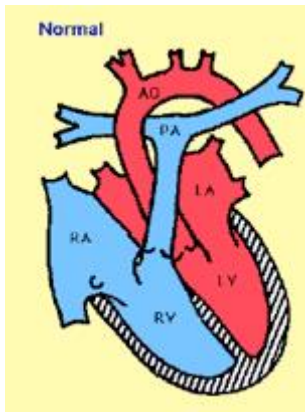


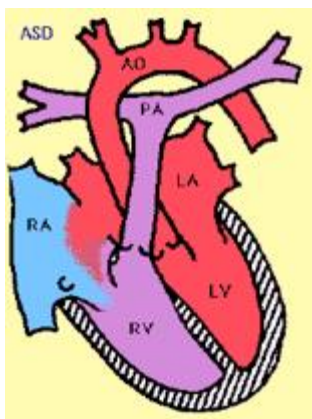
(1) Anatomie: Erscheinungsbilder Herzerkrankungen (vgl. www.kinderherzzentrum.at)
Vitien

Ein gesundes Herz



Wir bieten Ihnen hier eine kurze Übersicht über die Pathophysiologie der häufigsten Vitien.

ASD

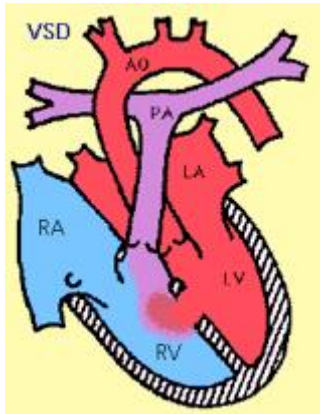


Atrium septum defect, Vorhofscheidewanddefekt (ASD)

Als ASD bezeichnet man eine angeborene Lücke in der Scheidewand (Septum) zwischen den Vorhöfen. Der Defekt im Vorhofseptum führt zu einem Links -Rechts - Shunt und somit zu einer Lungenüberflutung. Kleine ASD's zeigen im ersten Lebensjahr eine gute Spontanverschlusstendenz. Je nach Größe und Lage des Defektes ist ein Verschluss mittels Herzkatheter oder Operation erforderlich. Zusammen mit dem VSD (Ventrikelseptumdefekt) macht der ASD die Hälfte aller angeborenen Herzfehler aus.

Der interventionelle Verschluss eines ASD mit einem Schirmchen ist ein bereits häufig durchgeführtes Verfahren und kann für zahlreiche ASDs als Therapie der Wahl angesehen werden. Ausschlaggebend für den Erfolg ist die richtige Auswahl der für einen interventionelle Verschluss geeigneten Patienten. Der Eingriff wird in Narkose oder Sedierung durchgeführt, mittels transösophagealer Echocardiographie wird die Lage des Schirmchens vor der Freisetzung überprüft. Das Komplikationsrisiko des Eingriffs kann in etwa mit dem Operationsrisiko beim ASDVerschluss gleichgesetzt werden.

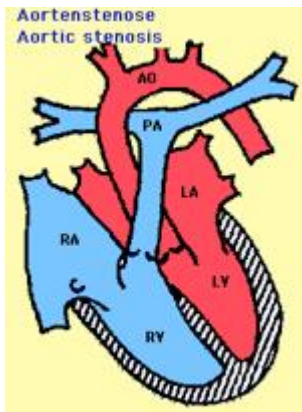
VSD



Ventrikelseptumdefekt (VSD)

Der VSD ist der häufigste angeborene Herzfehler. Es besteht ein angeborenes Loch in der Scheidewand (Septum) zwischen den Herzkammern. Da in der linken Kammer der Druck höher ist als in der rechten Kammer fließt bei jedem Herzschlag Blut von der linken in die rechte Herzkammer (Links -Rechts - Shunt) und von dort in die Lunge. Es kommt zu einer Lungenüberflutung. Je größer der Defekt ist, umso mehr Blut fließt durch und umso gravierender sind die Auswirkungen. Es muss individuell entschieden werden, ob und wann ein operativer Verschluss des Defektes vorgenommen wird. Bei großen Defekten mit Entwicklung einer pulmonalen Hypertonie ist der Verschluss noch im ersten Lebensjahr, besser in den ersten sechs Lebensmonaten durchzuführen.

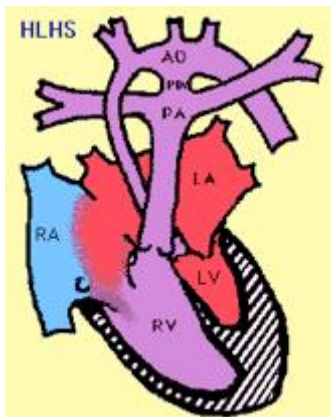
AS



Aortenklappenstenose (AS)

Unter einer AS versteht man eine Einengung in der Ausflußbahn der linken Kammer, die Ursache ist eine Verdickung der Klappensegel und/oder eine Unterentwicklung der Aortenwurzel. Die Enge kann unterhalb der Klappe (subvalvulär), auf Klappenebene (valvulär) oder oberhalb der Klappe (supravalvulär) sein. Die linke Kammer arbeitet gegen einen erhöhten Widerstand und wird dicker (hypertrophiert). Das Ausmaß der Enge bestimmt den Schweregrad und die Gefährlichkeit der Erkrankung. Subvalvuläre und supravalvuläre Aortenstenosen können, falls eine Behandlung erforderlich ist nur operativ korrigiert werden. Valvuläre Aortenstenosen können meist mittels Ballonkatheter gesprengt werden. An unserem Zentrum werden valvuläre Aortenstenosen ab einem echocardiographisch gemessenen Gradienten von mehr als 70 mmHg dilatiert. Der Eingriff wird in Narkose oder Sedierung durchgeführt. Nach der Dilatation bleibt der Patient zur Nachbeobachtung und Heparininfusion über 48 Stunden stationär. Nach Dilatation wird zur Thromboseprophylaxe für 3 Monate mit Aspirin (3 mg/kg) behandelt.

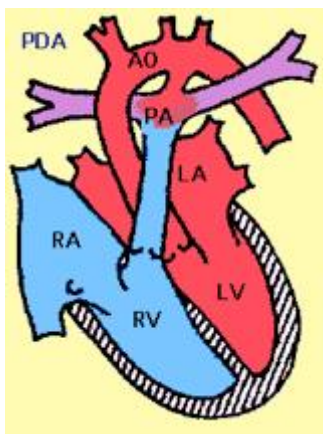
HLHS



Hypoplastisches Linksherzsyndrom (HLHS)

Beim HLHS besteht eine Unterentwicklung der gesamten linken Herzhälfte, die zur Durchblutung des Körperkreislaufes dient. Im Mutterleib übernimmt die Durchblutung der rechte Ventrikel. Kommt es nach der Geburt zum Verschluss des Ductus Botalli (Verbindung zwischen der Aorta und der Lungenschlagader zur Umgehung der Lunge) ist der Körperkreislauf nicht mehr durchblutet und es entsteht eine lebensbedrohliche Situation. Lebensrettend können Medikamente eingesetzt werden, die den Ductus Botalli offen halten. Noch vor wenigen Jahren war das HLHS ein immer zum Tode führender Herzfehler. Derzeit gibt es zwei mögliche Behandlungsmethoden: die Herztransplantation und die Norwood - Operation. Die Norwood - Operation wird am Linzer Kinderherzzentrum seit 1997 erfolgreich durchgeführt. Die Norwoodoperation ist ein palliatives Verfahren. Nach gelungener Norwoodoperation wird im Alter von 3-4 Monaten eine Glenn-Anastomose und im Alter von 4-6 Jahren eine totale cavopulmonale Anastomose (FontanOp) angelegt.

PDA



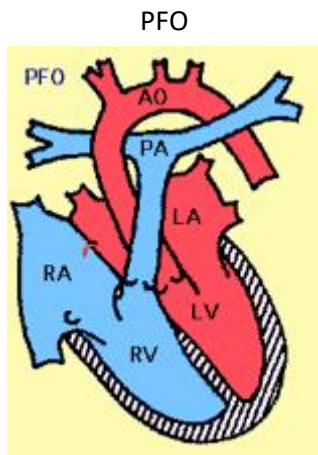
Persistierender Ductus arteriosus Botalli (PDA)

Im fetalen Kreislauf ist der Ductus arteriosus eine normale und notwendige Verbindung zwischen der Lungenschlagader und der Aorta. Einige Tage nach Geburt verschließt sich der Ductus spontan. Geschieht dies nicht innerhalb einiger Wochen nach Geburt, so spricht man von einem persistierenden Ductus arteriosus. Kinder mit einem kleinen PDA haben keine Symptome, bei großem PDA können vermehrte Infektanfälligkeit und sogar Herzinsuffizienz auftreten. Da alle Kinder mit PDA ein erhöhtes Risiko für das Auftreten einer Herzklappenentzündung haben, sollte ein Ductus art., der über das zweite Lebensjahr hinaus besteht verschlossen werden. Bei großem Ductus mit vermehrtem Lungenfluss entsprechend früher.

Zum Verschluss stehen drei Methoden zur Verfügung:

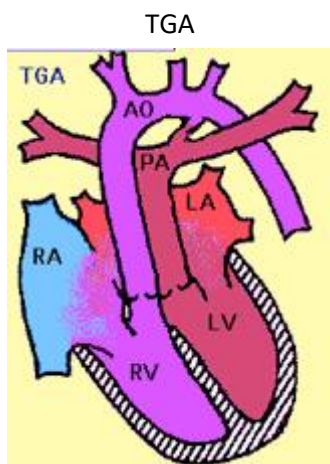
- Operation
- endoskopisches Verschließen mit einem Metallklipp

- Verschluss mit einer Spirale im Rahmen einer Herzkatheteruntersuchung
Je nach Größe des Ductus wird vom Kardiologen die Verschlussmethode gewählt.



Persistierendes Foramen ovale (PFO)

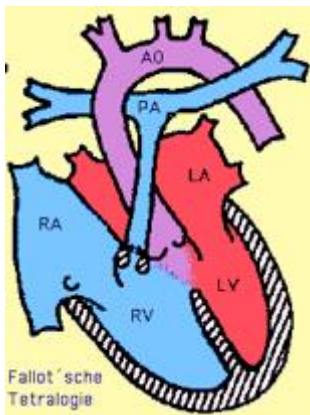
Das Foramen ovale ist eine natürliche und intrauterin notwendige Lücke in der Vorhofscheidewand, die sich meist im ersten Lebensjahr vollständig verschließt. Bei unvollständigem Verschluss spricht man vom PFO, das im Kindesalter keinerlei krankhafte Bedeutung hat.



Transposition der großen Arterien (TGA)

Bei der TGA wird die Aorta aus der rechten und die Lungenschlagader aus der linken Kammer gespeist. Verschließen sich nach der Geburt die beiden Verbindungen zwischen dem Lungen- und dem Körperkreislauf, so wird das Baby lebensbedrohlich krank, denn es gelangt kein sauerstoffgesättigtes Blut mehr in den Körperkreislauf. Zur Korrektur wird die arterielle Switch-Operation noch im Neugeborenenalter durchgeführt.

TOF



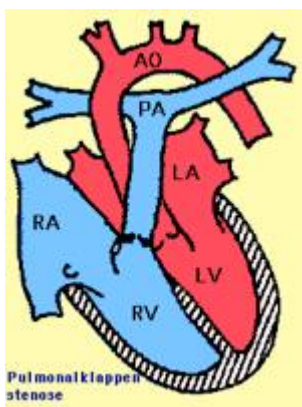
Fallot'sche Tetralogie (TOF)

Die Fallot'sche Tetralogie ist ein komplexer Herzfehler, der zur Zyanose (Blausucht) führt. Es liegen folgende Fehlbildungen vor:

- **großer Kammerscheidewanddefekt**
- **ausgeprägte Enge** zwischen der rechten Kammer und der Lungenschlagader = Pulmonalarterie
- **Fehlstellung der großen Gefäße**, wobei die Aorta zu weit rechts entspringt, dem VSD überreitet und so aus dem rechten und dem linken Ventrikel gespeist wird
- **der Druck ist in beiden Kammern gleich hoch.**

Der rechte Ventrikel pumpt mit erhöhtem Druck gegen die Enge an der Lungenschlagader und wird dicker (hypertrophiert). Ein Teil des sauerstoffarmen Blutes wird in die Aorta gepresst. Damit kommt es zu einer Zyanose. Nach Geburt besteht die Tendenz, dass sich die Enge an der Lungenschlagader verstärkt und ein ausreichender Lungendurchfluß nicht mehr gewährleistet ist. Die Fallot'sche Tetralogie wird an modernen Kinderherzzentren bereits frühzeitig (2. - 3. Lebensmonat) vollständig korrigiert.

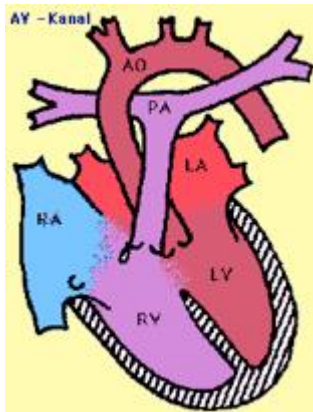
PS



Pulmonalklappenstenose (PS)

Bei einer Pulmonalklappenstenose sind die Taschen der Pulmonalklappe verdickt und die Öffnung der Klappe behindert. Die rechte Kammer arbeitet deshalb gegen einen erhöhten Widerstand und bildet mehr Muskelmasse (hypertrophiert). Eine geringgradige Enge der Pulmonalklappe führt nicht zu Symptomen, es fällt nur ein Herzgeräusch auf. Höhergradige Stenosen können infolge der verminderten Lungendurchblutung zu einer Zyanose führen. An unserem Zentrum werden valvuläre Aortenstenosen ab einem echocardiographisch gemessenen Gradienten von mehr als 50 mmHg dilatiert. Der Eingriff wird in Narkose oder Sedierung durchgeführt. Nach der Dilatation bleibt der Patient zur Nachbeobachtung und Heparininfusion über 48 Stunden stationär. Nach Dilatation wird zur Thromboseprophylaxe für 3 Monate mit Aspirin (3 mg/kg) behandelt.

CAVC



Atrioventrikulärer Kanal (CAVC)

Beim kompletten AV - Kanal besteht ein Scheidewanddefekt, der sich über die Vorhof und Kammerscheidewand erstreckt. Die Klappe zwischen den Vorhöfen und Kammern ist als gemeinsame AV - Klappe angelegt. Über den großen Defekt in der Herzmitte fließt sauerstoffreiches Blut von der linken Herzhälfte in die rechte und von dort in die Lunge. Aufgrund des hohen Blutdurchflusses durch die Lungen werden die Lungengefäße geschädigt und es kommt zum Auftreten eines erhöhten Blutdrucks in der Lunge. Eine operative Korrektur des AV - Kanals ist nur möglich, solange der Lungengefäßwiderstand nicht irreversibel erhöht ist. In unserem Zentrum wird der AV - Kanal daher frühzeitig (3. Lebensmonat) operativ korrigiert und dabei werden exzellente Ergebnisse erzielt.

(2) Psychologische Behandlung und Begleitung von Herzkindern und deren Familien (Überblick)

Foto: gspag



PatientInnen, deren Eltern und Geschwister werden am Kinderherzzentrum Linz vor und nach Herzoperationen, Angiographien und MRT-Untersuchungen psychologisch begleitet. Je nach Alter, Familiensituation und Persönlichkeit der Betroffenen wird differenziert psychologisch behandelt. Grundsätzlich ist es Ziel der Arbeit, Angst vor den chirurgischen oder medizinisch-therapeutisch indizierten Interventionen zu reduzieren, mit der eigenen Herzerkrankung und deren Auswirkungen leben zu lernen und entsprechende Ressourcen im Bereich der Rekonvaleszenz auszuschöpfen. Damit Kinder die meist länger andauernde Magnetresonanztomographie ohne Narkose bestreiten können und sich dadurch vermehrte körperliche Belastung und einen stationären Aufenthalt ersparen, werden die PatientInnen auch vor der Untersuchung psychologisch vorbereitet.

Die psychologische Begleitung im Kinderherzzentrum teilt sich in Vorbereitung, Akutbehandlung und Nachbereitung.

Bei Kindern ab etwa dem dritten Lebensjahr wird meist eine Woche vor dem Klinikaufenthalt gemeinsam mit ihren Eltern und Geschwistern eine psychologische Vorbereitung angeboten: Information und spielerisches Auseinandersetzen, je nach Alter, Rundgang durch die Klinik (Kardiologische Ambulanz, Kardiologie, Intensivstation AKH), Kennenlernen einiger Schlüsselpersonen auf den jeweiligen Stationen, Besprechen etwaiger Ängste und Unsicherheiten, Eingehen auf Situation der Geschwisterkinder, falls vorhanden.

Während der Operation steht Mag. Dr. Raphael Oberhuber als Klinischer Psychologe den Angehörigen bei besonders stark anfallenden Ängsten im Gespräch zur Verfügung. Bei prekären und lang andauernden chirurgischen Eingriffen setzt er sich auch mit den KollegInnen im OP in Verbindung, um Eltern bessere Information über den Stand der Operation geben zu können.

Nach der Operation wird die gesamte "Herzfamilie" wenige Tage, mehrere Wochen oder oft Jahre immer wieder begleitet.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit ÄrztInnen, Krankenschwestern, der Bibliothekarin, PädagogInnen, der Seelsorge und besonders der Selbsthilfegruppe "Herzkinder" stehen aus psychologischer Sicht gelungen an der Tagesordnung.

Nicht selten erfahren Herzkinder eine besondere Fürsorge durch ihre Eltern. Mitunter entwickeln auch einige später beim Kindergarten- und Schulbesuch Anpassungsschwierigkeiten mit Gleichaltrigen. In manchen Fällen wird in Zusammenarbeit mit der Selbsthilfegruppe "Herzkinder" ein Besuch in der jeweiligen Schulklasse vereinbart, um den betroffenen Herzkindern selbst und den MitschülerInnen ein gelungeneres Miteinander zu ermöglichen.

Immer wieder kehrende Operationen und kardiologisch medizinische Herausforderungen bringen PatientInnen und deren Familien oft in schwierige Situationen und bedürfen einer regelmäßigen psychologischen Auseinandersetzung mit der Herzerkrankung. Entsprechendes Umgehen damit wird durch psychologische Aufarbeitung erleichtert. Für Erwachsene mit angeborenem Herzfehler, die ursprünglich an der Landes- Frauen- und Kinderklinik behandelt wurden, gibt es eine gelungene Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz.

(3) Psychologische und psychopädagogische Begleitung bei schulischer Integration von Kindern mit angeborenem Herzvitium, insbesondere mit Hypoplastischem Linksherzsyndrom (HLHS) nach Fontan

Kinder mit angeborenem Herzvitium, mehreren überstandenen chirurgischen Interventionen und vielen Klinikaufenthalten erleben mitunter einerseits durch nachsichtiges (weniger konsequentes) Erziehungsverhalten der Eltern, andererseits durch Überforderung im alltäglichen schulischen Umfeld allgemein (kognitiv und/oder sozial), sowie auch manchmal im Umgang mit körperlich gesunden Gleichaltrigen erhebliche Herausforderungen.

Durch Schulbesuche vom Klinischen Psychologen wird einerseits den betroffenen Herzkindern, andererseits den MitschülerInnen, aber auch den PädagogInnen im Miteinander entsprechende Unterstützung in emotionaler, kognitiver und empathischer Sichtweise (auch in Bezug der Selbstwirksamkeit) zuteil.

Mithilfe von Rollenspiel, erteilter, für die jeweilige Altersgruppe adäquat angepasster Fachinformation über kardiologische Kenntnisse, über emotional orientierte und körperlich belastende Schwierigkeiten im Zuge eines Krankenhausaufenthaltes sowie durch Diskussion über sozial relevante, zirkulär gestellte Fragen werden im Rahmen des Schulbesuches mitunter im Verborgenen liegende, sogar manchmal tabuisierte Themen erörtert (Was würde ich als Schüler mit der Erfahrung von vielen Klinikaufenthalten und lebensbedrohlichen Erfahrungen im Verhalten von gesunden MitschülerInnen erhoffen? Welches Verhalten eines herzkranken Mitschülers würde ich

mir wünschen, damit ich besser mit ihm umgehen kann? Welche Grenzen darf ich als Pädagogin setzen, um einerseits dem Herzkind, andererseits der Fairness gegenüber den restlichen Kindern gerecht zu werden? uam.).

Da bekanntlich jeder Fall sehr individuell gelagert ist, bedarf es viel pädagogischen Fingerspitzengefühls seitens des Psychologen, die Schwerpunkte, auf die jeweilige Schulkasse mit ihren gearteten Mustern systemisch klug zu gewichten.

Eine Studie über die differenzierte kognitive Entwicklung von Kindern mit Hypoplastischem Linksherzsyndrom nach Fontan wird gerade durchgeführt.

(3.1) Die Sprache der Erkrankung

Kognitive Entwicklung und Lebensqualität von Kindern mit schwerer Herzerkrankung

Oberhuber, R. et al. (2017)

Studie am Kinder-Herz-Zentrum Linz, Kepler-Universitätsklinikum Linz

3.1.1 Einführung

Kinder und Jugendliche mit einer lebensbedrohlichen und/oder chronischen Erkrankung sprechen im übertragenen Sinn eine eigene Sprache, die es für gesunde Menschen zu decodieren gilt, andererseits will entsprechend ganzheitlich pädagogisch auf Verhaltensweisen und Sprache dieser Kinder reagiert und interveniert werden.

Kinder mit einer lebensbedrohlichen Herzerkrankung (Hypoplastisches Linksherz Syndrom, HLHS), die weltweit bis vor zwanzig Jahren ohne Überlebenschance kurz nach der Geburt waren, werden seit 1997 am offenen Herzen im Alter zwischen 0 und 4 Jahren am Kinderherzzentrum Linz nach zumindest drei sehr risikoreichen chirurgischen Eingriffen in Kindergarten und Schule eingegliedert.

3.1.2 Methoden

Anhand standardisierter Befragung als qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) wurden Einschätzungen von sozialen Fähigkeiten, Lehrer-Schüler-Beziehungen, individuellen Stärken und Herausforderungen und Persönlichkeitsmerkmalen erhoben.

Besuche in den Schulklassen der betroffenen Patienten seitens des behandelnden Psychologen wurden zur Umsetzung inklusiver Pädagogik eingerichtet.

Mittels Wechsler Intelligence Scale for Children IV und dem Pediatric Quality of Life Inventory von Varni wurde der jeweilige Gesamt-IQ-Index für den Entwicklungsstand des Kindes und die Lebensqualität erhoben.

3.1.3 Ergebnisse

Anhand von gut strukturierten Gesprächen und Diskussionen im Klassenverband mit dem Psychologen wurden Charakteristika des kardiologischen Schülers aufgrund etwaiger posttraumatischer Belastungen durch die lebensbedrohliche Erkrankung und risikoreichen Herzoperationen analysiert. Lehrer und Mitschüler lernten die Eigenschaften (die Sprache) des Kindes mit schwerem Herzfehler besser verstehen und konnten damit adäquat umgehen. Follow-up-Kontakte zu Schule und Patienten verstärkten die Sicherheit im Umgang miteinander.

3.1.4 Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl Patienten mit schwerem Herzfehler und deren Eltern als auch deren Mitschüler und Lehrer von der Zusammenarbeit zwischen Kinderklinik und Schule sehr profitieren. Einerseits fühlt sich das Herzkind von seiner Umwelt besser verstanden (die Anderen verstehen meine Sprache!), andererseits fällt es den Personen aus der Schule leichter, die Traumata besser zu verstehen, die ein Herzkind erfahren hat. Die Patienten mit Hypoplastischem Linksherzsyndrom im Alter von 6-16 Jahren können im kognitiven und psychosozialen Bereich gut gefördert werden, auch wenn sie im Vergleich zu gesunden Kindern durchschnittlich schlechtere Werte sowohl im intellektuellen, als auch im lebensqualitativen Bereich und Unterschiede in Ausprägung der körperlichen und psychosozialen Parameter zeigen.

(3.2) Psychologische Forschung mit Kindern mit angeborenem Herzfehler an der Landes-Frauen und Kinderklinik Linz, Kinderherzzentrum

Oberhuber, R. (1999). Angstminimierende Maßnahmen bei Herzoperationen von Kindern. (Prä- und perioperative Angstzustände bei Herzoperationen von Kindern. Eine Evaluierungsstudie von verschiedenen psychologischen angstminimierenden Maßnahmen)

3.2.1 Ausgangspunkt

In den USA werden seit mehreren Jahrzehnten PatientInnen, vor allem auch Kindern vor schwierigen medizinischen Eingriffen psychologische Vor- und Nachbereitungsmaßnahmen zuteil: Einerseits um Angst zu reduzieren und andererseits mit postoperativem Unbehagen und Schmerzen besser umgehen zu lernen. Das in diesem Bereich ins Hintertreffen geratene europäische wissenschaftliche Umfeld wurde durch das vorliegende Forschungsvorhaben aktualisiert und konnte darüber hinaus mit einer völlig neuen Differenzierung in der Vorbereitung Innovation erfahren, um der Forderung der Wissenschaft gerecht zu werden. Bislang gibt es keinerlei vergleichbare Studien dieses Ausmaßes im deutschsprachigen Raum.

3.2.2 Ziel des Forschungsvorhabens, Interventionsmaßnahmen

Das Ziel dieses Projekts war es, Angst und psychisches Unbehagen von Kindern, die sich einer Herzoperation zu unterziehen haben, zu minimieren. Angemessen am aktuellen Forschungsstand (vgl. Abbott 1990, Betz 1995, Block 1995, Burker 1995, Campbell 1995, Davis 1994, Doty 1997,

Manyande 1995, Oxman 1995, Rasnake 1989, Salmons 1992, Saile 1992, Schmidt 1992, Stinson 1995, Wallace 1995) wurden in der Studie an der Kardiologie der Landes-Kinderklinik Linz jenen kleinen PatientInnen im Alter von 3-14 Jahren **differentielle psychologische Vorbereitungsmaßnahmen (Rollenspiel, kognitives Lernprogramm, Bewältigungsstrategien)** in Abhängigkeit soziodemographischer Variablen, Persönlichkeitsvariablen und medizinischer Diagnose angeboten. Im Zuge dieser Maßnahmen wurde auch die Familie der PatientInnen einbezogen.

3.2.3 Messinstrumente

Vor und nach erteilter Vorbereitung wurde mittels State-Trait-Anxiety-Inventory for Children (STAIC nach Spielberger 1972) Angst als Zustand und Angst als Persönlichkeitsvariable gemessen. Behandelnde Ärzte, Krankenschwestern und Eltern beurteilten die operierten Kinder vor der Entlassung aus dem Krankenhaus mittels modifiziertem Verhaltens-Fragebogen nach Goldschmidt (1986) und Rasnake (1989). Einbezogen wurden weiters sowohl die verbalen als auch nichtverbalen Äußerungen der operierten Kinder bezüglich Angst und Furcht, genauso die Kooperationsbereitschaft des Kindes bei entsprechenden medizinischen Behandlungen, ebenso die Beobachtungen zusätzlicher Verhaltensdimensionen wie beispielweise Nahrungsverweigerung, Schlafstörungen, starke Anhänglichkeit etc.. Auch die Kinder gaben eine den genannten Dimensionen entsprechende Selbsteinschätzungen ab. Während des Aufenthalts der Kinder im Krankenhaus stand den kleinen PatientInnen und deren Eltern ein Psychologe zur Seite.

3.2.4 Langfristige wirtschaftliche und persönliche Vorteile für Patient und Gesellschaft

Die Studie von Salmons (1992) bestätigt eine Kostenreduktion langfristiger therapeutischer Interventionen bei jungen Herzpatienten und deren Familien, wenn psychologische Begleitung vom Zeitpunkt der Operationsindikation angeboten wird.

Ein generelles Umsetzen der im Projekt vorgezeigten Vorbereitungs- und Betreuungsmethoden an der Kardiologie der Landes-Kinderklinik-Linz wurde langfristig durchgeführt.

3.2.5 Ergebnisse

Es konnte eine hochsignifikante Reduktion (1% Niveau) der Angstwerte sowohl im Zustands- als auch im Persönlichkeitsbereich der untersuchten Patienten durch die differenzierten psychologischen Vorbereitungsmethoden vor den kardiovaskulären chirurgischen Eingriffen gemessen werden.

Sowohl Ärzte, Krankenschwestern, Eltern als auch die Patienten selbst bestätigen unabhängig voneinander die erfolgreiche Wirkung der psychologischen Betreuung. An der Varianz der Kooperationsbereitschaft der Patienten bei medizinischen Behandlungen hat der stationäre Aufenthalt eines Elternteils den größten Anteil (26,9%), das angenehme Klima auf der Station 17,9%, die psychologische Betreuung 18,9%, die gute Kooperation zwischen medizinischer Behandlung und psychologischer Betreuung 23,9%.

(4) Lebens(t)räume (Beispiel für psychotherapeutische Intervention nach Merl, 2002, bei Kindern mit angeborenem Herzfehler und deren Angehörige)

Jeder Mensch hat das Bestreben in den eigenen Augen und denen anderer jemand zu sein und etwas zu können und dies in allen Bereichen seines Lebens. Dieses Bestreben erfüllt sich durch Zufuhr zuträglicher Information im Umgang mit sich selbst und den Beziehungen zu anderen, eine Forderung jedes sich entwickelnden Menschen, im Gegensatz zu abträglicher Information. Dieser Traum vom gelungenen Selbst (Merl, H. 2002. *Psychotherapie Forum*, 9,4, 145-161) ist niemals konstant erfüllt, sondern sucht immer nach neuer Erfüllung entsprechend den wechselnden Umständen des Lebens und der Entwicklung. Je öfter er gelingt, umso mehr drückt sich das als Selbstvertrauen und Selbstsicherheit eines Menschen aus. Ein Misslingen dieses Traums zeigt sich deutlich als Störung im Umgang mit der eigenen Person und anderen Menschen bis hin zu asozialem Verhalten. Folgende Aufzählung der Träume ist nur ein Versuch, die wichtigsten Lebensfelder anzuführen, in denen der Traum vom gelungenen Selbst besondere Bedeutung hat:

Traum vom gelungenen Lebenssinn

Traum gelungener Geschlechtsidentität (ein richtiger Mann/eine richtige Frau sein)

Traum gelungener kultureller Identität

Traum v. annehmbaren Äußeren (persönlicher Erscheinung)

Traum gelungener spiritueller Verankerung

Traum gelungener ökologischer Nische (einen Platz haben physikalisch und/oder ideell)

Traum gelungener Geschwisterschaft

Traum gelungener Berufschafft

Traum gelungener Freundschaft

Traum gelungener Partnerschaft

Traum von der gelungenen Identität

Traum gelungener sexueller Beziehung

Traum gelungener Eltern-Kind-Beziehung
Traum gelungener Großeltern-Enkelschaft
Traum gelungener Tier-Pflanzenschaft
Traum vom gelungenen Dialog

Die Analyse dieser Träume (inwiefern sind sie umgesetzt, mehr oder weniger) bezogen auf sich selbst und auf die Schüler_innen kann helfen, mehr Verständnis für das Verhalten, die Leistung etc. der Schüler_innen zu erhalten, dient aber auch der Selbstreflexion und kann dazu verhelfen, den Unterricht auf die Kinder besser abzustimmen und Erfahrungen des Misslingens auszugleichen.

Das in diesem Zusammenhang stehende Gesundheitsbild nach Merl ist eine kreative, spielerische und leicht nachvollziehbare Methode, um sich persönliche und berufliche Ziele klar vor Augen zu führen und Wege zu entdecken, auf denen sie erreichbar sind, also Räume zu schaffen, um Lebensträume zu verwirklichen. Wie eine Landkarte der Seele zeigt das Gesundheitsbild Barrieren und Möglichkeiten und macht den leichtesten Zugang zum Ziel erkennbar. Ohne zu bedrängen, eröffnet es überraschende Einsichten, erleichtert von den „do's and don'ts“ der Ratgeberliteratur und macht Lust und Mut, Konflikte zu lösen und sich auf den eigenen Weg zu Gesundheit, Wohlbefinden, Erfolg und Lebensfreude zu machen.

Raphael David Oberhuber



Mag.Dr.Raphael David Oberhuber arbeitet als Klinischer Gesundheitspsychologe am Kinder-Herz-Zentrum Linz der Kepler-Universitätsklinik und in freier Praxis, er unterrichtet als Professor für Psychologie und Inklusive Pädagogik an der Pädagogischen Hochschule Oberösterreich, weiters begleitet er an der onkologischen Abteilung der Kinderklinik Linz pädagogisch krebskranke Kinder (Heilstättenschule), er hält Vorträge und Seminare im In- und Ausland, als Autor seines Buches „Leben(dig)-Gedeihen trotz widriger Umstände“ und etlicher Fachpublikationen war er auf diversen Buchmessen (Leipzig, Wien, London) tätig. Als selbst betroffener Herzpatient und Wissenschaftler versteht er es sich in die Patienten_innen und deren Angehörige gut einzufühlen und ihnen professionelle Hilfe zu geben. Sein Arbeitsschwerpunkt konzentriert sich auf psychologische Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit existenzbedrohenden Erkrankungen und die Einbindung vom schulischen Kontext einerseits in Schaffung von Perspektiven für die betroffenen Schüler_innen und andererseits in Forschung, Ausbildung und Weiterbildung für Pädagogen_innen. Er ist verheiratet und Vater von zwei eigenen und zwei angenommenen Kindern.
(www.psychologie.oberhuber.co.at)