelesen oder als Einzelaussagen verteilt werden.

### **Ablaufbeschreibung:**

Begrüßung durch den Trainer und die Trainerin, die die Teilnehmenden bereits an der Tür in Empfang nehmen. Die Teilnehmenden erhalten, wie in der Sitzung zuvor, ein Namensschild mit ihrem Namen, das sie aufstellen oder aufkleben können. Das konkret sichtbare Angebot wird vorgestellt: Ein Trainer bietet auf einem schönen Teller die Handschmeichler und Gummis an. Auf den Happy-Chair, die Sonnenbrillen und Kopfhörer für Rückzugsbedarf wird hingewiesen.

Bei Bedarf (aufgrund der Erfahrungen der letzten Sitzung) werden die Gruppenregeln, die sichtbar aufgehängt sind (Flipchart, Whiteboard), nochmals ergänzt. Dazu Rückfragen bei den Teilnehmenden.

Im Anschluss bieten die Trainerinnen und Trainer Getränke und Snacks im Herumgehen mit Tellern und Getränke mit der Frage, was die Einzelnen sich an Getränken wünschen, die ihnen dann serviert werden. Nonverbal wird damit auch – und dies wird in allen Sitzungen fortgesetzt – die Funktion der Assistenz der Trainerinnen und Trainer deutlich.

Bei Menschen mit FASD funktionieren einige Dinge gut und andere nicht so gut: Als Bild z. B.: Stellen Sie sich das Gehirn wie zwei PC's vor, die eigentlich verbunden sein müssen um zu arbeiten. Aber mal hat das Verbindungskabel einen Wackelkontakt (schlechte Verkabelung) und mal ist es nicht zu finden.

Dieses Thema der Sitzung wird durch einen Film generalisiert eingeführt, der Erwachsene mit FASD zeigt, die erzählen, wie sie leben. Die Kommentare zu dem Film werden ressourcenorientiert (d. h. dass immer auch auf die Stärken verwiesen wird, absolute Statements korrigierend) begleitet.

Ein Fragebogen wird verteilt, der typische Beispiele „Was ist manchmal schwer für mich.“ zusammenfasst. Akzent des Gesprächs: „Schön, wenn man merkt, dass es anderen genauso geht!“ Die Statements des Fragebogens sind im Korb mit Statement-Karten. Die Teilnehmenden ziehen sie und legen die Karten vor sich hin.

Anschließend werden die in den Einzelgesprächen erarbeiteten Ressourcenkarten verteilt, verbunden mit der Frage, ob es noch weitere Einfälle gibt, was die Einzelnen gut können, oder Bezugspersonen ergänzt haben.

Trainerinnen oder Trainer sammeln die zugeordneten Beispiele wieder ein und erklären, dass sie nun eine „Hausaufgabe“ haben und für das nächste Mal aus beidem (Ressourcenkarte und Selbsteinschätzungen) ein Profil für die Teilnehmenden erstellen.

Eine Viertelstunde vor dem Ende der Sitzung wird auf die Zeit hingewiesen. Bei Bedarf wird auf die Inhalte der nächsten Stunde hingewiesen und nach besonderen Wünschen gefragt. Ebenso wird auf dem Flipchart die Seite mit Tag, Datum und Uhrzeit der nächsten Sitzung aufgeschlagen.

Zum Ausklang findet eine kurze Achtsamkeitsübung statt.

### 1.3 Wie erkläre ich FASD?

#### Ziele:

- Globalziel: Herstellen einer positiven Gruppenatmosphäre, um für die weitere Teilnahme zu motivieren
- Teilziele:
- Ankommen und Kennenlernen vertiefen
- Kommunikationsregeln vertiefen bei Bedarf ergänzen
- Ressourcenorientierte Einführung in FASD vertiefen
- Vorarbeiten für den personalisierten Flyer
- Etablierung einer Achtsamkeitsübung

#### Materialien:

- Plakat „Herzlich willkommen“; Plakat Gruppenregeln möglichst auf dem Flipchart/Whiteboard um es weiter zu bearbeiten; Plakat mit gesammelten Statements zu „Was wissen wir über FASD“ aus der letzten Sitzung
- Flipchart/Whiteboard zur weiteren Nutzung
- Begrüßung der Teilnehmenden mit Namensaufklebern – wie in der Sitzung zuvor
- Hufeisenförmige Anordnung der Tische
- Angebot an Handschmeichlern und Gummis zum Spannungsabbau (Igelbälle, Knautschbälle, ggf. schöne Steine) „etwas in der Hand, dann ist das Gehirn frei“

- Alkoholfreie Getränke und gesunde Snacks auf einem Beistelltisch, der so platziert ist, dass er in der Nähe des Flipcharts deutlich in die Zuständigkeit der Trainer fällt
- Personalisiertes Profil wird in der Zwischenzeit aus den Materialien der letzten Sitzung erarbeitet und liegt vor
- Fragebogen „Was löst bei mir Stress aus?“ (siehe Anhang E)
- Fragebogen „Was hilft mir im Alltag?“ (siehe Anhang F), ggf. als Statementkarten zu verwenden
- Auswahl an Stiften
- Wenn möglich Beispielflyer eines Betroffenen zur Verfügung stellen

### **Hinweise zur Flexibilisierung:**

Je nach Gruppenzusammensetzung können die o. g. Fragebögen auch als Statement-Karten verwendet oder vorgelesen werden. Für Gruppenzusammensetzungen, in denen Fragebögen nicht verwendet werden können, können die Trainer im gemeinsamen Rollenspiel verschiedene Situationen in denen man „FASD erklärt“, vorspielen.

### **Ablaufbeschreibung:**

Begrüßung durch die Trainerin und den Trainer, die die Teilnehmenden bereits an der Tür in Empfang nehmen. Die Teilnehmenden erhalten, wie in der Sitzung zuvor, ein Namensschild mit ihrem Namen, das sie aufstellen oder aufkleben können. Das konkret sichtbare Angebot wird vorgestellt: ein Trainer bietet auf einem schönen Teller die Handschmeichler und Gummis an. (Auf den Happy-Chair, die Sonnenbrillen und Kopfhörer für Rückzugsbedarf wird hingewiesen – falls dies noch nötig ist).

Bei Bedarf (aufgrund der Erfahrungen der letzten Sitzung) werden die Gruppenregeln, die sichtbar aufgehängt sind (Flipchart, Whiteboard), nochmals ergänzt. Dazu Rückfragen bei den Teilnehmenden.

Im Anschluss bieten die Trainerinnen und Trainer Getränke und Snacks im Herumgehen mit Tellern und Getränke mit der Frage, was die Einzelnen sich an Getränken wünschen, die ihnen dann serviert werden.

Verteilt werden nun die personalisierten Profile aus der letzten Sitzung (Ressourcenkarte und „Was ist manchmal schwer für mich“). Sie werden

besprochen. Veränderungswünsche werden aufgenommen und zu Hausaufgaben der Trainer.

Anschließend wird der Fragebogen „Was löst bei mir Stress aus?“ besprochen, verteilt und ausgefüllt. Diskussionen werden ressourcenorientiert begleitet. Der Fragebogen wird ausgefüllt. Genauso wird mit dem Fragebogen „Was hilft mir im Alltag?“ verfahren. Ein Beispielflyer wird verteilt (nach Möglichkeit). Besondere Wünsche werden notiert.

Die Hausaufgaben der Trainer werden besprochen. Da möglicherweise die beiden nächsten Sitzungen nicht von allen Teilnehmenden wahrgenommen werden, wird geklärt, wer sich in diesem Rahmen wieder sieht und wer nicht, ob vielleicht das Bedürfnis besteht, Kontaktdaten auszutauschen sowie wie die Teilnehmenden ihren Flyer erhalten und ob ihn auch die Bezugspersonen erhalten dürfen. Der personalisierte Flyer kann eine Hilfe sein, Mitmenschen FASD zu erklären, wenn man dies zum Beispiel nicht selbst erklären kann oder möchte.

Eine Viertelstunde vor dem Ende der Sitzung wird auf die Zeit hingewiesen. Bei Bedarf wird auf die Inhalte der nächsten Stunde hingewiesen und nach besonderen Wünschen gefragt. Ebenso wird auf dem Flipchart die Seite mit Tag, Datum und Uhrzeit der nächsten Sitzung aufgeschlagen.

Die Ausklangübung bildet eine kurze Achtsamkeitsübung, die in allen weiteren Sitzungen als Abschlussritual gestaltet wird.

Da möglicherweise Teilnehmende die Gruppe verlassen, wird auch in der Abschiedssituation nochmals darauf hingewiesen, wann der nächste Modulblock II beginnt, an dem ein Wiedereinstieg möglich ist.

#### **1.4 Die Herkunftsfamilien: Hilfe holen verboten?**

Die vierte Stunde des ersten Modulblocks ist als zusätzliche Stunde eingeplant für diejenigen Teilnehmenden, die sich näher mit Familiensystemen in suchtbelasteten Familien auseinandersetzen möchten. Für viele Betroffene mit FASD oder auch Menschen, die in suchtbelasteten Familien aufgewachsen sind, ist die Auseinandersetzung und Reflektion von Familienstrukturen schwierig und belastend, so dass diese Stunde freiwillig ist. Hier ist die Offenheit und das Interesse für die Thematik wichtig; die Teilnehmenden sollten emotional nicht überfordert werden, zudem an dieser Stelle nur das Interesse geweckt werden kann, sich diesem Thema zu nähern. Eine intensivere Bearbeitung ist im Rahmen der Gruppensitzungen nicht

angedacht und würde auch den Rahmen sprengen. Die Anzahl der Teilnehmenden ist daher möglicherweise geringer als in den vorigen Sitzungen. Diese Sitzung sollte daher auch als eigenständiger Bereich abgeschlossen werden.

### **Ziele:**

- Globalziel: Herstellen einer positiven Gruppenatmosphäre, um für die weitere Teilnahme zu motivieren
- Teilziele: ressourcenorientierte Einführung in FASD vertiefen; Auseinandersetzung mit typischen Rollenzuweisungen der Herkunftsfamilie

### **Materialien:**

**Für alle Sitzungen:** Plakat „Herzlich willkommen“; Plakat Gruppenregeln möglichst auf dem Flipchart/Whiteboard um es weiter zu bearbeiten; Flipchart/Whiteboard zur weiteren Nutzung; Begrüßung der Teilnehmenden mit Namensaufklebern; Hufeisenförmige Anordnung der Tische; Angebot an Handschmeichlern und Gummis zum Spannungsabbau (Igelbälle, Knautschbälle, ggf. schöne Steine) „etwas in der Hand, dann ist das Gehirn frei“; Alkoholfreie Getränke und gesunde Snacks auf einem Beistelltisch, der so platziert ist, dass er in der Nähe des Flipcharts deutlich in die Zuständigkeit der Trainer fällt.

### **Zusätzlich:**

- Familienkonstellationen anhand von Bildern, Figuren (z. B. Playmobil), Familienbrett
- Vorstellung von Rollenmustern zum Vorlesen vorbereiten ( Anhang G: Materialien aus dem Internet)
- Schematherapiekarten

### **Hinweise zur Flexibilisierung:**

Je nach Spektrum der Schweregrade der Störungen der Teilnehmenden sollte die Varianz der vorgestellten typischen Rollen von Kindern aus suchtbelasteten Familien ausgewählt werden. Für mittelgradig und schwerer beeinträchtigte Menschen sollte man es bei dem Familienmuster: „Hilfe holen verboten“ (Festungsfamilie) belassen, ohne auf Rollen von Kindern genauer einzugehen – auch um nicht zuviel zu aktualisieren. Eine Visualisierung mit Hilfe einer Spielburg ist dafür gut geeignet. „Voll normal“ zu finden bei [www.nacoa.de](http://www.nacoa.de), dem



Selbsthilfeverband von Kindern aus suchtbelasteten Familien, bietet eine gelungene Beschreibung.

Für Teilnehmende, für die auch das generalisierte Eingehen auf die Rollen der Kinder wichtig ist, sind bei Wegscheider (1988) sowie bei [www.nacoa.de](http://www.nacoa.de), nach Altersstufen aufbereitete Materialien zu finden, die Rollenbeispiele, wie: den Helden, den Sündenbock, das verlorene Kind und das Maskottchen umfassen.

### **Ablaufbeschreibung:**

Begrüßung, Angebot Handschmeichler, Information über Gruppenregeln, Information über Rückzugsmöglichkeiten und Angebot an Essen und Trinken, wie in den Sitzungen zuvor.

Zu Beginn der Sitzung wird mit den Teilnehmenden erörtert, was für Kinder in suchtbelasteten Familien eine Rolle spielen kann. Anschließend wird die ausgewählte Geschichte (Familienmuster, alternativ vier Geschichten) vorgelesen. Einleitung zum Übergang in die Geschichten:

„Familien gehen unterschiedlich mit Erkrankungen eines Familienmitglieds um und das ist genauso bei Suchterkrankungen. Dazu lesen wir Ihnen eine Geschichte mit Pausen vor und überlegen dann gemeinsam in den Pausen, welche Figuren in der Geschichte vorkommen und wo die Spielfiguren platziert bzw. hingestellt werden können.“

Den Teilnehmenden werden nun Spielfiguren gezeigt, die sie zur Umsetzung der Darstellung der Geschichte nutzen können.

In der Reihenfolge wird eine Geschichte (alternativ: nach der anderen) vorgelesen. Bei jeder Geschichte werden zunächst die Figuren während und nach der Geschichte aufgestellt. (alternativ: Danach wird erst die zweite Geschichte vorgelesen usw.)

Die Teilnehmenden erhalten nun Bildkarten, auf denen die Rollenmuster (Held, das verlorene Kind, der Sündenbock, das Maskottchen) vermerkt sind und können sich eine Karte aussuchen. Das Gespräch darüber wird von den Trainern ressourcenorientiert und generalisierend verständnisvoll gelenkt: Ziel ist es herauszuarbeiten, dass viele Menschen mit FASD bereits in der Herkunftsfamilie gelernt haben, dass Hilfe anzunehmen „verboten“ ist und dass es manchmal mühsam ist, dies als Erwachsener neu zu lernen.

Eine Viertelstunde vor dem Ende der Sitzung wird auf die Zeit hingewiesen. Ebenso wird auf dem Flipchart die Seite mit Tag, Datum und Uhrzeit der nächsten

Sitzung aufgeschlagen. Da auch die Folgesitzung für Frauen mit FASD nicht allen zugänglich ist, muss an dieser Stelle für einige Teilnehmende thematisiert werden, wann der nächste Modulblock II beginnt.

Die Ausklangübung bildet eine kurze Achtsamkeitsübung (siehe Anhang G: Materialien aus dem Internet).

## 1.5 Frauen mit FASD

Diese Sitzung ist ebenfalls als zusätzliche Stunde geplant für Frauen mit FASD. Viele erwachsene Frauen mit FASD haben einen Kinderwunsch. Häufiger kommt es zu ungeplanten Schwangerschaften, weil die Einhaltung von Verhütungsmethoden wie die regelmäßige Pilleneinnahme gerade Frauen mit FASD häufig schwer fällt. Ziel der Stunde ist daher die Aufklärung und Sensibilisierung für gesundheitsförderndes Verhalten im Allgemeinen, Risiken vor- und während der Schwangerschaft, verbunden mit einer Motivierung für Punkttrockenheit bei einer geplanten Schwangerschaft. Die Exklusivstunde nur für Frauen kann zudem einen Raum eröffnen, um sich über intimere Themen auszutauschen (z. B. Alkohol und Gewalterlebnisse, Traumatisierungen, Alkohol und Fremdgehen, Verhütung etc.). Diese Themen sollten jedoch nicht von Trainerin oder Trainer extrinsisch erzwungen werden. Es ist insbesondere darauf zu achten, dass die Teilnehmerinnen von Trainerin und Trainer gegebenenfalls wieder aufgefangen werden können.

### Ziele:

- Globalziel: Herstellen einer positiven Gruppenatmosphäre, um für die weitere Teilnahme zu motivieren
- Teilziele: Ressourcenorientierte Einführung in FASD geschlechtsspezifisch vertiefen

### Materialien:

**Für alle Sitzungen:** Plakat „Herzlich willkommen“; Plakat Gruppenregeln zur weiteren Bearbeitung aufgehängt; Flipchart/Whiteboard zur weiteren Nutzung; Begrüßung der Teilnehmenden mit Namensaufklebern; Anordnung der Tische abhängig von Teilnehmerzahl; Angebot an Handschmeichlern und Gummis zum Spannungsabbau (Igelbälle, Knautschbälle, ggf. schöne Steine) „etwas in der Hand, dann ist das Gehirn frei“; Alkoholfreie Getränke und gesunde Snacks auf einem

Beistelltisch, der so platziert ist, dass er in der Nähe des Flipcharts deutlich in die Zuständigkeit der Trainer fällt.

**Zusätzlich:**

- Laptop und Beamer, alternativ DVD-Player und Fernseher
- Zugang zu einem FASD Aufklärungsfilm zu Alkoholkonsum in der Schwangerschaft z. B. von Wigwam Zero (siehe Anhang G: Materialien aus dem Internet)
- Informationsmaterialien zum Thema Alkohol und Schwangerschaft, z. B. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) oder einer Beratungsstelle für eine Schwangerschaft ohne Alkohol (Wigwam Zero), dort auch in leichter Sprache für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen erhältlich
- Karteikarten
- Klebstoff

**Hinweise zur Durchführung:**

Die Exklusivstunde nur für Frauen kann zudem einen Raum eröffnen, um sich über intimere Themen auszutauschen (z. B. Alkohol und Gewalterlebnisse, Traumatisierungen, Alkohol und Fremdgehen, Verhütung etc.). Diese Themen müssen behutsam begrenzt und in Einzelsitzungen aufgefangen werden.

Diese Sitzung sollte möglichst nur durch Trainerinnen durchgeführt werden.

Im zweiten Teil der Sitzung: Je nach Voreinschätzung der Teilnehmerinnen kann die Sitzung mit dem Fokus auf „gesunde Ernährung in der Schwangerschaft“ oder eigene Wünsche in Bezug auf Schwangerschaft durchgeführt werden.

**Ablaufbeschreibung:**

Begrüßung, Angebot Handschmeichler, Information über Gruppenregeln, Information über Rückzugsmöglichkeiten und Angebot an Essen und Trinken, wie in den Sitzungen zuvor.

Der Einstieg in das Thema „gesundheitsförderndes Verhalten“ kann über ein Video erfolgen. Die Teilnehmerinnen sollen im Anschluss ihre Wünsche und Befürchtungen in Bezug auf eine Schwangerschaft oder Mutterschaft (gegebenenfalls kann ein alternatives Thema gewählt werden, z. B. die Rolle in Partnerschaften, Umgang mit Gewalt) auf Karteikarten schreiben (bei Bedarf durch

Trainerinnen). Diese werden zunächst gesammelt und für alle sichtbar aufgeklebt und aufgehängt.

Die Wünsche sollen dabei im Fokus stehen. Aus den formulierten Wünschen soll die Frage abgeleitet werden, wie diese erfüllt werden können und welches Bedürfnis dahinter steht (Materialie: Wunschkarten).

Die Teilnehmerinnen sollen die Erfahrung machen, dass Wünsche und Bedürfnisse ohne Bewertung ernst genommen werden. Aus den formulierten Wünschen und Bedürfnissen ergibt sich die Frage, was die Teilnehmerinnen brauchen, um diese erfüllen zu können.

Diese Übung kann durch Beispielvorgaben für die Stunde vereinfacht werden und im Einzelkontakt individualisiert werden.

Alternativ: Thema, gesunde Schwangerschaft (oder alternatives Thema) thematisieren. Hierzu sollen auf dem Tisch verschiedene Bildkarten ausgelegt werden. Die Teilnehmenden werden gebeten, sich ein (bzw. mehrere Bilder) zu greifen und zu beschreiben, was das Bild mit gesunder Schwangerschaft zu tun hat. Auf ein großes Blatt oder Flipchart aufkleben. Weitere Materialien können hinzugefügt werden.

Eine Viertelstunde vor dem Ende der Sitzung wird auf die Zeit hingewiesen. Ebenso wird auf dem Flipchart die Seite mit Tag, Datum und Uhrzeit der nächsten Sitzung aufgeschlagen und noch einmal geklärt, wer auch am Modulblock II teilnehmen möchte.

Die Ausklangübung bildet eine kurze Achtsamkeitsübung (siehe Anhang G: Materialien aus dem Internet).

## **2 Modulblock II: Alkohol ein Hindernis. Clearinggruppe für Menschen mit FASD und vergleichbaren Beeinträchtigungen**

Der zweite und auch dritte Modulteil ist für Menschen mit FASD aber auch für Menschen mit vergleichbaren Beeinträchtigungen konzipiert. Neuropsychologische Beeinträchtigungen und Defizite können bei einer Vielzahl unterschiedlicher Ursachen und Syndrome vorhanden sein, etwa bei genetischen Syndromen, bei frühgeborenen Kindern, bei Menschen mit perinataler Sauerstoffunterversorgung, bei erworbenen Hirnschädigungen etc..Thematisiert wird zunächst der Umgang mit Stress und das Erleben von Glück bzw. Wohlbefinden, das bei Menschen mit ähnlichen Beeinträchtigungen – z. B. der Exekutivfunktionen, Aufmerksamkeit, mit Lern-

schwierigkeiten oder Gedächtnisproblemen – häufig wenig reflektiert werden kann, aber z. T. sehr viel häufiger als schwierig erlebt wird. In Bezug auf die Entstehung einer Suchtstörung oder eines Missbrauchs von Suchtmitteln scheint Stresserleben eine vielfältige und modulierende Rolle zu spielen, im Hinblick auf die Entstehung, Aufrechterhaltung, das Entzugserleben und das Risiko von Rückfällen. Eine Verbesserung des Umgangs mit Stress, also ein verbessertes Stressmanagement, eingebettet in einen ersten Ansatz zur Emotionsregulation, könnte daher auch indirekt zu einer Stärkung der Betroffenen führen, die ihnen längerfristig ermöglichen könnte, ihren Suchtmittelkonsum zu reduzieren und andere Bewältigungsformen auszuprobieren und einzusetzen. Insbesondere schwierige Situationen, können zu individuellen Risikosituationen werden, in denen der Suchtmittelkonsum nahe liegt. Daher liegt auf der Identifizierung solcher Risikosituationen ein weiterer Fokus. Im Sinne der Teilhabeförderung werden auch in diesem Modulblock individualisierte Materialien erarbeitet (Notfallkoffer), die sowohl für die Weiterarbeit der Bezugspersonen, als auch für den Transfer in Folgeeinrichtungen eine Hilfestellung geben können.

## 2.1 Alkohol: ein Hindernis

### Ziele:

- Globalziel: Herstellen einer positiven Gruppenatmosphäre, um für die weitere Teilnahme zu motivieren – Annäherungspriming, Förderung von Veränderungsmotivation
- Teilziele:
  - Ankommen und Kennenlernen
  - Kommunikationsregeln zum Teil vorgeben, zum Teil erarbeiten
  - Einführung in gesundheitsförderndes Verhalten und die Risiken von Alkoholkonsum
  - Einführung einer Achtsamkeitsübung

### Materialien:

- Auf dem Flipchart steht: „Herzlich willkommen“
- Wenn möglich ein zweites Flipchart/Whiteboard aufstellen
- Begrüßung der Teilnehmenden mit Namensaufklebern

- „Ich-Wappen“ – Vorlage, Voraussetzung, dass es keine Teilnehmenden mit feinmotorischen Schwierigkeiten gibt; Alternativ Kennenlern-Bingo oder andere Kennenlernspiele
- Auswahl an Stiften
- Hufeisenförmige Anordnung der Tische
- Angebot an Handschmeichlern und Gummis zum Spannungsabbau (Igelbälle, Knautschbälle, ggf. schöne Steine) „etwas in der Hand, dann ist das Gehirn frei“
- Alkoholfreie Getränke und gesunde Snacks auf einem Beistelltisch, der so platziert ist, dass er in der Nähe des Flipcharts deutlich in die Zuständigkeit der Trainer fällt
- Mögliche Materialien: Fragebogen zu Alkoholkonsum aus FASD-Handbuch (Evangelischer Verein Sonnenhof e.V., 2015); die eskalierende Alkoholanamnese (Siedentopf et al., 2004); Einführungsmaterialien aus DIDAK© (Kretschmann-Weelink, 2006)
- Materialien zum Verteilen an die Teilnehmenden: Rezeptbuch alkoholfreie Drinks (z. B. zu beziehen über BzGA, siehe Anhang F: Materialien aus dem Internet)
- Achtsamkeitsübung in Kopie; (siehe Anhang F: Materialien aus dem Internet)

**Für Teilnehmende mit besonderen Beeinträchtigungen sollten vorgehalten werden:**

- Für die Teilnehmenden, die in so gravierende Spannungszustände kommen können, dass sie entweder den Happy-Chair benutzen müssen oder mit einem der Trainer eine kurze Auszeit nehmen, als Signal ein Aufsteller „komme gleich wieder“ (oder Ähnliches), der auch ohne reden zu müssen genutzt werden kann,
- Sanduhren mit verschiedenen Minutenabständen, um ggf. Sprechzeiten zu regulieren
- Sonnenbrillen und Lärmschutzkopfhörer für Phasen der Reizreduktion
- große Uhr, wenn nicht im Raum, dann aufgestellt

**Hinweise zur Flexibilisierung – für alle Sitzungen geltend:**

Je nach Spektrum der Schweregrade der Störungen der Teilnehmenden können für den Einstieg auch Möglichkeiten der Selbstvorstellung gewählt werden. Für Menschen, die größere Schwierigkeiten mit Gruppensituationen haben, sollte im

Rahmen der Einzelsitzungen die Vorstellung vorgeklärt und ggf. durch Begleitung der Bezugspersonen und/oder die Trainer stellvertretend übernommen werden.

Die gleiche Variationsbreite betrifft die Vorgabe der Gruppenregeln: je nach Schweregraden können diese gemeinsam erarbeitet, teilvorgegeben oder insgesamt vorgegeben werden.

Wesentlich ist hier: wenn „Vielredner“ dabei sind, muss im Rahmen der Einzelgespräche so wenig kränkend wie möglich vorthematisiert werden, dass Sprechzeiten – im Gruppenrahmen dann allerdings für alle – begrenzt werden.

Ebenso muss im Rahmen der Einzelgespräche vorgeklärt sein, wie stark Gruppensituationen zu Spannungen führen können. Sind Teilnehmende dabei, bei denen wir zuvor wissen, dass sie dann nicht mehr reden können, erhalten alle für den Bedarfsfall, der Übererregung einen Aufsteller: „komme gleich wieder“, auf die die Trainer reagieren können, ohne dass gesprochen werden muss.

Die Erarbeitung des Themas Substanzmissbrauch bzw. Möglichkeiten der Konsumreduktion ist hier eingestellt auf Teilnehmende mit mittelschweren Beeinträchtigungen und muss daher als Thema wertend „gesetzt“ und vorgegeben werden. Für Teilnehmende mit „High Function“- FASD sind auch andere Herangehensweisen, die ein höheres Maß an Reflexionsfähigkeit voraussetzen, vorstellbar.

### **Ablaufbeschreibung:**

Begrüßung durch den Trainer und die Trainerin, die die Teilnehmenden bereits an der Tür in Empfang nehmen. Die Teilnehmenden erhalten ein Namensschild mit ihrem Namen, das sie aufstellen oder aufkleben können. Zu Beginn der Stunde steht das Kennenlernen der Teilnehmenden im Vordergrund, sofern diese sich nicht bereits aus dem ersten Modulblock kennen. Die Teilnehmenden werden gebeten, sich kurz vorzustellen. Falls dies für Einzelne zu schwierig sein sollte, können sie auch von den Trainerinnen und Trainern vorgestellt werden. Je nach Gruppenzusammensetzung kann eine kurze Kennenlernübung durchgeführt werden. Das konkret sichtbare Angebot, für einige Teilnehmende bereits bekannt, wird vorgestellt: ein Trainer bietet auf einem schönen Teller die Handschmeichler und Gummis an. Auf den Happy-Chair, die Sonnenbrillen und Kopfhörer für Rückzugsbedarf wird hingewiesen. Es folgt je nach Gruppenzusammensetzung die Erarbeitung und oder Vorgabe der Gruppenregeln.

Im Anschluss bieten die Trainerinnen und Trainer Getränke und Snacks im Herumgehen mit Tellern und Getränke mit der Frage, was die Einzelnen sich an Getränken wünschen, die ihnen dann serviert werden. Nonverbal wird damit auch die Funktion der Assistenz der Trainerinnen und Trainer deutlich.

Thematisiert wird am Flipchart, als Sammlung, auf Karteikarten und dann aufgeklebt oder anhand von Fragebögen:

Haben Sie schon mal getrunken?

Was waren das für Situationen?

Auch, wenn Sie sich geärgert haben?

Vorbereitet ist im Anschluss auf dem Flipchart eine Ideensammlung: „Was Alkohol verhindert“. Je nach Gruppenzusammensetzung kann dies in der Gruppe erarbeitet werden, oder es werden einzelne Statements vorgeben:

Alkohol verhindert:

dass ich eine Wohnung bekomme

dass ich pünktlich zur Arbeit komme

....

Anschließend erfolgt die Ideensammlung (am Flipchart, die Trainerinnen und Trainer schreiben) zu dem Thema:

„Wenn ich weniger trinke/alkoholfrei lebe, dann...“

Anschließend:

„Was kann ich stattdessen trinken?“ Beispiele sammeln. Das Rezeptbuch wird verteilt. Die Trainerinnen und Trainer erhalten die Hausaufgabe (wenn nötig in einem vorgegeben Rahmen) Zutaten für alkoholfreie Mixgetränke den Wünschen der Teilnehmenden entsprechend, zur nächsten Sitzung einzukaufen.

„Was könnte ich noch anders machen, was tut mir gut?“

Eine Viertelstunde vor dem Ende der Sitzung wird auf die Zeit hingewiesen. Ebenso wird auf dem Flipchart die Seite mit Tag, Datum und Uhrzeit der nächsten Sitzung aufgeschlagen.

Die Ausklangübung bildet eine kurze Achtsamkeitsübung, die hier für neu Teilnehmende eingeführt werden muss.

## 2.2 Wie geht's weiter – Wege

**Ziele:**



- Globalziel: Herstellen einer positiven Gruppenatmosphäre, um für die weitere Teilnahme zu motivieren – Annäherungspriming, Förderung von Veränderungsmotivation (Annäherungsziele)
- Teilziele:
- Ankommen
- Kommunikationsregeln festigen und bei Bedarf ergänzen
- Einführung in gesundheitsförderndes Verhalten und die Aufklärung über Risiken von Alkoholkonsum vertiefen
- Achtsamkeitsübung fortsetzen und festigen

### **Materialien:**

- „Herzlich willkommen“ im Raum aufhängen
- Gruppenregeln in einfacher Sprache (bei Bedarf mit Visualisierungen), mit Möglichkeit zur Ergänzung
- Die in der letzten Sitzung erarbeiteten Plakate: „Alkohol verhindert“; „Wenn ich weniger trinke...“; „Was könnte ich anders machen, was tut mir gut?“ sind an den Wänden angebracht
- Flipchart/Whiteboard
- Begrüßung der Teilnehmenden mit Namensaufklebern
- Auswahl an Stiften
- Hufeisenförmige Anordnung der Tische
- Angebot an Handschmeichlern und Gummis zum Spannungsabbau (Igelbälle, Knautschbälle, ggf. schöne Steine) „etwas in der Hand, dann ist das Gehirn frei“
- Die von den Teilnehmenden bestellten Getränke und Utensilien zentral auf einem Tisch platzieren; Auswahl an Rezeptbüchern hinzufügen
- Informationsmaterialie in Visualisierungen, wie viel Alkohol in welchen Getränken ist, steht als Materialie zum Mitnehmen zur Verfügung
- Gesunde Snacks auf einem Beistelltisch
- Waage mit vorbereiteten Gewichten, Kleber zum beschriften
- Optional: Fragebogen um die Entscheidungsfindungen zu personalisieren
- Achtsamkeitsübung in Kopie (siehe Anhang G: Materialien aus dem Internet)

### **Hinweise zur Flexibilisierung:**

Bei einem geringen Grad der Beeinträchtigungen der Teilnehmenden könnte die Waage auch zur praktischen Visualisierung eines Annäherungs-Vermeidungskonfliktes, wie für die motivierende Gesprächsführung (Adaptionen von MI für FASD siehe Kapitel 3.5) zentral genutzt werden. Aufgrund der Fragilität der Veränderungsmotivation hat der Einsatz der Waage in dieser Sitzungsbeschreibung eher motivierend, orientierenden Charakter.

### **Ablaufbeschreibung:**

Begrüßung durch die Trainerin und den Trainer, die die Teilnehmenden bereits an der Tür in Empfang nehmen. Die Teilnehmenden erhalten ein Namensschild mit ihrem Namen, das sie aufstellen oder aufkleben können. Das konkret sichtbare Angebot, für einige Teilnehmende bereits bekannt, wird vorgestellt: ein Trainer bietet auf einem schönen Teller die Handschmeichler und Gummis an. Auf den Happy-Chair, die Sonnenbrillen und Kopfhörer für Rückzugsbedarf wird hingewiesen. Es folgt bei Bedarf die Ergänzung der Gruppenregeln, die immer sichtbar im Raum hängen.

Der Bogen mit Visualisierung von Alkoholmengen in verschiedenen Getränken wird verteilt und besprochen.

Anschließend werden gemeinsam die alkoholfreien Drinks hergestellt.

Wenn alle wieder Platz genommen haben, wird die Waage zur Entscheidungsfindung eingeführt. Die Gewichte sind entsprechend den in der letzten Stunde erarbeiteten Themen beschriftet und dienen einer Visualisierung, die zur Konsumreduktion motivieren kann. Evtl. Verteilung eines Fragebogens auf dem die Einzelnen die Vorteile einer Veränderung/Reduzierung des Konsums notieren können.

Eine Viertelstunde vor dem Ende der Sitzung wird auf die Zeit hingewiesen. Ebenso wird auf dem Flipchart die Seite mit Tag, Datum und Uhrzeit der nächsten Sitzung aufgeschlagen.

Die Ausklangübung bildet eine kurze Achtsamkeitsübung.

## **2.3 Was könnte helfen – Teil I**

### **Ziele:**

- Globalziel: Herstellen einer positiven Gruppenatmosphäre, um für die weitere Teilnahme zu motivieren, Annäherungspriming, Förderung von Veränderungsmotivation (Annäherungsziele)

Teilziele:

- Ankommen
- Kommunikationsregeln festigen und bei Bedarf ergänzen
- Einführung in Gesundheitsförderndes Verhalten und Aufklärung über Risiken von Alkoholkonsum vertiefen
- Vorbereitungen zu einer individualisierten Materialie für die Emotionsregulation – Ersatzverhalten – unter Einbezug der Bezugspersonen
- Achtsamkeitsübung fortsetzen und festigen

### Materialien:

- „Herzlich willkommen“ im Raum aufhängen
- Gruppenregeln in einfacher Sprache (bei Bedarf mit Visualisierungen), mit Möglichkeit zur Ergänzung
- Die in der letzten Sitzung erarbeiteten Plakate: „Alkohol verhindert“; „Wenn ich weniger trinke..“; „Was könnte ich anders machen, was tut mir gut?“ sind an den Wänden angebracht
- Flipchart/Whiteboard
- Begrüßung der Teilnehmenden mit Namensaufklebern
- „Auswahl“ an Stiften
- Hufeisenförmige Anordnung der Tische
- Angebot an Handschmeichlern und Gummis zum Spannungsabbau (Igelbälle, Knautschbälle, ggf. schöne Steine) „etwas in der Hand, dann ist das Gehirn frei“
- Auswahl von Fotokarten die positive Assoziationen erzeugen
- Getränke und gesunde Snacks auf einem Beistelltisch
- **Vorbereitung auf:** eine „Hausaufgabe“ für Bezugspersonen und Teilnehmende (Williams u. Shellenberger, 2001 S. 158f) Materialie: „Was kann ich tun, damit mein Motor „genau richtig“ läuft?“
- Arbeitsbogen „Ressourcenpool“ aus dem Zürcher Ressourcen Modell® (siehe Anhang G: Materialien aus dem Internet)
- Achtsamkeitsübung in Kopie (siehe Anhang G: Materialien aus dem Internet)

## **Hinweise zur Flexibilisierung:**

Die „Hausaufgabe“ für Teilnehmende und Bezugspersonen aus dem Alert Programm© wird in einem detaillierten Fragebogen (Williams u. Shellenberger, 2001, S. 165f) beschrieben. „Sensomotorische Methoden zur Veränderung des Drehzahlbereichs“: verschiedene sensorische Bereiche (in den Mund nehmen, sich bewegen, berühren, sehen, hören) sollen daraufhin überprüft werden, ob sie den Teilnehmenden bei der Emotionsregulation helfen können; Alternativ sind auch Elemente aus Therapiemanualen der Dialektisch-Behavioralen Therapie denkbar (z. B. Freiburger Arbeitsgruppe DBT-A, 2009).

Die Bezugspersonen sind auf diese Aufgabe in der Begleitsitzung vorbereitet worden. Die Checkliste der sensomotorischen Präferenzen umfasst den mundmotorischen, vestibulären, taktilen, visuellen und auditiven Input. In positiven Formulierungen wird gefragt, ob eine Tätigkeit die Erregung erhöht oder senkt, z. B.:

Etwas in den Mund nehmen: Einen Michshake trinken – auf einem harten Bonbon lutschen – die Zunge im Mund hin und herbewegen – auf einem Bleistift herum kauen – langsam und tief atmen – ein kaltes Eis am Stiel essen – eingelegte Gurken essen – Kaugummi kauen – Popcorn essen

Sich bewegen: Die Beine übereinander schlagen und mit einem Bein schwingen – in einem Schaukelstuhl schaukeln – laufen/joggen, Fahrrad fahren – Gewichte heben – mit einem Stuhl kippen

Berühren: An den Haaren herumspielen – mit der Hand in einer Schüssel mit Münzen (Bohnen, etc.) herumspielen – kalte Dusche – warmes Bad – einen Hund oder eine Katze streicheln

Sehen: In einen offenen Kamin sehen (alternativ auf Bildschirm) – gedämpftes Licht – Sonnenlicht – rosafarbenes Zimmer – Aquarium

Hören: Klassische Musik – Hard Rock – in einem ruhigen Raum arbeiten – in einem lauten Raum arbeiten – singen oder Selbstgespräche

Aufgrund der Umfänglichkeit empfehlen wir die Reduzierung der Checkliste auf etwa 10 wesentliche Fragen pro Bereich, die wenn möglich innerhalb der nächsten zwei Wochen von Bezugspersonen und Teilnehmenden gemeinsam erarbeitet werden. Wir empfehlen zusätzlich die Ergänzung durch olfaktorische Reize. Anschließend werden diese Checklisten den Trainern zugesandt, die daraus personalisierte „Notfallkoffer“ für die Teilnehmenden gestalten, die gleichzeitig eine Basismaterialie auch für therapeutische Folgeeinrichtungen sind. Sollten keine

Bezugspersonen zur Verfügung stehen, die dies gemeinsam mit Teilnehmenden erarbeiten können, muss dies durch Einzelsitzungen kompensiert werden.

Ggf. kann mit Hilfe einer Befindlichkeitsskala ein emotionaler „Mittelwert“ als Ziel erarbeitet werden. In einem mittleren Spannungslevel kann Versuchungssituationen noch widerstanden werden.

Das Einverständnis der Teilnehmenden, dass dieser „Notfallkoffer“ von den Bezugspersonen aufbewahrt werden darf, sollte erwirkt werden. Je nach Grad der Einschränkungen der Teilnehmenden betrifft dies alle wichtigen Materialien: da aufgrund der diversen Einschränkungen immer die Gefahr besteht sie zu verlieren oder zu verlegen. Um hier einen Stressfaktor herauszunehmen, verzichtet dieses Modellprojekt auf einen Projektordner, stellt jedoch bei Bedarf immer wieder Kopien zur Verfügung.

Der Fragebogen aus dem Zürcher Ressourcen Modell®, „Ressourcenpool“ wird ohne die körperliche Verankerung mit dem Schwerpunkt „wer hilft mir“ genutzt.

Geachtet werden muss darauf, dass die Veränderungsziele positiv formuliert werden: die Reduzierung des Alkoholkonsums ist der Weg dorthin.

### **Ablaufbeschreibung:**

Begrüßung durch die Trainerin und den Trainer, die die Teilnehmenden bereits an der Tür in Empfang nehmen. Die Teilnehmenden erhalten ein Namensschild mit ihrem Namen, das sie aufstellen oder aufkleben können. Das konkret sichtbare Angebot, für einige Teilnehmende bereits bekannt, wird vorgestellt: ein Trainer bietet auf einem schönen Teller die Handschmeichler und Gummis an. Auf den Happy-Chair, die Sonnenbrillen und Kopfhörer für Rückzugsbedarf wird hingewiesen. Es folgt bei Bedarf die Ergänzung der Gruppenregeln, die immer sichtbar im Raum hängen.

Mit Verweis auf die Plakate, die in der ersten Sitzung erarbeitet wurden, auf denen (sicher) Äußerungen zu finden sind, die auf Emotionsregulation und Stressreduktion verweisen, wird dies herausgegriffen und direkt zum Thema. Starke Gefühle und Stress erhöhen das Risiko zu viel zu trinken – wie in der Gruppe bereits erarbeitet wurde. Es folgt die Ankündigung einer „Hausaufgabe“ gemeinsam mit den Bezugspersonen alles zu erarbeiten was helfen kann, die in der vorherigen Sitzung erarbeiteten Ziele (Veränderungsziele zu erreichen durch Konsumreduktion) auch wirklich realisieren zu können. Die verschiedenen Sinne, mit denen man sich „herunter regeln“ kann werden erklärt (und ggf. anhand einer DBT Materialie z. B.

„Fertigkeiten zur Stresstoleranz“ oder mit Hilfe von Fotokarten, visualisiert) – und auch, dass es wichtig ist, dies genau zu wissen, damit man sich“ herunter regeln“ kann, solange es noch leicht geht. Zur Motivierung für diese Aufgabe wird erklärt, dass auch die Trainer viel zu tun bekommen: nämlich die Auswertungen in einen Bogen „Notfallkoffer“ („Wie kann ich mich runterregeln“) für jeden Teilnehmenden zu formulieren, der wenn möglich in der letzten Sitzung dieses Modulteils, als Materialie vorliegt.

Anschließend wird den Teilnehmenden die Arbeitsmaterialie Ressourcenpool (aus Zürcher Ressourcen Modell®) verteilt und vorgestellt, die jeder für sich eintragen kann. Die Trainer bieten an, auch diesen Fragebogen für den „Notfallkoffer“ zu verwenden, wenn die Teilnehmenden damit einverstanden sind. Zusätzlich werden den Teilnehmenden Fotokarten gezeigt. Sie sollen herausfinden, welche ihnen gefallen, mit welchen sie sich wohlfühlen. Soweit möglich besteht das Angebot, diese oder ähnliche Fotos in den Notfallkoffer einzuarbeiten.

Eine Viertelstunde vor dem Ende der Sitzung wird auf die Zeit hingewiesen. Ebenso wird auf dem Flipchart die Seite mit Tag, Datum und Uhrzeit der nächsten Sitzung aufgeschlagen.

Die Ausklangübung bildet – wie in allen Sitzungen – eine kurze Achtsamkeitsübung.

## 2.4 Was könnte helfen – Teil II

### Ziele:

- Globalziel: Herstellen einer positiven Gruppenatmosphäre, um für die weitere Teilnahme zu motivieren, Annäherungspriming, Förderung von Veränderungsmotivation (Annäherungsziele)
- Teilziele:
- Ankommen
- Kommunikationsregeln festigen und bei Bedarf ergänzen
- Einführung in Gesundheitsförderndes Verhalten und die Risiken von Alkoholkonsum vertiefen
- Emotionsregulation – Ersatzverhalten – vertiefen
- Einführung in Risikosituationen
- Achtsamkeitsübung fortsetzen und festigen

### **Materialien:**

- „Herzlich willkommen“ Plakat hängt im Raum
- Gruppenregeln in einfacher Sprache (bei Bedarf mit Visualisierungen), mit Möglichkeit zur Ergänzung
- Die in der ersten Sitzung erarbeiteten Plakate: „Alkohol verhindert“; „Wenn ich weniger trinke..“; „Was könnte ich anders machen, was tut mir gut?“ sind an den Wänden angebracht
- Flipchart/Whiteboard
- Begrüßung der Teilnehmenden mit Namensaufklebern
- Ablehnungstraining, wenn zugänglich Joysticktraining
- In Kopie, Fragebögen zu Risikosituationen in einfacher Sprache z. B. in DIDAK© (Kretschmann- Weelink, 2006)
- Auswahl an Stiften und Karteikarten
- Hufeisenförmige Anordnung der Tische
- Angebot an Handschmeichlern und Gummis zum Spannungsabbau (Igelbälle, Knautschbälle, ggf. schöne Steine) „etwas in der Hand, dann ist das Gehirn frei“
- Getränke und gesunde Snacks auf einem Beistelltisch

### **Flexibilisierung:**

Je nach Gruppenzusammensetzung und Zugang kann in ein Element eines Ablehnungstrainings wenn möglich eines Internetbasierten Ablehnungstrainings (per Joystick, alkoholische Getränke in den Hintergrund rücken) eingeführt werden (muss gegenüber der Gefahr des Aufbaus einer Versuchungssituation abgewogen werden).

Alternativ ist auch die Planung eines Stoppers für Versuchungssituationen: Brief, Film, etc. auf dem Handy, möglich. Hier soll die wichtigste Bezugsperson eindringlich den Teilnehmenden bitten, nicht zu trinken, weil sie sich Sorgen macht. Dies soll dann von Teilnehmenden vor dem Konsum abgespielt werden.

Eine weitere Alternative ist ein generalisiertes Ablehnungstraining, ohne Alkoholkonsum zu erwähnen: genutzt wird ein einfaches Bild, wie z. B. „ein Pferd oder ein nasser Hund liegt in Ihrem im Bett“ oder „ein Auto steht in Ihrer Küche“ verbunden mit der Aufforderung an Teilnehmende, zu erklären, warum man das nicht möchte („nein sagen üben“).

Aufgrund der leichten Suggestibilität bei Teilnehmenden mit FASD sind Ablehnungstrainings (Nein sagen, Situation sofort verlassen, Bezugsperson anrufen)

für die Reduzierung von Konsum wesentlich und sollten auch im Transfer für die Durchführung mit Bezugspersonen empfohlen werden.

### **Ablaufbeschreibung:**

Begrüßung, Ankommen und Versorgung mit Getränken, wie in den Sitzungen zuvor ritualisiert.

Das Thema Risikosituationen wird in Form einer Themensammlung (entweder direkt auf dem Flipchart, alternativ auf Karteikarten notiert und von den Trainern aufgeklebt) gesammelt. Ein Fragebogen zu Risikosituationen wird verteilt und besprochen. Anschließend wird ein Element eines Ablehnungstrainings (aufgrund der hohen Attraktivität, bevorzugt Joysticktraining) eingeführt und mit den Teilnehmenden durchgeführt.

Eine Viertelstunde vor dem Ende der Sitzung wird auf die Zeit hingewiesen. Ebenso wird auf dem Flipchart die Seite mit Tag, Datum und Uhrzeit der nächsten Sitzung aufgeschlagen.

Die Ausklangübung bildet – wie in allen Sitzungen – eine kurze Achtsamkeitsübung.

## **2.5 Was könnte helfen – Teil III**

### **Ziele:**

- Globalziel: Herstellen einer positiven Gruppenatmosphäre, um für die weitere Teilnahme zu motivieren, Annäherungspriming, Förderung von Veränderungsmotivation (Annäherungsziele)
- Teilziele:
- Ankommen
- Kommunikationsregeln festigen und bei Bedarf ergänzen
- Einführung in gesundheitsförderndes Verhalten und die Risiken von Alkoholkonsum vertiefen
- Emotionsregulation – Ersatzverhalten – vertiefen
- Einführung in Risikosituationen, Verhaltensalternativen im sozialen Umfeld
- ggf. Notfallkoffer
- Achtsamkeitsübung fortsetzen und festigen

### **Materialien:**

- „Herzlich willkommen“ Plakat hängt im Raum



- Gruppenregeln in einfacher Sprache (bei Bedarf mit Visualisierungen), mit Möglichkeit zur Ergänzung
- Die in der ersten Sitzung erarbeiteten Plakate: „Alkohol verhindert“; „Wenn ich weniger trinke...“; „Was könnte ich anders machen, was tut mir gut?“ sind an den Wänden angebracht
- Flipchart/Whiteboard
- Begrüßung der Teilnehmenden mit Namensaufklebern
- DVD zu Risikosituationen z. B. „in echt“ zu beziehen bei der BzGA (siehe Anhang G: Materialien aus dem Internet)
- In Kopie, Fragebögen zu „einen Plan machen, der mir helfen kann“ in einfacher Sprache z. B. bei DIDAK© (Kretschmann-Weelink, 2006)
- Auswahl an Stiften
- Hufeisenförmige Anordnung der Tische
- Angebot an Handschmeichlern und Gummis zum Spannungsabbau (Igelbälle, Knautschbälle, ggf. schöne Steine) „etwas in der Hand, dann ist das Gehirn frei“
- Getränke und gesunde Snacks auf einem Beistelltisch

### **Hinweise zur Flexibilisierung:**

Je nach Gruppenzusammensetzung und Reflexionsfähigkeit können als Fragebogen auch andere Materialien, z. B. aus dem Zürcher Ressourcen Modell® oder aus anderen Programmen der Alkoholprävention eingesetzt werden.

### **Ablaufbeschreibung:**

Begrüßung, Ankommen und Versorgung mit Getränken, wie in den Sitzungen zuvor ritualisiert.

Ein Film zu Risikosituationen wird gezeigt. Die Kommentare der Teilnehmenden werden ggf. aufgenommen und visualisiert. Der Fragebogen „einen Plan machen, der mir helfen kann“ (oder ein vergleichbarer) wird vorgestellt und verteilt (ggf. Hilfestellungen beim Ausfüllen). Wenn die Teilnehmenden einverstanden sind, wird für eine schwierige Situation (Ablehnung von Alkoholangeboten bei einem Date, bei Kumpeln etc.) im Rollenspiel (die Trainer führen dies als erste vor) geübt, wie man „Nein sagen“ kann, wenn einem Alkohol angeboten wird.

Soweit sie vorliegen, werden im Anschluss die individualisierten „Notfallkoffer“ verteilt.

Eine Viertelstunde vor dem Ende der Sitzung wird auf die Zeit hingewiesen. Ebenso wird auf dem Flipchart die Seite mit Tag, Datum und Uhrzeit der nächsten Sitzung aufgeschlagen. Dies ist dann die erste Sitzung des Modulblocks III. Es wird nochmals erfragt, wer alles dabei sein wird.

Die Ausklangübung bildet – wie in allen Sitzungen – eine kurze Achtsamkeitsübung.

Teilnehmende, die den nächsten Modulblock nicht wahrnehmen, werden auf weitere Teilnahmemöglichkeiten hingewiesen.

### **3 Modulblock III: Wo kann es hingehen? Vermittlung weiterführender Angebote**

Modulblock III dient der Vermittlung von Wissen und Empfehlungen zur möglichen Weiterbehandlung (Punktabstinenz, Abstinenz, Reduktion des riskanten Konsums etc.). Es sollen im dritten Modul nun weitere Hilfsangebote präsentiert, übersichtlich vermittelt und Ängste abgebaut werden. Der Transfer zwischen Information über Behandlungsmöglichkeiten und Annahme von Hilfsangeboten könnte durch die Einladung von Therapeuten/Beratern/Sozialpädagogen aus den Einrichtungen gegebenenfalls erleichtert werden, so dass Teilnehmende Gelegenheit haben, Fachkräfte kennenzulernen und diesen außerhalb ihres Settings Fragen zu stellen. Auf der anderen Seite muss jedoch bedacht werden, dass dies auch eine Überforderung von Teilnehmenden darstellen und „Fluchreflexe“ auslösen könnte.

Die beiden letzten Sitzungen finden als Einzelsitzungen gemeinsam mit Bezugspersonen statt. Soweit nur eine Sitzung nötig ist, wird die zweite als Puffersitzung für einen späteren Bedarf „aufgehoben“.

#### **3.1 Wo kann es hingehen – Informationen**

Der Materialienbedarf und Ablauf erfolgen wie jeweils in den ersten Sitzungen der vorherigen Modulblöcke beschrieben und ritualisiert. Wenn neue Teilnehmende hinzugekommen sind, wird ein Kennenlernspiel durchgeführt.

Zur Informationsvermittlung werden die Bereiche: ambulante Therapiemöglichkeiten, stationäre Therapiemöglichkeiten, Beratungsangebote und Medikamentöse Behandlung für die Teilnehmenden (je nach Gruppenzusammensetzung mit den Teilnehmenden) anhand von vier großen Plakaten gestaltet, die sichtbar aufgehängt werden können. Die Vor- und Nachteile der jeweiligen Settings, Methoden und die

Intensität der Angebote können besprochen, mit Hilfe der Waage visualisiert oder mit Hilfe von Fragebögen (auf denen bspw. eine Waage abgebildet ist) individualisiert besprochen werden.

Eine Viertelstunde vor dem Ende der Sitzung wird auf die Zeit hingewiesen. Ebenso wird auf dem Flipchart die Seite mit Tag, Datum und Uhrzeit der nächsten Sitzung aufgeschlagen.

Die Ausklangübung bildet – wie in allen Sitzungen – eine kurze Achtsamkeitsübung.

### **3.2 Gespräch mit denen, die es „geschafft“ haben**

Der Materialienbedarf, Ablauf und Beendigung der Sitzung erfolgen wie in den Sitzungen der vorherigen Modulblöcke beschrieben und ritualisiert. In der zweiten Sitzung sollen positive (motivierende) Vorbilder eine Rolle spielen. Wenn es möglich ist, können trockene Alkoholiker eingeladen werden, mit denen sich die Teilnehmenden identifizieren können oder an denen sie sich gut orientieren können. Denkbar wäre hier zum einen, Teilnehmende mit ähnlichen Beeinträchtigungen oder Personen, die aus ihrer Sicht schildern, wie sie es geschafft haben, ohne Suchtmittelkonsum auszukommen. Falls dies nicht möglich sein sollte, können stattdessen auch Filmbeispiele vorgestellt werden. Wichtig erscheint zum einen die Beleuchtung auch schwieriger Momente und zum anderen der Fokus auf Chancen, die eine Reduktion bzw. Abstinenz eröffnet.

### **3.3 Einladung von Fachkräften**

Der Materialienbedarf (da dies die letzte Gruppensitzung ist: ggf. Zertifikat und kleine Abschlussfeier mit den Lieblingsdrinks aus Modulblock II; dafür Verlängerung um eine halbe Stunde, dies wird in der Sitzung zuvor angekündigt) und Ablauf der Sitzung erfolgen, wie in den Sitzungen der vorherigen Modulblöcke beschrieben und ritualisiert. Der Transfer zwischen Information über Behandlungsmöglichkeiten und Annahme von Hilfsangeboten könnte durch die Einladung von Fachkräften aus möglichen Folge- Einrichtungen (Beratungsstellen, auch Psychotherapeuten für Einzeltherapien sind denkbar) gegebenenfalls erleichtert werden, so dass Teilnehmende Gelegenheit haben, Fachkräfte kennenzulernen und diesen außerhalb ihres Settings Fragen zu stellen. Abhängig von der Gruppenzusammensetzung muss jedoch

bedacht werden, dass dies auch eine Überforderung von Teilnehmenden darstellen könnte.

Den Abschluss bilden die Zertifikatsverleihung und alkoholfreie Lieblingsgetränke.

### **3.4 Einzelgespräche für personenbezogene Empfehlungen**

Aus Sicht der Trainerinnen und Trainer, Bezugspersonen und weiterer Therapeuten wird auf der Grundlage des neuropsychologischen Profils und der Verhaltensbeobachtungen eine Empfehlung erarbeitet, die den Teilnehmenden empathisch vermittelt wird. Die Empfehlung kann mit den Wünschen und Zielen der Teilnehmenden kollidieren. Daher ist es wichtig zu betonen, dass die Entscheidungsfreiheit immer bei den Teilnehmenden liegt. Die Stärken der Teilnehmenden sollten erneut hervorgehoben werden. Die drei individualisierten Materialien: die in der Vordiagnostik erstellte Ressourcenkarte, das im Modulblock I erstellte Profil sowie der in Modulblock II erarbeitete „Notfallkoffer“ werden in diesem Gespräch nochmals thematisiert und empfohlen, sie auch den Fachkräften einer Folgehilfe zur Verfügung zu stellen.

Die zweite Einzelsitzung kann bedarfsorientiert zu einem späteren Zeitpunkt genutzt werden.