

Portfolio

Visuokonstruktive Störung

Lisa Rottinger, Sandra Scharax

11710845 01698175

IPB.52 Methoden und Konzepte zur Förderung
der Wahrnehmung und körperlich-motorischen
Entwicklung

Wintersemester 2019

Inhaltsverzeichnis

Definition.....	2
Basisleistung des Sehens von Auge und Gehirn.....	2
Ursachen für CVI.....	4
Was bedeutet das für uns Pädagogen?.....	5
Checkliste:	5
Die Vorgehensweise bei Verdacht auf CVI.....	6
Wichtige Bereiche der CVI.....	9
Auge-Hand-Koordination	10
Auge-Fuß-Koordination	10
Checklisten für verschiedene Unterrichtsfächer.....	12
Fallbeispiele	18
Mein besonderes Kind Matthias	18
Meine Tochter Flora	20
Zuhören ist seine große Stärke.....	23
Das Positive an der Prosopagnosie	24
Wo bin ich?.....	26
Legeübungen	29
Literaturverzeichnis.....	31

Definition

Der Überbegriff der Visuokonstruktiven Störung ist die *Cerebrale Visuelle Informationsverarbeitungsstörung* – kurz genannt auch CVI. Diese Störung liegt vor, wenn aufgrund von einer oder mehreren Störungen der visuellen Funktionen Aktivitäten beeinträchtigt sind und/oder Probleme in der Teilhabe im alltäglichen Leben auftreten. Diese sind eine Folge von prüfbar oder auch nicht prüfbar Schäden oder einer abweichenden Entwicklung von einer oder mehreren Gehirnregionen. So die Definition der ICF- International Classification of Functioning, Disability and Health (vgl. BMFB, 2015, S. 9). Grundlage dafür sind eine augenärztliche Untersuchung und die Beobachtung des visuellen Verhaltens. Somit können Probleme/Beeinträchtigungen, die von dieser Störung ausgehen, erklärt werden.

Es gibt derzeit noch keine genaue Zahlenangabe über die Häufigkeit von Kindern mit CVI, aber Irmgard Bals (2009, S.7) führt aus, dass eines von 1000 Kindern in den industrialisierten Ländern sehbehindert oder blind ist. Davon sind ungefähr ein Drittel von einer cerebralen Sehstörung betroffen. Die Erfahrung aus den pädagogischen Alltag lässt aber auf eine viel höhere Anzahl von Kindern mit CVI schließen. Die Diagnostik stellt eine komplexe Herausforderung dar und kann deshalb nur interdisziplinär erfolgen (Augenheilkunde, Pädagogik, Psychologie, therapeutische Berufe, Eltern).

Die klassische Definition für die Visuokonstruktive Fähigkeit wäre: *alle Tätigkeiten, bei denen lokale Elemente zu einem kohärenten Objekt zusammengefügt werden müssen, also die Fähigkeit zum Zeichnen und Bauen*. Die modifizierte Definition der Störung dazu ist: *konstruktive Defizite, die mit oder ohne assoziierte räumlich – perzeptive Störungen auftreten können. Ausgeschlossen werden sollten jedoch Störungen auf der Ebene der Planungsfähigkeit* (freie Universität Berlin, S. 2).

Basisleistung des Sehens von Auge und Gehirn

Um das alles zu verstehen, muss man wissen wie die visuelle Informationsverarbeitung in Auge und Gehirn erfolgt.

Lichtstrahlen, die in das Auge fallen, werden vom optischen System (Sammellinse) gebrochen. Sind Brechkraft (Hornhaut und Linse) und Brennweite (Augenlänge) perfekt

aufeinander abgestimmt, entsteht eine scharfe Abbildung des gesehenen Bildes auf der Netzhaut. Die Sehschärfe (der Visus) für die Ferne ist gut. Um in der Nähe gut zu sehen, muss sich unsere Linse wie ein Zoom-Objektiv auf näher gelegene Objekte einstellen = Akkommodation. Die Prüfung der Sehschärfe erfolgt mit schwarzen Sehzeichen auf weißem Hintergrund.

Unsere Umwelt ist nicht nur schwarz-weiß. Tests in immer schwächer werdenden Grautönen untersuchen das Kontrastsehen, andere Tests das Farbsehen. Während die Sehschärfeprüfung nur die Abbildungsqualität der zentralen Netzhaut (Makula) ermittelt, wird die Gesamtheit der Netzhautfunktion mit der Gesichtsfeldprüfung festgestellt.

Um bei unterschiedlichen Lichtverhältnissen gut zu sehen, muss von Auge und Gehirn die Adaptation an Helligkeit und Dunkelheit erfolgen. Die Bilder beider Augen werden im Gehirn zu einem einzigen Seheindruck verschmolzen, dieses beidäugige Sehen ist die Basis für das dreidimensionale = Stereosehen. Die Voraussetzung dafür ist eine freie Beweglichkeit = Okulomotorik der Augen in alle Richtungen, harmonische Blicksprünge = Sakkaden und Folgebewegungen.

Die Netzhaut wandelt die elektromagnetischen Wellen in Nervenimpulse um und leitet sie über den Sehnerv ins Gehirn weiter. Dort erfolgen ein detailgetreuer Aufbau des Bildes und schließlich die Bewusstwerdung des Gesehenen. Bevor man ein Bild erkennen kann, muss die ankommende visuelle Information vereinfacht werden. Sie wird entschlüsselt/dekodiert, dann wieder verschlüsselt, verarbeitet und schließlich werden die Teilinformationen wieder zu einer Gesamtinformation in den höheren visuellen Verarbeitungsarealen zusammengeführt (vgl. BMBF, 2015, S. 10).

Eine wichtige Voraussetzung für die cerebrale Weiterverarbeitung ist die Aufmerksamkeit. Dabei unterscheidet man zwei Weiterverarbeitungsarten: die ventrale Weiterverarbeitung (ventral = Was- und Wer-Pfad) und die dorsale Weiterverarbeitung. Ersteres erfolgt im Schläfenlappen. Dort erfolgt die Analyse in eigenen Arealen für Farbe, Form, Figuren, Objekte, Buchstaben, Gesichter und Bedeutungsgebung. Die dorsale Weiterverarbeitung (dorsal = Wo- und Wie-Pfad) verwertet räumliche Beziehungen und ermöglicht somit die visuomotorische Koordination (Auge-Hand-Koordination und Auge-Fuß Koordination) und die zeitliche Wahrnehmung. Das bedeutet, dass die Raumwahrnehmung die Bestimmung von Positionen, Richtungen, Größen, Längen, Winkeln, Entfernungen und ist die Basis für

räumliche Zusammenhänge. Die räumliche Orientierung an uns selbst macht uns auch unser Körperschema bewusst (vgl. BMBF, 2015, S.11).

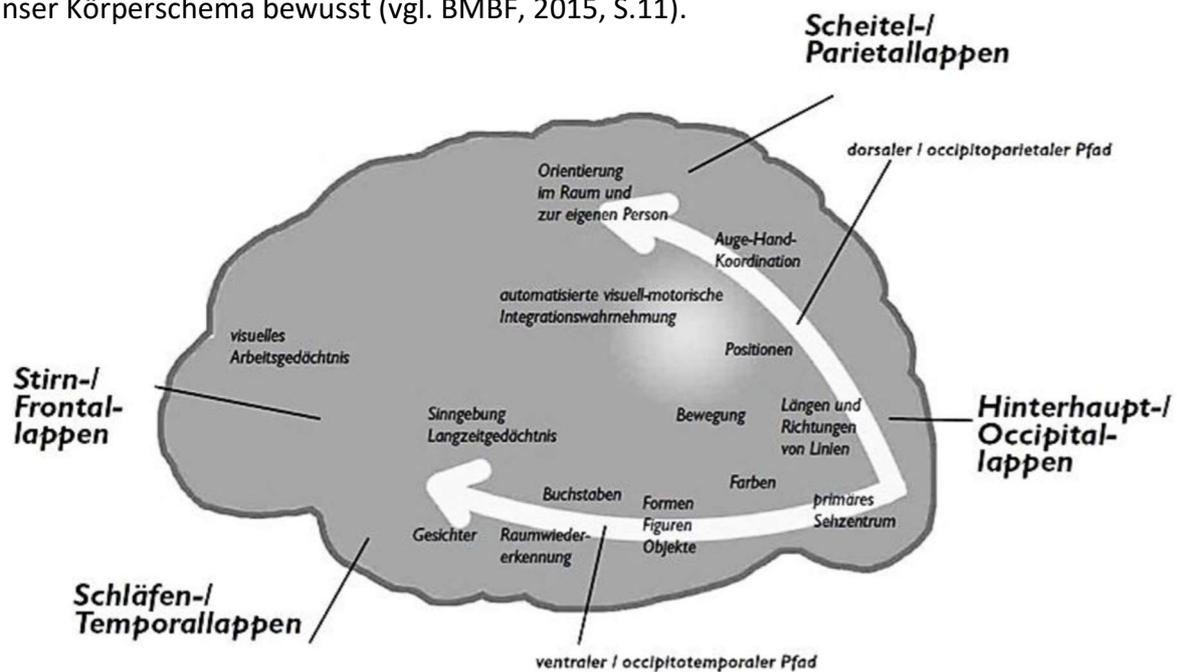


Abbildung 1: Cerebrale visuelle Verarbeitung im Gehirn mit dorsalem und ventralem Pfad aus: BMBF S. 12

Ursachen für CVI

In einzelnen Fällen kann man keine genaue Ursache finden, aber allgemein kann man sagen, dass CVI bei anlagebedingten Störungen und bei Schädigungen des Gehirns auftreten. Ein erhöhtes Risiko stellen folgende Erkrankungen dar:

- gravierende anlagebedingte Schädigungen und Fehlbildungen des Gehirns
- Frühgeburtlichkeit (Periventriculäre Leukomalazie = Schädigung der weißen Hirnsubstanz, welche die seitlichen Ventrikel umschließt)
- Sauerstoffmangel bei der Geburt
- Schädel-Hirn-Traumen
- Hirnblutungen
- Infektionen des zentralen Nervensystems, Vergiftungen (Intoxikationen), Stoffwechselstörungen (Metabolische Störungen)
- Hirndrucksteigerungen
- Epilepsie

Was bedeutet das für uns Pädagogen?

Weil jeder einzelner Mensch individuell ist, können auch die Beeinträchtigungen und Auswirkungen von CVI unterschiedlich sein. Deshalb soll eine exemplarische Checkliste eine Hilfe zur Einschätzung der visuellen Auffälligkeiten sein.

Checkliste:

- Zeigt das Kind schwankendes Sehverhalten (abhängig von Tageszeit, Müdigkeit, Motivation)?
- Hat das Kind Schwierigkeiten Farben richtig zu erkennen?
- Hat das Kind Schwierigkeiten beim Erkennen von Formen und/oder Objekten?
- Zeigt das Kind eine kurze Fixationszeit?
- Kann das Kind nachschauen und mit den Augen folgen?
- Hat es Schwierigkeiten Dinge zu sehen, die sich schnell bewegen?
- Wird das Kind bei Arbeiten mit visuellen Aufgaben schnell müde?
- Ist das Arbeitstempo bei visuellen Aufgaben verlangsamt im Vergleich mit dem anderer Kinder gleichen Alters?
- Verweigert das Kind öfters visuelle Aufgaben oder zeigt es dabei ein passives Verhalten?
- Benötigt das Kind vergrößerte Texte obwohl die Sehschärfe ausreichend ist?
- Hat das Kind Probleme beim Blickwechsel (Heft-Tafel, Buch-Heft)?
- Geht das Kind oft sehr nahe an die Lese-/Schreibvorlage heran?
- Nimmt das Kind eine auffällige Haltung beim Lesen/Schreiben ein?
- Hat das Kind Schwierigkeiten beim Lesen obwohl es die Buchstaben erkennt?
- Hat das Kind Mühe von der Tafel richtig abzuschreiben?
- Hat das Kind Schwierigkeiten beim Erlesen bestimmter Schriftarten?
- Hat das Kind Probleme beim Lesen von schmalen Zeilen-/Zeichenabständen?
- Hat das Kind Schwierigkeiten beim Lesen/Schreiben die Zeile zu finden?
- Hat das Kind Schwierigkeiten sich im Heft/am Arbeitsblatt zu orientieren?
- Hat das Kind Schwierigkeiten Einzelnes aus einer Menge zu filtern?
- Übersieht das Kind öfter Details von einer Abbildung?
- Hat das Kind Schwierigkeiten beim Verstehen von Bildern und Bildgeschichten?
- Sieht das Kind oft einen Teil einer Seite oder eines Buches nicht?

Hat das Kind Schwierigkeiten akustische Informationen wahrzunehmen, wenn es visuell

konzentriert arbeitet?

Hat das Kind Probleme, seine Sachen zu finden (in der Schultasche/im Bankfach/im Spind)?

Hat das Kind Schwierigkeiten zielsicher zu greifen?

Hat das Kind bei feinmotorischen Tätigkeiten Schwierigkeiten?

Malt das Kind oft über Linien hinaus und arbeitet ungenau?

Hat das Kind ein sehr auffälliges Schriftbild (schlampige Buchstaben, schreibt es unter oder über der Zeile)?

Fällt oder stolpert das Kind häufig?

Läuft das Kind öfters gegen Gegenstände?

Hat das Kind Probleme beim Stiegen steigen?

Übersieht das Kind Bodenunebenheiten?

Hat das Kind Probleme beim Einschätzen von Entfernungen?

Äußert das Kind Probleme beim Sehen bei veränderten Lichtverhältnissen - Licht/Schatten? Kneift es die Augen zu?

Bewegt sich das Kind oft unsicher (motorische Ungeschicklichkeit)?

Hat das Kind Mühe, sich selbständig anzuziehen?

Will das Kind gerne an der Hand gehen?

Hat das Kind Probleme Gesichter zu erkennen?

Fällt es dem Kind schwer, Gesichtsmimik zu erkennen und richtig zu deuten?

Hat das Kind Schwierigkeiten bekannte Personen auf Bildern zu erkennen?

Vermeidet das Kind Blickkontakt (z.B. beim Händeschütteln)?

Hat das Kind Probleme bekannte Personen zu finden, wenn sie in einer Gruppe stehen?

BMFB, 2015, S.13f

Treffen mehrere Punkte zu, so ist eine genaue interdisziplinäre Abklärung zielführend.

Die Vorgehensweise bei Verdacht auf CVI

- Abklärung durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Augenheilkunde
- Abklärung durch einen Orthoptisten/eine Orthoptistin
- gegebenenfalls neurologische und/oder (neuro-)psychologische Untersuchung,

wenn eine organische Störung ausgeschlossen wurde

- Anamnese (auch in Bezug auf andere Erkrankungen/Störungen)
- genaue Beobachtung des Kindes über einen festgelegten Zeitraum mit schriftlichen Aufzeichnungen durch die Lehrer/Lehrerinnen
- Gespräch mit den Eltern/Erziehungsberechtigten über die weitere Vorgangsweise
- Kontaktaufnahme mit einem/einer ausgebildeten Sehbehindertenpädagogen/in
- Erstellen eines sehbehindertenpädagogischen Gutachtens
- Erstellen eines Förderplanes unter Einbeziehung aller Beteiligten
- Veränderung/Verbesserung der Rahmenbedingungen (z.B. Sitzplatz, Raumgestaltung, Lichtbedarf, Zeitzugabe) BMFB, 2015, S.15

Für die **Diagnostik** gibt es verschiedene Tests, die durchgeführt werden. Dabei unterscheidet man zwischen standardisierten (Zeichenaufgaben, Mosaiktest, Money-Road-Map-Test, Uhrentest) und nicht-standardisierten (Karten-Zeichnen) Tests.

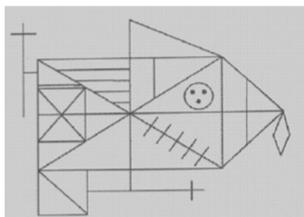


Abbildung 3: Zeichenaufgabe Vorlage

Bei den *Zeichenaufgaben* sollen die Betroffenen entweder die Vorlage abzeichnen oder sie sollen sich die Vorlage merken und dann aus dem Gedächtnis aus diese nachzeichnen. Abbildung 2

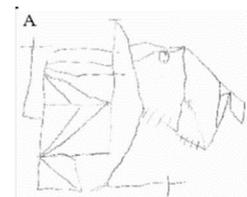


Abbildung 2: Zeichenaufgabe nachgezeichnet

Abbildung 3 zeigt die Vorlage, Abbildung 3 das nachgezeichnete Ergebnis. Diese Vorlage ist aber eher eine der schwereren Aufgaben.

Beim *Mosaiktest* sollen die Betroffenen Muster mit den Steinen nachlegen (siehe Abbildung 4).

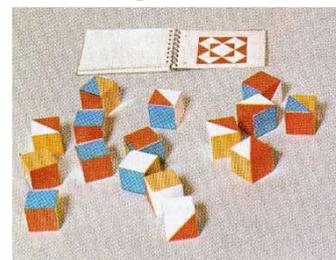


Abbildung 4: Mosaiktest

Beim *Uhrentest* sollen die Betroffenen in einem vorgegeben Kreis die Ziffern und Uhrzeiger zu einer bestimmte Uhrzeit einzeichnen. In Abbildung 5 sollten die Betroffenen die Uhrzeit



Abbildung 5: Uhrentest

11:10 Uhr einzeichnen. Der Uhrentest ist auch ein beliebter Test, um festzustellen ob Menschen demenzkrank sind.

Beim *Money-Road-Map-Test* sollen die Betroffenen einen „Stadtplan“ mit einer vorgegebenen Route lesen, ohne das Blatt zu drehen.

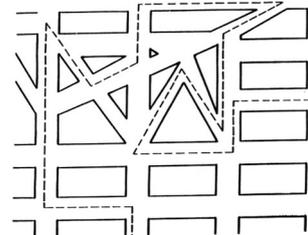


Abbildung 6: Money-Road-Map-Test

Beim *Karten-Zeichnen* sollen die Betroffenen einfache Lagepläne/Karten zeichnen, wie zum Beispiel den Plan der Wohnung oder den Weg von Zuhause in die Arbeit.

Als **Therapiemöglichkeiten** gibt es nicht nur Programme wie von Kerkhoff das *PC-Training mit Feedback* oder von Weinberg das *Perceptual Organization Training*, sondern auch einige Spiele, die auf diese Störung abzielen und diese auch üben/fördern können (vgl. Kohlweih, 2012):

- Potz-Klotz
- Make'n'Break
- Tangram
- Puzzle
- Objekte bauen (zuerst von 3D in 3D, dann von 2D in 3D)
- Bastelarbeiten
- Legeübungen



Abbildung 7: Potz-Klotz



Abbildung 8: Make'n'Break



Abbildung 9: Tangram

Im Kapitel *Legeübungen* werden noch ein paar Ideen diesbezüglich gezeigt.

Wichtige Bereiche der CVI

Um sensorische Informationen verarbeiten zu können brauchen Kinder folgende *Voraussetzungen: Aufmerksamkeit, Konzentration, Wachheit, Neugierde, Freude und Motivation*. Diese Faktoren können leicht durch Probleme, Sorgen und Ängste des Kindes, durch Schmerzen (z.B. bei spastischen Paresen), durch Nichtakzeptanz vom Umfeld des Kindes und durch sedierende/dämpfende Medikamente, wie es bei Epilepsie der Fall ist, beeinträchtigt werden.

Insgesamt werden *13 unterschiedliche und wichtige Bereiche* vom BMFB (S.16–31) aufgezählt:

- Visuelle Aufmerksamkeit
- Visuelles Gedächtnis
- Crowding (=Trennschwierigkeiten)
- Bewegungswahrnehmung
- Farbwahrnehmung
- Form-, Figur- und Objekterkennung
- Buchstabenerkennung
- Gesichtswahrnehmung
- Räumlich perzeptive Wahrnehmung
- räumlich kognitive Fähigkeiten
- Visuomotorische und visuokonstruktive Fähigkeiten
- Räumlich topografische Orientierungsleistungen
- Allgemeine sensorische Informationsverarbeitung

Da der Fokus dieses Portfolios auf der Visuokonstruktive Störung liegt, wird nur dieser Bereich der CVI genauer erläutert.

Visuomotorische und visuokonstruktive Fähigkeiten sind die Fähigkeiten einzelne Teile, aus denen Objekte bestehen, zu erkennen und zusammenzufügen. Zum Beispiel eine zweidimensionale Zeichnung wie ein Buchstabe oder eine dreidimensionale Konstruktion, wie ein Haus aus Legosteinen. Dabei müssen die Positionen der Teile zueinander, Längen

und Winkel richtig erkannt werden, um etwas zu zeichnen oder zu bauen. Wichtig hierbei sind die *Auge-Hand-Koordination* und die *Auge-Fuß-Koordination*.

Auge-Hand-Koordination

Das Zusammenspiel von Auge und Hand, also sehen und greifen, ist sehr wichtig für die Grundlage von feinmotorischen Fähigkeiten. Die feinmotorischen Fähigkeiten hängen auch eng mit der grobmotorischen Entwicklung zusammen bzw. baut darauf auf. Im Alltag sind wir auf eine gute Auge-Hand Koordination angewiesen, damit wir eine zielgerichtete Handlung setzen können. Ist diese Koordination geschwächt, erkennbar wenn man zum Beispiel zwei Tätigkeiten nicht gleichzeitig ausführen kann – schauen und greifen, werden die Unterschiede verschiedener Gegenstände taktil erfasst und erkundet. Je mehr die Bewegungsfunktion beeinträchtigt ist (z.B. bei Kindern mit Cerebralparese) desto problematischer ist die visuomotorische Koordination. Gleichzeitig Schauen und Tun gelingt nicht mehr über einen längeren Zeitraum, da es zu anstrengend ist.

Auge-Fuß-Koordination

Für Menschen mit dieser Störung können taktile und akustische Informationen, die die Umgebung und die Beschaffenheit betreffen, sehr hilfreich sein. Schwierig ist zum Beispiel das Gehen auf unebenen Untergrund, wie auf Wiesen, Schotter und Waldboden, und bei Übergängen wie bei Schwellen, Zebrastreifen und unterschiedlichen Böden. Hinzukommt, dass Stufen und Gehsteigkanten eine gute Auge-Fuß-Koordination und ein richtiges Einschätzen der Höhenunterschiede erfordert. Hier kann auch ein Blindenstock oder ein so genannter Pathfinder helfen, denn mit diesem können sie die Beschaffenheit und Oberflächenstruktur des Untergrundes erfahren.

Zusammengefasst kann man sagen, dass visuokonstruktive Fähigkeiten sehr wichtig sind um im Alltag zurechtzukommen, weil man sonst „einfachste“ Sachen wie Tisch decken, richtig Anziehen, in einer Zeile lesen etc. nicht funktionieren.

Auf der nächsten Seite folgt eine Mind-Map die nochmal alles zusammenfassen soll.¹

¹ Da es sonst schwer zum Lesen ist, wurde die Mindmap über die ganze Seite gezogen.

Visuokonstruktive Störung

Definition

Nicht: Störung auf Ebene der Planungsfähigkeit

Konstruktive Defizite

Mit oder ohne assoziiert räumlich-perzeptive Störung

Fähigkeit einzelne Teile aus denen ein Objekt besteht zu erkennen

Winkel

Position der Teile zueinander

Längen

Kerkhoff: PC-Training mit Feedback

Weinberg: Perceptual Organization Training

Therapieansätze

Programme

Make n'Break

Bastelarbeiten

Tangram/Puzzle

Objekte bauen

Spiele

Beeinträchtigung bei Aktivitäten durch eine oder mehrere Störungen visueller Funktionen

Häufigkeit: 1/3 der blinden oder sehbehinderten Kinder in industriellen Ländern

Visuelle Aufmerksamkeit

Visuelles Gedächtnis

Trennschwierigkeiten

Bewegungswahrnehmung

Farbwahrnehmung

Form-, Figur- und Objekterkennung

Buchstabenerkennung

Gesichtswahrnehmung

räumlich perzeptive Wahrnehmung

visuomotorische und visuokonstruktive Fähigkeiten

räumlich topografische Orientierungsleistungen

allgemeine sensorische Informationsverarbeitung

Überbegriff

Cerebrale Visuelle Informationsverarbeitungsstörung

Diagnostik

Standardtests

Zeichenaufgaben

Mosaikttest

Weinstein-Karten

Money-Road-Map-Test

nicht-standardisierte Tests

Karten-Zeichnen

erfolgt interdisziplinär

Schriftbild: Buchstaben fallen auseinander

Symptome

z.B. sich an- und ausziehen

waschen (Körperpflege)

einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Einschränkungen bei ADL-Leistungen

Checklisten für verschiedene Unterrichtsfächer

Die folgenden Checklisten und Tipps sind aus dem Folder (S. 35- 40) des Bundesministerium für Bildung und Frauen (2015) - *Das Kind mit Cerebralen Visuellen Informationsverarbeitungsstörungen CVI* entnommen und sollen als Hilfe dienen.

Deutsch

DEUTSCH/SCHREIBEN
Das Kind
- hat Probleme beim Nachspüren von Buchstaben
- hat Probleme sich im Heft zu orientieren
- beginnt irgendwo am Blatt zu schreiben
- kann Zeilen und Kästchen nicht einhalten und schreibt darüber hinaus
- lässt Zeilen/Seiten aus
- verliert im Heft den Überblick
- hat Probleme im Arbeitsbuch/am Arbeitsblatt Lösungen einzutragen
- verwechselt visuell ähnliche Buchstaben
- hat Schwierigkeiten beim Schreiben in Schreibschrift

Wie kann ich helfen

Rechtschreibfehler beim Abschreiben

Auslassungen/Verwechslungen bei Buchstaben und Wörtern

- Abstand des Kindes zur Tafel verringern
- deutliches Schreiben an der Tafel
- Markierungspunkte für das Kind setzen, v.a. bei längeren Texten (z.B. bei jedem Satz eine andere Farbe, damit das Kind beim Blickwechsel vom Heft zur Tafel die gesuchte Stelle leichter wiederfindet)
- generell mehr „Blickpunkte“ anbieten (z.B. durch farbige Wörter, farbige Magnete, Unterstreichungen, übersichtliche Anordnung)
- beim Abschreiben von Arbeitsblättern auf gut lesbare Schriftart achten
- Texte (z.B. aus Büchern, Arbeitsblätter) vergrößert kopieren
- deutliche Kopien (z.B. genügend Kontrast)
- übersichtliche Gestaltung des Arbeitsblattes
- Schreiben am PC

Schwierigkeiten bei der Orientierung im Heft/im Buch

- Speziallineaturen verwenden
- Markierung an der Stelle, an der gelesen bzw. gearbeitet wird
- eine Hilfe zum Abdecken von Teilabschnitten verwenden (z.B. Farbstreifen oder durchsichtiges Leselineal)

DEUTSCH/LESEN

Das Kind

- verliert beim Lesen die Zeile
- weiß nicht, wo gerade gelesen wird
- kann sich im Buch nur schwer orientieren
- liest nicht sinnerfassend
- verliert die Konzentration, ermüdet rasch
- geht sehr nahe an die Vorlage heran
- kann (manche) farblich unterlegten Texte schwer lesen
- kann schwach Gedrucktes schwer lesen
- kann manche Schriftarten nicht lesen
- findet sich im Wörterbuch schwer zurecht

Wie kann ich helfen

Schwierigkeiten bei der Orientierung in Texten

- klare verbale Angaben, wo etwas zu finden ist
- Markierungspunkte für wichtige Stellen (mit dickem Stift, Klebepunkt)
- Lesezeichen verwenden
- Leseschablone, die nur ein Sichtfenster für eine Zeile hat
- Abdecken von Teilabschnitten
- Suchhilfe durch Mitschülerinnen/Mitschüler erlauben
- Lichtverhältnisse überprüfen (zu dunkel, Blendung)
- Texte vergrößern
- Texte kontrastreich gestalten
- Textteile (Arbeitsblätter) teilen: falten, zerschneiden
- bei selbst erstellten Arbeitsblättern: leserliche Schriftart, angepasste Schriftgröße, ev. Fettdruck, Zeilenabstand erhöhen, Laufweite vergrößern
- Texte in Büchern (farblich unterlegt, in Bildern) von anderen vorlesen lassen

Arbeit im Wörterbuch

- am Beginn nur kleine Abschnitte auswählen (nur eine Seite)
- bei der Sucharbeit eine Abdeckung verwenden/weiterrutschen (Lesezeichen, farbiges Blatt)
- Indexfarbstreifen bei Seiten mit Buchstabenwechsel als optische Orientierungshilfe

Sachunterricht

SACHUNTERRICHT

Das Kind

- hat Schwierigkeiten Gegenstände zu erkennen/zu benennen
- hat Schwierigkeiten Nachbildungen von Gegenstände zu erkennen
- hat Schwierigkeiten zweidimensionale Darstellungen zu erkennen/zu benennen
- hat Schwierigkeiten beim Ausführen mehrerer Arbeitsschritte
- findet sich im Stationenbetrieb nicht zurecht
- kann nicht gleichzeitig zuhören und seine Arbeiten ausführen
- kann Landkarten nicht lesen und/oder sich darauf orientieren
- findet sich in farbig gestalteten Arbeitsunterlagen nicht zurecht
- findet sich in Arbeitsvorlagen mit vielen Bildern/Tabellen nicht zurecht

Wie kann ich helfen

- mit Anschauungsmaterial arbeiten
- alle Sinne miteinbeziehen
- Arbeitsschritte mehrfach wiederholen
- „Auftragskärtchen“ (einfache grafische Darstellungen) verwenden
- Arbeitsplan gemeinsam erstellen
- Suchbereich auf Landkartenarbeit einschränken
- Skizzen in mehrere zerlegen, z. B. nur Flüsse, nur Grenzen, nur Städte, ...
- Arbeitsblätter vereinfachen oder nur Teile davon verwenden
- Verwendung von Orientierungspunkten/Lesefenstern
- Verwendung spezifischer Hilfsmittel (z.B. Visolettlupe)
- Leselineal für Tabellen

Mathematik

MATHEMATIK

Das Kind

- hat Probleme sich im Heft zu orientieren
- beginnt irgendwo am Blatt zu schreiben
- lässt Kästchen/Seiten aus
- schreibt Ergebnisse/Antworten in die falsche Zeile/Spalte
- hat Probleme im Arbeitsbuch/am Arbeitsblatt Fehlendes einzutragen
- verliert im Buch den Überblick
- hat Probleme beim Erfassen von Textaufgaben
- hat Probleme beim Erfassen/Bearbeiten von Tabellen

Wie kann ich helfen

🌀 Probleme beim Schreiben der Ziffern und Zahlen

- Spezialhefte oder vergrößerte Lineaturen verwenden
- Ziffern auf unterschiedliche Weise erfassen (Tastziffern, Spuren im Sand, Wolle, Knetmasse, verschiedene Papierarten)
- Schreiben am Computer

🌀 Schwierigkeiten bei Mengenerfassung, Reihenfolgen

- Anschauungsmaterial verwenden (Rechenschieber, Rechenkettchen, kleine Autos, Figuren)
- Kinder längere Zeit auch mit den Fingern rechnen lassen
- viele Zuordnungsaufgaben: Ziffern/Zahlen - Mengen

🌀 Verwechslungen, Vertauschungen

- beim Abschreiben aus dem Buch Markierungen/Abdeckungen verwenden
- an der Tafel mit Farben/Markierungen arbeiten
- Zeitdruck vermeiden

🌀 Orientierung in Heften, Büchern

- genaue verbale Angaben, wo etwas zu finden ist
- Markierungspunkte für wichtige Stellen (mit dickem Stift, Klebepunkt)
- Lesezeichen verwenden
- Abdecken von Teilabschnitten
- Leselineal vertikal verwenden

Geometrie

GEOMETRIE

Das Kind

- hat Probleme beim genauen Arbeiten
- hat Probleme beim genauen Messen
- hat Probleme beim Zeichnen von geometrischen Formen und Winkeln
- hat Probleme beim Vergrößern, Verkleinern, Spiegeln, Vervollständigen

Wie kann ich helfen

- spezielle Lineale, Messgeräte verwenden (farbig, kontrastreich)
- geeignete Stifte, geeignetes Papier (am besten ausprobieren!)
- Messtoleranz (vor allem im Millimeterbereich)
- Zusatzmaterialien (taktiler farbiger Geometrieatlas)
- Geometriesoftware: Geogebra, Mathcad
- Aufgaben vereinfachen und zerlegen
- keinen Zeitdruck

Bildnerische Erziehung und Werkunterricht

BILDNERISCHE ERZIEHUNG UND WERKEN

Das Kind

- zeichnet/malt nicht altersadäquat
- vergisst beim Zeichnen wichtige Details (z.B. Augen, Schuhe, Fenster)
- kann Begrenzungen beim Malen kaum einhalten
- nutzt die Zeichenfläche nicht aus
- hat Probleme beim handwerklichen Arbeiten, im Gebrauch von Werkzeug
- hat Probleme beim Schneiden, Kleben, Falten
- arbeitet ungenau und schlampig
- hat Schwierigkeiten beim Ausführen mehrerer Arbeitsschritte

Wie kann ich helfen

- positiv verstärken, nicht kritisieren (das Kind bemüht sich!)
- konstruktive Rückmeldung geben
- Anschauungsmaterial, Bilder, u.a. als Hilfestellung
- geeignete Stifte/Farben
- Begrenzungslinien verstärken
- Orientierungspunkte am Zeichenblatt/am Werkstück
- Unterstützung beim Gebrauch von Werkzeug
- vereinfachte Aufgaben anbieten
- Arbeitsschritte mehrfach wiederholen
- „Auftragskärtchen“ anfertigen, die jederzeit nachverfolgt werden können

Bewegung und Sport

BEWEGUNG UND SPORT

Das Kind

- ist unsicher in den Bewegungsabläufen
- zeigt verlangsamte Bewegungen
- zeigt unrhythmische Bewegungsabläufe
- hat Schwierigkeiten bei Wurf- und Fangbewegungen
- stößt oft mit anderen Kindern zusammen
- findet sich bei Spielen in der Gruppe nicht zurecht
- verliert bei Spielen/Übungen die Orientierung
- kann Entfernungen nicht richtig einschätzen
- kann Objekte und Personen im Umfeld nicht wahrnehmen und darauf reagieren, wenn es sich selber bewegt

Wie kann ich helfen

- das Kind möglichst oft positiv verstärken, es leidet meist unter der Situation
- Spiele für alle anbieten, die kein schnelles Reagieren erfordern
- Bewegungsspiele in Kleingruppen
- Vermeiden von Ballspielen mit Gewinnern und Verlierern
- Fangen und Werfen mit geeigneten Bällen erlernen (größer, farbiger, auffälliger)
- keinen Zeitdruck ausüben (Wettspiele)
- beim Teamsport farbige Jacken/Bänder
- Markierungen im Raum um die Orientierung zu erleichtern

Soziale Kompetenz und Kommunikation

SOZIALES/KOMMUNIKATION

Das Kind

- erkennt bekannte Personen nicht
- erkennt Personen nicht aus einer Gruppe heraus
- reagiert nicht adäquat auf Gestik und Mimik
- erscheint unfreundlich/grüßt nicht
- spricht niemanden an
- lehnt Gruppenarbeiten ab
- findet keine Partnerinnen/keine Partner bei Gruppenarbeiten und Spielen
- weiß nicht, wo sein Platz ist
- zeigt ungewöhnliche Reaktionen
- hat eine lange Reaktionszeit

Wie kann ich helfen

- selbst auffällige Merkmale einsetzen (Kleidung, Frisur, Schminke)
- Sessel und Arbeitsplatz deutlich erkennbar machen
- fixen Platz zulassen
- Garderobenplatz/Spind markieren
- gelenkte Partnerwahl
- Rollenspiele in Kleingruppen, um sicherer in der Kontaktaufnahme zu werden
- um Hilfe fragen lernen/unnötige Hilfe höflich ablehnen
- Reihenfolge festlegen (z.B. in einem Spiel, bei einer Vorführung)
- verbale Unterstützung bei mündlichen Arbeiten (z.B. Ankünden, wer an der Reihe ist)
- unterstützende Materialien für Mimik und Gestik

Fallbeispiele

Die folgenden Fallbeispiele sind aus dem BMBF (S.49 -60) entnommen und die wichtigsten Sätze, die die visuokonstruktive Störung betreffen sind grün markiert.

Mein besonderes Kind Matthias

Teambericht: Mutter, Klassenlehrerin, Augenärztin

„In der Schwangerschaft habe ich mir oft gedacht, ich wünsche mir ein Kind, das besonders ist. Welche Mutter nicht? Dass mein Matthias ein Kind mit besonderen Bedürfnissen wird, hätte ich mir da nie vorgestellt.“ Pünktlich zum Termin kam Matthias im Jahr 2000 als unser erstes und einziges Kind zur Welt. Gleich als wir Matthias gesehen haben, sind uns in seinen damals blauen Augen auf beiden Seiten weiße Flecken aufgefallen, wir hatten aber noch nichts Schlimmes gedacht. Am nächsten Tag kam die Kinderärztin und hat mir zu verstehen gegeben, dass diese Flecken in den Augen nicht normal sind. Bald war klar, er hat auf beiden Augen ein Kolobom. Bei diesem Kolobom handelt es sich um eine seltene Fehlbildung des Auges. Dann kam die nächste Katastrophe: Matthias hörte am 7. Tag einfach zu atmen auf, sein erster Epi-Anfall, es sollten noch viele folgen, bis er im Alter von 14 Tagen einen Status Epilepticus hatte und in den künstlichen Tiefschlaf versetzt wurde.

Keiner der Ärzte konnte uns Auskunft über seine Chancen geben, nicht einmal wie lange er noch leben würde. Eine Hiobsbotschaft nach der anderen folgte. In den ersten beiden Jahren war Matthias sehr oft krank. Er schlief höchstens 9 bis 10 Stunden, den Rest verbrachte er meist schreiend, manchmal bis zu 3 Stunden durchgehend pro Tag.

Heute weiß ich, dass ein Großteil dieses Schreiens auf seine Informationsverarbeitungsstörung zurückzuführen war. Er fand sich in unserem Leben einfach nicht zurecht. Im Laufe der Entwicklung merkten wir erst, dass er mit allen Reizen, denen er ausgesetzt war, völlig überfordert war. Auch heute noch zeigt er seine Überforderung und reagiert in vielen Situationen sehr angespannt.

Wir machten einen straffen Tagesplan und so sahen wir erstmals Entwicklungsschritte. Matthias konnte in einem geschützten Rahmen aufwachsen. Das Schreien wurde weniger, er schlief noch immer wenig, dafür aber relativ regelmäßig. Die Grundstruktur dieses Tagesplans existiert noch immer und ist nach wie vor eine Notwendigkeit und große Hilfe für Matthias.

Bis zum Schuleintritt besuchte uns regelmäßig eine Sehfrühförderin vom Verein Contrast. Als wir merkten, dass sich Matthias immer nur auf eine Sache konzentrieren kann, suchten wir Bilderbücher, auf denen pro Seite nur ein Tier oder ein Gegenstand zu sehen war. Am besten war es mit einem weißem Hintergrund. Wenn in einem Bilderbuch zu viel auf einer Seite abgebildet war, konnte sich Matthias kaum auf etwas konzentrieren. Er konnte auch keinen bestimmten Gegenstand, wie zum Beispiel ein Auto, finden.

Mit sechs Jahren kam Matthias in eine Schule für körperbehinderte Kinder, da er auch motorische Einschränkungen hat. Zu diesem Zeitpunkt war uns die Sehbehinderung nicht wirklich bewusst, denn zuhause konnte er sich in den bekannten Räumen frei bewegen und gut zurechtfinden. Die Wohnung haben wir in den ersten Jahren kaum verlassen, da Matthias dann getobt und geschrien hätte. Nach eineinhalb Jahren war der Schuldruck zu groß geworden.

Matthias fiel in kleinkindliche Verhaltensmuster zurück und zupfte sich die Haare aus. Nach einigen Monaten wechselte Matthias in das Bundes-Blindeninstitut Wien. Matthias entspannte sich und wurde wieder ruhiger. Weiterhin war es für ihn sehr wichtig seinen klaren Tagesplan zu haben: „Und dann? Und dann?“ Bis ins kleinste Detail musste er den Ablauf am Vormittag wissen. Gemeinsam (Mutter und Pädagogin) wurde anfangs ein Plan ausgearbeitet. Allmählich konnte er sich Stück für Stück von seiner Starrheit lösen und auch „ungeplante“ Situationen gut annehmen.

Bestimmte Tagesrituale behielten wir bewusst, denn diese halfen ihm, besonders Stresssituationen gut zu bewältigen. Die Mitschüler nahmen Matthias mit all seinen Besonderheiten gut auf und so ging auch er nach und nach auf diese zu.

Immer wieder verblüffte Matthias mit seiner Sehleistung. Einerseits fand er die noch so kleinen und fast unscheinbaren Dinge am Boden, andererseits konnte er viele Bilder nicht erkennen beziehungsweise nicht zuordnen. Die große Erleichterung kam, als die Augenärztin Frau Dr. Gruber ihn testete: Matthias hat CVI!

Das Team (Eltern, Augenarzt, Pädagogin) arbeitet sehr eng zusammen, sodass Matthias „Eigenwilligkeiten“ gut angenommen werden können.

Matthias kann nur einen Sinneskanal öffnen: entweder sehen oder hören, gleichzeitig ist es ihm nicht möglich. Dies zu berücksichtigen und in den pädagogischen Alltag einzubauen war anfangs eine Herausforderung. Matthias ist sehr „arbeitseifrig“, allerdings lässt er sich bei jedem noch so leisen Geräusch ablenken. Puzzle legen, zuordnen, Bilder erkennen -

wenige Minuten kann Matthias konzentriert arbeiten. Lautes Lachen seiner Mitschüler kann für ihn sehr irritierend wirken. Feste, vor allem Fasching oder Weihnachtsmarktbesuche stellen durch die massive Reizüberflutung eine große Belastung für ihn dar.

Im Treppenhaus steht Matthias oft und wartet. Er wartet darauf, dass das Stiegenhaus frei ist und er alleine weitergehen kann, denn andere Personen, egal ob Kinder oder Erwachsene, in seine Richtung gehende oder entgegenkommende, würden ihn zu sehr ablenken.

Eine große Herausforderung war unsere gemeinsame Schullandwoche: Matthias mit Mama, Klassenlehrerin und Klassenfreunde. Trotz fremder Umgebung, anderer Regeln und Abläufe, nahm Matthias bei allen Aktivitäten teil! Die Sicherheit, die wir ihm geben konnten und seine emotionale Stabilität, die Stütze durch die soziale Gruppe, das gegenseitige Vertrauen, all dies hat diese Woche zu einem unvergesslichen Abenteuer gemacht!

Wenn man weiß und erkennt welche Bedürfnisse Matthias hat, wenn man das „Einkanalsystem“ berücksichtigt, wenn man seine Eigenheiten nicht als störend empfindet, dann ist Matthias eine große Bereicherung!

Meine Tochter Flora

Reingard Schott

Flora kam im März 2000 als Frühchen in der 26. SSW zur Welt. Flora ist 14 Jahre alt und besucht derzeit das Odilien-Institut in Graz. Auf Grund einer Infektion im Gehirn kam es zu Komplikationen kurz nach der Geburt (Hydrocephalus) und damit zu ihrer Mehrfachbehinderung.

Flora entwickelte sich sowohl motorisch als auch kognitiv deutlich verzögert, trotz entsprechenden therapeutischen und ärztlichen Maßnahmen. Im Kleinkindalter war ihr Sehvermögen sehr schwierig einzuschätzen, da sie sich verbal noch nicht entsprechend ausdrücken konnte. Erst später konnte die niedrige Sehschärfe festgestellt werden. Ihr CVI wurde erst im CVI-Forschungsprojekt klar erkannt.

Dass Flora - im Vergleich zu anderen Kindern ihres Alters - ihre visuellen Erfahrungen individuell verarbeitete, wurde erst im Kindergartenalter deutlicher. So hatte Flora mit klaren einfachen Symbolen (Kreis, Viereck, Dreieck) keine großen Probleme. Bilderbücher

mit komplexeren Bildern waren dagegen oft schon eine große Herausforderung, Wimmelbilder völlig uninteressant. Bei den Grundfarben (Gelb, Rot, Blau, Weiß, Schwarz) hatte sie keine allzu großen Probleme, bei Mischfarben war das schon anders. Flora deutete z.B. alles, was für sie rund und gelb war, als Sonne, oder alles, was vier Beine hatte, als Katze. Details auf Bildern, die Normalsichtigen als eindeutige Merkmale zur sicheren Unterscheidung dienen, kann Flora bis heute oft noch nicht richtig erkennen.

Später, in der Volksschulzeit war für Flora das Erlernen der Zahlen und Buchstaben (eindeutige klare Symbole) keine große Herausforderung, im Gegenteil, sie liebte es, mit Buchstabenkarten Wörter und Sätze zu legen.

Auf Grund ihrer beeinträchtigten Auge-Hand-Koordination begann sie aber erst in der 3. VSKlasse einigermaßen leserlich mit der Hand zu schreiben, bis dahin arbeitete sie am PC. Flora schreibt auch heute noch ihre Texte ausschließlich in Großbuchstaben. Druckschrift oder Schulschrift ist für sie schon zu komplex zum Schreiben, bei entsprechender Schriftgröße kann sie diese aber lesen. Zum flüssigen Lesen benötigt Flora prinzipiell eine große Schrift mit klar gegliederten Texten, wenigen Worten in der Zeile und vergrößertem Zeilenabstand. Sonst ermüdet sie schnell und ihre Konzentration lässt deutlich nach. Auf Grund dieser Tatsache stößt man im schulischen Bereich ziemlich schnell auf Hürden. Die Textgröße in Schulbüchern war gerade noch in der 1. VS-Klasse für Flora adäquat, im Laufe ihrer Schullaufbahn wurde das immer mehr zum Problem, da die Texte immer kleiner und weniger gegliedert sind und viel Bildmaterial vom Wesentlichen ablenkt.

In den gängigen Schulbüchern sind sehr viele Aufgaben mit Bildern gestaltet oder Arbeitsaufträge sind überhaupt in die Bücher zu schreiben. Eine für Flora meist unmögliche Aufgabenstellung, da selten genug Platz für ihre individuelle Schriftgröße vorhanden ist. Schulbücher und andere Lernunterlagen werden für Flora zwar vergrößert, das Format muss dann aber so groß gewählt werden (A3), dass Flora - wegen ihrer motorischen Einschränkung - durch die Unhandlichkeit dieser riesigen Materialien sehr beeinträchtigt und immer wieder auf fremde Hilfe angewiesen ist.

Diese Abhängigkeit und die damit verbundene Unselbstständigkeit stellt für Flora, die ja sehr ehrgeizig ist, eine generelle Problematik dar – vor allem auf sozialer und emotionaler Ebene, da sie sich im Vergleich zu anderen Kindern oft benachteiligt und ausgegrenzt fühlt! Viele individuelle Verhaltensweisen und Reaktionen von Flora wurden erst durch das Forschungsprojekt „CVI“ für uns erklärbar.

Zum Beispiel ihr Orientierungssinn, Flora benötigt sehr lange, bis sie sich in unbekanntem Umfeld zurechtfinden kann, eine für sie überschaubare „Infrastruktur“ (kleine Einheiten), erklärende Worte und vor allem Geduld erleichtern ihr allerdings die Bewältigung dieses Problems. Trotzdem ist Flora nicht in der Lage, sich alleine im öffentlichen Raum zurechtzufinden, sie wird vermutlich immer Begleitung nötig haben. Ganz besonders möchte ich hier erwähnen, dass viele Spezialisten, Ärzte (auch Augenärzte), Gutachter, Pädagogen, usw., keine Ahnung von CVI und den damit verbundenen Auswirkungen für die betroffenen Kinder und die betreuenden Personen haben. Vor allem im Schulbereich wurden wir - trotz intensiver integrativer Bemühungen - mit großem Unverständnis, Unwissenheit und enormen bürokratischen Hürden konfrontiert.

Nicht Bescheid wissen bezüglich CVI und die damit fehlenden Kompetenzen im pädagogischen Umgang mit Kindern mit dieser Behinderung führt sowohl zu Über-, aber auch zu Unterforderungen. So war es nicht zu verhindern, dass Flora in ihrer Schullaufbahn deswegen zweimal die Schule wechseln musste! Eine traurige Bilanz für unser österreichisches Schulsystem.

Auf Grund meiner eigenen negativen Erfahrungen plädiere ich für eine entsprechende Aus- und Weiterbildung für alle Pädagogen, auch Kindergartenpädagoginnen, um eine möglichst frühe Förderung durch entsprechende Sensibilisierung, Diagnostik und Aufklärung aller Beteiligten zu ermöglichen!

Ich wünsche mir auch entsprechend „reduzierte“ Schulbücher für Kinder mit CVI, die von diversen „motivierenden“ grafischen Überangeboten entrümpelt sind. Ich denke, dass auch Kinder ohne Einschränkungen davon profitieren können, viele leiden sowieso an Reizüberflutung.(ADHS) Ich kann mir hier auch nicht verkneifen, die Sinnhaftigkeit des aktuellen Schulbuches -konzipiert als Arbeitsbuch - in Frage zu stellen und die daraus resultierende Einstellung bei Schülern zum Wert eines Buches? Wozu gibt es Hefte? Meine Einschätzung: Flora scheint generell Erlebtes als emotionalen und akustischen Gesamteindruck im Kopf abzuspeichern, nicht als etwas visuell Erfasstes. Für uns „Normalsehende“ schwer vorstell- und nachvollziehbar, da unsere Gesellschaft hauptsächlich visuell geprägt ist. Kinder mit CVI haben sehr unterschiedliche individuelle Bedürfnisse, die jeweils aus den in Mitleidenschaft gezogenen Hirnfunktionen resultieren. Ein häufiger Wechsel von außerfamiliären Bezugspersonen sollte auf jeden Fall vermieden

werden, um diese Kinder erfolgreich im Schulsystem eingliedern zu können. Ein „Shadow“, der genau die Stärken und Schwächen dieser Kinder kennt und auch ihre Entwicklungsschritte „miterlebt“, kann sicher einen wertvollen Beitrag leisten, vor allem als vertraute Bezugsperson und als Bindeglied zwischen familiärem und schulischem Umfeld, speziell während den Übertrittsphasen Kindergarten - Volksschule - weiterführende Schule - Arbeitswelt.

Ich freue mich daher sehr über das Interesse des Bundesministeriums zum Thema CVI und hoffe, dass in naher Zukunft für betroffene Kinder ein besser geeignetes schulisches System zur Verfügung steht!

Zuhören ist seine große Stärke

Maria Deutsch

Unser Sohn Martin (mittlerweile fast 17 Jahre), Frühgeburt 31. Woche, wurde nach drei Monaten Intensivstation mit der Diagnose PVL spastische Tetraplegie aus dem Krankenhaus entlassen. Außer seiner körperlichen Einschränkung (sitzt im Rollstuhl) ist auch sein Sehvermögen sehr eingeschränkt (Sehschärfe und CVI). Im Alltag muss man ihn immer wieder verbal unterstützen: „Bitte schau hin!“, z.B. beim Essen, dass er schaut wo das Essen ist und gezielt den Löffel einsetzt, beim Spielen z.B. „Schau, welche Karte fehlt!“. Dies funktioniert nur über Kommunikation, nicht aus Eigeninitiative. Beim Fernsehen liegt er am Boden und hebt nur ab und zu den Kopf um hinzuschauen (ist mehr Fern-Hören, er schaut DVDs des Öfteren an, um dem Inhalt zu folgen).

In der Schule muss man ihn immer wieder motivieren, da die Konzentrationsdauer doch eher gering ist. Beim Rollstuhlfahren fährt er ein bisschen und dann schaut er wieder, wo er hin muss. Beides gleichzeitig zu koordinieren funktioniert nicht. Dadurch ist es für ihn natürlich schwierig sich zu orientieren. Auch wenn wir spazieren gehen, betrachtet er nicht wirklich das Umfeld. Die bewegten Bilder nimmt er wieder nur wahr, wenn wir stehen bleiben. Bei ihm funktioniert das Ineinandergreifen der verschiedenen Sinne leider nicht, entweder "schaut er" oder "tut er". Martin selber sagt, dass er sehr gut zuhören kann und dadurch einiges ausgleicht und sich in Gesellschaft sehr wohl fühlt und durch sein gutes Sprachvermögen ist er auch sozial gut integriert. Aber wir sind sehr froh, dass wir an diesem

CVI Projekt teilnehmen konnten. Durch diese Untersuchungen wurden uns seine Wahrnehmung und das Sehen erst bewusst. Danke an das ganze Team!

Das Positive an der Prosopagnosie

Alexander Avian

Prosopagnosie - eine Diagnose, die für Außenstehende nur schwer zu verstehen ist. Wenn ich mit jemanden über dieses Thema spreche, und ihr/ihm erkläre, was Prosopagnosie ist, erhalte ich oft als Antwort, dass diese Person bereits auch einmal eine andere Person nicht erkannte. Die Tatsache, dass dieses Erlebnis, einmal eine andere Person nicht erkannt zu haben, jeder kennt, macht es einerseits vielen Außenstehenden schwer zu akzeptieren, dass es die Prosopagnosie wirklich gibt, und andererseits liefert es Betroffenen eine Erklärung dafür, dass sie andere nicht erkennen. Dadurch leben auch viele Personen mit Prosopagnosie, ohne zu wissen, dass sie eine Prosopagnosie haben.

Ich bin erst im Laufe meines Psychologiestudiums auf das Thema Prosopagnosie gestoßen und bemerkte dadurch, dass meine Gesichtswahrnehmung nicht normal ist. Es fiel mir dann auch nicht schwer, mich an Situationen zurückzuerinnern, in denen ich offensichtlich durch meine Prosopagnosie beeinträchtigt wurde. Eine der frühesten Erinnerungen spielt in meiner Kindheit. Ich ging mit meinem Vater spazieren und lief auf eine Frau zu, die ich für meine Mutter hielt – da ihre Statur und ihre Kleidung der meiner Mutter ähnelten. Wie ich dann bemerkte, handelte es sich nicht um meine Mutter.

Ein weiteres markantes Erlebnis war, als ich - bereits als Jugendlicher - Passbilder bei einem Fotografen abholte und die Person auf den Bildern nicht als meine eigene Person identifizierte; ich dachte, dies müsse mein Bruder sein.

Da ich immer wieder damit konfrontiert war, dass mich Personen ansprachen, die ich nicht kannte und es mir peinlich war, zugeben zu müssen, dass ich meinen Gesprächspartner nicht erkenne, habe ich versucht im Gespräch herauszufinden, mit wem ich redete, was zum Teil zu Verwechslungen führte und somit wiederum in einer peinlichen Situation resultierte. Mein Gegenüber versuchte ich anhand der Statur, der Sprache, des Dialektes und des Gesprächsinhaltes zu identifizieren bzw. einzuschränken, wer es sein könnte.

Ein Bereich, der mir immer Probleme bereitet, sind Filme. Wenn ich einen Film sehe, und wichtige Schauspieler haben ähnliche Frisuren und eine ähnliche Statur, dann kann es sein,

dass ich diese Personen nicht unterscheiden kann. Dabei hilft mir dann zumeist meine Frau, die ich dann kurz frage, wer diese Person ist.

Generell kann eine informierte Umgebung sehr hilfreich sein. Einerseits, wenn andere wissen, dass ich sie nicht immer erkenne, können sie entsprechend darauf reagieren, ohne verwundert zu sein, und andererseits hilft es, wenn „ingesagt“ wird. Wenn wir zufällig Bekannte treffen, sagt mir meine Frau leise ein, wer gerade näher kommt. Ebenso kann Kindern geholfen werden.

Es kann ihnen zuvor gesagt werden, wer sich nähert oder die annähernde Person kann auch mit dem Namen begrüßt werden. Meine Tochter hat ebenso eine Prosopagnosie. Bereits bevor sie in den Kindergarten ging, wussten wir, dass sie eine Störung der Gesichtswahrnehmung hat und sprachen mit ihr darüber. Wir informierten auch die Kindergartenpädagoginnen. Meine Tochter wusste daher von Beginn an, dass sie Hilfsmittel suchen muss, um die anderen Kinder zu erkennen. Zunächst versuchte sie es anhand der Kleidung, was aber aus nachvollziehbaren Gründen nicht sehr erfolgreich war. Schließlich konzentrierte sie sich auf die Hausschuhe der anderen Kinder, da diese nicht täglich gewechselt werden. Beim Faschingsfest, als alle anderen Kinder Probleme hatten, sofort zu wissen, welches Kind sich unter welcher Verkleidung versteckte, wusste es meine Tochter sofort – da alle auch mit der Verkleidung ihre Hausschuhe trugen. Somit war die Prosopagnosie für sie in dieser Situation ein Vorteil, da sie nicht auf das Gesicht der anderen angewiesen war.

Die generelle Regel „Sprich nicht mit Fremden“ oder „Geh nicht mit Fremden mit“ stellt für Kinder mit Prosopagnosie ein Problem dar. Personen mit Prosopagnosie – nicht nur Kinder – sind es gewöhnt, dass sie von Fremden angesprochen werden. Später stellt sich dann heraus, dass diese Fremden bekannte oder sogar befreundete oder verwandte Personen sind. Für Kinder kann in solchen Situationen ein „Code“ hilfreich sein, ein Wort, das mit dem Kind vereinbart wurde und das jede/r kennt, die/der das Kind vom Kindergarten/von der Schule abholen darf. Wir haben auch darauf verzichtet, den Namen unserer Tochter in ihre Kindergartentasche zu schreiben, da sie annehmen muss, dass sie jede Person kennen sollte, die sie mit Namen anspricht. Stattdessen finden sich nur unsere Handynummern am Namensschild.

Das Positive an der Prosopagnosie ist, dass ich fast täglich Fremde treffe, die mich freundlich grüßen!

Wo bin ich?

Eva-Maria Michule

Ich denke, also bin ich – aber wo genau?

Dass mein Orientierungsvermögen nicht das Beste ist, wurde mir schon früh klar. Erstmals als ich mich im Alter von sechs Jahren mit den Worten „Ich gehe schnell zu Papa!“ von meiner Mutter verabschiedete. Mein Vater stand nur einige Meter weiter und zwar neben einer riesigen Hüpfburg, in der mein Bruder bereits herumtobte und in die ich folglich auch wollte. Leider musste ich mir etwa zwei Stunden später in dem angrenzenden Wald und von der Dämmerung bedroht eingestehen, dass ich es irgendwie geschafft hatte, mich zu verlaufen. Zum Glück fanden mich zwei nette Damen und endlich auch meine Eltern.

Heutzutage wundert sich bedauerlicherweise niemand mehr, wenn ich alleine unterwegs bin, weshalb ich mit meiner Orientierungslosigkeit allein bin. Außer ich werde nach dem Weg gefragt, dann müssen auch andere darunter leiden. Ich werde immer noch von dem Gedanken verfolgt, dass ich eines Tages den Mann wiedertreffen könnte, dem ich die Anweisung gab in die Straßenbahn 62 einzusteigen, um nach Hietzing zu kommen. Völlig sicher war ich mir, wo ich doch täglich mit eben dieser Bim zur Arbeit fahre. Man kann nur mutmaßen, wann der Arme herausgefunden hat, dass er am falschen Ende Wiens ist.

Seit diesem Vorfall gebe ich natürlich keine „völlig sicheren“ Auskünfte mehr. Stattdessen hole ich fachmännisch mein Handy mit GPS-Funktion aus der Tasche, wenn ich nach dem Weg gefragt werde und verwandle mich augenblicklich zum Navigationsgenie. Mein Handy kommt auch dann zum Einsatz, wenn ich selbst wieder mal nicht weiß, wo ich gelandet bin. Ohne das integrierte Navigationssystem würde ich womöglich immer noch in den (zugegebenermaßen sehr begrenzten) Wäldern meines Heimatdorfes umherirren, nachdem ich den genialen Gedanken hatte, mit meinem Hund eine vermeintliche Abkürzung zu nehmen, die meinen Weg im Endeffekt um eine Stunde verlängerte. Leider ist selbst GPS keine Hilfe, wenn man gar nicht weiß, wo man überhaupt hin will. So fasste ich an einem verhängnisvollen Nachmittag den Entschluss lieber nicht auf eigene Faust quer durch Wien zu fahren, sondern doch besser die „Öffentlichen“ zu nehmen, weshalb ich mein Auto spontan in einer Seitengasse parkte. Leider vergaß ich nicht nur den Namen der Gasse, sondern auch den der angrenzenden U-Bahn-Station. Ein Glück nur, dass Orientierungsvermögen wohl nicht erblich ist. Mit der Hilfe meines Vaters, den man mit

einem Sonnenhut in der Wüste aussetzen könnte und einen Tag später beim Grillen der erlegten Beute im hauseigenen Garten wiederfinden würde, konnte ich meinen Weg rekonstruieren. Mit einiger Sucherei war es so möglich, meinen Wagen dann doch noch wiederzufinden eine Woche später, versteht sich.

Als Beifahrer lebt sich's allerdings ohnehin sicherer. Ich werfe meinem Freund zwar regelmäßig vor, er würde mich entführen, weil er mich in unbekanntem Gelände umherkutschert, aber zumeist stellt sich hinter der nächsten Kurve doch heraus, dass es nur die Nebenstraße zu unserem Haus war. Es interessiert mich nämlich leider auch überhaupt nicht, wo was ist und wie man hinkommt. Sobald ich mich in Bewegung setze, ist alles Mögliche interessant: die Wolke, die aussieht wie ein Pelikan, welche Kekse ich am Nachmittag backen werde, der Beweis zur Überabzählbarkeit der Menge der reellen Zahlen. Falls sie den übrigens noch nicht kennen, suchen Sie nach Cantors zweitem Diagonalargument tolle Sache!

Aber um wieder zum Thema zu kommen, was mich jedenfalls mit Bestimmtheit nicht interessiert, ist die Route. Nachdem es für mich bewusster Anstrengung bedarf, mir Wege einzuprägen, ist das natürlich ein Nachteil. Aber keine Sorge, mittlerweile habe ich alle Straßen um unser Haus herum mehrmals befahren, um mir einen Überblick zu verschaffen – von beiden Richtungen, denn mit der Fahrtrichtung ändert sich schlagartig das Aussehen aller Häuser und Gärten. Auch Tageszeit und Wetterbedingungen haben leider einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Erkennungsmerkmale, die ich mir systematisch einprägen. Zu meinem Haus geht's zuerst vor der Telefonzelle links hinein und dann bei dem leuchtenden Schild rechts in die Gasse, danach kommt das gelbe Gebäude links, mit dem grünen Zaun. Von der anderen Seite ist es schon komplizierter. Meine Freunde sind zum Glück mittlerweile alle im Bilde über mein Gebrechen und nehmen es mit Humor, indem sie mich in jeder Situation mit genauen Fahrhinweisen beglücken. So brauche ich nicht in Panik zu geraten, wenn ich meine beste Freundin, die ich seit Jahren kenne, nach Hause bringe und nicht weiß, welches der Häuser denn nun tatsächlich das ihre ist – sie sagt es mir ohnehin. Beim Gedanken daran Chauffeur für nicht Eingeweihte zu spielen, deren Adresse ich kennen sollte, packt mich allerdings das kalte Grauen. Dass die Straße im September völlig anders aussieht als im August, als ich das letzte Mal zu Besuch war, ist für die meisten wohl eher unverständlich. Besonders schlimm wird es, wenn ich dann auch noch ins Haus eingeladen werde, denn hinaus finde ich eigenständig nur mit viel Glück.

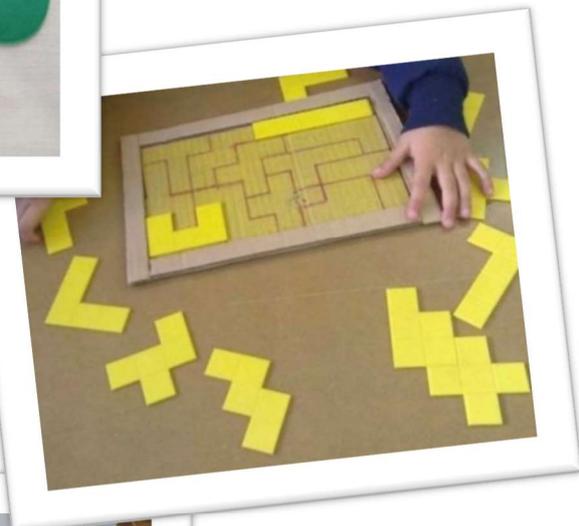
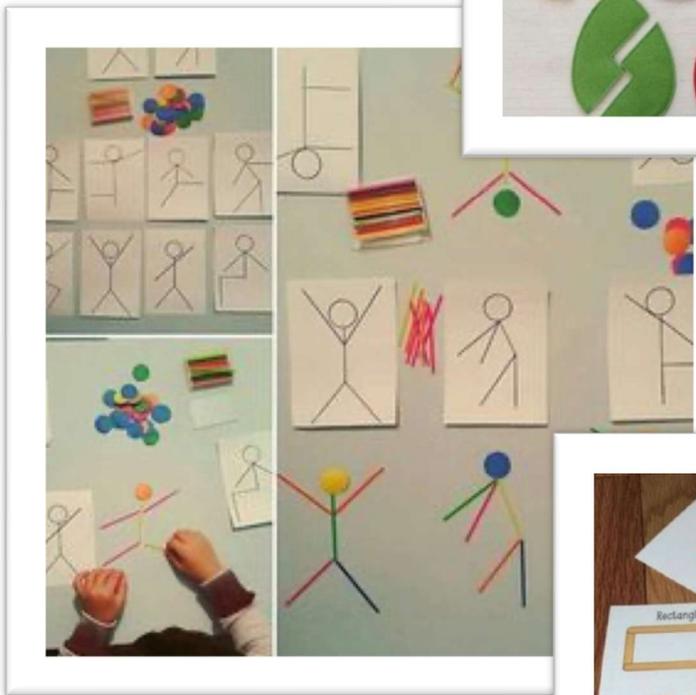
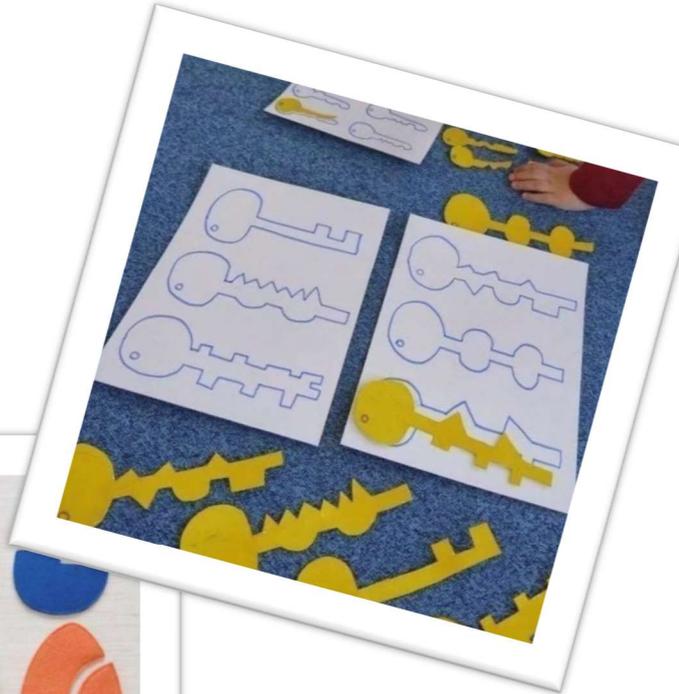
Wahrscheinlicher ist es, dass ich mich in der Rumpelkammer wiederfinde und dann Erklärungsarbeit leisten muss.

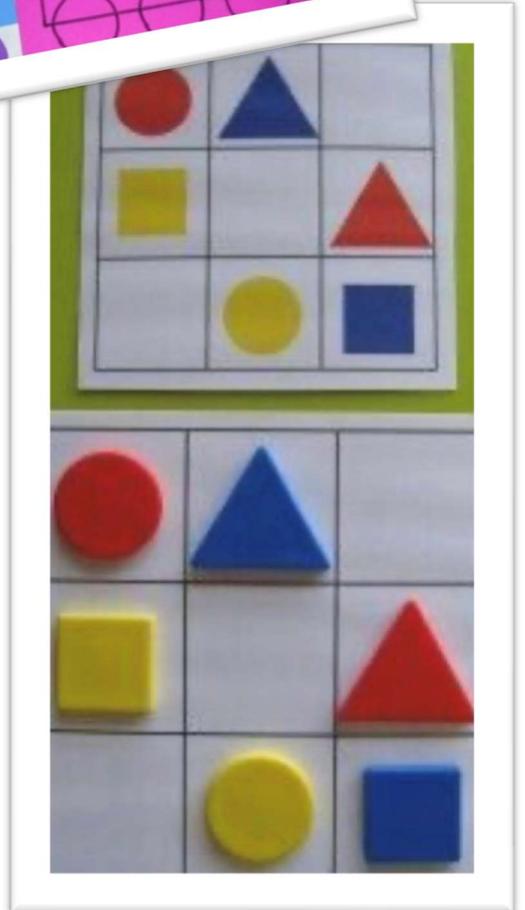
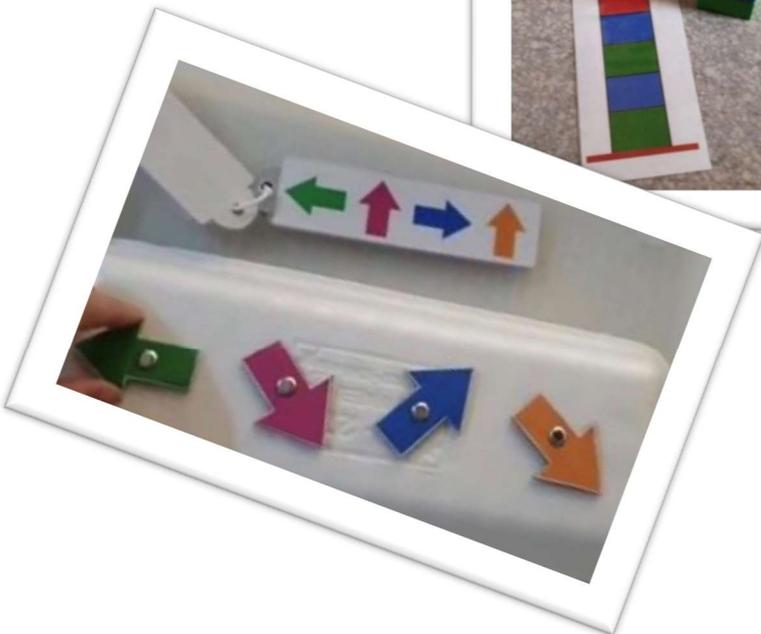
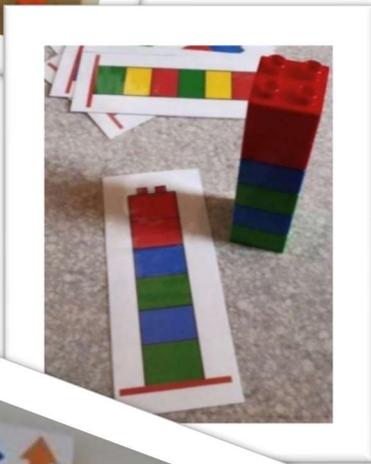
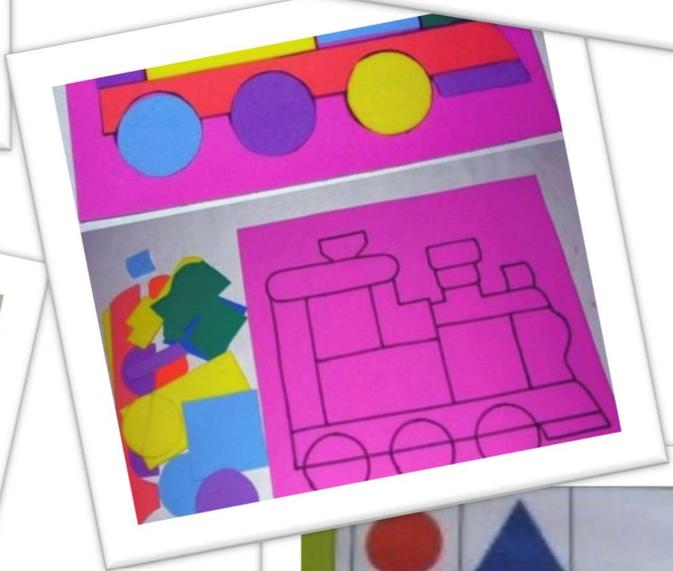
Je größer das Gebäude und je gleichförmiger das Interieur, desto schlimmer ist es naturgemäß. Die Universität ist ein Labyrinth für mich, jede Vorlesung findet in einem anderen Saal statt und den muss man erst mal finden. Außerdem wird man gleich als Schwerverbrecher abgestempelt, wenn man erwischt wird, wie man mit Rucksack durch die Bibliothek irrt – den muss man vorher nämlich in einem Spind verstauen. Aber wie erklären, dass man nur falsch abgebogen ist, weil bei der Abzweigung rechts eine geschlossene Glastür war, die früher immer offen stand? Gut, das Schild mit der Aufschrift „Bibliothek“ hätte diesen Widrigkeiten zum Trotz als Anhaltspunkt dienen können, aber wenn man eben gerade mit Wichtigerem beschäftigt ist ...

So bleibt mir nur die Hoffnung, dass zur rechten Zeit am rechten Ort ein netter Mitmensch mir zuruft: „Quo vadis, Eva?“ und mich damit wieder auf den rechten Pfad bringt.

Legeübungen

Folgende Ideen stammen von der Website: www.pinterest.at und sollen als Anregung dienen.





Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Bildung und Frauen. (2015). *Das Kind mit Cerebralen Visuellen Informationsverarbeitungsstörungen CVI*.

Freie Universität Berlin. *Visuell-räumliche Leistungen. Teil 2: Visuo-konstruktive Funktionen und räumliche Orientierung*. Verfügbar unter: [https://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/allgpsy/media/media_lehre/Lernen_und_Gedachtnis/neuropsychologie_teil6.pdf](https://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/allgpsy/media/media_lehre/Lernen_und_Gedachtnis/neuropsychologie/neuropsychologie_teil6.pdf)

Kohlweih, L. (2012). *Räumlich-konstruktive Störung. Diagnostik und Therapie aus ergotherapeutischer Sicht*. Verfügbar unter: <https://www.handlungsplan.net/raeumlich-konstruktive-stoerungen-diagnostik-und-therapie-aus-ergotherapeutischer-sicht/>

PORTFOLIO

DISSOZIATIVE IDENTITÄTSSTÖRUNG



MARTINA MAYER (11739578) **KRISTINA WÖRTL** (1321707)

STUDIENFACH: SPEZIALISIERUNG INKLUSIVE PÄDAGOGIK MIT FOKUS BEHINDERUNG

LEHRVERANSTALTUNG: METHODEN UND KONZEPTE ZUR FÖRDERUNG DER WAHRNEHMUNG UND KÖRPERLICH-MOTORISCHEN ENTWICKLUNG

VORTRAGENDE: PROFESSOR DDR. MMAG. ULRIKE KIPMAN

DATUM: 08.01.2020

Ich bin nicht Ich.

Ich bin jener, der an meiner Seite geht, ohne dass ich ihn erblicke.

Und den ich oft besuche. Und den ich oft vergesse.

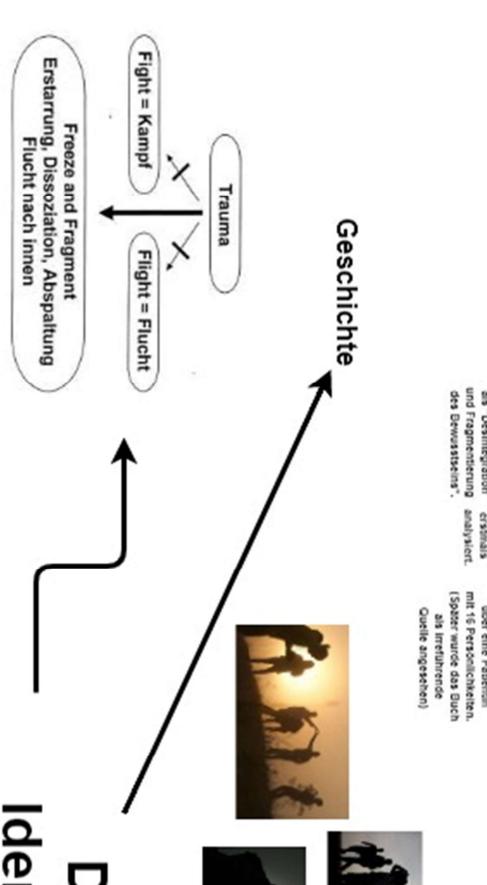
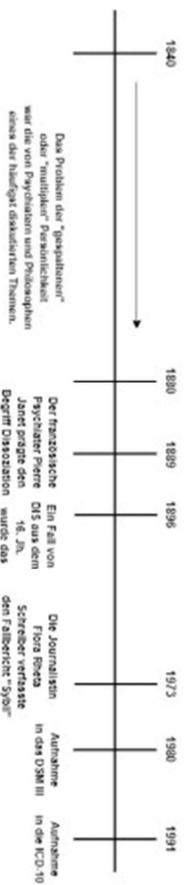
Jener, der ruhig schweigt, wenn ich spreche,

der sanftmütig verzeiht, wenn ich hasse,

der umherschweift, wo ich nicht bin,

der aufrecht bleiben wird, wenn ich sterbe.

JUAN RAMON JIMENEZ



Geschichte

Definition

Therapie

Folgestörungen

Prognose

Fallbeispiele



Dissoziative Identitätsstörung

Ursachen

- traumatische Lebensereignisse
- starke Belastungssituationen
- Unfälle
- Naturkatastrophen
- Missbrauch



Entstehung

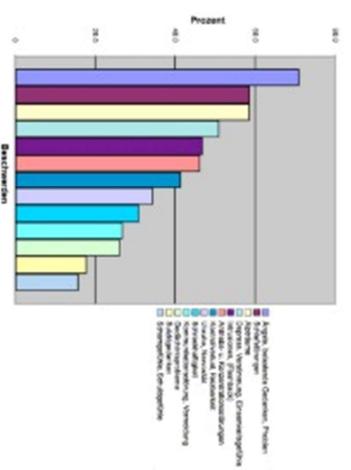
- das "Ich" kann sich nicht richtig entwickeln
- wenn der psychische oder physische Schmerz unerträglich wird
- die Persönlichkeit "spaltet" sich
- eine "andere Person" übernimmt die Schmerzen des Geschehens

Persönlichkeiten

- zwei oder mehrere Persönlichkeiten in derselben Person
- keine Erinnerungen an alltägliche Ereignisse
- wichtige persönliche Informationen
- traumatische oder belastende Ereignisse
- zwei verschiedene Formen
- Besessenheit
- keine Besessenheit

Fallbeispiele

- C., 16 Jahre alt
- D., 18 Jahre alt
- M., 14 Jahre alt



- Psychotherapie
 - Stabilisierungsphase
 - Expositionsphase / Traumabearbeitung
 - Integrations- und Neuorientierungsphase
- Medikamentöse Behandlung

- Angst
- Depression
- psychosomatische Körperbeschwerden
- Selbstverletzung
- Essstörungen
- Suchterkrankungen
- Beziehungsprobleme

- manche Symptome können spontan kommen und gehen
- eine dissoziative Identitätsstörung verschwindet nicht von selbst
- die Erholung hängt von den Symptomen und Merkmalen ab
 - der Qualität und Dauer der Behandlung
- schwere psychische Störungen benötigen einen längeren Behandlungszeitraum

INHALTSVERZEICHNIS

1. Definition	5
1.1. Dissoziation – ein Begriffsspektrum	5
1.2. Traumatisierung und Dissoziation.....	5
2. Symptome	5
2.1. 24 Symptome dissoziativer Störungen nach Paul F. Dell	5
2.1.1. Detaillierte Erklärung	6
2.2. Wie kann ich, als Lehrperson, eine Dissoziative Störungen bei SchülerInnen im Schulalltag erkennen?	7
2.3. Wie nehmen Betroffene eine Dissoziation wahr?.....	8
3. Maßnahmen	8
3.1. Was tun bei dissoziativen Zuständen.....	8
3.2. Präventive pädagogische Maßnahmen.....	8
3.3. Auslöser erkennen	9
3.4. Achtsamkeitsübungen für mehr Fokussierung.....	9
4. Fallbeispiele	10
5. Die drei beliebtesten Tests / Fragebögen für dissoziative Störungen.....	11
5.1. Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)	11
5.2. Dissoziationsfragebogen (DIS-Q).....	13
5.3. Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ)	13
6. Fazit.....	13
7. Zusätzliche Quellen	13
8. Anhang.....	13

1. DEFINITION

1.1. Dissoziation – ein Begriffsspektrum¹

Der Begriff „Dissoziation“ wurde vom französischen Psychiater Pierre Janet (1859 – 1947) eingeführt. Er bezeichnete damit die „*Desintegration und Fragmentierung des Bewusstseins*“ infolge traumatisierender Erfahrungen.

Der Begriff kommt aus dem Lateinischen und bedeutet so viel wie „trennen, scheiden“. „*Im Zusammenhang mit menschlicher Wahrnehmung bezeichnet Dissoziation das teilweise bis vollständige Auseinanderfallen von normalerweise zusammenhängenden Funktionen der Wahrnehmung, des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität und der Motorik.*“ (Wikipedia).

Unter Dissoziation versteht man schon in der Chemie bezeichnenderweise den Zerfall von Molekülen und in Psychologie und Psychiatrie die Auflösung von Bewusstseins-Zusammenhängen. Der Begriff setzt sich zusammen aus der lateinischen Vorsilbe dis mit trennender oder gegensätzlicher Bedeutung (z. B. zer-, un-, ab-, ent-, miss- usw.), socialis = lat. die Gesellschaft, das Gemeinwohl betreffend und dissociatio = Aufspaltung, Zerlegung, Trennung, Auflösung, Zerfall. Man versteht also unter Dissoziation erst einmal schlicht eine Spaltung (im Gegensatz zu dem Begriff Assoziation = Verknüpfung, z. B. bewusster oder unbewusster seelischer Inhalte).²

1.2. Traumatisierung und Dissoziation

Van der Hart et al. (2008) gehen davon aus, dass es bei chronischer Traumatisierung zu einer Dissoziation - einer Spaltung der Persönlichkeitsstruktur - kommt. Sie bezeichnen dies als Strukturelle Dissoziation. Michaela Huber (2013, S.7) vergleicht diese Spaltung der Persönlichkeitsstruktur mit dem „Zerspringen eines Spiegels“. Der Spiegel zerspringt aber nicht rein zufällig, sondern an bestimmten entwicklungsgeschichtlich vorbelasteten Sollbruchstellen in der Persönlichkeitsstruktur. Es existiert aber auch die Sichtweise, dass Dissoziation als natürliche Fähigkeit des Menschen angelegt ist, um in massiven Belastungssituationen die Psyche zu schützen. Auch im Alltag dissoziieren Menschen immer wieder, um Reizüberflutungen zu verhindern. Dies äußert sich oft in Zerstreuung oder indem Routinehandlungen oder –Wege nicht mehr bewusst wahrgenommen werden. Besonders gut können Kinder dissoziieren, was vermutlich zur inneren Verarbeitung von Erfahrungen nötig ist. (Trauma Beratung Leipzig, 2016).

2. SYMPTOME

- Störung zeigt sich sehr unterschiedlich Merkmale und Symptome unterschiedlich intensiv ausgeprägt
- Es bestehen unterschiedliche Definitionen von dissoziativen Störungen. Die ICD-10, das deutsche beschreibt 13 dissoziative Störungen. Im amerikanischen Pendant DSM-5 sind nur 5 dissoziative Störungen definiert.

2.1. 24 Symptome dissoziativer Störungen nach Paul F. Dell³

A. Dissoziative Symptome des Gedächtnisses und der Wahrnehmung	B. Teilweise Abspaltung	C. Vollständige Abspaltung
a. Amnesie	a. Fremde Stimmen <ul style="list-style-type: none">▪ Hören von Kinderstimmen▪ Innere Dialoge/ Streitgespräche▪ Abwertende, beleidigende, Stimme	a. Wiederholte Amnesie über <ul style="list-style-type: none">▪ Verhalten/Handlungen▪ Ortswechsel▪ "Fremder" Besitz▪ Notizen/Zeichnungen▪ Selbstverletzungen/Suizid

¹ https://www.kinder-jugendhilfe-ooe.at/Mediendateien/dl_fachinfo_tp2017_skriptdissoz.pdf

² http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/faust1_dissoziativ.pdf

² <http://posttraumatische-belastungsstoerung.com/dissoziative-stoerungen-symptome>

b. Depersonalisation	c. Teil-dissoziiertes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sprechen ▪ Gedanken ▪ Emotionen/Gefühle ▪ Verhalten ▪ Zeitweise dissoziierte Fertigkeiten oder Fähigkeiten 	b. Auftreten von einer anderen Persönlichkeit (Primärperson erlebt Amnesie)
b. Derealisation	d. Irritierende Erfahrungen von verändertem Identitätserleben	
c. Flashback-Erleben	e. Identitätsunsicherheit	
d. Somatoforme Dissoziation (Körperliche Schmerzen)	f. Vorhandensein teil-dissoziierter Selbstzustände	
e. Trancezustände		

2.1.1. Detaillierte Erklärung der 24 Symptome dissoziativer Störungen nach Paul F. Dell

A: Dissoziative Symptome des Gedächtnisses und der Wahrnehmung

a. Amnesie

- Amnesie äußert sich in Form von Gedächtnisproblemen und auffälligen Erinnerungslücken.
- Betroffene können sich teilweise an wichtige persönliche Ereignisse oder Lebensabschnitte nicht erinnern.
- Es können auch Amnesien an den vorherigen Tag oder bzgl. aktueller Ereignisse bestehen (Alltagsamnesien).

b. Depersonalisation

- Bei Depersonalisation bestehen Fremdheitsgefühle bzgl. der eigenen Person.
- Betroffene haben z.B. das Gefühl „neben sich zu stehen“ oder erleben sich als distanzierter Beobachter von sich selbst.
- Häufig besteht auch mangelnde Empfindungsfähigkeit. Empfindungen sind nicht oder kaum spürbar.

c. Derealisation

- Bei Derealisation besitzen die betroffenen Personen Fremdheitsgefühle bzgl. der Umgebung und anderer Menschen.
- Die Umwelt erscheint unreal, fremd, leblos oder fern.
- Betroffene beschreiben oft, das Umfeld würde ihnen wie hinter einer Scheibe erscheinen oder es fühle sich so an, als würden sie das Geschehen um sie herum wie einen Film betrachten.

d. Flashback-Erleben

- Flashbacks sind Nachhallerinnerungen von traumatischen Erfahrungen, die durch einen Schlüsselreiz ausgelöst werden.
- Die Flashbacks können von jeder Gefühlsart sein. Körperliche Flashbacks sind als Körpererinnerungen aus traumatischen Erlebnissen möglich.

e. Somatoforme Dissoziation:

- Somatoforme Dissoziation kann sich in Form von unterschiedlichen körperlichen Symptomen zeigen (z.B. Konversionsstörungen).
- Hierzu gehören Schmerzen (insbesondere Kopfschmerzen und Schmerzen im Genitalbereich), Lähmungen oder Schwierigkeiten beim Laufen, Sprechen oder beim Wasser lassen.
- Ferner gehören hierzu auch Störungen der Wahrnehmung wie Tunnelblick, Blindheit, Taubheit oder Veränderungen von Hören, Schmecken und Riechen.

B: Anzeichen für das Vorhandensein teilweise abgespaltener Selbstzustände

a. Kinderstimmen

- Betroffene nehmen Kinderstimmen wahr, die sprechen, schreien oder weinen.
- Die Stimmen kommen dabei nicht von außen, sondern befinden sich innerhalb des Kopfes.

- **Innere Dialoge:** Es finden innere Dialoge und Streitgespräche statt. Es kann sich so anfühlen, als besäße man unterschiedliche Meinungen zu einem Thema, in manchen Fällen kann diese Stimme herabsetzen, beschimpfen oder bedrohen.

b. Teil-dissoziatives Sprechen

- Das Sprechen wird zeitweise als nicht zu sich gehörig erlebt.
- Man hört sich selbst sprechen, hat jedoch das Gefühl, nicht derjenige zu sein, der spricht.
- **Teil-dissoziative Gedanken:** Eingebende, sich aufzwingende Gedanken. Gedanken scheinen aus dem Nichts zu kommen. Auch Gedankenentzug ist möglich.
- **Teil-dissoziative Gefühle/Emotionen:** werden als aufgedrängt oder eingegeben und als nicht zu sich gehörig erlebt.
- **Teil-dissoziative Handlungen:** werden als nicht unter der eigenen willkürlichen Kontrolle erlebt. Es scheint so, als seien Handlungen aufgedrängt oder von einer anderen Person ausgeführt. Hierzu gehören auch auffallende Veränderungen der Handschrift.
- **Zeitweise dissoziative Fähigkeiten:** Es findet ein plötzlicher Wechsel im Funktionsniveau statt. Betroffene „vergessen“ zum Beispiel wie man Auto fährt, Computer bedient oder liest. Es kann auch das eigene Alter, der eigene Name oder die Wohnanschrift vergessen werden.

c. Irritierende Erfahrungen von verändertem Identitätserleben

- Wiederholte Erfahrungen, sich wie eine andere Person/ eine andere Identität zu fühlen oder zu handeln.
- Zum Beispiel wie ein kleines Kind oder eine Person mit ganz anderen Ansichten und Wertvorstellungen.

d. Identitätsunsicherheit

- Aufgrund wiederholter ich-fremder Gedanken, Einstellungen, Verhaltensweisen, Gefühle, Fertigkeiten, etc. entsteht eine Unsicherheit bezüglich der eigenen Identität.

e. Vorhandensein teil-dissoziierter Selbstzustände:

- In der Untersuchungssituation (z.B. im Therapie-Gespräch) tritt ein teil-dissoziierter Selbstzustand auf, der angibt, nicht die zu untersuchende Primärperson zu sein.
- Anschließend besteht jedoch **keine** Amnesie der Primärperson.

C: Anzeichen für das Vorhandensein **vollständig abgespaltener Selbstzustände**

a. Wiederholte Amnesien für das eigene Verhalten, „fremden“ Besitz von Gegenständen, Notizen/Zeichnungen, Kurzeit Handlungen, Selbstverletzungen/Suizidversuch

- Es besteht ein lückenhaftes Zeiterleben mit Erinnerungslücken von zwei Stunden oder mehr.
- Betroffene „kommen zu sich“ und sind dabei eine Handlung auszuführen, ohne sich bewusst gewesen zu sein, dieses zu tun.
- Es kann auch zu plötzlichen und unerwarteten Ortswechseln ohne dies bewusst entschieden zu haben und ohne sich an die Reise erinnern zu können.

b. Vorhandensein voll-dissoziierter Selbstzustände:

- In der Untersuchungssituation (z.B. im Therapie-Gespräch) tritt ein voll-dissoziierter Selbstzustand auf, der angibt, nicht die zu untersuchende Primärperson zu sein.
- Anschließend besteht eine Amnesie der Primärperson.

2.2. Wie kann ich, als Lehrperson, eine *Dissoziative Störungen* bei SchülerInnen im Schulalltag erkennen?⁴

- Betroffene erinnern sich nicht an schmerzvolle und traumatische Erfahrungen oder streiten diese ab.
- Die Betroffene erscheint manchmal in einem Trance- oder Dämmerzustand; wie in einer anderen Welt.
 - Beispiel: die Lehrperson berichten eventuell von Tagträumen des Kindes
- Betroffene zeigen rasche Veränderungen in ihrer Persönlichkeit.
 - Es kann wechseln zwischen scheu und offen, furchtsam und aggressiv
- Betroffene sind ungewöhnlich vergesslich oder verwirrt in Bezug auf Dinge, die sie eigentlich wissen müssten.
- Häufig sind auch heftige Wutausbrüche, oft ohne erkennbaren Grund; in diesen Phasen verbunden mit einer ungewöhnlichen körperlichen Stärke.
- In Bezug auf Fertigkeiten, Wissen, Lieblingsessen etc. zeigen sich deutliche Schwankungen oft von Tag zu Tag, von Stunde zu Stunde.

⁴ Jegodtka, Luitjens, 2013

- Es erscheint so, als würde der Betroffene lügen oder (offensichtliche) Verhaltensweisen leugnen.
- Viele dissoziierende Kinder und Jugendliche leiden unter unerklärlichen Verletzungen oder verletzen sich manchmal selbst.
- Kinder zeigen manchmal deutliche Rückentwicklungstendenzen im altersangemessenen Verhalten.
- Körperausdruck, Mimik, und Inhalt von Erzähltem passen nicht zusammen, z.B. Schreckliches erzählen und dabei lachen

2.3. Wie nehmen Betroffene eine Dissoziation wahr?

- Es ist wie träumen.
- Ich spüre dann keine Angst.
- Mir tut dann nichts weh.
- Ich beame mich an die Decke und schaue von oben zu.
- Ich bin in einer anderen Zeit.
- Ich stehe neben mir (schaue mir selbst zu).
- Mein Körper macht was wer will.
- Die Welt schwimmt und wird unwirklich.

3. MAßNAHMEN⁵

3.1. Was tun bei dissoziativen Zuständen?

Folgende Maßnahmen werden in diesem Zusammenhang von Fachleuten empfohlen:

1. Kontakt herstellen

- a. Gezieltes Ansprechen der Person mit ihrem Namen
- b. Blickkontakt herstellen–soweit möglich
 - Traumatisierte Menschen fühlen sich bei Blickkontakt oft unwohl oder er ist für sie angstbesetzt. Betroffene sollten daher keinesfalls zu Blickkontakt gezwungen werden.
- c. Körperkontakt herstellen, z.B. Hand halten, am Arm anfassen
 - Sanfte angemessene Berührungen können elementar wichtig sein, weil es so dem Betroffenen gelingen kann, den Kontakt mit dem eigenen Körper wiederherzustellen.
 - Es kann aber auch als Übergriff empfunden werden und so die Dissoziation verstärken.

2. Orientierung geben und Gegenwartsbezug herstellen

- Wir sind hier in..., ich bin ..., es ist vorbei

3. Musterunterbrechungen jeder Art

- a. Klienten anregen die Umgebung visuell näher zu erkunden (Farben, Formen, Gegenstände etc.)
- b. Die Klientin in die Bewegung gehen lassen, eine andere Haltung als zuvor einnehmen lassen
- c. Haptische Orientierung geben
 - Fühlen Sie mal die Lehnen, die Wand, den Boden unter ihren Füßen...
- d. Intensive sensorische Stimulationen
 - z.B. Riechstäbchen, fishermen friends, Gummi am Handgelenkschnalzen, Igelball, Eiswürfel, Chilischoten, laute Musik etc.
- e. Zuvor etablierte Anker aufrufen
 - Gegenstände, Düfte, etc.
- f. 5,4,3,2,1 –Übung
- g. Im Kontext absurde Aufgaben stellen
 - z.B. Rätsel, Rechenaufgaben, die Frage nach einem tagespolitischen Ereignis oder mit falschem Namen ansprechen

3.2. Präventive pädagogische Maßnahmen

Für Präventives Arbeiten ist es notwendig Auslöser oder sogenannte Trigger zu kennen und vorerst bei starken Dissoziationen diese zu vermeiden oder zu reduzieren indem Rahmenbedingungen geschaffen werde, die es dem Kind erleichtern mit der Situation besser umzugehen.

⁵ Beckrath –Wilking et. al 2013; Boon et. al, 2013; Hantke, 2009

Langfristig sollten aber die Fertigkeiten im Umgang mit Triggern erweitert werden und Ressourcen gefördert werden, um wieder die Kontrolle über das eigene Erleben zu erlangen. Hierbei ist jedoch notwendig professionelle Hilfe zu vermitteln und die Verantwortungsbereich als Pädagoge/in nicht zu übertreten.

3.3. Auslöser erkennen

Wann, in welcher Situation, bei welchem Thema ist die dissoziative Reaktion aufgetreten und wie äußert sich diese? Wurde der Trigger erkannt, kann gemeinsam erarbeitet werden welche (Selbst)beruhigungsmaßnahmen helfen können.

Mögliche Reize von außen	Welche Gefühle werden ausgelöst	Welches Verhalten/ Handlungsmuster werden dadurch ausgelöst?	Welche Interventionen sind erfolgreich
Verhalten / Erscheinungsbilder:			
Bewegungen:			
Arten zu sprechen/Worte:			
Situationen /Bedingungen:			
Gerüche:			
Musik?			

3.4. Achtsamkeitsübungen für mehr Fokussierung⁶

Sehen

- Wahrnehmen und Beschreiben von Bildern und Fotos
- Wahrnehmen und Beschreiben von Personen
- Wahrnehmen und Beschreiben von Gegenständen aus dem Alltag oder von Gegenständen im Raum

Hören

- Wahrnehmen und Beschreiben von Geräuschen oder Musikinstrumenten
- Erzeugen von Geräuschen
- Wahrnehmen und Beschreiben von Musikstücken
- Wahrnehmen und Beschreiben von Rhythmen
- Wahrnehmen und Beschreiben von Geräuschen bzw. der Stille im Raum

Spüren

- „Tastsack“ mit kleinen Gegenständen
- Wahrnehmen des Körperkontakts mit dem Sessel, dem Boden
- Wahrnehmen der Körperhaltung (verschiedenen Körperhaltungen einnehmen)
- Wahrnehmungen von Empfindungen im Körper im Ruhezustand
- Wahrnehmen von einzelnen Körperteilen (in Bewegung und im Ruhezustand)
- Wahrnehmen und Beschreiben von Steinen, Muscheln, usw.
- Barfuß gehen auf verschiedenen Untergründen (im Freien)
- Partner/in blind führen
- Igelball am Körper abrollen
- Ein Ei aufstellen
- Mikado spielen

Riechen und Schmecken

⁶ Apfalter, 2017

- Geruchsproben (Parfum, Gewürze, Kaffee, ätherische Öle, Essig, ...)
- Geschmacksproben (süß-salzig-bitter-sauer)
- Wahrnehmen und Beschreiben des Verzehrs einer Praline oder einer Rosine

4. FALLBEISPIELE

1. *„Liebe Frau Streeck, leider konnte ich mir nicht aussuchen auf die Welt zu kommen. Wenn es nach mir ginge, dann wäre das nicht passiert. Aber ich versuche daran zu arbeiten, vielleicht kann man ja noch etwas ändern. Aber wenn man schon so tief unten sitzt und kein Häkchen zum Festhalten hat, dann rutscht man immer weiter. Und wir streiten uns so doll im Moment. Dass ich damit auch nicht klarkomme. Haben Sie mal jemand anderen im Körper und streiten sich nur, dann könnten Sie mich wenigstens verstehen. Ich traue mich ja noch nicht mal in den Spiegel zu gucken, weil ich jedes Mal denke da starrt mich eine Fremde an.*

Am liebsten würde ich nur schlafen und an nichts mehr denken. Dann halte ich mir meine Ziele vor Augen, mich mit meinem zweiten Ich vertragen, aufhören mich zu verstümmeln, lernen mit fremden Menschen umzugehen, ohne gleich daran zu denken, die wollen nur Böses von mir, einfach nur ein wenig leben und alles von früher vergessen... Ich habe immer so viele Gedanken auf einmal im Kopf, von früher und heute, aber irgendwie kann ich damit nicht umgehen, dass alles Vergangenheit ist und ja auch vorbei ist.“ (C., 16 Jahre alt)⁷

- Verwirrender Wechsel in Fähigkeiten, Verhalten und Wissen

2. *„Wenn ich auf der Straße gehe, manchmal sehe ich Menschen, die so aussehen wie diese Menschen, die mich im Gefängnis gefoltert haben. Sofort bekomme ich Angst. Oder erinnere ich mich an diese Zeiten. Es gab bei der Folter eine Art von Parfüm. Und es gibt dieses Parfüm auch hier. Manchmal, wenn ich auf der Straße bin und ich rieche dieses Parfüm, dann sofort bin ich zurück in diesen Zeiten. Und ich bekomme Angst, ich zittere.“ (D., 18 Jahre alt)⁸*

- Reize, die an traumatische Situation erinnern
- Intensive emotionale Reaktion, auch körperlich
- Sich aufdrängende Erinnerungen
- Wiedererleben, Flash-backs

3. *„Die neue Woche ist angebrochen und ich setze mich in den Zug in Richtung Bad Hofgastein. Heute wird es klappen ganz bestimmt, es wird klappen - ich will doch in die Schule in Bad Hofgastein gehen. Ich will es und ich werde es schaffen. Die ganze Zugfahrt rede ich mir diese Sätze immer wieder vor, Frau Doktor. Doch dann kommt diese eine Haltestelle - die Haltestelle zwei Station bevor ich aussteigen muss. Mein Körper beginnt zu zittern, ich bekomme Schweißausbrüche, um die Brust wird mir ganz eng und mir wird übel. Ich kann es Ihnen nicht erklären warum und ich kann mich auch nicht immer daran erinnern. Mit diesem Zustand mache ich mich auf den Weg ins Internat. Ich fühle mich leer und so leer, dass es sich anfühlt, als wäre ich nicht hier. Ich stehe am nächsten Tag mit einem leeren Ich auf. Ich finde/gehe in meine Klasse, doch es fühlt sich an als wäre ich nicht die Person, welche hier in dieser Klasse sitzt. Es ist kaum mehr erträglich, mein Gesichtsausdruck ist leer. Und wissen Sie Frau Doktor, meine Mama meint ich lüge Sie an, aber ich lüge nicht Jeden Tag denke ich mir am nächsten Tag wirds besser sein und ich will wirklich in diese Schule gehen, wirklich! Am dritten Tag verbessert sich mein Wohlbefinden ... und in der nächsten Woche beginnt es zwei Haltestellen bevor ich aussteigen muss wieder von vorne ... “ (M., 14 Jahre alt)⁹*

➔ Verbildlichte Situation des jungen Mädchens

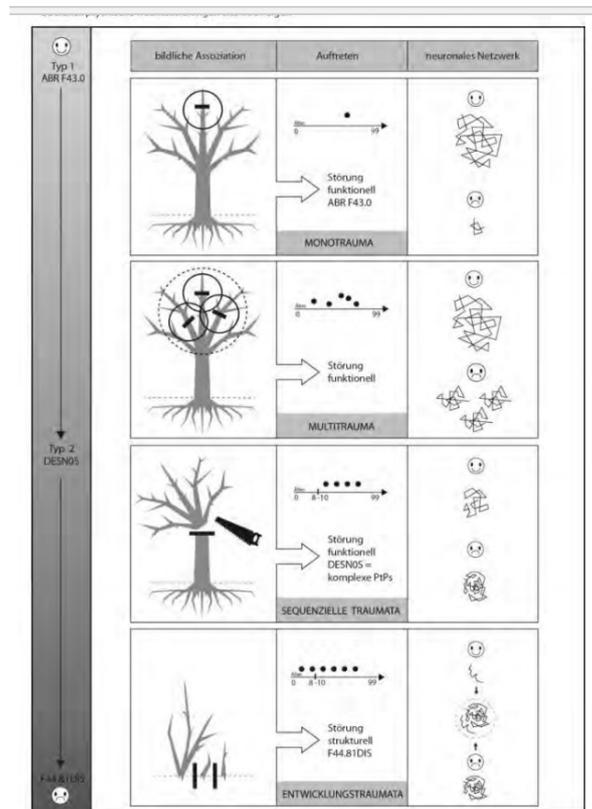
Man stelle sich einen Baum vor. Der Baum hat viele starke Äste, welche sicher miteinander verbunden sind. Beim ersten psychischen Schockerlebnis/Schockereignis bekommt der Ast einen Riss/Sprung. Beim zweiten psychischen Schockerlebnis/Schockereignis bricht der Ast ab und nach diesem Schema zieht sich dies fort. Nimmt die betroffene Person, in diesem Fall das junge Mädchen,

⁷ http://www.kj pz.ch/fileadmin/user_upload/veranstaltungen/Streeck_Praesentation_Dissoziation_Traumafolge.pdf

⁸ <https://www.hamburg.de/contentblob/12733838/b981ac54bb19eb6237054193c7109afa/data/sin-fachtag-trauma-bei-gefluechteten.pdf>

⁹ Eine Zusammenfassung vom Gespräch mit Frau Professor Dr. Kipman

eine psychische Behandlung in Anspruch, so wird nur daran gearbeitet, mit dem weiter fortlaufenden abbrechenden Ästen zu leben. Die "Dissoziative Störung" wird hier jedoch nicht behandelt. Damit der Baum nicht weiteren Schaden trägt, d.h. die Äste nicht weiter abbrechen, müsste/sollte das junge Mädchen die Schule wechseln.



5. DIE DREI BELIEBTESTEN TESTS / FRAGEBÖGEN FÜR DISSOZIATIVE STÖRUNG¹⁰

Die Tests sollten nur zur ersten Selbsteinschätzung dienen. Eine ausführliche Diagnose kann nur durch einen Facharzt für Psychiatrie oder durch einen Psychotherapeuten erfolgen. Werden die Tests ausschließlich alleine durchgeführt, so behalten die Ergebnisse ein gewisses Fehlerpotential in sich. Es können also bestehende dissoziative Störungen nicht erkannt werden oder die Ergebnisse deuten auf eine dissoziative Störung hin, die de facto jedoch nicht vorliegt. Selbst Störungen mit komplexer Dissoziation, wie die dissoziative Identitätsstörung können beim Selbstausfüllen der Tests unerkannt bleiben. Die nachfolgenden drei vorgestellten Tests/Fragebögen sind ein gutes Hilfsmittel, um eine erste Selbsteinschätzung bezüglich der dissoziativen Symptomatik vorzunehmen. Die Tests sollten jedoch nicht die professionelle Diagnostik ersetzen.

5.1. Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)

Der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS) von Freyberger et al. ist die deutsche Version der Dissociative Experiences Scale (DES) von Bernstein-Carlson und Putnam und der populärste Test für dissoziative Symptome. Er kann für alle Erwachsenen ab 18 Jahren eingesetzt werden. Beim FDS handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument, das aus 44 zu beantwortenden Punkten (den sogenannten Items) besteht. Die zu testende Person beantwortet jeden der 44 Punkte auf einer Skala von 0 bis 100 Prozent.

Die Items erfassen dissoziative Symptome zu den folgenden vier Kategorien:

- **Amnesie**

Beispiel: „Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie Dinge getan haben, an die sie sich nicht mehr erinnern können.“

¹⁰ Abgerufen am 21.12.2019 unter von <http://posttraumatische-belastungsstoerung.com/dissoziative-stoerungen-test-fragebogen>

- **Absorption/imaginative Involviertheit**

Beispiel: „Einige Menschen fahren gelegentlich mit einem Auto, einem Bus oder einer U-Bahn und stellen plötzlich fest, dass sie sich nicht daran erinnern können, was während der Fahrt geschehen ist.“

- **Derealisation/Depersonalisation**

Beispiel: „Einige Menschen haben zeitweise das Gefühl, dass ihr Körper oder ein Teil ihres Körpers nicht zu ihnen gehört.“

- **Konversion**

Beispiel: „Einige Menschen haben manchmal Schwierigkeiten mit den Augen (z.B. Doppelt- oder Schleiersehen), ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte.“

Neben dem FDS existiert mit dem FDS-20 (Spitzer C et al.) eine Kurzform, die nur aus 20 statt 44 zu beantwortenden Items besteht. Der FDS-20 eignet sich vor allem für die Verlaufsmessung von dissoziativen Störungen.

Auswertung des Fragebogens zu Dissoziativen Symptomen (FDS)

Nachdem alle Punkte beantwortet worden sind, muss der Mittelwert aller Items berechnet werden. Hierzu addiert man alle Einzelwerte zusammen und teilt sie durch die Anzahl der Items (44 beim FDS und 20 beim FDS-20).

Befindet sich der errechnete Mittelwert über 13 (empfohlener Cut-off-Wert für FDS/FDS-20), so deutet dies auf eine dissoziative Störung hin. Sollte das der Fall sein, so ist es ratsam, sich eingehender von einem Facharzt oder einem Psychotherapeuten untersuchen zu lassen. Ein Wert von unter 13 bedeutet nicht zwangsläufig, dass keine dissoziative Störung vorliegt. Im Zweifelsfall sollte ein Fachmann/eine Fachfrau aufgesucht werden. Dieses ist vor allem dann zu empfehlen, wenn einige Punkte stark ausgeprägt sind.

5.2. Dissoziationsfragebogen (DIS-Q)

Der Dissoziationsfragebogen (DIS-Q) von Vanderlinden et al. ist ein weiterer populärer Fragebogen zur Selbstbeurteilung von dissoziativen Symptomen. Er wurde ursprünglich entwickelt zur Erfassung von Dissoziation im Zusammenhang mit Essstörungen, ist aber nicht darauf beschränkt. Der DIS-Q Fragebogen besteht aus 63 Items. Diese sind zu beantworten auf einer Skala von 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 5 (trifft genau zu). Der DIS-Q misst Identitätsunsicherheit und Identitätsfragmentierung (25 Fragen), Kontrollverlust (18 Fragen), Amnesie (14 Fragen) und Absorption (6 Fragen).

Auswertung des Dissoziationsfragebogen (DIS-Q)

Nachdem alle 63 Punkte beantwortet worden sind, muss wie beim FDS der Mittelwert aller Items berechnet werden. Hierzu addiert man alle Einzelwerte zusammen und teilt sie durch die Anzahl der Items (63). Befindet sich der errechnete Mittelwert über 2,5 (empfohlener Cut-off-Wert für den DIS-Q), so deutet dies auf eine dissoziative Störung hin. Ist dies der Fall, so ist es ratsam, sich eingehender von einem Facharzt oder einem Psychotherapeuten auf eine eventuell vorliegende dissoziative Störung untersuchen zu lassen. Ein Wert von unter 2,5 bedeutet nicht unbedingt, dass keine dissoziative Störung vorliegt. Im Zweifelsfall sollte man einen Fachmann/eine Fachfrau aufsuchen. Dieses ist vor allem dann zu empfehlen, wenn einige der Punkte stark ausgeprägt sind.

5.3. Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ) /Fragebogen für Somatoforme Dissoziation

Der Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ) befasst sich mit den körperlichen Elementen der Dissoziation. Hierzu gehören unter anderem:

- Schmerzen
- Schmerzunempfindlichkeit
- Tunnelblick
- Sprachschwierigkeiten
- Krampfanfälle (siehe dissoziative Krampfanfälle)
- Blindheit
- Taubheit
- Starre/Lähmungen (siehe dissoziativer Stupor)

Der SDQ Fragebogen wurde von der niederländischen Arbeitsgruppe um Van der Hart und Nijenhuis entwickelt. Er besteht aus 20 Items, welche auf einer Skala von 1 (erlebe ich nie) bis 5 (erlebe ich sehr oft) zu beantworten sind. Mit dem SDQ-5 existiert auch eine Kurzform des Somatoform Dissociation Questionnaire. Der SDQ-5 besteht aus nur 5 Items.

Auswertung des Somatoform Dissociation Questionnaire

Nachdem alle Punkte beantwortet worden sind, muss die Gesamtpunktzahl berechnet werden. Hierzu werden die Werte aller Punkte aufsummiert. Die Cut-off-Werte beim SDQ sind:

- 29 Punkte beim SDQ-20
- 8 Punkte beim SDQ-5

Ist der errechnete Gesamtwert größer oder gleich dem Cut-off-Wert, so sollte man sich eingehender von einem Facharzt oder einem Psychotherapeuten auf eine eventuell vorliegende dissoziative Störung untersuchen lassen. Es könnte eine dissoziative Störung vorliegen. Befindet sich das Testergebnis unterhalb des Cut-off-Wertes, so kann dennoch – wie beim FDS und DIS-Q – eine dissoziative Störung vorliegen.

Die beiden Tests SDQ-20 und SDQ-5 werden von Nijenhuis für die freie Verwendung zur Verfügung gestellt.

6. FAZIT

Für Betroffene ist es kein leichter Weg, sich ihrer Störung bewusst zu machen, diese zu akzeptieren und sich wieder in das „normale“ Leben zu integrieren. Es ist durchaus verständlich, dass Menschen mit einer dissoziativen Identitätsstörung oft nicht wahrhaben wollen, was mit ihnen geschieht bzw. wollen sie es wahrhaben und lehnen es dann wieder ab. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Heilung einer dissoziativen Identitätsstörung gegeben ist. Je schwerer jedoch die Traumatisierung ist, desto länger ist dagegen im Durchschnitt der Heilungsprozess.

7. ZUSÄTZLICHE QUELLEN

https://www.kinder-jugendhilfe-ooe.at/Mediendateien/dl_fachinfo_tp2017_skriptdissoz.pdf

<http://posttraumatische-belastungsstoerung.com/dissoziative-stoerungen-symptome>

<https://www.netdokter.de/krankheiten/dissoziative-stoerung/>

<https://www.bfu-ulm.de/hintergrund/statistik>

http://www.paediatrie.at/images/AGLeiter/Psychosomatik/scheer_kamper_oegkj-konsensus_somatoforme_beschwerden_monattschrift_2016_02.pdf

<https://www.therapie.de/psyche/info/index/diagnose/dissoziative-stoerungen/behandlung-mit-psychotherapie/>

https://de.wikipedia.org/wiki/Dissoziative_Identitätsstörung

8. ANHANG

Fragebogen für Somatoforme Dissoziation (SDQ-5)

Dieser Fragebogen untersucht verschiedene körperliche Symptome und Körperempfindungen, die Sie für kurze Zeit oder über eine längere Zeitspanne erlebt haben können.

Bitte geben Sie an, ob Sie die genannten Körperempfindungen *im letzten Jahr* erlebt haben. Kreuzen Sie dazu jeweils die Zahl in der ersten Spalte (nach der Frage) ein, die Ihnen persönlichen Erleben der jeweiligen Empfindung am nächsten kommt. Die Zahlen stehen für folgende Einschätzungen:

- 1 = Das erlebe ich nie.
- 2 = Das erlebe ich manchmal.
- 3 = Das erlebe ich mäßig oft.
- 4 = Das erlebe ich häufiger.
- 5 = Das erlebe ich sehr oft.

Wenn Sie ein bestimmtes körperliches Symptom von sich selbst kennen, dann geben Sie nach Einschätzung der Häufigkeit seines Auftretens bitte an, ob *ein Arzt/eine Ärztin* es mit einer körperlichen Krankheit in Verbindung gebracht hat.

Kennzeichnen Sie dies durch Ankreuzen von JA oder NEIN in der Spalte »Ist eine körperliche Ursache dafür bekannt?«. Wenn Sie JA angekreuzt haben, schreiben Sie bitte die körperliche Ursache (falls bekannt) auf die gestrichelte Linie hinter »nämlich«.

Beispiel:

Wie stark oder häufig erleben Sie das folgende Symptom? Ist eine körperliche Ursache dafür bekannt?

Klappern meine Zähne	1	2	3	4	5	NEIN	JA, nämlich:
habe ich Wadenkrämpfe	1	2	3	4	5	NEIN	JA, nämlich:

Wenn Sie in der ersten Spalte die »1« eingekreist haben (»das erlebe ich nie«), brauchen Sie in der Spalte »Ist eine körperliche Ursache dafür bekannt?« nichts anzukreuzen.

Haben Sie aber die 2, 3, 4 oder 5 eingekreist, müssen Sie in der Spalte, in der nach einer eventuellen körperlichen Ursache gefragt wird, JA oder NEIN ankreuzen.

Bitte beantworten Sie alle 20 Fragen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Quelle: Nijenhuis, Van der Hart & Vanderlinden, Assen/Amsterdam/Leuven

Hier nun die Fragen:

- 1 = Das erlebe ich nie.
- 2 = Das erlebe ich manchmal.
- 3 = Das erlebe ich mäßig oft.
- 4 = Das erlebe ich häufiger.
- 5 = Das erlebe ich sehr oft.

Wie stark oder häufig erleben Sie das folgende Symptom? Ist eine körperliche Ursache dafür bekannt?

Manchmal:

1. habe ich Schmerzen beim Urinieren. 1 2 3 4 5 NEIN JA, nämlich:
2. ist mein Körper oder ein Teil davon schmerzensempfindlich. 1 2 3 4 5 NEIN JA, nämlich:
3. sehe ich Dinge in meiner Umgebung anders als normalerweise, beispielsweise so, als würde ich durch einen Tunnel schauen; oder ich sehe nur einen Teil eines Objekts. 1 2 3 4 5 NEIN JA, nämlich:
4. ist es, als wäre mein Körper oder ein Teil davon verschwunden. 1 2 3 4 5 NEIN JA, nämlich:
5. kann ich nicht oder nur sehr mühsam sprechen oder nur flüstern. 1 2 3 4 5 NEIN JA, nämlich:

Würden Sie bitte, bevor Sie fortfahren, noch einmal überprüfen, ob Sie alle 5 Punkte beantwortet haben? Damit wir die Ergebnisse des Fragebogens besser auswerten können, bitten wir Sie noch um ein paar persönliche Angaben:

6. Alter: ... Jahre Mann
7. Geschlecht: Frau
8. Familienstand: verheiratet
 ledig getrennt/geschieden
 zusammenlebend verwitwet
9. Ausbildungsstand: in einer Berufsausbildung
 Schülerin/Studentin arbeitslos
 Hausfrau/Hausmann berufstätig (Vollzeit)
 berufstätig (Teilzeit)
10. Datum:
11. Name:

Quelle: Nijenhuis, Van der Hart & Vanderlinden, Assen/Amsterdam/Leuven

SDQ-20

Dieser Fragebogen erfragt verschiedene körperliche Symptome oder körperliche Erfahrungen, die Sie für kurze Zeit oder über eine längere Zeitspanne möglicherweise hatten.

Bitte geben Sie an, in welchem Ausmass die genannten Erfahrungen im letzten Jahr auf Sie zutrafen.

Kreisen Sie dazu für jede Aussage jeweils die Zahl in der ersten Spalte ein, die am besten auf Sie zutrifft. Die Zahlen stehen für folgende Einschätzungen:

- 1 = Dies trifft **überhaupt nicht** auf mich zu
- 2 = Dies trifft **ein wenig** auf mich zu
- 3 = Dies trifft **mässig** auf mich zu
- 4 = Dies trifft **ziemlich stark** auf mich zu
- 5 = Dies trifft **sehr stark** auf mich zu

Wenn ein bestimmtes Symptom oder eine körperliche Erfahrung auf Sie zutrifft, dann geben Sie bitte an, ob ein Arzt/eine Ärztin es mit einer körperlichen Erkrankung in Verbindung gebracht hat.

Kennzeichnen Sie dies durch Einkreisen von *ja* oder *nein* in der Spalte „*Ist die körperliche Ursache dafür bekannt?*“. Wenn Sie *ja* eingekreist haben, schreiben Sie bitte die körperliche Ursache (falls bekannt) auf die gestrichelte Linie.

Beispiel:

	In welchem Ausmass trifft das Symptom oder die Erfahrung auf Sie zu?						Ist die körperliche Ursache dafür bekannt?
Manchmal...	überhaupt nicht	ein wenig	mässig	ziemlich stark	sehr stark		ja, nämlich:
Klappern meine Zähne	1	2	3	4	5	nein	ja, nämlich:
habe ich Wadenkrämpfe	1	2	3	4	5	nein	ja, nämlich:

Wenn Sie in der ersten Spalte die „1“ eingekreist haben („dies trifft überhaupt nicht auf mich zu“), brauchen Sie in der Spalte „Ist die körperliche Ursache dafür bekannt?“ nichts anzukreuzen.

Haben Sie aber die 2, 3, 4 oder 5 eingekreist, müssen Sie in der Spalte „Ist die körperliche Ursache dafür bekannt?“, *ja* oder *nein* einkreisen.

Bitte beantworten Sie alle 20 Fragen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Hier nun die Fragen:

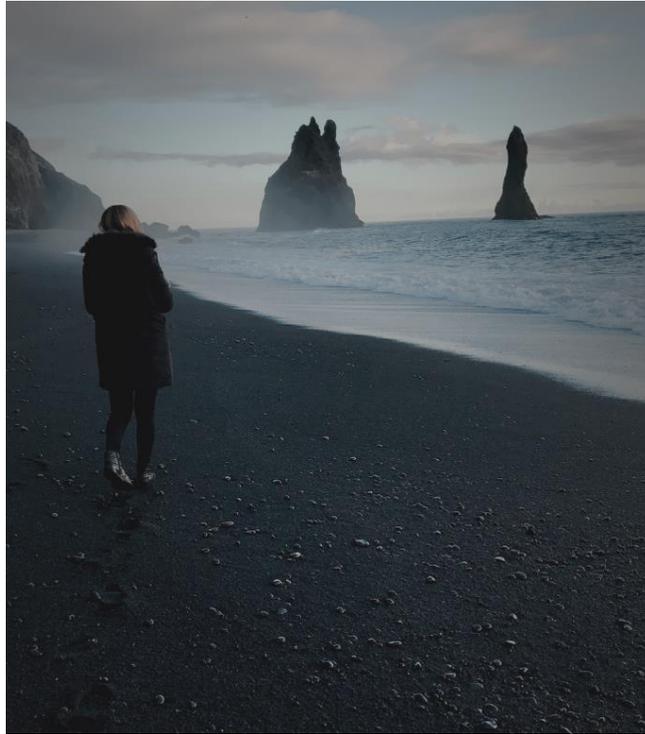
	In welchem Ausmass trifft das Symptom oder die Erfahrung auf Sie zu?						Ist die körperliche Ursache dafür bekannt?
Manchmal...	überhaupt nicht	ein wenig	mässig	ziemlich stark	sehr stark		ja, nämlich:
1. fällt es mir schwer zu urinieren.	1	2	3	4	5	nein	ja, nämlich:
2. schmecken mir Dinge nicht, die ich sonst mag (bei Frauen: nicht während der Schwangerschaft oder Periode).	1	2	3	4	5	nein	ja, nämlich:
3. höre ich Geräusche in der Nähe, als kämen sie aus weiter Ferne.	1	2	3	4	5	nein	ja, nämlich:
4. habe ich Schmerzen beim Urinieren.	1	2	3	4	5	nein	ja, nämlich:
5. fühlt sich mein Körper oder ein Teil davon taub an.	1	2	3	4	5	nein	ja, nämlich:
6. erscheinen mir Menschen und Dinge grossser als sonst.	1	2	3	4	5	nein	ja, nämlich:
7. bekomme ich einen Anfall, der einem epileptischen Anfall ähnelt.	1	2	3	4	5	nein	ja, nämlich:
8. ist mein Körper oder ein Teil davon schmerzempfindlich.	1	2	3	4	5	nein	ja, nämlich:
9. sind mir Gerüche unangenehm, die ich normalerweise mag.	1	2	3	4	5	nein	ja, nämlich:
10. habe ich Schmerzen in meinen Genitalien (nicht während des Geschlechtsverkehrs).	1	2	3	4	5	nein	ja, nämlich:
11. kann ich eine Weile nichts hören (als ob ich taub wäre).	1	2	3	4	5	nein	ja, nämlich:
12. kann ich eine Weile nichts sehen (als ob ich blind wäre).	1	2	3	4	5	nein	ja, nämlich:
13. sehe ich Dinge in meiner Umgebung anders als normalerweise, z. B. so, als würde ich durch einen Tunnel schauen, oder ich sehe nur einen Teil eines Objekts.	1	2	3	4	5	nein	ja, nämlich:
14. kann ich wesentlich schlechter oder besser riechen als sonst (obwohl ich nicht erkältet bin).	1	2	3	4	5	nein	ja, nämlich:

Wie stark oder häufig erleben Sie das folgende Symptom?
Ist die körperliche Ursache dafür bekannt?

Manchmal...

- | | überhaupt nicht | ein wenig | mässig | ziemlich stark | sehr stark | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------|--------|----------------|------------|-------------------------|
| 15. ist es, als wäre mein Körper oder ein Teil davon verschwunden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein ja, nämlich: |
| 16. kann ich nicht oder nur sehr mühsam schlafen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein ja, nämlich: |
| 17. kann ich mehrere Nächte nacheinander nicht schlafen, bin aber tagsüber trotzdem sehr aktiv. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein ja, nämlich: |
| 18. kann ich nicht (oder nur sehr mühsam) sprechen oder nur flüstern. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein ja, nämlich: |
| 19. bin ich eine Weile gelähmt. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein ja, nämlich: |
| 20. erstarre ich eine Weile. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | nein ja, nämlich: |

Würden Sie bitte nochmals überprüfen, ob Sie alle 20 Punkte beantwortet haben?



DISSOZIATIVE STÖRUNG

Erstellt von Bernadette Kneidinger und Anna Knoll

IPB 5.2

Methoden und Konzepte zur Förderung der Wahrnehmung
und körperlich- motorischen Entwicklung

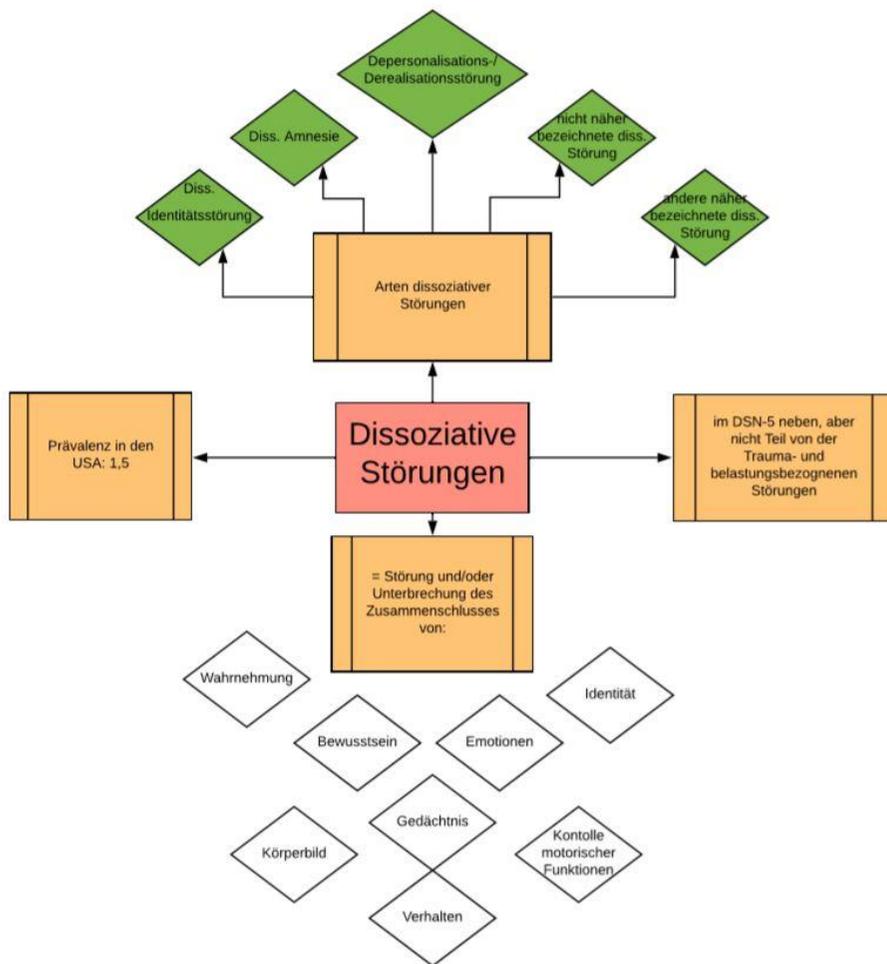
WS 2019

LVL: Ulrike Kipman

Inhalt

1. Allgemein.....	1
2. Dissoziative Identitätsstörung.....	2
3. Dissoziative Amnesie	4
4. Depersonalisations-/ Derealisationsstörung	6
5. Andere Näher Bezeichnete Störung.....	7
6. Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung.....	8
7. Tests	8
8. 5 Fallbeispiele	10
9. Perspektiven einer „Therapie“	16
10. Literatur.....	17

1. Allgemein



Graphik 1: Allgemeine Übersicht über das Krankheitsbild

Dissoziative Störungen (Siehe Abb.1) sind charakterisiert durch eine Störung und/oder eine Unterbrechung des normalen Zusammenschlusses von Bewusstsein, Gedächtnis, Identität, Emotionen, Wahrnehmung, Körperbild, Kontrolle motorischer Funktionen und Verhalten.

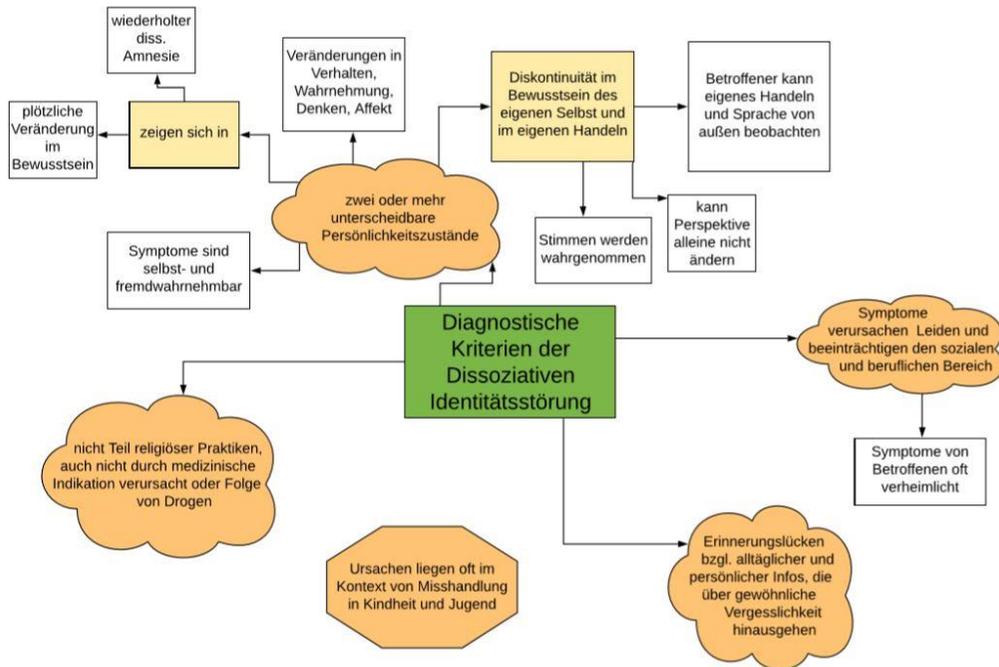
Verschiedene Arten dissoziativer Störungen sind: Dissoziative Identitätsstörung, Dissoziative Amnesie, Depersonalisations-/Derealisationsstörung, Andere Näher Bezeichnete Dissoziative Störung und die Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung.

Allgemeine Symptome dissoziativer Störungen stellen sich dar als: unerwünschte Störung des Bewusstseins und Verhaltens, Verlust des fortlaufenden subjektiven Erlebens (z.B. Fragmentierung der Identität, Depersonalisation, Derealisation), Probleme beim Abruf leicht zugänglicher Informationen und der Kontrolle psychischer Funktionen.

Im Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (DSM-5) werden die Dissoziativen Störungen neben, aber nicht als Teil der Trauma- und belastungsbezogenen Störungen platziert.

Dissoziative Störungen treten in den USA mit einer Prävalenz von 1,5% auf.

2. Dissoziative Identitätsstörung



Graphik 2: Übersicht zu den diagnostischen Kriterien der Dissoziativen Identitätsstörung.

Diagnostische Kriterien	
A.	<ul style="list-style-type: none"> • zwei oder mehr unterscheidbare Persönlichkeitszustände • in manchen Kulturen als Besessenheit bezeichnet • Diskontinuität des Bewusstseins des eigenen Selbst/Handelns • Veränderungen des Affekts, Verhaltens, Bewusstseins, Gedächtnisses, Wahrnehmung, Denken, sensorisch-motorischer Funktionen • → Symptome können selbst- und fremd wahrgenommen werden!
B.	<ul style="list-style-type: none"> • Erinnerungslücken: alltägliche, persönliche Informationen sowie traumatische Ereignisse • → keine gewöhnliche Vergesslichkeit!
C.	<ul style="list-style-type: none"> • Symptome verursachen Leiden und beeinträchtigen soziale sowie berufliche Bereiche
D.	<ul style="list-style-type: none"> • Störungsbild ist nicht Teil akzeptierter kultureller oder religiöser Praktiken, nicht Teil medizinischer Indikation (z.B. Anfälle) und auch nicht Folge physiologischer Wirkung von Substanzen (z.B. Alkohol, Drogen, etc.)
E.	<ul style="list-style-type: none"> • bei Kindern: Störungsbild kann nicht besser durch imaginierte SpielkameradInnen oder Fantasiespiele erklärt werden

Tabelle 1: Die wichtigsten diagnostischen Kriterien der Dissoziativen Identitätsstörung.

Die in A beschriebenen unterscheidbaren Persönlichkeitszustände werden je nach Motivation, Stressniveau, Kultur, innerer Konflikte und Dynamiken sowie Resilienz entweder offen präsentiert oder verdeckt. Zwei Symptome erleichtern das Erkennen von verdeckten wechselnden Persönlichkeitszu-

ständen: Erstens eine wiederholte dissoziative Amnesie und zweitens eine plötzliche Veränderung/Diskontinuität im Bewusstsein des eigenen Selbst.

Die Diskontinuitäten im Bewusstsein des eigenen Selbst bzw. im eigenen Handeln äußert sich dadurch, dass das eigene Handeln sowie die eigene Sprache von außen beobachtet werden kann, ohne diese Außenperspektive bewusst verlassen zu können. Zudem können Stimmen wahrgenommen werden oder starke Affekte auftreten, ohne dass diese als eigene erkannt und kontrolliert werden können. Diese subjektiven Empfindungen können auch von Außenstehenden beobachtet werden.

Dissoziative Amnesien treten im Rahmen der dissoziativen Identitätsstörung anhand dreier Merkmale auf: Lücken im Langzeitgedächtnis, Lücken bei sicheren Gedächtnisinhalten (z.B. bei Fertigkeiten, die man eigentlich schon kann: Auto fahren, Lesen) und bei alltäglichen Aufgaben und Handlungen, an die man sich nicht mehr erinnern kann. Insgesamt ist die dissoziative Amnesie bei der dissoziativen Identitätsstörung nicht auf belastende oder traumatische Ereignisse begrenzt.

Nicht jede dissoziative Identitätsstörung ist für die Außenwelt offensichtlich, zudem neigen Betroffene dazu, Symptome im Zusammenhang mit der Amnesie zu bagatellisieren.

Im spirituellen Bereich sind immer wieder Menschen mit Symptomen ähnlich der dissoziativen Identitätsstörung anzutreffen, aber diese werden als Teil spiritueller Praktiken angesehen. Menschen mit einer diagnostizierten dissoziativen Identitätsstörung haben im Gegensatz dazu einen Leidensdruck, da die Symptome unerwünscht und unfreiwillig auftreten.

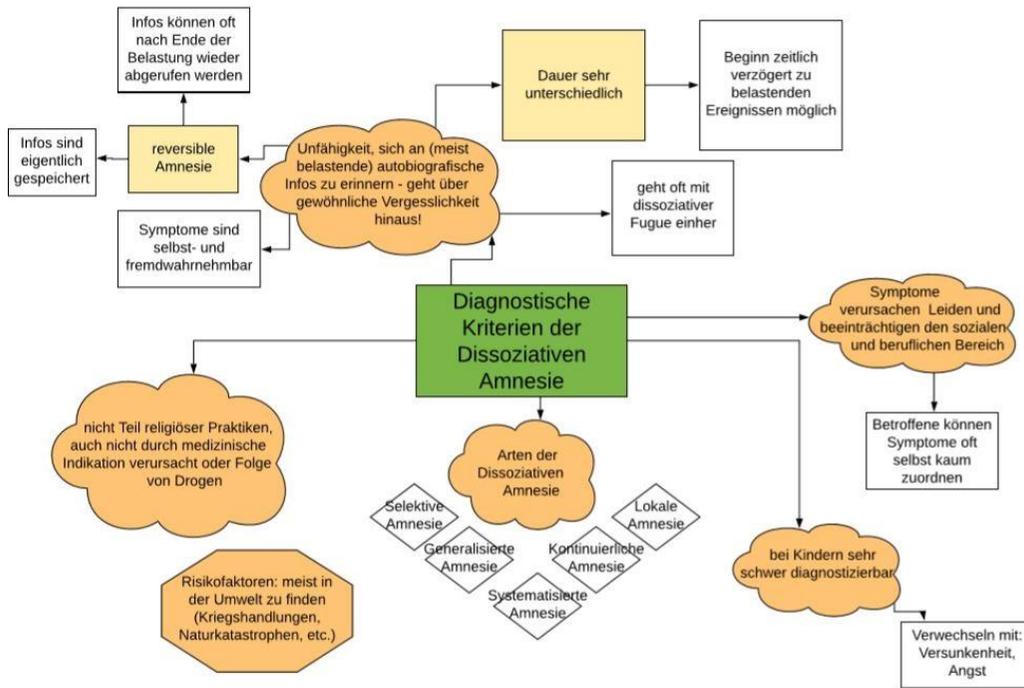
Ursachen der dissoziativen Identitätsstörung sind zumeist in der Kindheit bzw. Adoleszenz im Kontext von Misshandlung oder schmerzhaften multip-

len medizinischen Behandlungen zu finden. Auslöser der Störung kann beispielsweise die Beendigung einer traumatischen Situation sein.

Durch eine angemessene Behandlung können Betroffene eine deutliche Verbesserung der privaten und beruflichen Funktionsfähigkeit erreichen.

Komorbide Störungen können depressive Störungen, traumatische und belastungsbezogene Störungen, Persönlichkeitsstörungen (Borderline), Somatische Belastungsstörungen, Essstörungen, Substanzkonsumstörungen, Zwangsstörungen und Schlafstörungen sein.

3. Dissoziative Amnesie



Graphik 3: Übersicht der diagnostischen Kriterien der Dissoziativen Amnesie.

Diagnostische Kriterien	
A.	<ul style="list-style-type: none"> • Unfähigkeit, wichtige autobiografische Informationen abzurufen • Infos meist traumatischer bzw. belastender Natur • keine gewöhnliche Vergesslichkeit • Arten: Lokale, Selektive und Generalisierte Amnesie sowie Systematisierte und Kontinuierliche Amnesie
B.	<ul style="list-style-type: none"> • Symptome verursachen Leiden und beeinträchtigen soziale sowie berufliche Bereiche
C.	<ul style="list-style-type: none"> • Störungsbild nicht Folge physiologischer Wirkung von Substanzen (z.B. Alkohol, Drogen, etc.), medizinischer Krankheitsfaktoren oder anderer neurologischer Erkrankungen
D.	<ul style="list-style-type: none"> • kann mit Dissoziativer Fugue (= absichtliche Reise oder zielloses Umherirren) verbunden sein

Tabelle 2: Die wichtigsten diagnostischen Kriterien der Dissoziativen Amnesie.

Diese autobiografischen Informationen, die nicht mehr erinnert werden können, sind eigentlich erfolgreich im Gedächtnis gespeichert und könnten ohne dissoziative Amnesie mühelos erinnert werden. Daher ist die dissoziative Amnesie immer reversibel im Gegensatz zu Amnesien, die z.B. durch neurobiologische Schädigungen entstanden sind.

Die verschiedenen Arten von dissoziativer Amnesie unterscheiden sich hinsichtlich der Art und des Umfangs an Informationen, die nicht mehr erinnert werden können. Die Lokale Amnesie ist die häufigste Form, hier können Ereignisse, die einen bestimmten Zeitabschnitt betreffen, nicht mehr abgerufen werden. Bei der Selektiven Amnesie werden einige, aber nicht

alle Ereignisse während eines Zeitabschnittes erinnert. Die Generalisierte Amnesie kommt sehr selten vor, beginnt akut und ist gekennzeichnet durch einen kompletten Gedächtnisverlust für die eigene Lebensgeschichte. Zusätzlich kann semantisches und prozedurales Wissen verloren gehen. Die Generalisierte Amnesie kommt gehäuft bei Kriegsveteranen, Opfern sexueller Gewalt oder in extremen Stress- und Konfliktsituationen vor.

Bei der Systematisierten Amnesie werden bestimmte Kategorien von Informationen ausgeblendet (z.B. Erinnerungen an die eigene Familie), bei der Kontinuierlichen wird jedes neue Ereignis sofort vergessen.

Eine dissoziative Amnesie kann von dissoziativen Flashbacks begleitet werden. Meist findet sich in der Vorgeschichte der Betroffenen gehäuft selbstverletzendes Verhalten, Suizidversuche und Ähnliches.

Im Gegensatz zur Amnesie, die meist plötzlich auftritt, ist der Beginn einer Lokalen oder Selektiven Amnesie oft schwer auszumachen, da Betroffene die Symptome kaum selbst zuordnen können. Erschwert wird dies durch die Tatsache, dass der Beginn zeitlich verzögert zu belastenden Ereignissen sein kann. Die mögliche Dauer einer dissoziativen Amnesie erstreckt sich von wenigen Minuten über mehrere Jahrzehnte. Bildet sich die Amnesie wieder zurück, kann das Erinnern von einst vergessenen Informationen zu Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung führen.

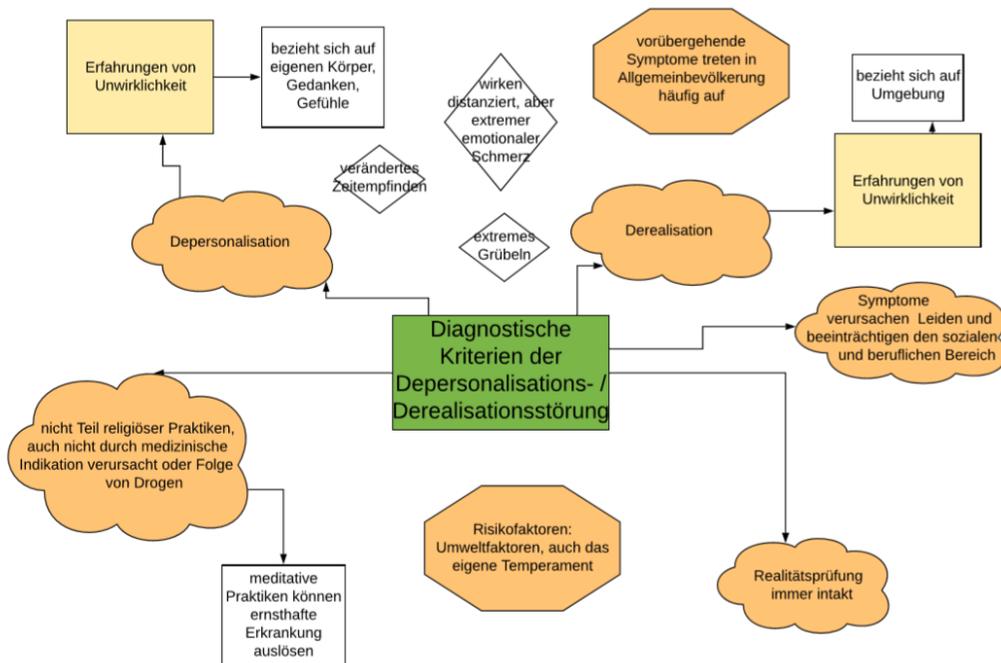
Bei Kindern und Jugendlichen ist eine dissoziative Amnesie besonders schwer diagnostizierbar, da Symptome auch anderen Beeinträchtigungen wie Angst, Versunkenheit, Unaufmerksamkeit oder Lernstörungen zugeordnet werden können.

Risikofaktoren sind vor allem in der Umwelt zu finden, beispielsweise Kriegshandlungen, Missbrauch in der Kindheit, Genozid, Naturkatastro-

phen. Das Ende traumatischer Umstände kann eine rasche Besserung bewirken. In Kulturen mit sehr restriktiven sozialen Normen können sogar z.B. Ehekonflikte oder familiäre Schwierigkeiten eine dissoziative Amnesie auslösen.

Betroffene sind meist auf allen Ebenen des psychosozialen Funktionsniveaus beeinträchtigt.

4. Depersonalisations-/ Derealisationsstörung



Graphik 4: Übersicht zu den diagnostischen Kriterien der Depersonalisations-/Derealisationsstörung.

Diagnostische Kriterien	
A.	<ul style="list-style-type: none"> • Depersonalisation: Erfahrungen von Unwirklichkeit bezüglich eigener Gedanken, Gefühle, eigener Körper • Derealisation: Erfahrungen von Unwirklichkeit gegenüber der Umgebung
B.	<ul style="list-style-type: none"> • Realitätsprüfung ist immer intakt
C.	<ul style="list-style-type: none"> • Symptome verursachen Leiden und beeinträchtigen soziale sowie berufliche Bereiche
D.	<ul style="list-style-type: none"> • Störungsbild nicht Folge physiologischer Wirkung von Substanzen (z.B. Alkohol, Drogen, etc.), medizinischer Krankheitsfaktoren oder anderer neurologischer Erkrankungen

Tabelle 3: Die wichtigsten diagnostischen Kriterien der Depersonalisations-/Derealisationsstörung.

Betroffenen fällt es oft schwer, ihre Symptome zu beschreiben, sie befürchten, „verrückt“ zu sein oder eine irreversible Gehirnschädigung zu haben. Ein verändertes Zeitempfinden sowie extremes Grübeln sind Merkmale dieser Störung.

Vorübergehende Depersonalisations- bzw. Derealisationssymptome treten in der Allgemeinbevölkerung häufig auf. So erlebt beispielsweise etwa die Hälfte aller Erwachsenen mindestens einmal im Leben eine Episode von Depersonalisation bzw. Derealisation.

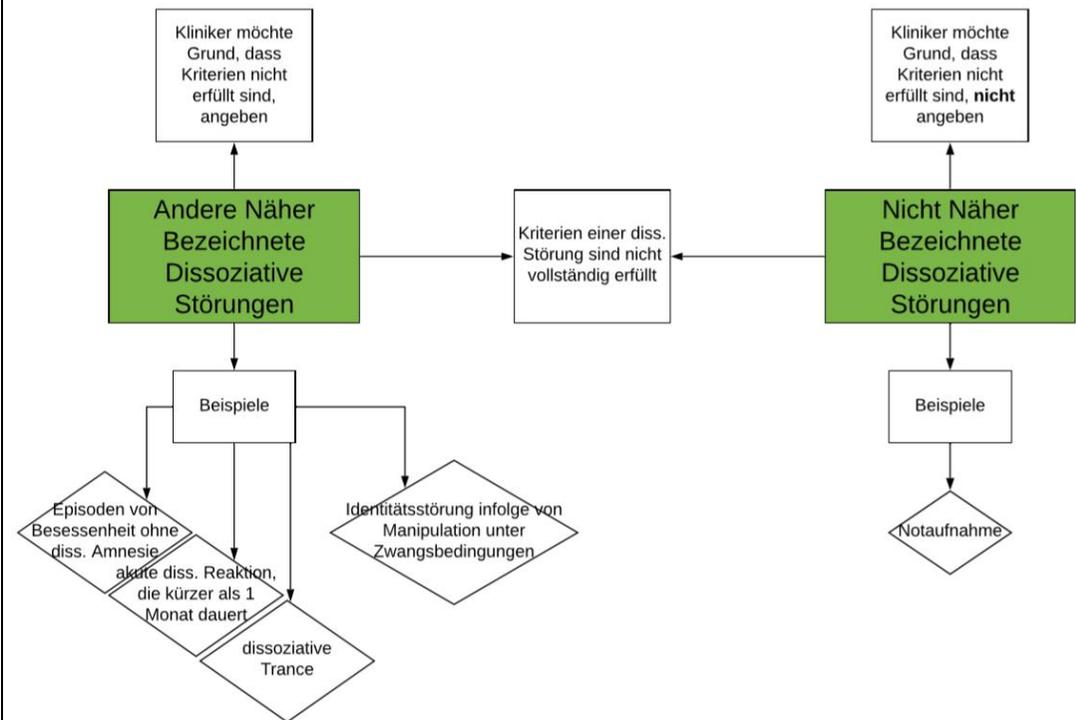
Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt bei 16 Jahren, wobei es auch früher auftreten kann und ein Beginn nach dem 40. Lebensjahr sehr ungewöhnlich ist. Auslöser können Stress, Verschlechterung der Stimmung, Angstsymptome, überstimulierende Situationen, Beleuchtung oder Schlafmangel sein.

Das Temperament ist ein Risikofaktor, insofern man ein auf Schadensvermeidung ausgerichtetes Temperament hat. Risikofaktoren aus der Umwelt sind: zwischenmenschliche Kindheitstraumata, Misshandlung und Vernachlässigung oder auch unerwartete Ereignisse wie beispielsweise ein plötzlicher Todesfall in der Familie. Weitere Auslöser können Stress, Depressionen, Angst und der Konsum von Drogen sein.

Symptome, die jenen einer Depersonalisations- bzw. Derealisationsstörung ähnlich sind, können im Kontext meditativer Praktiken auftreten. Obwohl sie als Teil religiöser bzw. kultureller Praktiken betrachtet werden, können diese eine ernsthafte Erkrankung auslösen.

Betroffene wirken äußerlich oft distanziert im Verhalten, leiden aber meist gleichzeitig unter extremen emotionalen Schmerz.

5. Andere Näher Bezeichnete Störung



Graphik 5: Stellt eine Übersicht über die Anderen- und Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung dar.

Die charakteristischen Symptome einer dissoziativen Störung herrschen vor, aber die Kriterien einer dissoziativen Störung sind nicht vollständig erfüllt und der Kliniker möchte den Grund angeben, warum die Kriterien nicht erfüllt sind.

Beispielhafte Beschwerdebilder könnten sein:

- Chronische und wiederkehrende Syndrome gemischter dissoziativer Symptome, z.B. Episoden von Besessenheit ohne dissoziativer Amnesie
- Identitätsstörungen infolge anhaltender und intensiver Manipulation unter Zwangsbedingungen, z.B. Gehirnwäsche, Folter, politische Gefangenschaft, bei denen ein Bewusstes Infragestellen der Identität auftritt
- Akute dissoziative Reaktionen auf belastende Ereignisse, wobei diese Reaktionen Stunden, Tage, aber jedenfalls weniger als einen Monat dauern
- Dissoziative Trance, bei der es zu einem kompletten Verlust oder einer akuten Einengung des Bewusstseins für die unmittelbare Umgebung kommt, wobei diese Erscheinung nicht typischer Bestandteil breit akzeptierter religiöser oder kultureller Praktiken ist

6. Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung

Die charakteristischen Symptome einer dissoziativen Störung herrschen vor, aber die Kriterien einer dissoziativen Störung sind nicht vollständig erfüllt und der Klinker möchte den Grund nicht angeben, warum die Kriterien nicht erfüllt sind, weil beispielsweise zum aktuellen Zeitpunkt nicht genügend Informationen zur Diagnose vorliegen, beispielsweise in der Notaufnahme.

7. Tests

Folgende Testverfahren wurden in den 5 Fallbeispielen zur Erstellung eines psychologischen Gutachtens verwendet:

BDI II

(Beck Depressions Inventar) → Das BDI II stellt ein Instrument zur Beurteilung der Schwere der Depression bei Erwachsenen dar. Zu 21 Symptomen der Depression werden jeweils 4 Aussagen vorgegeben, von denen diejenige auszuwählen ist, die am besten beschreibt, wie sich der Beurteiler in den vergangenen beiden Wochen gefühlt hat. Bei zwei Items (Veränderungen der Schlafgewohnheiten und Veränderungen des Appetits) gibt es Vorgaben, die sich sowohl auf die Verminderung als auch auf die Vermehrung von Schlaf und Appetit beziehen. Dabei ist ebenfalls nur eine Aussage auszuwählen.

ETI

(Essener Trauma-Inventar) → Das ETI wurde speziell zur Diagnostik von psychotraumatischen Ereignissen und Traumafolgestörungen (Posttraumatische Belastungsstörung PTSD und Akute Belastungsstörung ABS) entwickelt. Bei der Auswertung können vier Subskalen (Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal und Dissoziation) und zwei Gesamtskalen (ETI-PTSD und ETI-Total) berechnet werden. Mit Hilfe der Subskalen- und Gesamtskalenwerte ist die dimensionale Einschätzung des Schweregrades der Symptomatik möglich. Wenn ein traumatisches Erlebnis vorliegt, kann durch den Ver-

gleich der Skalenwerte mit Cut-off-Werten eine Screeningdiagnose PTSD bzw. ABS gestellt werden.

PSSI

(Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar) → Das PSSI ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, mit dem die relative Ausprägung von Persönlichkeitsstilen erfasst wird. Diese sind als nicht-pathologische Entsprechungen der in den psychiatrischen diagnostischen Manualen DSM-IV und ICD-10 beschriebenen Persönlichkeitsstörungen konzipiert. Das PSSI umfasst 140 Items, die 14 Skalen zugeordnet sind: PN (eigenwillig-paranoid), SZ (zurückhaltend-schizoid), ST (ahnungsvoll-schizotypisch), BL (spontan-borderline), HI (liebenswert-histrionisch), NA (ehrgeizig-narzisstisch), SU (selbstkritisch-selbstunsicher), AB (loyal-abhängig), ZW (sorgfältig-zwanghaft), NT (kritisch-negativistisch), DP (still-depressiv), SL (hilfsbereit-selbstlos), RH (optimistisch-rhapsodisch), AS (selbstbehauptend-antisozial).

Rorschachtest Der Rorschachtest ist ein psychodiagnostisches Testverfahren und gehört zu den projektiven Tests. Ziel ist es, die gesamte Persönlichkeit des Probanden zu erfassen. Der Proband interpretiert dazu Tintenklecksmuster.

SCL 90[®]

(Symptom-Checklist-90-Standard) → Die SCL-90[®] misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen bis heute. Sie gehört zu den weltweit am häufigsten eingesetzten Selbstbeurteilungsver-

fahren zur Erfassung der psychischen Belastung. Die SCL-90[®]-S bietet eine mehrdimensionale Auswertung mit der Möglichkeit der Messwiederholung. Die 90 Items der neun Skalen beschreiben die Bereiche Aggressivität/Feindseligkeit, Ängstlichkeit, Depressivität, Paranoides Denken, Phobische Angst, Psychotizismus, Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt und Zwanghaftigkeit. Drei globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items. Der GSI misst die grundsätzliche psychische Belastung, der PSDI misst die Intensität der Antworten und der PST gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

SVF-120

(Stressverarbeitungsfragebogen) → Der Stressverarbeitungsfragebogen ermöglicht die Erfassung von Bewältigungs- bzw. Verarbeitungsmaßnahmen in belastenden Situationen. Der SVF stellt kein singuläres Testinstrument dar, sondern ein Inventar von Methoden, die sich auf verschiedene Aspekte der Stressverarbeitung beziehen. Die Standardform des SVF 120 (Janke, W., Erdmann, G. & Kallus, K.W.) dient der Erfassung von 20 über je einen Subtest definierten Stressverarbeitungsweisen im Sinne zeit- und situations- (stressor-) stabiler Personenmerkmale: Bagatellisierung, Herunterspielen, Schuldabwehr, Ablenkung, Ersatzbefriedigung, Entspannung, Selbstbestätigung, Situationskontrolle, Reaktionskontrolle, Positive Selbstinstruktion, Soziales Unterstützungsbedürfnis, Vermeidung, Flucht, Soziale Abkapselung, Gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation, Selbstbemitleidung, Selbstbeschuldigung, Aggression und Pharmaka Einnahme.

SWT

(Sterne-Wellen-Test) → Der SWT ist ein projektives (graphoskopisches) Verfahren und erlaubt Einblicke in die Persönlichkeit, in das individuelle Welt-Erleben und in möglicherweise unbewusste Konflikte.

WZT

(Wartegg Zeichentest) → Beim WARTEGG-Test handelt es sich um ein graphoskopisches Verfahren. Anders als bei Fragebogenverfahren, bei denen sich der Patient selbst beschreiben soll verhilft die zeichnerische Darstellung Gestaltungs Kräften zum Ausdruck sodass mittelbar über Darstellung und Ausdruck charakterologische Qualitäten erkennbar werden. Der Patient projiziert Erlebnisse, Erlebnispotenzien in das zeichnerische Bild. Die Auswertung erfolgt nach Merkmalen der graphischen Ausführung, nach Arten der Anfangszeichen-Auffassung, nach der charakterologischen Projektion und nach den Lösungsarten.

8. 5 Fallbeispiele

Nachfolgend stellen wir 5 anonymisierte Fallbeispiele aus der Praxis vor.



Fallbeispiel 1

Situation	Frau W. berichtet, dass es ihr in der derzeitigen Schule nicht gut gehe. Sie habe mit September die Schule gewechselt und sei im Internat in Hofgastein, um eine Tourismusausbildung zu machen. Sie habe sich die Schule mit der Mutter gemeinsam angesehen und habe auch Interesse am Berufsfeld. Sie sei begeistert gewesen. Nun sei sie dort im Internat und fühle sich überhaupt nicht wohl. Wenn sie zur Schule hinfahre bekomme sie Symptome wie eine Enge in der Brust, Unwohlsein etc. Sie weine dort viel, könne sich nicht gut konzentrieren, sei von ihrer Zimmernachbarin leicht genervt., mache sich Sorgen, sei angespannt, habe Gefühlsausbrüche und habe das Gefühl, nicht
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	dorthin zu gehören. Die Mutter berichtet davon, dass Frau W. ein eher ängstliches Kind sei, sie habe schon früher Angst gehabt, dass etwas zu brennen beginne oder ähnliches.
Tests zur Erstellung des Gutachtens	<ul style="list-style-type: none"> • SVF120 • PSSI • SCL90
Gutachten auf Basis der Testungen	<p>Es zeigt sich bei Frau W. eine selbstunsichere Persönlichkeitsstruktur. Beide Temperamentskomponenten sind bei ihr überaktiviert, d.h. sowohl die sensorische Erregbarkeit als auch die motorische Aktivierbarkeit. Das ganzheitliche Fühlen und Erkennen von Zusammenhängen einschließlich der Selbstwahrnehmung bei ihr erschwert. Der Selbstzugang ist fallweise gehemmt. Die Instabilität des Selbstbildes ist eine Begleiterscheinung. Sie ist sensibel bei Kritik, zeigt sich in Gesellschaft eher zurückhaltend und verfügt über eine ausgeprägte Fähigkeit, eigene Erwartungen und Einschätzungen bis hin zu komplexen Modellen ihrer Umwelt infrage zu stellen und zu revidieren, wenn widersprüchliche Informationen auftauchen. Die selbstkritische Haltung mündet bei ihr in die Besorgnis, vor anderen etwas Unpassendes oder Dummes zu sagen. Angst vor negativer Beurteilung, Schüchternheit und soziales Unbehagen sind typisch. Susi hat eine erhöhte Sensibilität für den negativen Aspekt, die zu einer starken Hemmung des Selbstzugangs führt und damit das selbstsichere Verhalten erschwert. Bei ihr zeigt sich auch eine Unfähigkeit, angenehme Erfahrungen zu genießen.</p> <p>Sie zeigt eine starke Somatisierung und auch ein noch suboptimales Stressverarbeitungsprofil mit Entwicklungsfeldern in den Bereichen Schuldabwehr, Ablen-</p>

	kung, Reaktionskontrolle und Positive Selbstinstruktion (positive Strategien ausbauen) und in den Bereichen Gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation und Selbstbeschuldigung (negative Strategien verringern).
Spezifika in Bezug auf Wahrnehmung und Motorik	sensorische Erregbarkeit und motorische Aktivierbarkeit sind überaktiviert erschwerter Selbstwahrnehmung sowie instabiles Selbstbild
Diagnose	Belastungsstörung/psychischer Schock/Krisenreaktion Selbstunsichere Persönlichkeitsstruktur



Fallbeispiel 2

Situation	Die Patientin gibt an, dass sie immer wieder psychische Probleme habe und mehrere traumatische Erlebnisse hinter sich habe. Sie sei von ihrem Bruder in der Kindheit jahrelang sexuell missbraucht worden und befinde sich von ihrem Freund, von dem sie sich schwer trennen könne, geschlagen worden. Dieser sei derzeit in Haft. Sie sei bereits in der Christian Doppler Klinik stationär behandelt worden. Sie leide an einer Borderlinestörung. Sie habe 2 Kinder, die sich 14-tägig sehe, der Bub wohne bei den Großeltern, das Mädchen beim Vater.
Tests zur Erstellung des Gutachtens	PSSI ETI WZT SWT
Gutachten auf Basis der Testungen	Es zeigt sich eine starke Belastung und eine partielle PTBS. Frau W. zeigt eine emotional-instabile Persönlichkeitsstruktur mit selbstbehauptend-antisozialen, ab-

	<p>hängigen und depressiven Akzentuierungen: Sie hat demnach eine spontane Begeisterungsfähigkeit für positive Wahrnehmungen und lehnt gleichzeitig impulsiv Dinge oder Personen ab, die negative Eigenschaften zeigen. Die Instabilität des Selbstbildes ist eine Begleiterscheinung. Beide Temperamentskomponenten sind überaktiviert, d.h. sowohl die sensorische Erregbarkeit als auch die motorische Aktivierbarkeit. Das ganzheitliche Fühlen und Erkennen von Zusammenhängen einschließlich der Selbstwahrnehmung ist bei ihr erschwert. Der Selbstzugang ist gehemmt. Frau W. hat zudem ein vertieftes Erleben der eigenen und fremden Gefühle und erlebt positive Reize gedämpft. Persönliche Ressourcen von ihr sind bei ihr stark in Mitleidenschaft gezogen. Sie ist meist nicht in der Lage, vorausschauend zu planen und hat Probleme damit, sich den Normen der Gesellschaft anzupassen. Das chronisch aktivierte Selbst kann nicht von unangenehmen Erfahrungen lernen, weil diese nicht zugelassen werden.</p> <p>In den projektiven Verfahren zeigen sich starke Hinweise auf eine Verletzlichkeit in Gefühlsdingen. Dynamik und Spannkraft dürften derzeit eingeschränkt vorhanden sein. Der SWT gibt Hinweise auf eine starke emotionale Belastung. Es lässt sich eine starke Gefühlsbetonung und eine starke emotionale Unruhe vermuten. Sie kann offenbar ihre kognitiven Funktionen nicht immer willentlich ansteuern und leidet unter Unruhe. Die Diskrepanz zwischen Denken und Fühlen ist hoch.</p>
Spezifika in Bezug auf Wahrnehmung und Motorik	<ul style="list-style-type: none"> spontane Begeisterungsfähigkeit für positive Wahrnehmungen, bei gleichzeitiger impulsiver Ablehnung von Dingen oder Personen, die negati-

	<p>ve Eigenschaften zeigen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbstwahrnehmung sowie ganzheitliches Fühlen sind erschwert • instabiles Selbstbild • sensorische Erregbarkeit und motorische Aktivierbarkeit sind überaktiviert • vertieftes Erleben der eigenen und fremden Gefühle • positive Reize gedämpft erlebt • hohe Diskrepanz zwischen Denken und Fühlen
Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> • Borderline-Typ • Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung



Fallbeispiel 3	
Situation	Die Patientin gibt an, sie sei als Kind von ihrer Mutter weggegeben worden. Sie sei zuerst in einem Heim gewesen und sei dann adoptiert worden. Die Kindheit bei den Adoptiveltern sei durchwachsen gewesen und sie habe auch Gewalt erlebt. Sie sei in Verhaltenstherapie und wolle unter Umständen eine Traumatherapie beginnen. Sie habe eine Tochter, weshalb sie nicht stationär in eine Klinik gehen könne, außer sie habe die Möglichkeit, das Kind mitzunehmen. Sie sei alleine und habe keine Unterstützung.
Tests zur Erstellung des Gutachtens	ETI BDI II SCL 90®
Gutachten auf Basis der Testungen	Das Profil aus dem SCL 90® ergibt, dass die Patientin eine Vielzahl von Symptomen hat. Sie ist niedergeschlagen, unsicher im Sozialkontakt, leidet an Gedankenkreisen, Schlafstörungen und Einsamkeitsgefühlen. Sie ist leicht reizbar und mache sich viele Sorgen. Die grundsätzliche psychische Belastung ist erhöht

	<p>und die Anzahl der Symptome ist breit. Aus dem BDI II ergibt sich ein Wert von 26, sie fällt damit in den Bereich einer mittelschweren Depression. Der ETI ergibt, dass eine starke Belastung und eine partielle PTBS vorliegen.</p>
Spezifika in Bezug auf Wahrnehmung und Motorik	<ul style="list-style-type: none"> • leicht reizbar • unsicher im Sozialkontakt, möglicherweise Schwierigkeiten in der sozialen Wahrnehmung
Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> • Anpassungsstörung • Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode



Fallbeispiel 4	
Situation	<p>Die Patientin gibt an, ihr Mann sei völlig unerwartet an plötzlichem Herztod verstorben. Sie habe einen neuen Partner, mache diesen aber fallweise verantwortlich für ihre Probleme. Sie habe HPV gehabt und es sei ihr die Gebärmutter entfernt worden. Nach der Entfernung sei sie immer noch positiv gewesen und sie habe Sorge gehabt, dass sie auch in der Scheide befallen sei. Inzwischen sei der Test negativ aber sie habe ständig Sorge, sich anstecken zu können und habe, was die Sexualität betrifft, immer wieder Sorgen und könne es nicht unbeschwert genießen. Sie leide an Alpträumen. Die Tochter habe Morbus Chron bekommen, sie selbst sei mit HPV erkrankt gewesen. Sie leide an Gedankenkreisen.</p>
Tests zur Erstellung des Gutachtens	<p>ETI BDI II SCL90®</p>

Gutachten auf Basis der Testungen	<p>Die Patientin hat nach dem SCL 90 R eine Vielzahl von Symptomen. Sie ist ängstlich, depressiv, somatisiert stark und leidet an Gedankenkreisen. Die grundsätzliche psychische Belastung, die Intensität der Belastung und die Breite der Symptome sind über dem Normbereich.</p> <p>Aus dem BDI II ergibt sich ein Wert von 17, sie fällt damit in den Bereich einer leichten Depression.</p> <p>Im ETI ergibt sich keine vollständige Passung auf eine PTBS, der Gesamtwert liegt mit 29 Punkten im auffälligen Grenzbereich. Es liegt demnach eine starke Belastung vor, es kann aber keine vollständige PTBS festgestellt werden.</p>
Spezifika in Bezug auf Wahrnehmung und Motorik	<ul style="list-style-type: none"> • Ängstlichkeit könnte ein Hinweis darauf sein, dass manche Wahrnehmungen nicht „realistisch“ verarbeitet werden
Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte depressive Episode • Anpassungsstörungen



Fallbeispiel 5	
Situation	Die Patientin berichtet in der Anamnese davon, kaum aus dem Haus zu gehen. Sie sei seit Jahren alkoholabhängig und sei derzeit im Krankenstand.
Tests zur Erstellung des Gutachtens	ETI BDI II PSSI
Gutachten auf Basis der Testungen	<p>Im ETI ergibt sich eine vollständige Passung auf eine PTBS: Die Patientin hat 6 Traumata erlebt (5 persönlich und eines als Zeugin).</p> <p>Sie neigt daher dazu, eigene Absichten sehr deutlich zu erleben und hat Probleme damit, sich anderen anzuvertrauen. Sie hat eine eingeschränkte Ausdrucks- und Erlebnisintensität sowie eine Gleichgültigkeit gegenüber sozialen Beziehungen. Das ganzheitliche Fühlen und Erkennen von Zusammenhängen ist erschwert, ebenso wie die Selbstwahrnehmung. Sie ist unsicher und hat eine abhängige Persönlichkeitsakzentuierung. Zudem zeigt sie ein übermäßig aufop-</p>

	ferndes Verhalten gegenüber den Bedürfnissen anderer Personen. Die schwere Depression der Patientin wurde mit dem BDI II festgestellt.
Spezifika in Bezug auf Wahrnehmung und Motorik	<ul style="list-style-type: none"> • Defizite in der Selbstwahrnehmung • eingeschränkte Erlebnisintensität, die auch mit einer eingeschränkten Ausdrucksintensität gekoppelt ist • ganzheitliches Fühlen ist erschwert
Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> • Posttraumatische Belastungsstörung • Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome • Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen

9. Perspektiven einer „Therapie“

Der Begriff Therapie steht hier unter Anführungsstrichen, da sie von ausgebildeten Fachleuten durchgeführt wird, wir Lehrkräfte therapieren nicht, wir diagnostizieren auch nicht! Unsere Aufgabe ist es vielmehr, einerseits Betroffene bzw. SchülerInnen in persönlichen Problemsituationen zu Beratungsstellen, PsychologInnen, etc. weiterzuleiten, und andererseits die Möglichkeiten, die wir als Lehrkräfte zur Veränderung und Verbesserung der Situation haben, auszunutzen.

Grundsätzlich gibt es mehrere Handlungsalternativen, wenn eine Person dissoziiert:

- Man kann die Situation, die Dissoziationen hervorruft, vermeiden. Eine Vermeidung ist zwar nicht immer möglich, aber wenn beispielsweise jemand in Tunneln dissoziiert, kann man grundsätzlich meistens außen herum fahren oder woanders hinziehen bzw. woanders arbeiten. Die triggernde Situation zu vermeiden wäre oft eine verhältnismäßig einfa-

che, ressourcenschonende Vorgehensweise, die Dissoziationen zu bekämpfen.

- Man kann die Situation, die Dissoziationen hervorruft, verändern. Dies kann insofern schwierig sein, da die Person meist selber nicht genau weiß, welcher Aspekt einer Situation, also welche konkrete Wahrnehmung (Geruch, Farbe, Geräusch, etc.) die Dissoziation hervorruft. Grundsätzlich wäre es aber auch eine verhältnismäßig einfache und ressourcenschonende Vorgehensweise.
- Eine Psychotherapie ist eine begleitende, oft auch die einzige realisierbare Handlungsalternative, wenn eine Person dissoziiert.

Die Baummetapher erklärt, warum eine Vermeidung der Situation zu bevorzugen ist:

Jede Dissoziation geht mit einer Art psychischem Schock einher, da wird ein Zweigerl des Baumes (= gesunder Mensch) abgeschnitten. Anfangs wachsen die Zweigerl noch nach, wenn nicht zu oft und nicht zu viel was weggeschnitten wird. Aber irgendwann, wenn das Wegschneiden nicht aufhört, also die psychischen Schocks nicht aufhören, kann es dem Baum auch zu viel werden und es wächst nicht mehr alles nach, im schlimmsten Fall geht er ein, das bedeutet, der Mensch trägt dann längerfristige psychische Folgen davon). Am allerbesten wäre es also, wenn es möglich ist, in Kombination mit einer Psychotherapie die psychischen Schocks, die mit Dissoziationen einhergehen, zu vermeiden und dafür zu sorgen, dass sie nicht mehr auftreten.

An diesem Punkt, wenn es um die Vermeidung oder Veränderung von Situationen geht, haben wir Lehrkräfte mitunter einen Handlungsspielraum. Konkrete Vorgehensweisen müssen dann aber klarerweise im Team mit den Betroffenen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, etc. erarbeitet werden.

10. Literatur

Falkai, P. & Wittchen, H. (Hrsg.). (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. (2. Auflage). Hogrefe: Göttingen.

www.flipsnack.com

www.pixabay.com

Portfolio

Schizotype Persönlichkeitsstörung

Methoden und Konzepte zur Förderung der Wahrnehmung
und körperlich-motorischen Entwicklung

Tobias Klettner

01609499

Inhaltsverzeichnis

1. Diagnostische Kriterien	3
2. Ursachen.....	4
3. Therapie.....	5
4. Interessante Fakten.....	5
5. Fallbeispiele.....	6
6. Übersicht	8
Literaturverzeichnis.....	9

1. Diagnostische Kriterien

Laut ICD-10 ist die schizotype Persönlichkeitsstörung (ICD-10-CODE: F21) in die Kategorie der schizophrenen und wahnhaften Störungen einzuordnen und ist somit nicht Teil der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen. Hingegen im DSM-V zählt eine schizotype Persönlichkeitsstörung (PS) zu den Persönlichkeitsstörungen.

Laut DSM-V zeigt sich eine schizotype Persönlichkeitsstörung durch soziale und zwischenmenschliche Defizite. Diese Defizite sind durch Verzerrung des Denkens und des Wahrnehmens, mangelnde Fähigkeit zu engen Beziehungen und akuten Unbehagen gekennzeichnet. Sie zeigt sich in verschiedenen Situationen und beginnt meist im frühen Erwachsenenalter. Um eine schizotype Persönlichkeitsstörung diagnostizieren zu können, müssen mindestens fünf der folgenden Kriterien erfüllt sein:

1. Beziehungsideen

Es werden zufällige Ereignisse falsch interpretiert, als hätte es eine besondere oder ungewöhnliche Bedeutung genau für diese Person. Wobei hier von einem Beziehungswahn unterschieden werden soll.

2. Seltsame Überzeugungen und magische Denkinhalte

Das Verhalten von Personen mit dieser Störung wird von Aberglauben und Glauben an „paranormalen“ Phänomenen, die nicht der Norm ihrer kulturellen Untergruppe entsprechen, beeinflusst. Dazu zählt der Glaube an Hellseherei, Telepathie oder an den „sechsten Sinn“.

3. Ungewöhnliche Wahrnehmungserfahrungen

Personen mit einer schizotypen PS haben das Gefühl, über eine besondere Gabe zu verfügen, wie zum Beispiel Dinge vorherzusehen oder die Gedanken von anderen Menschen lesen zu können. Auch Wahrnehmungsveränderungen können auftreten (Stimmen hören).

4. Seltsame Denk- und Sprechweise

Die Sprache ist oft vage, metaphorisch, aufgelockert, übergenau, umständlich und stereotypisch. Sie ist durch idiosynkratische oder ungewöhnliche Ausdrücke und Konstruktionen geprägt.

5. Argwohn oder paranoide Vorstellungen

Diese Menschen sind oft misstrauisch und haben paranoide Vorstellungen. Zum Beispiel glauben sie, dass Arbeitskollegen beabsichtigen, das Ansehen bei ihrem Chef zu schädigen.

6. Inadäquater oder eingeschränkter Affekt

Sie besitzen nicht die Fähigkeiten über differenzierte Empfindungen und zwischenmenschlichen Kommunikationsformen, welche für eine erfolgreiche Beziehung nötig sind.

7. Verhalten und äußerliche Erscheinung

Diese Personen werden oft als eigentümlich oder merkwürdig wahrgenommen und tragen oft ungepflegte Kleidung. Weiters meiden sie Augenkontakt.

8. Mangel an engen Freunden oder Vertrauten

Beziehungen und zwischenmenschliche Kontakte sind für diese Menschen problematisch. Es ist ihnen unangenehm. Daraus resultiert ein kleiner Freundeskreis, davon ausgenommen sind Verwandte ersten Grades.

9. Ausgeprägte soziale Angst

In sozialen Situationen sind sie ängstlich, besonders mit unbekanntem Personen. Die soziale Angst verschwindet nicht leicht, da sie ein großes Misstrauen gegenüber anderen Personen haben. Daher ziehen sie es vor, alleine zu bleiben. Sie können aber interagieren, wenn es sein muss.

Eine schizotype Persönlichkeitsstörung tritt nicht ausschließlich mit einer bipolaren oder depressiven Störung mit psychotischen Merkmalen, einer Schizophrenie, einer Autismus-Spektrum-Störung oder einer anderen psychotischen Störung auf. (vgl. Falkai und Wittchen, 2018)

2. Ursachen

Für eine schizotype Persönlichkeitsstörung gibt es viele Ursachen. Eine mögliche Ursache ist die **Aufwachsumgebung**. Meist wachsen Schizotype in einer Umgebung auf, wo sie niemandem trauen können, ihnen keiner glaubt, sie keine Ansprechperson haben oder nur von

Minderbegabten umgeben sind. Oft sind diese Personen auch Opfer von Misshandlungen oder traumatischen Erfahrungen geworden. Die schizotype Störung kann **genetisch** angelegt sein. Auch eine **Entwicklungsstörung** kann zu einer Schizotypen PS führen. **Geburtstraumata**, egal ob psychisch oder physisch bedingt, können Auslöser für eine derartige Störung sein. **Reizüberflutungen**, welche zu bizarren Gedanken und Wahrnehmungen führen können, werden ebenfalls als Grund für eine schizotype Persönlichkeitsstörung genannt. (vgl. Weshavel, 2003)

3. Therapie

Psychotherapeutische Ansätze

Eine schizotype Persönlichkeitsstörung wird in den meisten Fällen mit einer Psychotherapie behandelt. Ziel ist, dass die Patienten wieder Beziehungen zur Außenwelt und zwischenmenschlichen Kontakt zulassen. Weiters sollen sie lernen, ihre eigenen Gedanken von denen der realen Umwelt zu unterscheiden. Wichtig ist es, ihre individuellen Stärken zu fördern und ihnen ihre Gefühle bewusster zu machen. Eine Therapie ist oft schwierig, da es schwer ist eine positive zwischenmenschliche Beziehung aufzubauen. In einer psychoanalytischen und tiefenpsychologisch-fundierten Therapie sollen Patienten lernen, die Umwelt realistisch wahrzunehmen, da sie oft ein falsches Bild von ihren Mitmenschen und ihrer Umwelt haben. Die kognitive Verhaltenstherapie ist an die Therapieansätze für depressive und schizophrene angelehnt. Dabei soll das Selbstvertrauen gesteigert, ihre sozialen Fertigkeiten und der Umgang mit ihren Ängsten verbessert werden. Wie auch in den anderen Therapieansätzen steckt man sich das Ziel, die ungewöhnlichen Gedanken und Wahrnehmungen der Patienten zu hinterfragen und aufzuklären. (vgl. Therapie.de, 2019)

Therapie mit Psychopharmaka

Da es viele Überschneidungen mit den Symptomen einer Schizophrenie gibt, werden häufig antipsychotische Medikamente verordnet. Dies aber nur in geringer Dosis. In manchen Fällen wird die Auffälligkeit im Denken reduziert. (vgl. Therapie.de, 2019)

4. Interessante Fakten

- Eine schizotype Persönlichkeitsstörung hat einen relativen stabilen Verlauf. Zudem kann sie sich in der Kindheit und Adoleszenz durch wenige Freundschaften, sozialer

Angst, schlechten Schulleistungen, Übersensibilität, außergewöhnlicher Sprache und bizarren Fantasien äußern.

- Eine schizotype PS tritt häufiger bei Männern als bei Frauen auf.
- 1-4% der Bevölkerung sind von dieser Störung betroffen.
- Schizotype Menschen sind meist sehr kreativ, was ihnen aber auch zum Verhängnis werden kann.
- Zu ihren Interessensgebieten zählen Astronomie, Elektrotechnik, Energieübertragung, Verkehr, abstrakte Philosophie und Fernmeldewesen.
- Großstädte sind für Schizotype eine große Hilfe, da sie Großteils Anonym bleiben können.

(vgl. Weshavel, 2003)

5. Fallbeispiele

Fall 1

Sebastian ist 28 Jahre alt und galt in seiner Kindheit als sonderbar. Er wurde viel gehänselt und spielte wenig mit anderen Kindern oder seinen Geschwistern. Bis zum 14. Lebensjahr waren Sebastians Schulleistungen völlig in Ordnung. Er verweigerte die Schule und klagte über körperliche Beschwerden. Im Laufe der Zeit ging er gar nicht mehr in die Schule und verschanzte sich im Keller des Hauses. Seine Familie dachte er sei „übergeshnappt“. Zu diesem Zeitpunkt redete er viel mit sich selbst und zeichnete seltsame Dinge. Er wurde von seiner Familie durchgefüttert und nahm immer wieder Aushilfstätigkeiten an, meistens in einer Fabrik am Fließband, wo er keinen Kontakt mit anderen hatte. Die Kleidung, die er trug, war bunt durchgemischt und passte von oben bis unten nicht zusammen. Er sprach öfter laut vor sich hin und behauptete, sein Körper sei im Himmel und er müsse ihm hinterherlaufen.
(vgl. Therapie.de, 2019)

Fall 2

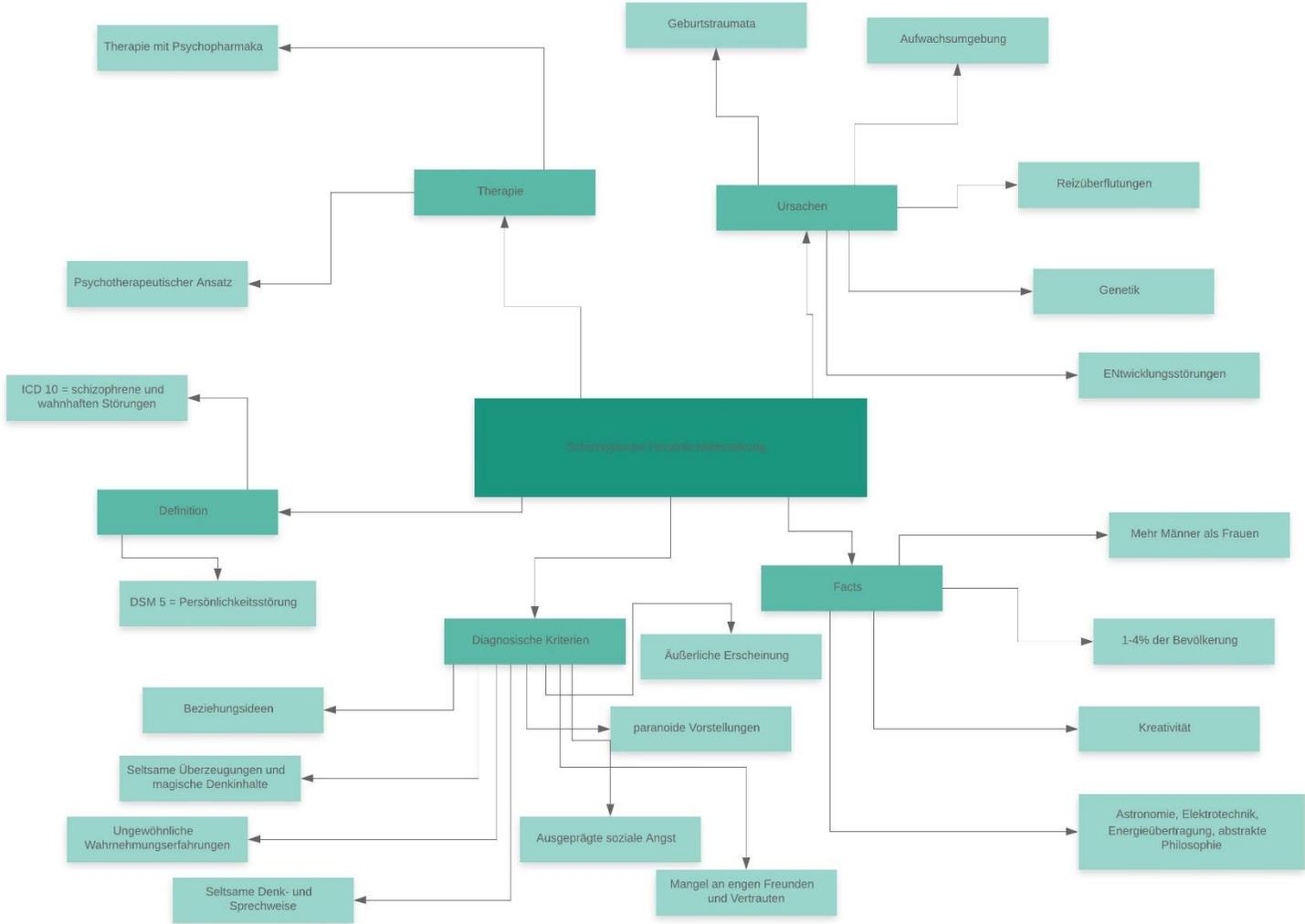
Alexej ist 23 Jahre alt und lebt derzeit mit seinem Vater in Moskau. Er ist Vegetarier, hat aber trotzdem ein paar Kilos zu viel. Alexej ist ein Einzelgänger, der den Kontakt zu anderen Menschen meidet. Er begeistert sich sehr für Bücher über östliche Religion, Astronomie und

Naturheilkunde. In seiner Kindheit spielte Alexej oft stundenlang alleine. Das machte ihm aber nichts. Sein Vater und seine Mutter haben sich getrennt, als Alexej fünf Jahre alt war. Sie blieben über Briefe in Kontakt. Zu seinem 11. Geburtstag bekam Alexej einen Hamster geschenkt, mit dem er sich stundenlang beschäftigte. Nach nur 3 Monaten ist er gestorben. Innerliche trauerte er, zeigte es aber nicht nach außen. Daraufhin bekam er von seiner Mutter Fische, welche er nicht beachtete und sie verhungern ließ. In der Schule wurde Alexej von seinen Lehrerinnen und Lehrern als Einzelgänger beschrieben. Er verlor das Interesse an der Schule, wurde viel von seinen Mitschülerinnen und Mitschülern ausgelacht und zog sich innerlich immer weiter zurück. Plötzlich starb seine Mutter an Herzversagen. Daraufhin machte sich ein aufmerksamer Nachbar auf die Suche nach dem Vater von Alexej. Nach 18 Jahren sah er ihn wieder und kümmerte sich zum ersten Mal wirklich um sein Kind. Sein Vater war aufgrund des Verhaltens von Alexej sehr besorgt, er hatte sich zwischenzeitlich, intensiv mit östlichen Trauerritualen beschäftigt. Alexej hat keine berufliche Perspektive, keine Freunde. Tagsüber liegt er die meiste Zeit nur im Bett. Auf die Fragen von seinem Vater was Alexej in seiner Zukunft machen will, reagiert er genervt und gereizt. Sein Vater bringt ihn schließlich in eine psychiatrische Ambulanz, in der er von einem jungen Psychiater untersucht wird. Der Psychiater merkt schnell, dass er keine Verbindung zu ihm aufbauen kann und beschließt ihn stationär aufzunehmen. Auf der Station kann kein Teammitglied einen emotionalen Kontakt zu ihm aufbauen, er ist sehr distanziert, aber nie unfreundlich. Die Psychiater versuchen es mit Neuroleptika, die er jedoch nicht verträgt. Nach seinem stationären Aufenthalt wird er als arbeitsunfähig bescheinigt und mit der Diagnose schizotype Persönlichkeitsstörung in eine Werkstatt für psychisch Kranke überwiesen. (vgl. Kreusel, 2006)

Fall 3

Monika ist hellstichtig und vor allem hellfühliger. Sie beschäftigt sich viel mit Esoterik, Spiritualität und der Praxis der Achtsamkeit nach Thich Nhat Hanh. Vor vielen Jahren war sie Mitglied in einer Freikirche, die sie heute als Sekte ansieht. In der Freikirche gab es viel magisches Denken (Wunschdenken). Es war so magisch, dass ihr empfohlen wurde ihr Medikament abzusetzen, welches sie aufgrund ihrer nicht vorhandenen Schilddrüse nehmen musste. Man versprach ihr dabei, dass ihr durch die Absetzung der Medikamente eine Schilddrüse wachsen würde. Sie hatte schon viele Sitzungen mit verschiedensten Therapeuten, welche sie oft bestärkten, sich mehr mit Esoterik und Spiritualität auseinanderzusetzen. (vgl. Kreusel, 2007)

6. Übersicht



Literaturverzeichnis

Printmedien

Falkai, Peter und Wittchen, Hans-Ulrich (2018). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe.

Weshavel, Kurt-Heinrich (2003). Schizotypische Persönlichkeitsstörung. Borderline Persönlichkeitsstörung. Soziale Phobie -Mit vergleichender Gegenüberstellung-. Münster: Psychologie/Soziologie-Selbstverlag.

Internetquellen

Kreusel, Monika (2006). Schizotypie-Alexey. online unter <http://www.blumenwiesen.org/schizotypie-alexey.html> (zugegriffen am 19.12.2019)

Kreusel, Monika (2007). Schizotypie. Schizotypische Persönlichkeitsstörung. online unter <http://www.blumenwiesen.org/schizotypie-spiritualitaet.html> (zugegriffen am 19.12.2019)

Therapie.de (2019). Schizotypische Persönlichkeitsstörung. online unter <https://www.therapie.de/psyche/info/index/diagnose/persoenlichkeitsstoerungen/schizotypie/> (zugegriffen am 19.12.2019)

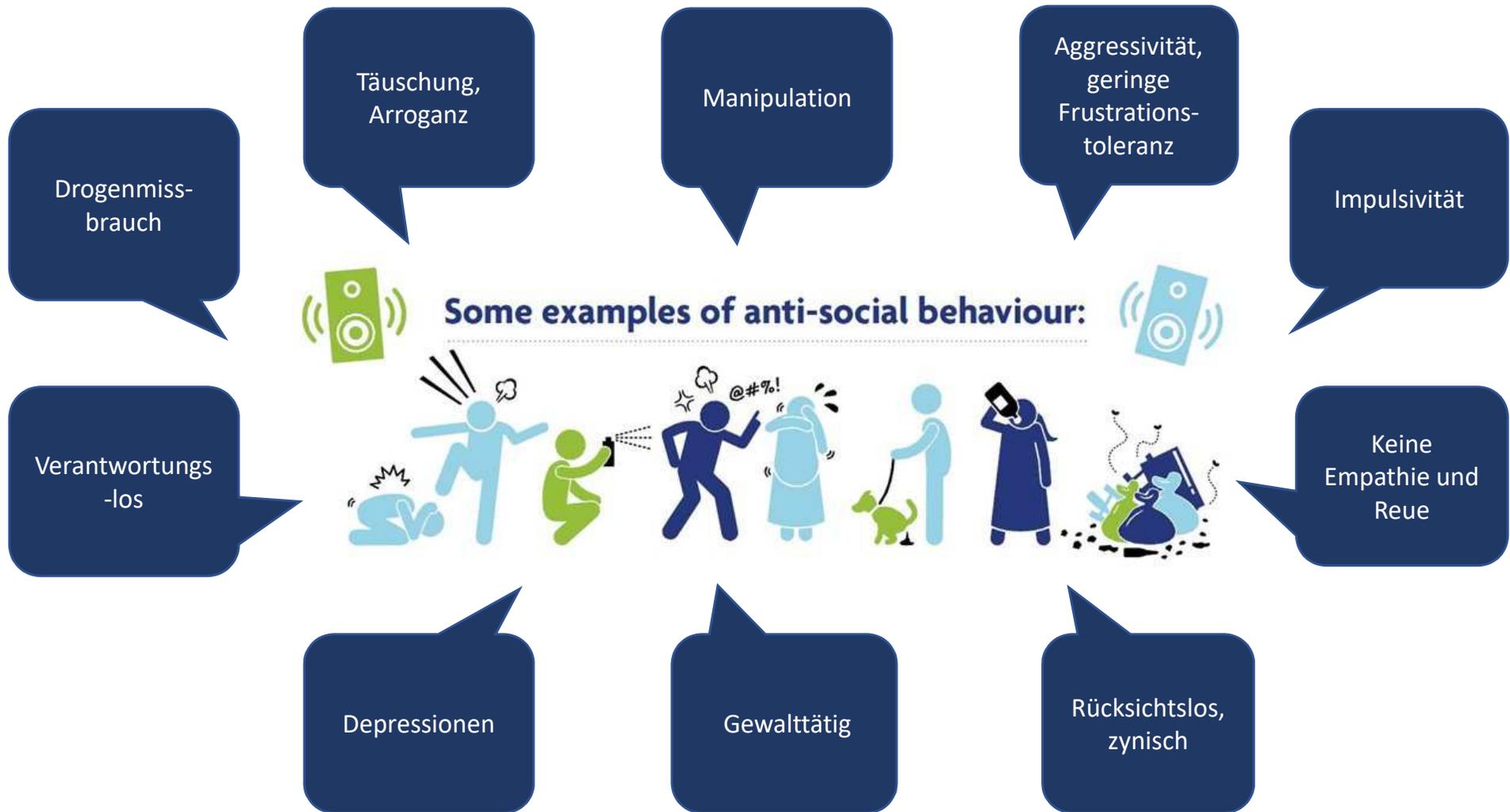


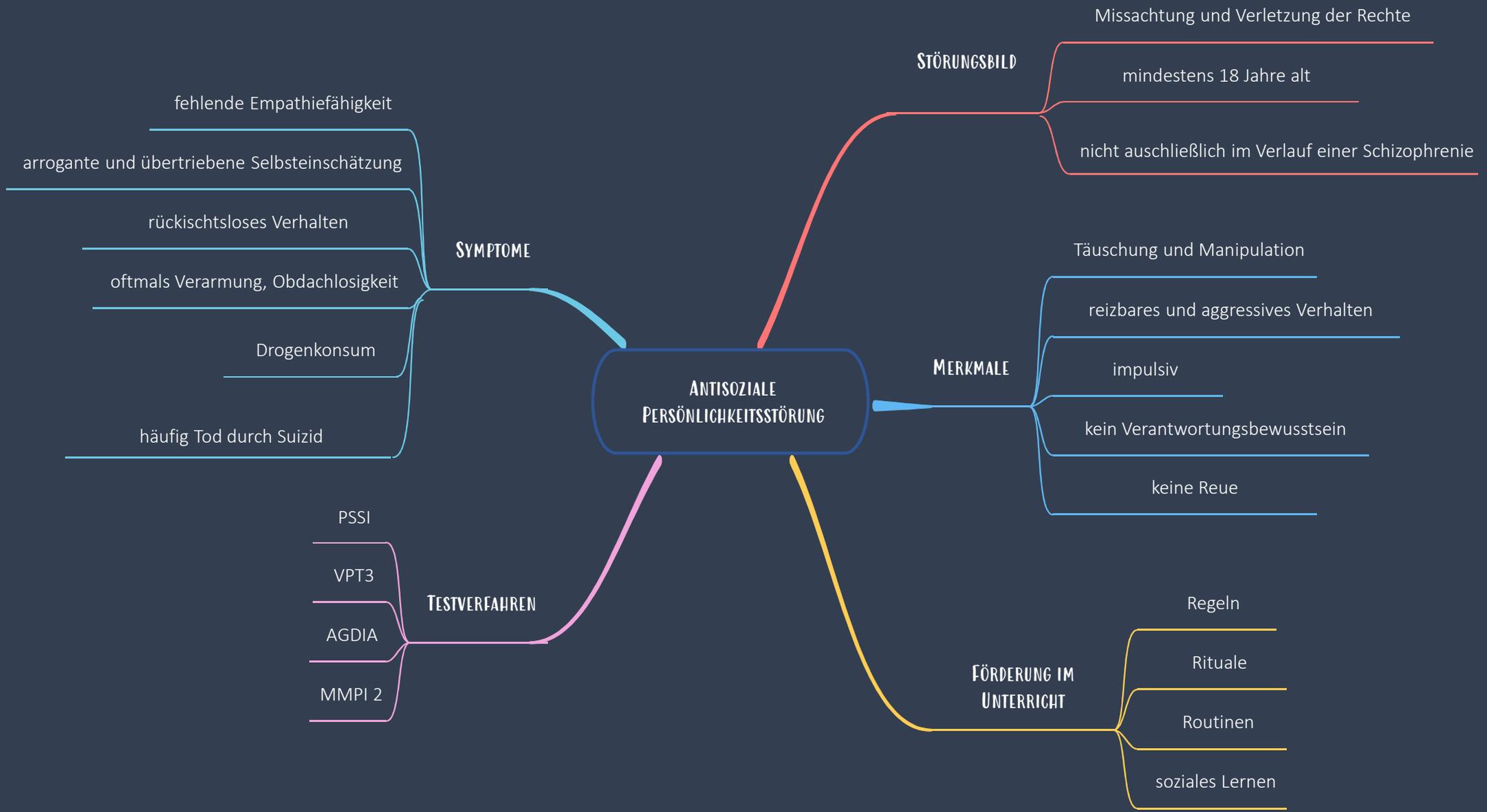
WINTERSEMESTER
2019/20

ANTISOZIALE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG (APS)

Eine Handreichung für Studierende

ANGELIKA HINTSTEINER
ANITA PAULIC





INHALTSVERZEICHNIS

1. Störungsbild
2. Diagnostische Merkmale
3. Symptome zur Diagnosesicherung
4. Charakteristische Merkmale
5. Entwicklung und Verlauf
6. Risiko- und prognostische Faktoren
7. Besonderheiten
8. Fallbeispiele
9. Testungsverfahren
10. Förderung im Unterricht
11. Gewaltpräventionsprogramme
12. Übungen
13. Referenzen & Verzeichnisse

1. STÖRUNGSBILD

Die antisoziale Persönlichkeitsstörung ist dadurch gekennzeichnet, dass eine Person ständig sozial festgelegte Normen missachtet und seine eigenen Ziele ohne Rücksichtnahme auf seine Mitmenschen durchsetzt (Falkei & Wittchen, 2015, S. 903-908).



Abb.2: Eindruck Antisoziale Persönlichkeitsstörung (Therapie.de., 2019)



Abb. 3. Eindruck Antisoziale Persönlichkeitsstörung (Therapie.de., 2019)

LAUT DSM-5 LIEGEN DER ANTISOZIALEN PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG FOLGENDE DIAGNOSTISCHE KRITERIEN (A-D) ZU GRUNDE:

- A** Ein tiefgreifendes Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer, das seit dem Alter von 15 Jahren auftritt.
- B** Die Person ist mindestens 18 Jahre alt.
- C** Eine Störung des Sozialverhaltens war bereits vor Vollendung des 15. Lebensjahres erkennbar.
- D** Das antisoziale Verhalten tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Schizophrenie oder einer bipolaren Störung auf.

2. DIAGNOSTISCHE MERKMALE

- Die Krankheit beginnt in der Kindheit oder frühen Adoleszenz und dauert bis ins Erwachsenenalter an. Andere Bezeichnungen lauten Psychopathie, Soziopathie, Dissoziale Persönlichkeitsstörung. Täuschung und Manipulation gehören zu den zentralen Persönlichkeitsmerkmalen.

VERHALTENSUSTER:

- wiederholte und andauernde Verletzung der Grundrechte anderer Menschen. Typische Verhaltensweisen lassen sich in vier Kategorien einteilen:

- Aggression gegen Menschen und Tiere
- Zerstörung von fremdem Eigentum
- Betrug oder Diebstahl
- schwerwiegende Gesetzesübertretungen

- Keine Anpassungsfähigkeit an gesellschaftliche Normen.
- Die Betroffenen lügen, betrügen, manipulieren, simulieren. Der persönliche Vorteil ist wichtig.
- Entscheidungen werden unüberlegt getroffen und die Folgen werden nicht berücksichtigt.

DIE BETROFFENEN NEIGEN ZU:

- reizbarem und aggressiven Verhalten
- Ausübung von bestimmten Sexualpraktiken
- Drogenmissbrauch

SIE KÖNNEN NUR SCHWER VERANTWORTUNG ÜBERNEHMEN

- längerfristige Arbeitslosigkeit
- wiederholtes Fernbleiben von der Arbeitsstelle
- Schuldentrückzahlungen werden versäumt

FEHLENDES SCHULDBEWUSSTSEIN

- Schuld sind immer die Anderen bzw. die Opfer
- Keine Schadensersatzleistung oder Wiedergutmachung.
- Reagieren gleichgültig oder bieten Rationalisierungen an.

3. SYMPTOME ZUR DIAGNOSESICHERUNG

- Fehlende Empathie
- übersteigerte und arrogante Selbsteinschätzung und Zynismus
- übertriebenes Selbstbewusstsein und Eigensinnigkeit
- oberflächlich charmant, schlagfertig und redegewandt
- unverantwortliches und rücksichtsloses Verhalten in sexuellen Beziehungen (z.B. zahlreiche Partnerwechsel)
- Unverantwortliches Handeln als Elternteil (z.B. Kinder leiden an Unterernährung und Verwahrlosung)
- bei einigen Personen kommt es zur Verarmung und Obdachlosigkeit
- Wahrscheinlichkeit für Tod durch z.B. Suizid ist größer als bei der Allgemeinbevölkerung

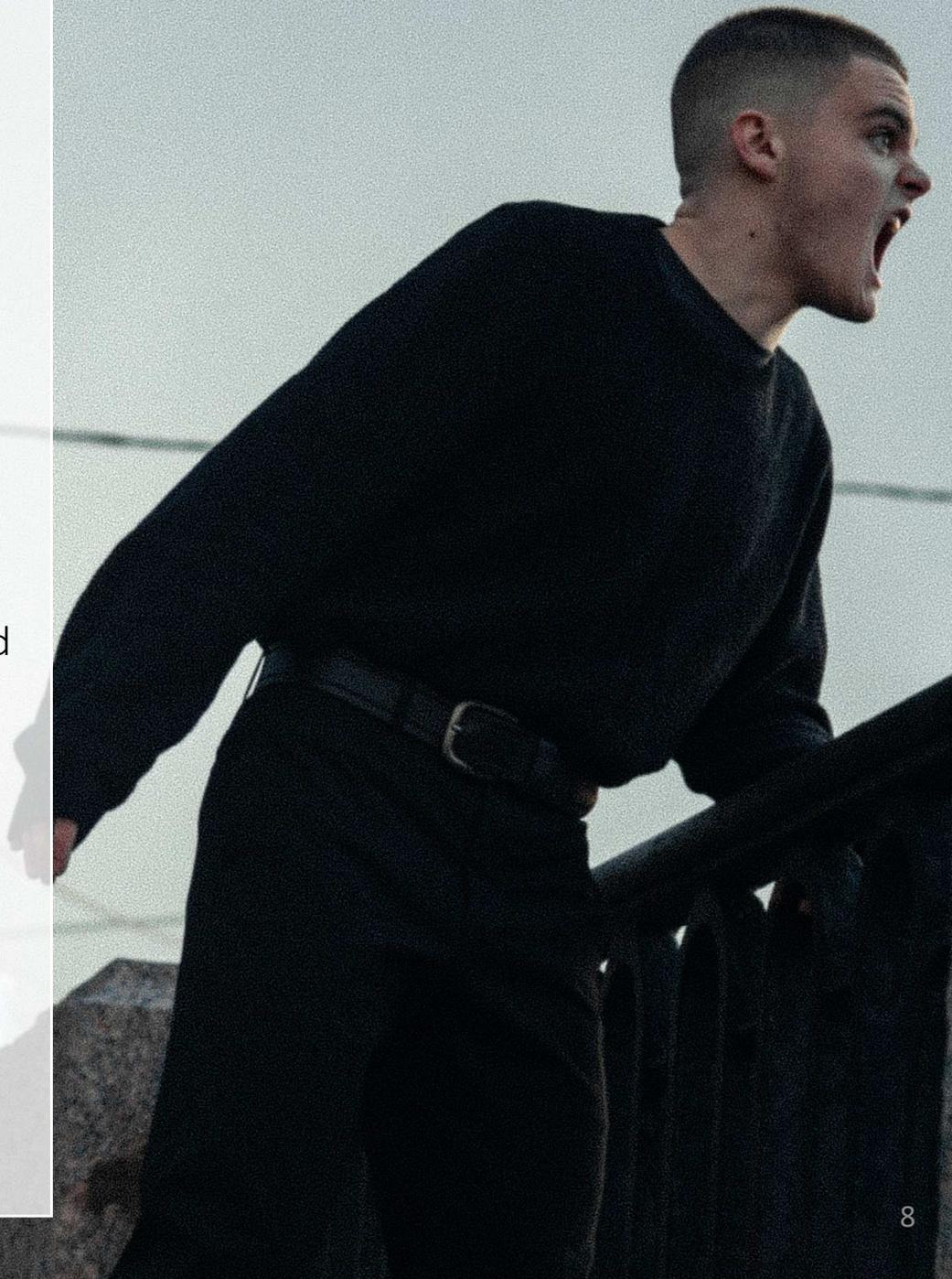
- Die Betroffenen können unter Dysphorie leiden
 - Verspüren innere Anspannung
 - Langeweile nicht ertragbar
 - depressive Verstimmungen
 - Angststörungen
 - Substanzkonsumstörungen
 - somatische Belastungsstörungen
 - Störung der Impulskontrolle



DIE WAHRSCHEINLICHKEIT FÜR EINE ANTISOZIALE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG IST ERHÖHT, WENN DAS KIND SCHON VOR DEM 10. LEBENSJAHR EINE STÖRUNG DES SOZIALVERHALTENS UND BEGLEITEND EINE ADHS AUFWEIST. EBENFALLS KANN EIN INKONSEQUENTER ERZIEHUNGSSTIL DIE WAHRSCHEINLICHKEIT FÜR DAS AUFTRETEN EINER ANTISOZIALEN PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG ERHÖHEN.

4. CHARAKTERISTISCHE MERKMALE

Im Folgenden werden auf unterschiedlichen Ebenen der Entwicklung, der Risikofaktoren und der Besonderheiten die charakteristischen Merkmale einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung näher dargestellt.



5. ENTWICKLUNG UND VERLAUF

- Die Persönlichkeitsstörung weist einen chronischen Verlauf auf.
- Sie kann mit zunehmendem Lebensalter, besonders am dem 40. Lebensjahr, weniger offensichtlich werden.
- Eine Abnahme im gesamten Spektrum des antisozialen Verhaltens und des Substanzkonsums ist wahrscheinlich (z.B. begehen weniger kriminelle Handlungen)
- Eine APS wird nicht vor dem 18. Lebensjahr diagnostiziert



6. RISIKO- UND PROGNOTISCHE FAKTOREN

- Sowohl genetische als auch physiologische Faktoren tragen zur Entstehung der Antisozialen Persönlichkeitsstörung (APS) bei
 - Sie tritt bei biologischen Verwandten ersten Grades der betroffenen Personen häufiger auf als in der Allgemeinbevölkerung
 - Auftrittswahrscheinlichkeit ist bei Verwandten von Frauen mit dieser Störung höher
 - es kommt auch zu einem erhöhten Risiko für eine somatische Belastungsstörung und für eine Substanzkonsumstörung



ADOPTIONSSTUDIEN HABEN GEZEIGT, DASS AUCH UMWELTFAKTOREN FÜR DIE ENTSTEHUNG VON ASP VON BEDEUTUNG SIND

7. BESONDERHEITEN

KULTURELLE BESONDERHEITEN

- scheint mit einem niedrigen sozioökonomischen Status und einer städtischen Umgebung einherzugehen
- Bedenken, dass man die Diagnose oft äußert, wenn das antisoziale Verhalten ein Teil einer schützenden Überlebensstrategie ist
- es muss immer der soziale und wirtschaftliche Zusammenhang einer Person betrachtet werden

GESCHLECHTSSPEZIFISCHE BESONDERHEITEN

- Die APS tritt bei Männern weitaus häufiger auf als bei Frauen



EVENTUELL WIRD ES BEI FRAUEN ABER AUCH SELTENER DIAGNOSTIZIERT AUFGRUND DER STARKEN GEWICHTUNG AGGRESSIVER KRITERIEN IN DER DEFINITION

8. FALLBEISPIELE



1. FALL

„Ein klassisches Fallbeispiel stammt von Robert Hare, einem der ersten Forscher, die sich mit der dissozialen Persönlichkeitsstörung befasst haben. Er berichtet, wie er bei seiner ersten psychologischen Tätigkeit in einem Staatgefängnis den Häftling ‚Ray‘ therapieren soll“ (therapie.de, 2019).

Ray hatte ein langes Strafregister, zu dem auch viele Gewalttaten gehören – und er hat fast die Hälfte seines erwachsenen Lebens im Gefängnis verbracht. Schon beim ersten Kontakt fällt Hare auf, wie direkt, intensiv und fordernd der Blickkontakt des Mitte 30 Jahre alten Häftlings ist. In den Therapiestunden zieht Ray teilweise ein Messer und setzte seinen Therapeuten dadurch unter Druck. Immer wieder testet er ihn, zum Beispiel um herauszufinden, ob Hare sich an die Regeln der Gefängnisleitung hält. Außerdem versucht er ständig, seinen Therapeuten zu manipulieren und überredet ihn zum Beispiel, ihm einen besonders guten Job in der Gefängnisküche oder in der Autowerkstatt zu vermitteln. Auch insgesamt ist Ray sehr geschickt darin, andere zu manipulieren und hereinzulegen. Er lügt ohne jede Gewissensbisse, und wenn andere ihn mit Unstimmigkeiten konfrontieren, wechselt er einfach das Thema und denkt sich eine andere Lüge aus.

Als Hare seinen Job im Gefängnis aufgibt und mit dem Auto zu seiner neuen Stelle an einer Universität unterwegs ist, muss er feststellen, dass Ray auch seinen Wagen manipuliert hat: Er hat die Schläuche zum Kühler verändert und das Bremskabel angeschnitten, so dass Hare nur knapp einem schweren Unfall entgeht.

2.FALL

Aus dem PSSI ergibt sich eine dissoziale Persönlichkeitsstruktur. Der Betroffene setzt demnach seine eigenen Ziele gern durch und verhält sich überdurchschnittlich oft verantwortungslos, rücksichtslos und unsozial. Bei Normverletzungen zeigt er wenig oder keine Schuldgefühle. Er ist meist nicht in der Lage, vorausschauend zu planen und hat Probleme damit, sich den Normen der Gesellschaft anzupassen. Das chronisch aktivierte Selbst kann nicht von unangenehmen Erfahrungen lernen, weil diese nicht zugelassen werden. Die Schwelle für Aktivierungen und Bewegungen ist bei ihm eher gering, er zeigt eine unkritische Grundhaltung sich selbst gegenüber: Aus dem SKID ergibt sich ein Ich-Mangel im Denken und Wollen, kombiniert mit ungünstigen Behandlungsindikatoren. Es besteht eine Suchtgefährdung und eine Affektstörung.

Im VPT3 zeigt sich ein eher geringer Wert auf der Skala Selbstreflexion (PR= 29) kombiniert mit einem hohen Wert auf der Skala Selbstkontrolle (PR= 92). Die Werte auf den anderen Skalen sind unauffällig (PR= 48/Offenheit; PR= 69/Selbstsicherheit; PR= 69/Anpassung; PR= 51/Emotionale Ansprechbarkeit). Dieses Profil bedeutet, dass er sich selbst nicht oft in Frage stellt und andere Meinungen nicht immer abwägt und die eigene Entscheidung miteinbezieht.

Das AGDIA zeigt, dass er Aggressionen eher behavioral-destruktiv ausagiert und die Stabilisierung extern verortet ist, das heißt er neigt dazu, Aggressionen nach außen auszutragen. Er hat das aggressive Verhalten eher erlernt (Lerntheorie), äußert Reaktionen verbal und ausagierend (treten, schlagen, zerstören, Hand rutscht aus,...). Er zieht sich dann aus der Situation zurück, sucht Ablenkung und verlagert das Problem gern auf andere Bereiche.

Subjektiv erlebt Herr ***** keine nennenswerte Belastung. Objektiv zeigt sich auch bei ihm ein mehrdimensionales Belastungsprofil mit Handlungsbedarf in verschiedensten Bereichen: Der vormalige Haftaufenthalt, die psychische Gesundheit (dissoziale Persönlichkeit) und die Fürsorgeanforderungen für die Kinder sowie das problematische Fürsorgeverhalten. Dieses Profil in Kombination mit den Ergebnissen aus der testpsychologischen Untersuchung führt zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer Kindeswohlgefährdung und zeigt einen dringenden Handlungsbedarf auf.

9. TESTUNGSVERFAHREN IN BEZUG AUF ANTISOZIALER PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Zur Feststellung der Antisozialen
Persönlichkeitsstörung werden
folgende Testungsverfahren
angewendet und durchgeführt.

PSSI

SCID-5-PD

MMPI 2

VPT3

AGDIA

PERSÖNLICHKEITS-STIL- UND STÖRUNGS-INVENTAR (PSSI)

EINSATZBEREICH:

Jugendliche ab 14 Jahren und Erwachsene. Verwendung in der Klinischen Praxis und anderen Anwendungsfeldern, wie z.B. Arbeits- und Organisationspsychologie, Pädagogische Psychologie sowie in der Forschung.

INHALT:

Das PSSI ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, mit dem die relative Ausprägung von Persönlichkeitsstilen erfasst wird. Diese sind als nicht-pathologische Entsprechungen der in den psychiatrischen diagnostischen Manualen DSM-IV und ICD-10 beschriebenen Persönlichkeitsstörungen konzipiert.

**PSSI UMFASST 140 ITEMS,
DIE 14 SKALEN ZUGEORDNET
SIND:**

- PN (eigenwillig-paranoid)
- SZ (zurückhaltend-schizoid)
- ST (ahnungsvoll - schizotypisch)
- BL (spontan - borderline)
- HI (liebenswert-histrionisch)
- NA (ehrgeizig-narzisstisch)
- SU (selbstkritisch-selbstunsicher)
- AB (loyal-abhängig)
- ZW (sorgfältig-zwanghaft)
- NT (kritisch-negativistisch)
- DP (still-depressiv)
- SL (hilfsbereit-selbstlos)
- RH (optimistisch-rhapsodisch)
- AS (selbstbehauptend-antisozial)

STRUKTURIERTES KLINISCHES INTERVIEW FÜR DSM 5 (SCID-5-PD)

EINSATZBEREICH:

Das Interview wird bei Erwachsenen ab 18 Jahren eingesetzt, um Persönlichkeitsstörungen nach DSM-5 korrekt zu diagnostizieren.



INHALT:

Das SCID-5-PD ist ein halbstrukturiertes diagnostisches Interview, mit dem die zehn im DSM-5 enthaltenen Persönlichkeitsstörungen der Cluster A, B und C sowie Störungen der Kategorie „Andere Näher Bezeichnete Persönlichkeitsstörung“ erfasst werden können.

Jedem DSM-5-Kriterium sind entsprechende Interviewfragen zugeordnet, die den Interviewer bei der Beurteilung des Kriteriums unterstützen. Neben dem Interviewleitfaden beinhaltet das SCID-5-PD auch einen Persönlichkeits-Screening-Fragebogen (SCID-5-SPQ) mit 106 Fragen.

Dieser Selbstbeurteilungsbogen wird vor der Durchführung des Interviews optional als Screeninginstrument eingesetzt, um die Durchführungszeit des anschließenden Interviews zu verkürzen.

VERLÄSSLICHKEITSBEZOGENER PERSÖNLICHKEITSTEST (VPT3)

EINSATZBEREICH:

Erfasst waffenpsychologisch relevante Persönlichkeitseigenschaften. Der objektive, mehrdimensionale Fragebogen ermittelt die Selbsteinschätzungen in Bezug auf das soziale Verhalten, die emotionale Befindlichkeit bzw. Stabilität sowie das Ausmaß der Selbstkontrolle und Selbstreflexion einer Person.

Diese Eigenschaften sind für einen verantwortungsbewussten Umgang mit Waffen besonders relevant. Daher eignet sich dieses spezielle Persönlichkeitsverfahren für die waffenpsychologische Verlässlichkeitsüberprüfung gemäß 1. Waffengesetz-Durchführungsverordnung – 1. WaffV §3. (2).

Die Testung wird bei Personen ab 16 Jahren vorgenommen. Die Testperson gibt auf einer vierstufigen Antwortskala an, inwiefern sie verschiedenen Aussagen zustimmt. Es ist möglich, die jeweils vorherige Antwort einmalig zu korrigieren.

The screenshot shows a digital interface for the VPT3 test. At the top, there is a header 'Anleitung...'. Below it, the instructions read: 'Es folgen nun Fragen zu Ihren Einstellungen und Interessen. Zu jeder Frage gibt es vier Antwortmöglichkeiten. Lesen Sie bitte jede Frage aufmerksam durch und wählen Sie die Antwort, die auf Sie zutrifft.' An example question is provided: 'Ein Beispiel: Ich lese gerne über Unfälle und Katastrophen in der Zeitung.' Below the example, there are four response options, each in a box: '1' (stimmt überhaupt nicht), '2' (stimmt eher nicht), '3' (stimmt eher schon), and '4' (stimmt genau). At the bottom right, there is a green button labeled 'Weiter' with a right-pointing arrow.

Abb.4 schuhfried.at/test/AGDIA

VERLÄSSLICHKEITSBEZOGENER PERSÖNLICHKEITSTEST (VPT3)

FOLGENDE HAUPTVARIABLEN WERDEN AUSGEWERTET:

Soziale Expressivität – Selbstsicherheit:
Maß der als „Extraversion“ bekannten wesentlichen Grunddimension des sozialen Verhaltens.

Soziale Anpassung: Ausmaß an sozialer Verträglichkeit bzw. Konfliktbereitschaft. Stellt eine zweite wichtige Grunddimension sozialen Verhaltens dar.

Emotionale Ansprechbarkeit: Ausmaß an emotionaler Labilität, Angespanntheit, Gereiztheit und Ängstlichkeit.

Selbstkontrolle: Ausmaß von Selbstdisziplin, Konsequenz und Zuverlässigkeit sowie Normenorientierung einer Person.

Selbstreflexion: Ausmaß an intellektueller Flexibilität und Differenziertheit des Denkens als Maß der Selbstreflexion. Die Nebenvariable Offenheit der Selbstbeschreibung überprüft, wie offen und selbstkritisch die Person antwortet.



AGGRESSIONSDIAGNOSTIKUM (AGDIA)

EINSATZBEREICH:

Erfasst die verschiedenen Aspekte der Aggression: Auslösung, Manifestation, Coping und Stabilisierung. Hauptanwendungsgebiet ist die Klinische & Gesundheitspsychologie sowie die Pädagogische Psychologie. Aufgrund seiner detaillierten Erfassung der Aggression liefert das Inventar, speziell im Hinblick auf die Planung und Durchführung von Interventionsmaßnahmen, hilfreiche Informationen.

Eine Aufgabe besteht aus vier verschiedenen Aussagen, von denen die Testperson eine Aussage markiert, die am wenigsten auf sie zutrifft und eine die am ehesten auf sie zutrifft (Forced-Choice-Format).

Die Testung wird ab 16 Jahre durchgeführt. Nach der Bearbeitung aller Aufgaben ermittelt das Programm die vorherrschende Art des Copings, sowie den am stärksten ausgeprägten Aspekt der Manifestation. In Bezug auf diese schätzt die Testperson dann zwischen zwei Extremwerten ein wie sehr bzw. wenig verschiedene Verhaltensweisen auf sie zutreffen.

The screenshot shows a window titled "Beispiel...". It contains four yellow boxes, each with a statement and two buttons labeled "+" and "-". The statements are:

- Top-left: "es von mir einfach nicht beeinflussbar ist."
- Top-right: "ich gelernt habe, dass es mehr bringt als schadet."
- Bottom-left: "ich an meinen mir zu hoch gesteckten Zielen scheitere."
- Bottom-right: "ich mir über mögliche Konsequenzen keine Gedanken mache."

Below the boxes is the text "Wenn ich aggressiv bin, bin ich das, weil ...". At the bottom of the window are two buttons: "Zurück" on the left and "Weiter" on the right.

Abb.5 schuhfried.at/test/AGDIA

AGGRESSIONSDIAGNOSTIKUM (AGDIA)

FOLGENDE HAUPTVARIABLEN WERDEN AUSGEWERTET:

- Auslösung
 - Lerntheorie: individuelle Bereitschaft zur Aggression wird in erlerntem Verhalten begründet.
 - Triebtheorie: individuelle Bereitschaft zur Aggression wird in biologischen, angeborenen Trieben gesehen.
- Manifestation
 - physiologisch: subjektive Wahrnehmung eines physiologischen Erregungsmusters des Aggressionsakts (bspw. Herzrasen).
 - emotional: Ärger und Wut gegen ein Objekt, sich selbst oder andere.
 - behavioral: direkt beobachtbares Verhalten (bspw. Beschimpfungen).
 - kognitiv: Grübeln und Ursachenfindung über Aggression.

- Coping
 - konstruktiv: durch aktive und positive Zugangsweisen (bspw. Entspannung).
 - destruktiv: subjektive Überzeugung, dass die eigenen Ressourcen den Anforderungen nicht gerecht werden (negative Zugangsweisen; bspw. Drogen).
- Stabilisierung
 - external: ständige Aufrechterhaltung der Aggression aufgrund der vermehrten Zuwendung aus dem sozialen Umfeld (Krankheitsgewinn).
 - internal: individuelle Vorgänge (bspw. Selbstgespräche oder Vorstellungen über zukünftige Ereignisse) sind Ursachen der Aufrechterhaltung.

AUSMAß AGGRESSIVER MANIFESTATION UND AUSMAß VORHANDENER COPINGSTRATEGIEN: DIE JEWEILIGEN DOMINANTEN FAKTOREN WERDEN QUANTITATIV AUSGEWERTET.

MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY (MMPI 2)

EINSATZBEREICH:

Der MMPI-2-RF™ kann als Einzel- und Gruppenverfahren vorgegeben werden. Er ist für Erwachsene mit guten deutschen Sprachkenntnissen gedacht. Verwendung findet er in der klinischen Psychologie und Psychiatrie, bei Gutachten mit klinischem Bezug und bei persönlichkeitsdiagnostischen Fragestellungen vor klinischem Hintergrund.

INHALT:

Bei MMPI-2 handelt es sich um einen klassischen multidimensionalen klinischen Persönlichkeitsfragebogen. Wie schon der MMPI™-2 liefert der MMPI-2-RF™ Informationen über Symptome und Persönlichkeitsmerkmale von Personen, die professionelle Hilfe bei psychischen Störungen suchen oder bei denen eine entsprechende Abklärung Fachleuten ratsam erscheint.

Der MMPI-2-RF™ besteht aus einer Auswahl von 338 Items des MMPI™-2. Daraus werden neun Validitätsskalen, drei Skalen höherer Ordnung, neun restrukturierte klinische Skalen, 23 spezifische Merkmalskalen und zwei Interessenskalen gebildet. Die 23 Merkmalskalen sind relativ kurz (zwischen 4 und 10 Items) und teilen sich auf in fünf somatisch-kognitive Skalen, neun Internalisierungsskalen, vier Externalisierungsskalen und fünf interpersonelle Skalen.

AUS DEM MMPI II ERGIBT SICH FOLGENDES PROFIL

Skala	RW	MW	SD	Interpretation	
Lügen	9	5,57	2,54	Auffällig	hoch
Hypochondrie	25,5	14,28	5,27	Auffällig	hoch
Depression	28	19,45	5,53	Auffällig	hoch
Hysterie	31	21,12	6,3	Auffällig	hoch
Paranoia	14	9,15	4,03	Auffällig	hoch
Soziale Introversion	38	29,09	8,5	Auffällig	hoch
Depressive Hemmung	8	5,24	1,85	Auffällig	hoch
Körperbeschwerden	6	3,36	1,48	Auffällig	hoch
Körperbeschwerden Hy4	12	3,45	3,06	Auffällig	hoch
Autoritätsprobleme	5	2,96	1,52	Auffällig	hoch
Verfolgungsgedanken	6	3,05	2,3	Auffällig	hoch
Depression subtil	16	10,84	2,5	Auffällig	hoch
Hysterie offen	15	6,66	5,12	Auffällig	hoch
Psychopathie subtil	14	9,74	2,66	Auffällig	hoch
Paranoia offen	10	3,7	2,85	Auffällig	hoch
Mangelndes Selbst- und Fremdvertrauen	15	5,7	3,11	Auffällig	hoch
Angst	22	8,6	6,99	Auffällig	hoch
Überkontrollierte Aggressivität	19	13,87	2,9	Auffällig	hoch
Posttraum. Belastungsstörung	18	8,91	6,34	Auffällig	hoch
Familiäre Belastung	7	3,13	2,49	Auffällig	hoch
ANX	10	5,46	4,03	Auffällig	hoch
Zwanghaftigkeit	8	4,54	3,11	Auffällig	hoch
Gesundheitssorgen	18	6,94	5,51	Auffällig	hoch
Familiäre Probleme	11	5,19	3,93	Auffällig	hoch
Gastro.Beschwerden	4	0,75	1,03	Auffällig	hoch
Neuro. Beschwerden	5	2,19	2,2	Auffällig	hoch
Familiäre Zwietracht	5	2,76	2,19	Auffällig	hoch
Fam. Entfremdung	3	0,94	1,18	Auffällig	hoch
Ich-Stärke	29	36,69	5,5		
Soziale Dominanz	11	15,76	2,8		
Suchtgefährdung	13	20,21	3,3		



10. FÖRDERUNG IM UNTERRICHT

Um mit „kritischen Situationen“ im schulischen Alltag besser umgehen zu können, brauchen Schülerinnen und Schüler mit antisozialer Persönlichkeitsstörung gezielte Fördermaßnahmen im Bezug auf das soziale Miteinander. Durch Orientierung und Struktur kann kritischen Situationen im schulischen Alltag zum Teil entgegengewirkt werden. Dazu zählen die räumliche und die zeitliche Gestaltung und Orientierung im Sinne des Universal Design (Wege im Schulhaus, visuelle Hilfen, Organisation von schulischen und außerschulischen Aktivitäten). Hierbei ist es ebenfalls wichtig auf die Gestaltung des Lernangebots und Unterrichtsinhalte zu achten. In diesem Sinne ist es essentiell, die Erwartungen in Bezug auf Verhaltensweisen und Lernergebnisse konkret an die Lernenden zu kommunizieren. Die Unterrichtsmaterialien sollten den Anforderungsniveaus einer heterogenen Klasse entsprechen. Die erwähnten Aspekte sollten sowohl im Team als auch auf Schulebene berücksichtigt werden und beziehen aktiv die Schülerinnen und Schüler in den Erarbeitungs-, Planungs- und Trainingsprozess mit ein (Goldener Kreis, 2017, S. 15).

FÖRDERUNG IM UNTERRICHT

Förderliche Rahmenbedingungen können durch festgelegte Regeln, Rituale und Routinen im Unterricht geschaffen werden und sollen Kindern und Jugendlichen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung die nötige Struktur im Alltag geben. Auf der Schul- und Unterrichtsebene gehören dazu die gemeinsam erarbeiteten Klassenregeln, die in Einzelförderung trainiert und eingeübt werden sollten, damit die Betroffenen wissen, welche Regeln in welchen Situationen besonders wichtig sind (Goldener Kreis, 2017, S. 18). Wie genau solche Regeln aussehen könnten, wird anhand der folgenden Tabelle näher beschreiben.



Regeln – Rituale - Routinen	
Beispiele	Wer? Mit wem?
Klassenregeln <ul style="list-style-type: none"> ▪ gemeinsam erarbeiten – positiv (erwünschtes Verhalten beschreiben), überschaubar und erfüllbar ▪ sichtbar machen / aufhängen und immer wieder darauf verweisen ▪ Regeln trainieren: im Vorfeld darauf hinweisen, welche Regel(n) in der aktuellen Situation besonders wichtig sind 	→ Team / Klasse → Einzelförderung
Schulveranstaltungen, Lehrausgänge etc. <ul style="list-style-type: none"> ▪ ausreichend Aufsichtspersonen einplanen (wenn möglich, ev. Eltern miteinbeziehen) ▪ Erwartungen (Verhalten) klar kommunizieren ▪ Rahmen (zeitlich / räumlich) vorgeben ▪ dichte Führung – Kind im Blick ▪ Helfersysteme / Buddys ▪ einzelne Situationen trainieren (Einsteigen in den Bus, Verhalten bei Vorführungen,...) ▪ Auszeitmöglichkeit mitplanen / alternative Beschäftigung oder Rückzugsmöglichkeit 	→ Schule → Team / Klasse → Einzelförderung
Andere Unterrichtsräume <ul style="list-style-type: none"> ▪ klare Vorgaben – wie kommen Schüler/innen zu den Räumen, was ist beim Eintreffen zu tun (z.B. Turnen – in der Garderobe – beim Hineingehen in den Turnsaal, beim Verlassen des Turnsaals, beim Geräteauf- und abbau) ▪ fixer Arbeitsplatz (z.B. Werken) ▪ Abläufe erarbeiten und trainieren 	→ Team / Klasse → Einzelförderung
Rituale & Routinen <ul style="list-style-type: none"> ▪ gleichbleibende Abläufe wo möglich (beim Eintreffen in der Schule, Unterrichtsbeginn und –abschluss, Wechsel der Sozial- bzw. Unterrichtsformen, auch beim Wechsel von Unterrichtsräumen) ▪ Symbole und Signale einsetzen ▪ Rituale und Routinen / Symbole und Signale, Abläufe erarbeiten, üben und trainieren 	→ Team / Klasse → Einzelförderung

PRAKTISCHE TIPPS!

Abb. 6 Übernommen aus Goldener Kreis, 2017, S. 18.

Soziale Gestaltung	
Beispiele	Wer? Mit wem?
Soziales Lernen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Übungen zum Sozialen Lernen (Reflexion, Kommunikation, Kooperation, Persönlichkeitsbildung) durchführen und reflektieren ▪ personale Kompetenzen entwickeln, fördern ▪ Verhalten mit dem Kind reflektieren / Rückmeldung geben 	→ Team / Klasse → Einzelförderung
Team <ul style="list-style-type: none"> ▪ möglichst kleines und stabiles Team ▪ gute Absprachen und Vereinbarungen im Team treffen (v.a. bezügl. Regeln, Ritualen → an einem Strang ziehen) ▪ Veränderungen im Team gut kommunizieren und vorbereiten ▪ bei kurzfristigen Veränderungen (Supplierungen, Ausfälle, Zusammenlegungen, etc.) Kind unterstützen – dichte Führung, Abläufe durchgehen, ev. Helfersystem nutzen 	→ Schule → Team / Klasse → Einzelförderung
Gemeinschaftserleben <ul style="list-style-type: none"> ▪ in der Gemeinschaft ermöglichen ▪ Erfolge feiern und positive Rückmeldung geben ▪ erwünschtes Verhalten wahrnehmen und rückmelden 	→ Team / Klasse → Einzelförderung
Kommunikation & Sprache <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lehrer/innen als Vorbilder für wertschätzende Sprachverwendung ▪ klare Kommunikation von Erwartungen (erwünschtes Verhalten) ▪ Ausdrucksmöglichkeiten (verbal, nonverbal) erarbeiten, Alternativen entwickeln, erarbeiten, anbieten 	→ Schule → Team / Klasse → Einzelförderung

PRAKTISCHE TIPPS!

Abb. 7 Übernommen aus Goldener Kreis, 2017, S. 19.



Schwierigkeiten in den Bereichen Motivation / Aufmerksamkeit / Belastbarkeit / Handlungsplanungen führen oft zu Frustrationen, da die Anforderungen des schulischen Alltags nicht erwartungsgemäß erfüllt werden können. Die Frustration kann sich in unterschiedlichen Verhaltensweisen zeigen, etwa in **AGGRESSIONEN** gegen sich und andere, aber auch in **VERWEIGERUNG, STÖRUNGEN** oder **RÜCKZUG** (Goldener Kreis, 2017, S. 21).

Aggression – Verweigerung - Rückzug		
Ziele	Beispiele	Setting (Wer? Wie?)
Vermeidung von Aggression (gegen sich oder andere), Rückzug, Verweigerung, Störungen	Beziehung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hauptbezugsperson für das Kind im Team vereinbaren (Lehrer/in als sichere Basis) ▪ im Team die Aufgaben klar verteilen und die Verteilung an das Kind kommunizieren (Wer ist wofür Ansprechpartner/in?) ▪ ermutigen (vor allem auch bei Fehlern → positive Fehlerkultur, Fehler als Chance – neue Chancen bieten) ▪ positive Grundhaltung dem Kind gegenüber 	→ Team / Klasse
	Aufsicht <ul style="list-style-type: none"> ▪ möglichst lückenlose Aufsicht gewährleisten 	→ Schule
	Unterricht <ul style="list-style-type: none"> ▪ Überblick geben (Was steht auf dem Programm? Wie wird gearbeitet? Was sind die Ziele? Welche Teilabschnitte und Teilziele sollen bearbeitet werden?) ▪ passende Methoden auswählen (Rhythmisierung) ▪ Pausen einplanen und vereinbaren ▪ Übergänge (z.B. Wechsel von Methoden und Sozialformen) strukturieren (möglichst gleichbleibende Abläufe, klare Anweisungen) ▪ Übergänge und Abläufe erarbeiten, visualisieren (Symbole), trainieren 	→ Team / Klasse → Einzelförderung

Abb. 8 Übernommen aus Goldener Kreis, 2017, S. 20.

Aggression – Verweigerung - Rückzug		
Ziele	Beispiele	Setting (Wer? Wie?)
Vermeidung von Aggression (gegen sich oder andere), Rückzug, Verweigerung, Störungen	Regeln & Rituale <ul style="list-style-type: none"> ▪ Regeln für unterschiedliche Situationen erarbeiten (erfüllbar, transparent, sichtbar, positiv – erwünschtes Verhalten beschreiben) ▪ Rituale einführen (Einstieg, Beginn, Abschluss, Übergänge) ▪ Regeln und Rituale trainieren, Situationen erarbeiten, in denen die Regeln von Bedeutung sind ▪ Belohnungssystem (Tokensystem) erarbeiten und vereinbaren: angemessene und bewältigbare Zeiträume und Situationen auswählen und vereinbaren, Belohnung vereinbaren 	→ Team / Klasse → Einzelarbeit
	Konfliktmanagement <ul style="list-style-type: none"> ▪ Möglichkeiten des Umgangs mit Konflikten und Problemen im Rahmen von Sozialem Lernen erarbeiten, Konfliktverhalten reflektieren, Auslöser von Konflikten erkennen ▪ Konfliktverhalten reflektieren ▪ Möglichkeiten konstruktiver Konfliktlösung erarbeiten, passende Alternativen erarbeiten und trainieren, Konfliktauslöser erkennen (z.B. Körpersignale), ev. auch Trainingsprogramme (z.B. Petermann) nutzen 	→ Team / Klasse → Einzelförderung

Abb. 9 Übernommen aus Goldener Kreis, 2017, S. 21.

 Verhaltensauffällige Schüler/innen sind oft in ihrem **SOZIALVERHALTEN** schwierig und haben Probleme mit dem Einhalten von **REGELN** bzw. der Eingliederung in die Klasse (Gruppe). Konflikte entstehen häufig auch durch fehlende emotionale Stabilität, ungenügende oder unsichere soziale Bindungen bzw. fehlende **EINBINDUNG IN DIE KLASSENGEMEINSCHAFT** (Goldener Kreis, 2017, S. 27).

Sozialverhalten – Gemeinschaft		
Ziele	Beispiele	Setting (Wer? Wie?)
Einbindung in die Gemeinschaft Förderung sozialer und personaler Kompetenz	Soziales Lernen <ul style="list-style-type: none"> ▪ gemeinschaftsfördernde Übungen, Spiele und Aktivitäten im Rahmen des Sozialen Lernens bzw. auch in Form von Projekttagen durchführen und reflektieren ▪ Gemeinschaftserlebnisse ermöglichen (Klassenfeiern, gemeinsame Unternehmungen, auch: Projekte) ▪ Übungen zur Selbst- und Fremdwahrnehmung, zum Umgang mit eigenen Gefühlen und jenen von anderen, Perspektivenübernahme etc. ▪ Buddysystem erarbeiten und einsetzen, Lernpartnerschaften einführen ▪ Selbstwahrnehmung, Umgang mit Gefühlen, Perspektivenübernahme trainieren ▪ Rolle(n) in der Gruppe thematisieren, reflektieren ▪ alternative Verhaltensmöglichkeiten in der Gruppe /für den Konfliktfall erarbeiten, trainieren ▪ Ausdrucksmöglichkeiten (verbal und nonverbal) reflektieren, alternative Möglichkeiten erarbeiten und trainieren 	→ Team / Klasse → Einzelförderung
	Regeln & Strukturen siehe auch Bereich „Kritische Situationen“ bzw. „Frustrationstoleranz“ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesprächsregeln vereinbaren und Einhaltung konsequent einfordern, Gesprächsleitung schrittweise in die Verantwortung der Schüler/innen übergeben ▪ Gesprächsregeln wiederholen und Gesprächsleitung üben und festigen ▪ positives Verhalten verstärken, Feedback geben 	→ Team / Klasse

Abb. 10 Übernommen aus Goldener Kreis, 2017, S. 27.

11. GEWALTPRÄVENTIONS- PROGRAMME

EVIDENCE-BASED
PRACTISE!



WISK



Ein **GANZHEITLICHES** Schulprogramm zur Förderung **SOZIALER KOMPETENZ** und **PRÄVENTION AGGRESSIVEN VERHALTENS** von Strohmeier/Atria (Kessler & Strohmeier, 2009, S. 85). In die Aktivität werden die Schulleitung, Eltern, Lehrpersonen und SchülerInnen eingebunden (ebd., S. 85).

ZIELE:

- Reduktion von aggressivem Verhalten
- Erhöhung des sozial kompetenten Verhaltens.

Quelle: Kessler & Strohmeier, 2009, S. 86

Die ziele werden durch die Umsetzung von **3 PRINZIPIEN** erreicht:

- I. Rechte und Pflichten
- II. Partizipation und Verantwortungsübernahme
- III. Öffnung des Denkens und Bereicherung des Verhaltensrepertoires.

ZEITRAUM

- 3-4 Semester

3 PHASEN

- I. Impulsphase
- II. Reflexionsphase
- III. Aktionsphase

STOPP-REGEL



Quelle: Kessler & Strohmeier, 2009, S. 116

GEWALT WIRD
NICHT TOLERIERT!

1. VERSTÄNDIGUNG UND EINIGUNG

Es wird im Kollegium klar definiert, was unter Gewalt verstanden wird.

2. HANDLUNGSRAHMEN

Der Rahmen definiert Verhaltensweisen bei spezifischen Vorkommnissen, beschreibt Interventionen und umfasst Hilfsangebote.

3. REGELN KOMMUNIZIEREN

Die Verhaltenserwartungen werden klar an alle Beteiligten kommuniziert.

4. AUF EINHALTUNG ACHTEN

Es wird darauf geachtet, dass die aufgestellten Regeln eingehalten werden.

5. BEI GEWALT EINGREIFEN

Bei beobachteten oder mitgeteilten Gewaltsituationen wird sofort – nach dem vereinbarten Handlungsrahmen – eingegriffen.

ERHEBUNGEN ZUR GEWALT

Checkliste für Lehrer/innen, Schüler/innen, Eltern und Schulpersonal

1. Formen der Gewalt

Welche Formen der Gewalt treten in der Schule auf?

physisch (schlagen, ...): _____

verbal (beleidigen, bedrohen, beschimpfen, ...): _____

gegen Sachen (beschriften, zerstören, ...): _____

Von wem wird die Gewalt wie wahrgenommen?

2. Unterrichtsbezüge

In welchen Unterrichtsstunden, Unterrichtsfächern, Unterrichtssituationen kommt aggressives und gewalttätiges Verhalten besonders vor?

3. Zeit

Gibt es eine zeitliche Häufung von Gewalttaten? Wann?

4. Orte der Gewalt

Wo werden Gewaltvorfälle besonders häufig festgestellt (in welchen Räumen der Schule, vor dem Schulgebäude, auf dem Schulweg, im Schulbus etc.)?

5. Personen/Personengruppen

Welche Personen/Personengruppen treten besonders als Täter/Täterin in Erscheinung (in einer Klasse, in der Schule)?

Welche Personen/Personengruppen sind besonders als Opfer betroffen (in einer Klasse, in der Schule)?

6. Ursachen

Worin werden die Ursachen für die Gewaltvorkommen gesehen?

Von den Lehrer/innen: _____

Von den Schülerinnen und Schülern: _____

Vom nicht unterrichtenden Personal: _____

Von den Eltern und Erziehungsberechtigten: _____

MOBBINGFRAGEBOGEN FÜR SCHÜLER/INNEN

Anonymer Fragebogen für Mobbing durch Schüler/innen (nach H. Kasper)

	oft	manchmal	einmal	nie
1. Lassen dich andere nicht zu Wort kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wirst du unterbrochen, wenn du etwas sagen willst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wirst du von anderen angeschrien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wirst du wegen deiner Familie, wegen deiner Freizeitgestaltung oder Hobbys kritisiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wirst du am Handy belästigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Machen andere abwerlende Blicke oder Bewegungen gegen dich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Machen andere dir gegenüber Andeutungen ohne etwas genau anzusprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Lehnen andere es ab, mit dir zusammenzuarbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Will jemand nicht mit dir sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Verbieht jemand anderen mit dir zu reden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Lassen andere dich nicht mitspielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Wirst du von anderen wie Luft behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Bekommst du Drohungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wird deine Arbeit von anderen kritisiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Verlangen andere, dass du sie bedienst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Musst du anderen deine Hausaufgaben geben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Musst du für andere die Hausaufgaben erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Musst du anderen deine Sachen geben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sprechen andere hinter deinem Rücken schlecht über dich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Macht dich jemand vor den anderen lächerlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Erklärt dich jemand für dumm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Erzählen andere Lügen über dich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Macht jemand deine Familie oder Herkunft lächerlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Macht sich jemand wegen deiner Religion lustig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Macht sich jemand über dein Aussehen oder deine Kleidung lustig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ruft dir jemand Schimpfwörter nach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Rufen sie dich mit einem kränkenden Spitznamen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Droht dir jemand mit Schlägen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Droht dir jemand mit einem Messer oder einer anderen Waffe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Wirst du geschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Nimmt dir jemand Sachen weg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Beschädigt jemand absichtlich deine Sachen (z. B. Kleidung oder Fahrrad)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Wirst du sexuell belästigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Gibt es noch etwas anderes, das dich kränkt oder beleidigt? Was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WEITERE BEISPIELE!

Doris Kessler
Dagmar Strohmeier

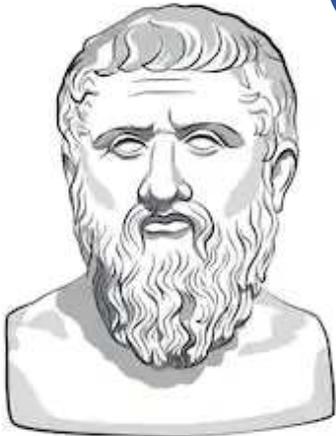
Gewaltprävention an Schulen
Persönlichkeitsbildung und soziales Lernen

12. ÜBUNGEN



PLATON SAGTE MAL...

„BEIM SPIEL KANN MAN
EINEN MENSCHEN
BESSER KENNEN LERNEN
ALS IM GESPRÄCH IN
EINEM JAHR“



shutterstock.com • 1256481601

Zitatquelle: <https://www.aphorismen.de/zitat/6777>

PRAKTISCHE BEISPIELE!

GEFÜHLE SIND IMMER DABEI,
SEHEN WIR SIE?

GEWALTMEMORY

ALLE WOLLEN WAS VON
MIR

STÄRKEN SCHWÄCHEN
TANDEM

WAS ICH SAGEN WILL UND
WIE ICH VERSTANDEN
WERDE

SICH VERSTÄNDIGEN OHNE
WORTE MIT GEFÜHL

GEWALTMEMORY

REGELN!

- Es gibt 18 Bilder, die jeweils doppelt vorkommen (36 Karten).
- Die Texte sind unterschiedlich, passen aber inhaltlich zusammen.
- Die Bild-Kärtchen werden gemischt und verdeckt auf den Spieltisch gelegt (6 x 6).
- Anschließend deckt jeder Mitspieler zwei Bilder auf.
- Beim gleichen Motiv, darf die Karte vom Tisch genommen und vorgelesen werden. Der/die Schüler/in darf sein/ihr Glück erneut versuchen, solange bis er/sie zwei ungleiche Bilder aufgedeckt hat.
- Dann ist der/die Nächste an der Reihe.
- Gewonnen hat, wer am Ende die meisten Bild-Paare gesammelt hat.

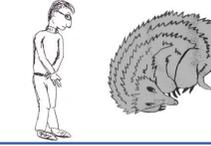
DISKUSSIONEN UND AUSTAUSCH SIND HIER DRINGEND ERWÜNSCHT!

Quelle: <http://www.baer-sch.de/>

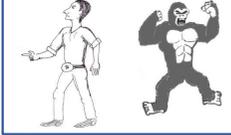
Beleidigungen sollte man am besten ignorieren und ruhig reagieren. ...



Wenn Menschen Angst haben oder sich unwohl fühlen ...



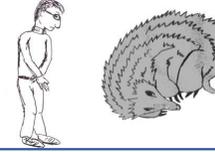
... machen sie sich groß.



Verbale Gegenangriffe oder „Schlagfertigkeit“ führen zu Gewalt.



... machen sie sich klein.



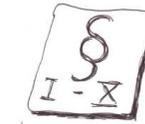
Wenn Menschen „angeben“ und sich „aufspielen“ ...



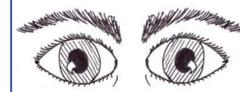
Unterhaltungen werden meist in der persönlichen Distanz geführt. ...



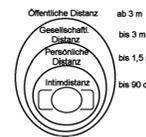
Notwehr muss rechtmäßig und verhältnismäßig sein.



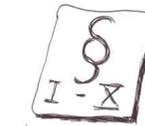
Ein Blick von mehr als einer Sekunde bedeutet Interesse ...



... Aggressive Menschen begeben sich oft in die Intimdistanz.



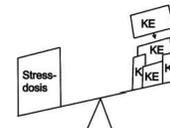
... Zurück zu schlagen ist eine Racheaktion, **keine** Notwehr.



... und kann von aggressiven Menschen als Angriff gewertet werden. „Was guckst Du ?!“



Die eigene Stressbewältigung (Kurzfristige Erleichterungen) ...



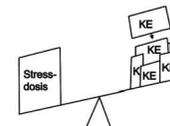
Alkohol und andere Drogen setzen die Denkfähigkeit herab. ...



Menschen tun nicht das, was man ihnen sagt. ...



... ist schon der erste Weg, um friedlich ins Gespräch zu kommen.



... Die Wahrscheinlichkeit von Gewalt erhöht sich.



... Sie tun höchstens das, was man ihnen vorlebt und vormacht.



WER BIN ICH WIRKLICH?

EINIGE ORIENTIERUNGSHILFEN...

THEMA:

- Jugendliche zwischen Unsicherheit und Veränderungswillen

ZIELE:

- Irritationen im Umgang mit Jugendlichen durch Informationen über die vielfältige und verunsichernden Entwicklungsaufgaben im Jugendalter verringern.
- Schülerinnen und Schüler dabei unterstützen, die eigenen Gefühle, Bedürfnisse, Interessen, Auffassungen und Handlungen wahrzunehmen und zu reflektieren.
- Zur Bewältigung der Entwicklungsaufgaben gehört es auch, sich mit den eigenen Stärken und Schwächen auseinanderzusetzen.

MATERIAL:

- „Alle wollen was von mir“
- „Stärken Schwächen Tandem“

Quelle: Bundschuh, 2006, S. 34

KOPIERVORLAGE:
ALLE WOLLEN WAS VON MIR



Was die Eltern alles wollen ...

Was die Schule alles will ...

Was die Clique von mir will ...

... und was will ich selbst?

KOPIERVORLAGE:
STÄRKEN SCHWÄCHEN
TANDEM



ABLAUF:

- Klebe ein Papier auf deinen Rücken mit einem Foto von dir.
- Gehe anschließend durch die Klasse und schreibe auf die Blätter deiner Klassenkameraden und Kameradinnen die jeweiligen Stärken und Schwächen.
- Anschließend liest sich jede Schülerin und jeder Schüler seinen Zettel durch und kann sich darüber Gedanken machen.
- Was stimmt mit deinen eigenen Ansichten überein?
- Was überrascht dich?
- Am Ende kann noch ein Gespräch mit einer Freundin/einem Freund oder der Lehrperson aufgesucht werden.

Quelle: Bundschuh, 2006, S. 39

WAS ICH SAGEN WILL UND WIE ICH VERSTANDEN WERDE

THEMA:

- Wissen über Kommunikation als Hilfe zum Erkennen und Vermeiden von Konflikten und Missverständnissen

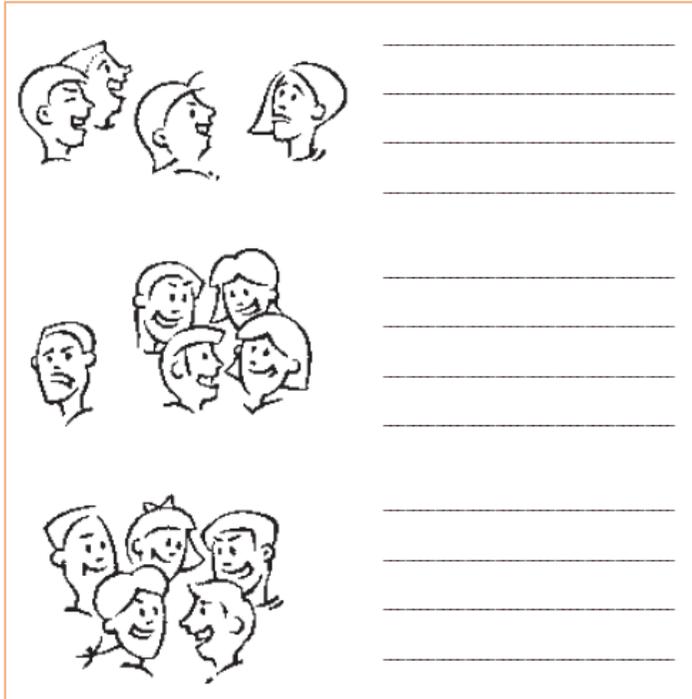
ZIELE:

- Kommunikation unter verschiedenen Gesichtspunkten betrachten.
- Konflikte auch auf Missverständnisse zurückführen.
- Den Einfluss von Emotionen in der Kommunikation beachten.
- Perspektivenwechsel beachten.
- Eigenen Wahrnehmung hinterfragen
- Andere Wünsche, Bedürfnisse respektieren.

MATERIAL:

- „Gefühle sind immer dabei, sehen wir sie?“
- „Sich verständigen ohne Worte mit Gefühl“

KOPIERVOELAGE:
„GEFÜHLE SIND IMMER
DABEI, SEHEN WIR SIE?“



- Welche Gefühle könnten in den dargestellten Situationen vorkommen?
- Kennst du Situationen (Schule, Familie, Freundeskreis), in denen Gefühle zu Missverständnissen geführt haben?

Quelle: Bundschuh, 2006, S. 53

KOPIERVOELAGE:
„SICH VERSTÄNDIGEN OHNE
WORTE MIT GEFÜHL“



shutterstock.com • 272225216

- Die Schülerinnen und Schüler stellen sich nach ihrem Vor-oder Nachnamen in alphabetischer Reihenfolge auf.

**DABEI KÖNNEN UNTERSCHIEDLICHE SCHWIERIGKEITEN EINGEBAUT
WERDEN, Z.B.:**

- Wenig Platz zur Verfügung stellen (der Platz wird mit einer Kreidelinie im Klassenzimmer eingegrenzt)
- Nicht sprechen dürfen

**ANREGUNGEN FÜR DIE ANSCHLIEßENDE REFLEXION IM
KLASSENZIMMER:**

- Was war neu, was war schwierig? Was hat gut funktioniert?; Was hat nicht gut funktioniert?

Quelle: Bundschuh, 2006, S. 54

13. REFERENZEN & VERZEICHNISSE

- Bundschuh, K. (2006). Wer bin ich Wirklich? Eine Orientierungshilfe. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung(Hrsg.), *Achtsamkeit und Anerkennung. Materialien zur Förderung des Sozialverhaltens in den Klassen 5-9* (S. 34-44). Köln: BZgA
Verfügbar unter https://www.schule.at/fileadmin/DAM/Gegenstandsportale/Gender_und_Bildung/Dateien/achtsamkeit.pdf
- Falkai, P., Wittchen, H.-U. (Hrsg.). (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen: DSM-5* (5., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Goldener Kreis. (Hrsg.). (2017). *Handreichung zur Förderung und Unterstützung von Schülerinnen und Schülern mit SPF SE im schulischen Kontext*. Verfügbar unter
https://masa-pinzgau.salzburg.at/images/stories/artikel/dateien/handreichung_masa.pdf
- Kessler, D. & Strohmeier, D. (2009). Gewaltprävention an Schulen. Persönlichkeitsbildung und Soziales Lernen. Wien: ÖZEPS. Verfügbar unter
http://www.oezeps.at/wp-content/uploads/2011/07/Onlineversion_Gewaltpraevention.pdf
- Schuhfried. (o.D.). VPT3 Verlässlichkeitsbezogener Persönlichkeitstest – Version 3. Verfügbar unter
<https://www.schuhfried.at/test/VPT3>
- Schuhfried. (o.D.). AGDIA Aggressionsdiagnostikum. Verfügbar unter
<https://www.schuhfried.at/test/AGDIA>
- Therapie.de. (2019). Antisoziale Persönlichkeitsstörung. Verfügbar unter
<https://www.therapie.de/psyche/info/index/diagnose/persoenlichkeitsstoerungen/antisozial/>

ANTISOZIALE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Diese Handreichung wurde in Rahmen der Lehrveranstaltung „Methoden und Konzepte zur Förderung der Wahrnehmung und körperlich-motorischen Entwicklung“ unter der Leitung von Frau MMag. DDr. Ulrike Kipman zusammengestellt und soll den Studierenden sowie allen Interessierten einen kurzen Einblick in das Thema „antisoziale Persönlichkeitsstörung“ geben.

ZUSAMMENGESTELLT VON

Angelika Hintsteiner & Anita Paulic

WINTERSEMESTER 2019/20

INKLUSIVE PÄDAGOGIK – PH SALZBURG





ADHS mit tiergestützten Maßnahmen

METHODEN UND KONZEPTE ZUR FÖRDERUNG DER
WAHRNEHMUNG UND KÖRPERLICH-MOTORISCHEN ENTWICKLUNG
EVELYN KRET UND JULIA FRIEDL

Inhalt

Erläuterung.....	2
Gegenüberstellung mit Erläuterung der ADHS-Leitsymptome der beiden Systeme ICD-10 und DSM-IV.....	3
Unterschied von ADHS und ADS	7
Mögliche Ursachen.....	8
Bedeutung von ADHS im Schulalter	8
Tiergestützte Therapien.....	10
Der Einfluss von Tieren auf die Entwicklung von Kindern	13
Tiergestützte Pädagogik in der Schule.....	14
Wirkung hundgestützter Pädagogik bei Schülerinnen und Schüler mit ADHS	14
Literatur	18

Erläuterung:

Nach dem ICD-10 zählt die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung zu den hyperkinetischen Störungen, die eine Unterkategorie der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend sind. Hyperkinetische Störungen werden wie folgt definiert: „Diese Gruppe von Störungen ist charakterisiert durch einen frühen Beginn, meist in den ersten fünf Lebensjahren, einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen, und eine Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen; hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität. Verschiedene andere Auffälligkeiten können zusätzlich vorliegen. Hyperkinetische Kinder sind oft achtlos und impulsiv, neigen zu Unfällen und werden oft bestraft, weil sie eher aus Unachtsamkeit als vorsätzlich Regeln verletzen“ (ICD-code, ICD-10-GM-2019, F90).

Ettrich und Ettrich (2006, S.83) beschreiben das ADHS Syndrom sehr ähnlich:

„ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität, das in einem für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormen Ausmaß situationsübergreifend auftritt. Die Störung beginnt vor dem Alter von sechs Jahren und sollte in mindestens zwei Lebensbereichen bzw. Situationen (z. B. in der Schule, in der Familie, in der Untersuchungssituation) konstant auftreten“.

Gegenüberstellung mit Erläuterung der ADHS-Leitsymptome der beiden Systeme ICD-10 und DSM-IV

	Symptome der hyperkinetischen Störung nach ICD-10	Symptome der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV
Unaufmerksamkeit	<p><i>Mindestens sechs Monate lang mindestens sechs der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß.</i></p> <p>Die Kinder</p> <ul style="list-style-type: none"> • sind häufig unaufmerksam gegenüber Details oder machen Sorgfaltsfehler bei den Schularbeiten und sonstigen Arbeiten und Aktivitäten, • sind häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben und beim Spielen aufrechtzuerhalten, • hören häufig scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird, • können oft Erklärungen nicht folgen oder ihre Schularbeiten, Aufgaben oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht erfüllen (nicht wegen oppositionellen Verhaltens oder weil die Erklärungen nicht verstanden werden), • sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren, • vermeiden häufig ungeliebte Arbeiten, wie Hausaufgaben, die geistiges Durchhaltevermögen erfordern, 	<p><i>Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten, • hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten, • scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen, • führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder von Verständnisschwierigkeiten), • hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren, • vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern, wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben, • verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder

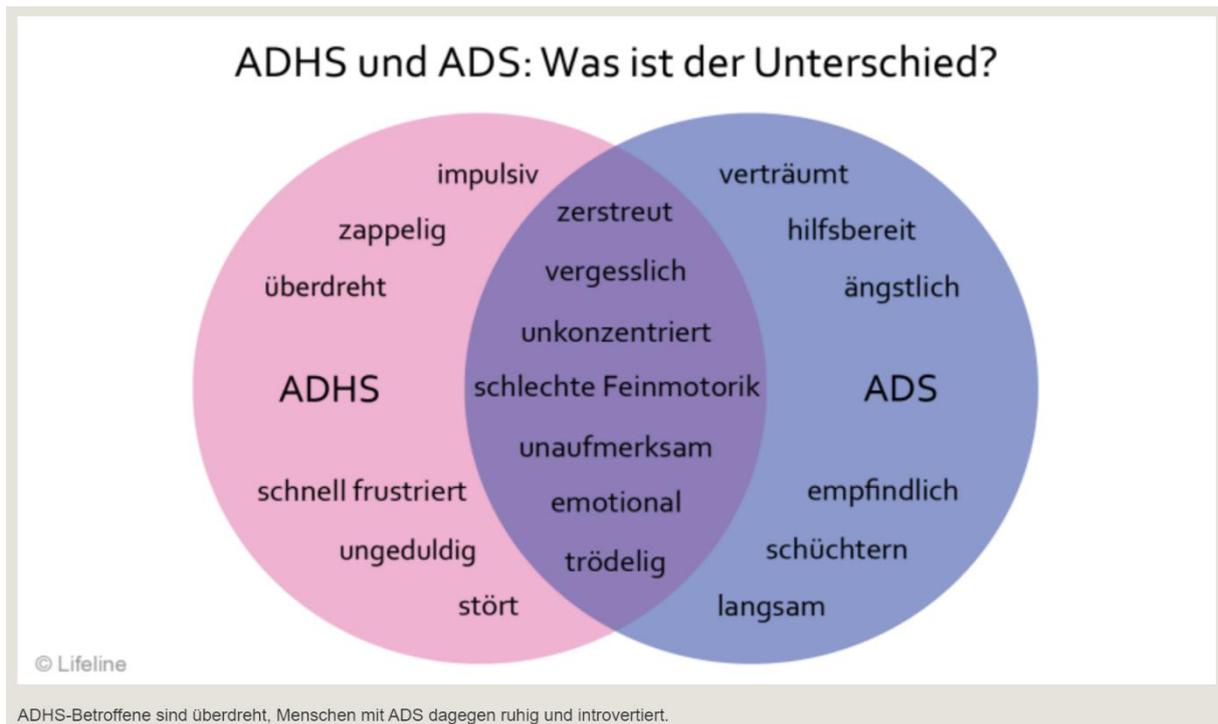
	<ul style="list-style-type: none"> • verlieren häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben wichtig sind, z. B. für Schularbeiten, Bleistifte, Bücher, Spielsachen und Werkzeuge, • werden häufig von externen Stimuli abgelenkt, • sind im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich. 	<p>Aktivitäten benötigt (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug),</p> <ul style="list-style-type: none"> • lässt sich öfter durch äußere Reize leicht ablenken, • ist bei Alltagsaktivitäten häufig vergesslich.
<p>Überaktivität</p>	<p><i>Mindestens sechs Monate lang mindestens drei der folgenden Symptome von Überaktivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß.</i></p> <p>Die Kinder</p> <ul style="list-style-type: none"> • fuchteln häufig mit Händen und Füßen oder winden sich auf den Sitzen, • verlassen ihren Platz im Klassenraum oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird, • laufen häufig herum oder klettern exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen und Erwachsenen entspricht dem nur ein Unruhegefühl), • sind häufig unnötig laut beim Spielen oder haben Schwierigkeiten bei leisen Freizeitbeschäftigungen, • zeigen ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten, die durch den sozialen Kontext oder Verbote nicht durchgreifend beeinflussbar sind. 	<p><i>Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum, • steht in der Klasse und anderen Situationen, in denen Sitzen bleiben erwartet wird, häufig auf, • läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben), • hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen, • ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“, • redet häufig übermäßig viel (in ICD-10 als Impulsivitätsmerkmal gewertet).

<p>Impulsivität</p>	<p><i>Mindestens sechs Monate lang mindestens eins der folgenden Symptome von Impulsivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß.</i></p> <p>Die Kinder</p> <ul style="list-style-type: none"> • platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist, • können häufig nicht in einer Reihe warten oder warten, bis sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommen, • unterbrechen und stören andere häufig (z. B. mischen sie sich ins Gespräch oder Spiel anderer ein), • reden häufig exzessiv ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren. 	<ul style="list-style-type: none"> • platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist, • kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist, • unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein)
<p>Zusätzliche Kriterien</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beginn der Störung vor dem siebten Lebensjahr. • Symptomausprägung: Die Kriterien sollen in mehr als einer Situation erfüllt sein, z. B. sollte die Kombination von Unaufmerksamkeit und Überaktivität sowohl zu Hause als auch in der Schule bestehen oder in der Schule und an einem anderen Ort, wo die Kinder beobachtet werden können, z. B. in der Klinik. (Der Nachweis situationsübergreifender Symptome erfordert normalerweise Informationen aus mehr als einer Quelle. Elternberichte über das 	<ul style="list-style-type: none"> • Einige Symptome der Hyperaktivität, Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, die Beeinträchtigungen verursachen, treten bereits vor dem Alter von sieben Jahren (bzw. sechs Jahren nach ICD-10) auf. • Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (z. B. in der Schule bzw. am Arbeitsplatz oder zu Hause). • Es müssen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit vorhanden sein. • Die Symptome treten nicht ausschließlich im Verlauf einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung,

	<p>Verhalten im Klassenraum sind meist unzureichend.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Symptome (Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität) verursachen deutliches Leiden oder Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit. • Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84.-), eine manische Episode (F30.-), eine depressive Episode (F32.-) oder eine Angststörung (F41.-). 	<p>Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auf und können auch nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden (z. B. affektive Störung, Angststörung, dissoziative Störung oder eine Persönlichkeitsstörung).</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(Quelle: <https://www.adhspedia.de/wiki/Symptome>)

Unterschied von ADHS und ADS



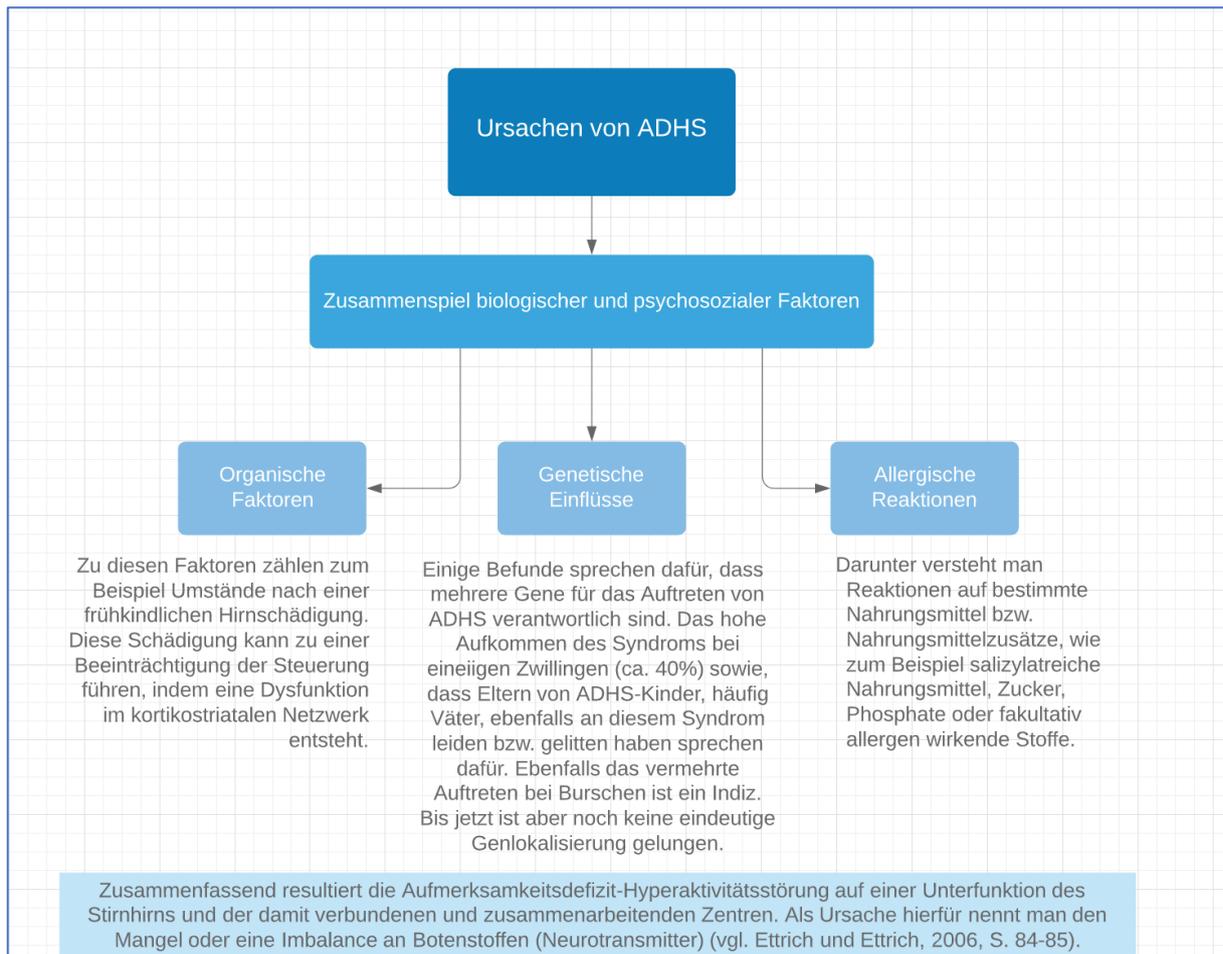
(Quelle: <https://www.lifeline.de/krankheiten/adhs/>)

Oft herrscht bei den Begrifflichkeiten ADHS und ADS Verwirrung:

Eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS) kann auch ohne nach außen erkennbarer Hyperaktivität auftreten. Kinder mit ADS wirken meist ruhig und stören kaum im Unterricht, sind aber dennoch nicht immer bei der Sache und auch sie haben Probleme, sich zu konzentrieren. Daher sollte eine ADS auch ohne Hyperaktivität behandelt werden.

ADHS-Kinder hingegen leiden neben einer gestörten Aufmerksamkeit außerdem unter Unruhe und Hyperaktivität, weshalb sie in ihrem Verhalten meist auffälliger sind als ADS-Betroffene. Nicht selten werden sie als sehr anstrengend und manchmal sogar als aggressiv empfunden.

Mögliche Ursachen



(eigene Darstellung)

Bedeutung von ADHS im Schulalter

ADHS-Kinder im Schulalter leiden weiterhin an Unruhe, die Konzentrationsstörung spitzt sich zu, und sie werden impulsiv. Diese Faktoren führen zu einer erschwerten Aufnahme und Verarbeitung der Reize. Sehr oft leiden die schulischen Leistungen und liegen unter ihren Möglichkeiten. Schlussendlich kommt es dazu, dass ADHS-Kinder oftmals die Rolle des Außenseiters einnehmen.

Bei Jugendlichen mit ADHS wird im Adoleszentenalter die Unruhe oftmals weniger, Konzentrationsstörungen und Impulsivität bleiben bestehen. Gefühle von Frust haben vielmals zu einer aggressiven Problembewältigung geführt. Diese Jugendlichen leiden häufig an einem geringen Selbstwertgefühl. Ihre Schulleistungen sind sehr schwach. Meist verzeichnen diese Schülerinnen und Schüler häufige Schulwechsel oder es

kommt zu Schulverweigerung sowie Schulabbruch. Sehr oft kommt es zu Auseinandersetzungen mit anderen.

Bei ADHS-Kindern spielt die Erziehung eine therapeutische Rolle, reicht aber nicht für eine Lösung des Problems. Wichtig im Umgang mit solchen Kindern sind eine erzieherische Konsequenz und vielfältige pädagogische Maßnahmen. Im Schulrahmen sollte dafür gesorgt werden, dass alle handelnden Personen über das Syndrom ADHS aufgeklärt sind. Lehrkräfte sollten den Lehrplan nicht als strenge Vorgabe sehen. Stundenablauf sowie Pausen sollten individuell gestaltet sein. Besondere Beachtung sollte klaren Strukturen und Ritualen geschenkt werden. ADHS-Kinder lernen in kleinen Abschnitten mit vielen Wiederholungen. Als Lehrperson sollte man sich realistische Ziele setzen, die man mit einem ADHS-Kind erreichen möchte. Für diese Kinder ist es sinnvoll, wenn sie so nahe wie möglich am Lehrerpult sitzen, damit ihre Konzentration gefördert wird.

Bei der ADHS-Therapie gibt es drei Säulen:

- Elternberatung
- Verhaltenstherapie

Es werden allgemeine Techniken der Verhaltensmodifikation eingesetzt und spezifische Verfahren sowie spezielle Interventionsprogramme angewendet.

- Pharmakotherapie

Diese Therapie hat in den vergangenen Jahren zugenommen. Die Präparate, die am häufigsten eingesetzt werden, gehören zu der Gruppe der Stimulanzien (Methylphenidat: Ritalin, Concerta). Diese Substanz hat eine Sofortwirkung, die bewirkt, dass die motorische Unruhe reduziert wird, die Impulsivität vermindert wird und die Aufmerksamkeit verbessert wird

Tiergestützte Therapien

Der amerikanische Kinderpsychologe Boris M. Levinson berichtet 1961 zum ersten Mal über die positive Wirkung des Einsatzes von Tieren. Es kommt immer wieder zu Berichten, welche positive Wirkung Tiere erzielen, sodass Studien dazu in die Wege geleitet wurden. Der Begriff tiergestützte Therapie wurde immer bekannter und in die Praxis umgesetzt. Bis die Wissenschaft hinterher kam, dauerte es. Allerdings wurde in jüngeren Theorien die Beziehung zwischen Menschen und Tier neu erforscht, sowie aus einem anderen Blickwinkel betrachtet (vgl. Waschulewski und Strunz, 2018, S. 13).

Im deutschsprachigen Raum war das Interesse zuerst dem therapeutischen Reiten gerichtet. Erst 2003 gelang es Erhard Olbrich und Carola Otterstedt mit ihrem Buch: Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie, die große Bandbreite der tiergestützten Therapie aufzuzeigen (vgl. Waschulewski und Strunz, 2018, S. 14).

Mittlerweile ist diese Sparte gut erforscht und erlangt immer mehr Bekanntheit. Dabei steht die positive Wirkung auf den Menschen im Vordergrund. Die tiergestützte Therapie wurde so beliebt, dass sogar herkömmliche Therapieformen von dieser Art der Therapie profitieren. Die Wirkung tiergestützter Therapien auf kindliche Erziehungs- und Bildungsprozesse ist bekannt, jedoch ist dieser im Bereich der Erziehungswissenschaften wenig erforscht (vgl. Waschulewski und Strunz, 2018, S. 14-15).

Es gibt verschiedene Möglichkeiten und Herangehensweisen, wie man den Hund innerhalb des Unterrichts einsetzt.

Das Konzept Tiergestützter Heilpädagogik wird von Vanek-Gullner (vgl. Vanek-Gullner, 2002, S. 36) folgendermaßen beschrieben:

In der ersten Schulstufe ist ab der zweiten Schulwoche ein geeigneter Hund einmal pro Woche im Unterricht anwesend. Dadurch wird die Gemeinschaftsbildung unterstützt. Die Klassenarbeit ist für die gesamte Dauer eines Schuljahres vorgesehen. Verhaltensauffällige Kinder erhalten zusätzlich fünf Einzelsitzungen. Bei diesen treffen sich Lehrkraft, Kind und Hund nach Unterrichtsende für 30 Minuten. Innerhalb dieses Zeitrahmens werden heilpädagogische Übungen auf fünf Arbeitsebenen durchgeführt.

Hierbei geht es um die Mutstärkung des Kindes, es wird als Mensch vollkommen angenommen sowie um das Bewusstmachen der eigenen Stärken (vgl. Vanek-Gullner, 2002, S. 36-37).

- Ebene „Klasse als Erlebnismgemeinschaft“

Am Anfang des ersten Schuljahres müssen sich die Kinder in die Gemeinschaft eingliedern und die eigenen Interessen oft hintenanstehen lassen. Tritt ein Hund in die Klassengemeinschaft ein, entsteht ein gemeinsames Interesse, nämlich diesen in den Verband zu integrieren. Dies erfordert einige Verhaltensregeln. Kinder erleben eine große Freude, wenn sie mit Tieren arbeiten. Die Anwesenheit eines Hundes trägt zu einer positiven Stimmung innerhalb der Klasse bei.

- Vorstufe zur Einzelarbeit

Bei einem Gespräch zwischen der Lehrkraft und dem verhaltensauffälligen Kind werden einige Fragen geklärt.

- Ebene der Orientierung

Zu Beginn liegt die Aufgabe der Lehrkraft darin, zu beobachten, während Kind und Hund miteinander in Interaktion treten. Das Kind bestimmt selbst, wann es bereit ist und in welcher Geschwindigkeit. Die Lehrkraft wirkt unterstützend, indem es das Kind ermutigt, zu seinen Gefühlen und Ängsten zu stehen sowie die nonverbalen Botschaften des Hundes interpretiert. Anhand dieser Phase bekommt die Lehrkraft einen ersten Einblick in die Persönlichkeit des Kindes.

- Ebene der analogen Kommunikation

Mittels unserer Gesten und Berührungen drücken wir aus, wer wir sind und öffnet uns für unser Gegenüber. Durch ein Spiel oder eine Aktivität mit dem Tier entsteht die nonverbale Kommunikation zwischen Kind und Hund.

- Ebene der Berührung

Anhand verschiedener Spiele wird Berührung, Spüren und Fühlen gefördert. Dadurch wird die analoge Kommunikation vertieft und die Lehrkraft miteinbezogen. Es entsteht eine Atmosphäre, in der die Bedürfnisse des Kindes ernst genommen werden. Das Kind fühlt sich angenommen und gewollt.

Innerhalb dieser Situation ist das Kind offen für Lob und eventuelle Kritik ist möglich.

- Ebene der Sensibilisierung der Wahrnehmung

In den Ebenen zuvor wurde der inneren Stärkung des Kindes viel Beachtung geschenkt. In dieser Phase sollte das Kind weiterhin in seinen individuellen Möglichkeiten bestärkt und ermutigt werden. Tastsinn sowie akustische und visuelle Raumlagerwahrnehmung wird gefördert. Das Tier hilft dem Kind, alternative Verhaltensweisen zu versuchen, auch wenn es sich wenig zutraut. Dadurch werden unkooperatives Verhalten erspürt und neue Wege der Rücksichtnahme erlernt.

- Ebene der übereinstimmenden Kommunikation: Kommandoarbeit

Das Kind lernt, mit dem Hund zu kommunizieren, sodass es verstanden wird. Reaktionen des Tieres auf unliebsame Kommunikation zeigen, welche wichtige Rolle ein adäquates Sprachverhalten einnimmt. Zeigt das Kind ein einfühlsames Verhalten, tritt ein Erfolgserlebnis ein. Misslingt etwas, lernt das Kind Geduld und Verantwortung für das Handeln zu übernehmen.

Wie das Kind dem Hund gegenüber auftritt, gibt der Lehrkraft eine Rückmeldung über den bisherigen Verlauf der Einzelarbeit.

- Ebene „Klasse als Erlebnismgemeinschaft“

Nun wird das positiv Erlernte auf die Klassengemeinschaft ausgeweitet. Das Kind zeigt zum Beispiel eine Übung vor, die es besonders gut beherrscht. Dadurch gewinnt das Kind innerhalb der Klasse an Geltung und übernimmt die Rolle des Mutsenders. Während des Vorzeigens der Übung, zeigt das Kind seine Stärken und gibt anderen Kindern Mut, mit Tieren umzugehen (vgl. Vanek-Gullner, 2002, S. 37-44).

Nach Beetz (Beetz, 2015, S. 111) lassen sich folgende Formen unterscheiden: Präsenz-Kontakt, aktive Beteiligung und direkte Arbeit mit dem Tier.

Präsenz-Kontakt:

Hierbei ist der Hund während des Unterrichts anwesend und darf sich innerhalb des Raumes frei bewegen. Die Schülerinnen und Schüler dürfen mit dem Hund Kontakt

aufnehmen. Ziele sind die Verbesserung des Klassenklimas und des Sozialverhaltens der Kinder.

Aktive Beteiligung:

In dieser Phase wird der Hund aktiv bei verschiedenen Übungen miteinbezogen. Dadurch sollen die Motivation und Freude der Schülerinnen und Schüler gefördert werden.

Direkte Arbeit:

Bei dieser Form wird die Arbeit mit dem Hund in den Vordergrund gestellt. Die Schülerinnen und Schüler führen mit dem Hund bestimmte Übungen durch, zum Beispiel Kommandoarbeit oder Spazierenführen. Es geht darum, die Selbstwahrnehmung zu trainieren. Als Pflicht gilt auch, den Hund zu versorgen, dadurch werden Verantwortung, Disziplin und Zuverlässigkeit gefördert.

Der Einfluss von Tieren auf die Entwicklung von Kindern

Hautfarbe, Religion oder Abstammung haben für Tiere keine Bedeutung. Im Kontakt mit Tieren wird dem Menschen das Gefühl von Wertschätzung vermittelt. Auf diese Weise werden das Selbstbewusstsein und das Selbstwertgefühl gefördert (vgl. Ebner, 2011, S. 36). Bernd Retzlaff ist eine bekannte Lehrkraft, die sich die positive Wirkung seines Hundes zu Nutze machte. Die Anwesenheit seiner Hündin verbesserte die Wissensvermittlung sowie die Erziehungsarbeit, beschreibt Retzlaff. Weiteres nahm die Hündin die Rolle eines „sozialen Katalysators“ ein, indem sie die Beziehung zwischen den Schülerinnen und Schülern sowie die zwischen SchülerInnen und PädagogInnen verbesserte. Die Anwesenheit des Tieres schaffte eine lockere Atmosphäre und dadurch eine bessere Klassengemeinschaft, beschreibt der Pädagoge weiter. Diese beschriebenen positiven Effekte bewirkten eine geringere Aggressionsbereitschaft sowie einen niedrigeren Geräuschpegel (vgl. Beetz, 2015, S. 55f). Wird es einem Menschen ermöglicht, sich um ein Tier zu kümmern, erlernt dieser, Verantwortung zu übernehmen und auf die Bedürfnisse anderer einzugehen (vgl. Otterstedt, 2003, S.66). Auf sozialer Ebene fördert die Anwesenheit eines Tieres die soziale Interaktion, sowohl verbal als auch nonverbal (vgl. Beetz, 2014, S. 3f). Die beruhigende Wirkung von Hunden auf Menschen ist bekannt. Ihre Anwesenheit kann Kindern helfen zur Ruhe zu kommen. Außerdem können sie Kinder unterstützen, mit ihren positiven und negativen Emotionen umzugehen sowie bei Kindern mit sozialen

Ängsten, diese zu reduzieren (vgl. Otterstedt, 2007, S. 361). Durch die Arbeit mit einem Tier erhöht sich die Bewegungsfreude des Menschen und es kommt zu einer Verbesserung der Koordination. Die Kommunikation auf nonverbaler Ebene führt zu einem besseren Umgang mit Körpersprache und Körperhaltung (vgl. Bransch, 2015, S. 54f).

Tiergestützte Pädagogik in der Schule

Die Therapie mit Tieren hat einen hohen Stellenwert erlangt. Tiere als so genannte Co-Pädagogen sind sehr beliebt. Konzepte mit Hunden werden besonders oft angewendet, beispielsweise als Schulhund oder Lesehund. Denn eine positive Beziehung zu Tieren ermöglicht dem Menschen eine Weiterentwicklung der Persönlichkeit. Zahlreiche Berichte aus der Praxis beschreiben die positive Wirkung des Einsatzes von Tieren in Bildungseinrichtungen (vgl. Waschulewski und Strunz, 2018, S. 25).

Wirkung hundgestützter Pädagogik bei Schülerinnen und Schülern mit ADHS

Warum kann ein Hund in der Schule positive Effekte erzielen?

Dazu gibt es einige Studien, die sich mit dem Einsatz von Schulhunden beschäftigen, sowie einen lernförderlichen Effekt belegen.

Eine Studie von der University of California mit ForscherInnen rund um Sabrina Schuck legt nahe, dass Kinder mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung von Therapiehunden unterstützt werden können, um manche Symptome schneller zu überwinden. Im Rahmen dieser Studie wurden 88 Kinder zwischen sieben und neun Jahren untersucht, die sowohl an einer Konzentrationsschwäche als auch an motorischer Unruhe litten. Drei Monate lang wurden zweimal pro Woche die sozialen Fertigkeiten trainiert. Die Hälfte der ProbandInnen bekam die Unterstützung eines Therapiehundes, mit dem sich die Kinder zu Beginn jeder Sitzung beschäftigen konnten und der während des Trainings an ihrer Seite blieb. Die andere Hälfte der ProbandInnen durfte zu Beginn frei spielen und bekam für manche Übungen einen Plüschhund als Unterstützung.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigten, dass sich zwar bei allen TeilnehmerInnen die ADHS-Symptome verbesserten, allerdings bei den Kindern, die

von einem Therapiehund unterstützt wurden, sind die Effekte früher eingetreten und die positive Wirkung war im Gesamten besser, als bei den Kindern ohne Therapiehund Unterstützung. Es wird besonders von dem positiven Nutzen für die Konzentrationsfähigkeit der Kinder berichtet. Die sozialen Fähigkeiten wurden in einem geringeren Umfang gefördert. Die Symptome der Hyperaktivität wurden in keiner Weise beeinflusst (vgl. Retzbach, J., 2018).

Vanek-Gullner beschreibt den Einfluss eines Hundes auf aggressive Kinder in ihrer Dissertation „Das Konzept tiergestützte Heilpädagogik“ folgendermaßen:

Es wird ein Bub beschrieben, der die Vorschulklasse besucht. Seine Sprache ist sehr laut und hart, seine Stimme klingt aggressiv und unbeherrscht. Der Bub hat meist Angst vor Berührungen und weicht diesen aus, manchmal sucht er jedoch körperliche Nähe, indem er auf den Schoß einer Lehrkraft möchte. Er hält sich nicht an Regeln, kommt nur schwer zur Ruhe und geht oft im Klassenzimmer spazieren. Der Unterricht wird durch dieses Verhalten gestört. Der Junge zeigt sich ängstlich und kleinkindhaft, dies führt zu einem aggressiven Verhalten. Seine Emotionalität ist labil, sein Selbstbewusstsein gering. Er tut sich schwer, mit anderen Kinder eine Beziehung beziehungsweise Freundschaft aufzubauen.

Mit dem Knaben wurden die, oben beschriebenen, fünf Einheiten der Einzelarbeit wie folgt ausgeführt:

- Ebene der Orientierung

Der Bub sollte sein eigenes Verhalten reflektieren. Die Übung auf der Ebene der analogen Kommunikation lag darin, den Hund zu bürsten.

- Ebene der Berührung

Körperliche Nähe wurde anhand Berührung des Hundes mittels Bürste geübt. Ziel sollte ein entspanntes Gefühl sein. Die Übung auf der Ebene der Sensibilisierung der Wahrnehmung bestand darin, die Körperteile des Hundes zu finden.

- Ebene der Berührung

Gewisse Übungen wurden durchgeführt. Ein erstes experimentieren mit der Stimme fand statt, indem die Kontaktaufnahme verbal erfolgte.

- Ebene der Berührung

Die Körperteile des Hundes wurden wiederholt gesucht. Auf der Ebene der Kommandoarbeit lag die Übung darin, den Hund zu führen.

- Ebene der Kommandoarbeit

Es wurden Spiele gespielt, wie zum Beispiel ein Wurfspiel.

Das Verhalten des Jungen hat sich in den einzelnen Bereichen wie folgt geändert:

Der Bub lernte einen gefühlvolleren Umgang mit der Stimme und sprach zunehmend leiser. Die Fähigkeit zur Empathie war nun möglich. Er zeigt mehr Gefühle und lässt körperliche Nähe zu. Mit anderen Kindern tritt der Knabe öfters in Kontakt und spielt mit ihnen. Das Einhalten von Regeln gelingt ihm schon viel besser (vgl. Vanek-Gullner, 2002, S. 87-94).

Ähnliche positive Effekte von Hunden in der Schule führt Andrea Beetz an:

Im Rahmen einer Studie, die vom Institut für interdisziplinäre Erforschung der Mensch-Tier-Beziehung IEMT Österreich initiiert wurde, erforschte Hergovich et al. (2002) die psychosozialen Auswirkungen des Einsatzes eines Hundes innerhalb einer Klasse der ersten Schulstufe. Zum Ende des ersten Halbjahres erfasste man die soziale Intelligenz, die Empathie gegenüber Tieren sowie die Fähigkeit zum analytischen Denken. Zudem erfasste man die gleichen Daten in einer Kontrollklasse, in der kein Hund eingesetzt wurde, um die späteren Ergebnisse besser interpretieren zu können. Nach einem Zeitraum von drei Monaten wurden beide Klasse erneut untersucht. Die Schulklasse mit Hund zeigte eine signifikant verbesserte Empathie gegenüber Tieren und eine erhöhte Fähigkeit zum analytischen Denken. Weiteres waren die Kinder aus der Schulhundklasse besser sozial integriert. Vor dem Einsatz des Hundes in der Schulhundklasse wurden vier Kinder als aggressiv beschrieben, in der Untersuchung nach dem Einsatz des Hundes nur mehr zwei Kinder. Diese Ergebnisse wurden dahingehend interpretiert, dass der Einsatz eines Schulhundes eine deutliche Verbesserung des sozialen Klimas bewirkt. Die Schülerinnen und Schüler konnten sich besser in den Klassenverband integrieren, aggressives Verhalten wurde reduziert und der Hund nahm eine motivierende Rolle ein, weshalb er Schulunlust entgegenwirkte. Erwähnenswert sind auch die positiven Effekte auf

allgemeine Lernvoraussetzungen, wie zum Beispiel der Aufmerksamkeit gegenüber der Lehrkraft.

In Bezug auf die Bereiche Stressreduktion und verbesserte Lernleistung kann festgehalten werden, dass ein Hund gestressten Schülerinnen und Schülern helfen kann (Beetz et al. 2011; Beetz et al. 2012; Allen et al. 2002). Der Grund hierfür ist der Körperkontakt zum Hund, der über Streicheln stattfindet, welcher effektiv den Stress reduziert (Beetz et al. 2011). Der Einsatz eines Schulhundes kann generell einen entspannten, angstfreien Zustand bewirken (Beetz 2013a; Hergovich et al. 2002; Monshi et al. 2001), sowie eine gesteigerte Konzentration (Gee et al. 2007, 2009, 2010a/b). Kindern, die in der Schule an Angst leiden oder bei denen Überforderung zu starkem Stress führt, sollte der direkte Kontakt zum Hund in herausfordernden Situationen eigerichtet werden.

Ein Schulhund fördert gute Sozialbeziehungen innerhalb der Klasse, zwischen Schülerinnen und Schülern, aber auch zwischen Lehrpersonen und Schülerinnen und Schülern.

Im Bereich der Sonderpädagogik ist der Einsatz eines Hundes am weitesten verbreitet. Schülerinnen und Schüler mit einem sonderpädagogischem Förderbedarf profitieren stark vom Hund. Bei Schülerinnen und Schülern mit Verhaltensstörungen, leiden bis zu 90% an unsicheren Bindungen. Ihre Beziehung zu Lehrpersonen ist aufgrund dessen sowie ungünstiger Vorerfahrungen erschwert. Kinder profitieren vom Einsatz eines Schulhundes auf allen Ebenen, dieser fördert Entspannung, Konzentration, Selbstmotivation, Selbstkontrolle sowie Sozialverhalten.

Schulhunde können Kinder und Jugendliche mit ADHS bei einem Konzentrationstraining unterstützen. Der Hund motiviert dabei sich zu konzentrieren, mitzuarbeiten und erhöht den Spaß am Lernen. Das Lernen wird durch die vielfältigen Effekte eines Hundes unterstützt. Kinder und Jugendliche, die an einem Konzentrationstraining mit Hund teilnahmen, zeigten eine verminderte Impulsivität, eine tendenziell gesteigerte Aufmerksamkeit sowie weniger Hyperaktivität (vgl. Beetz, 2015, S. 52-131). Die konzentrations- und aufmerksamssteigernde Wirkung von Hunden wird ebenfalls von einer Studie von Hediger (2002) aufgezeigt (vgl. Beetz&Heyer, 2014, S. 49).

Literatur

Beetz, A. (2014): Tiere in der Therapie – Wissenschaftliche Grundlagen. Abrufbar unter: [https://www.eag-fpi.com/wp-content/uploads/2014/10/Tiere-in-der-Therapie- ---Wissenschaftliche-Grundlagen.pdf](https://www.eag-fpi.com/wp-content/uploads/2014/10/Tiere-in-der-Therapie----Wissenschaftliche-Grundlagen.pdf) (Zugriff 24.07.2019).

Beetz, A. (2015): Hunde im Schulalltag. Grundlagen und Praxis. Ernst Reinhardt Verlag: München.

Bransch, Simon (2015): Der Erfolg durch Therapiehunde bei Kindern mit AHDS-Syndrom: Hundegestützte Pädagogik als mögliche Intervention. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.

Ebner, S. (2011): Veränderung sozialer und emotionaler Kompetenzen verhaltensauffälliger Mädchen im Rahmen einer tiergestützten Intervention (TMI). Universität Wien.

Ettrich, C. & Ettrich, K.U. (2006): Verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche. Springer Medizin Verlag, Heidelberg. Deutschland.

ICD-Code (2019): Hyperkinetische Störungen. Abrufbar unter: <https://www.icd-code.de/icd/code/F90.-.html> (Zugriff 03.09.2019).

Otterstedt, C. & Olbrich, E. (2003): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Franckh-Kosmos Verlag, Stuttgart. Deutschland.

Otterstedt, C. (2007): Mensch und Tier im Dialog. Kommunikation und artgerechter Umgang mit Haus- und Nutztieren. Methoden der tiergestützten Arbeit und Therapie. Stuttgart: Kosmos-Verlags-GmbH.

Retzbach, J. (2018): Hunde helfen Kindern mit ADHS. Abrufbar unter <https://www.spektrum.de/news/hunde-helfen-kindern-mit-adhs/1608840> (Zugriff 16.08.2019).

Vanek-Gullner, A. (2002): Das Konzept Tiergestützte Heilpädagogik – TGHP. Ein individualpsychologischer Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität verhaltensauffälliger Kinder (Unveröffentlichte Dissertation). Universität Wien.

Waschulewski, U. Strunz, I. A. & (2018): Tiergestützte Pädagogik. Eckpfeiler didaktischen Handelns. Schneider Verlag, Hohengehren. Deutschland.

Online-Quellen:

<https://www.adhspedia.de/wiki/Symptome>

<https://www.lifeline.de/krankheiten/adhs/>

<https://www.youtube.com/watch?v=e6m3Qt64idl>

PORTFOLIO ZUR LEHRVERANSTALTUNG

**PS: Methoden und Konzepte zur Förderung der Wahrnehmung und
körperlich-motorischen Entwicklung
(IPB. 5-2)**

MMag. DDr. Ulrike Kipman

vorgelegt von

Martin Doppelreiter (11719900)

WiSe 2019/20

INHALTSVERZEICHNIS

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	3
Was ist PTBS?.....	3
<i>Ein Blick in das ICD 10 bzw. DCM IV.....</i>	<i>3</i>
Welche Auswirkungen hat eine PTBS?	4
Wichtig für die Schule	5
<i>Maßnahmen zur Stabilisierung im akuten Fall</i>	<i>5</i>
Therapiemöglichkeiten	6
<i>Psychologische / Medizinische Therapien.....</i>	<i>7</i>
<i>Die drei Behandlungsphasen.....</i>	<i>8</i>
Fallbeispiel.....	9
Literatur/Quellen:.....	10

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG (PTBS)

WAS IST PTBS?

Eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) können Menschen entwickeln, die ein traumatisches Ereignis erlebt haben. Nach einem Ereignis, das ihr Leben oder ihre Sicherheit, beziehungsweise das Leben und die Sicherheit anderer in ihrer Umgebung, bedroht hat, können Gefühle starker Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken auftreten. Zum Beispiel nach einem Autounfall, körperlichen oder sexuellen Übergriffen, Krieg, Folter oder einer Naturkatastrophe.

PTBS anhand eines Beispiels ist hier zu finden:

<https://www.youtube.com/watch?v=QcVf04gx9V8>

EIN BLICK IN DAS ICD 10 BZW. DSM IV

ICD 10 sieht PTBS als eine verzögerte Reaktion eines belastenden Ereignisses.

Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen.

Es kommt selten vor, dass PTBS über mehrere Jahre andauert und chronisch wird.

Nach DSM IV wird PTBS den Angsterkrankungen zugeordnet.

WELCHE AUSWIRKUNGEN HAT EINE PTBS?

Menschen mit PTBS leiden oft unter Panik oder extremer Angst, ähnlich der Angst, wie sie sie während des traumatischen Ereignisses empfunden hatten. Die Schwierigkeiten, die bei einem Menschen mit PTBS auftreten, werden in vier wesentliche Gruppen unterteilt:

Erneutes Durchleben des traumatischen Ereignisses – Die Person erlebt das Ereignis noch einmal über unerwünschte und wiederkehrende Erinnerungen, die oft in Form von lebhaften Bildern oder Alpträumen auftreten. Bei der Erinnerung an das Ereignis kann es zu starken emotionalen oder körperlichen Reaktionen kommen, wie Schwitzen, Herzklopfen oder Panik.

Übermäßige Wachsamkeit und Unruhe – Die Person leidet unter Schlafschwierigkeiten, Reizbarkeit und mangelnder Konzentration, ist leicht schreckhaft und hält ständig Ausschau nach Anzeichen von Gefahr.

Vermeiden von Erinnerungen an das Ereignis – Die Person meidet absichtlich Tätigkeiten, Orte, Menschen, Gedanken und Gefühle, die sie mit dem Ereignis verbindet, da diese die schmerzliche Erinnerung zurückbringen.

Emotionale Taubheit – Die Person verliert das Interesse an alltäglichen Aktivitäten, fühlt sich vom Freundeskreis sowie der Familie abgeschnitten und herausgelöst („Es versteht mich ja doch keiner!“), oder fühlt sich emotional matt und taub.

WICHTIG FÜR DIE SCHULE

- Achtung bei Reizüberflutung
- Schweigen respektieren
- Nähe/Distanz Bedürfnis beachten – ungefragt anfassen vermeiden
- Ressourcenorientierung – Was hat bisher zur Stabilisierung funktioniert?
- Gemeinsam nach Methoden suchen.
- In Handlung kommen – Konkretes Tun soll im Zweifelsfall vor Reden und Problematisieren kommen!

MAßNAHMEN ZUR STABILISIERUNG IM AKUTEN FALL

- Ist die Person im HIER und JETZT?
- Füße fest auf dem Boden verankern, Fußsohlen bewusst spüren lassen
- Atmungsübungen – langsam, tief und bewusst atmen.
- Abstreifen, sich schütteln.
- Klar ansprechen (Tomas ..., bist du hier in der Schule?)
- Rituale Entwickeln
- Affirmationen - Imagination
- Achtsamkeitsübung

Wichtig: ungefragt anfassen vermeiden!!!

Selbstfürsorge der Lehrer/Therapeutin ist wichtig! Methoden anbieten, die auch für einen selbst gut sind. Es ist besonders wichtig, eigene Grenzen als Lehrperson zu akzeptieren – sich unterstützen lassen und immer auch im Austausch bleiben mit anderen Kollegen/innen.

THERAPIEMÖGLICHKEITEN

Eine effektive Behandlung hilft Menschen dabei, ihren Zustand zu kontrollieren, damit die Angst nicht sie kontrolliert. Die Art der Behandlung hängt von der jeweiligen Störung ab. Leichte Symptome können durch Änderungen im Lebensstil (zum Beispiel regelmäßiger Sport) gelindert werden. Im Fall, dass die Symptome der Angststörung mittelgradig bis schwer sind, sind eher psychologische und/oder medizinische Behandlungen erforderlich. Unabhängig von der Schwere der Symptome kann der Austausch mit anderen (zum Beispiel in Selbsthilfegruppen) leichte Symptome lindern oder eine Ergänzung zur Therapie sein.

Kurz zusammengefasst:

- Die Art der Behandlung hängt von der jeweiligen Störung ab. **Leichte Symptome können durch Änderungen im Lebensstil (zum Beispiel regelmäßiger Sport) gelindert werden.**
- Bei **schweren Angststörungen**, sind eher **psychologische und/oder medizinische Behandlungen erforderlich.**
- Auch eine **enge Bindung zur Familie und Freunden helfen dabei, traumatische Erlebnisse zu verarbeiten.**
- **Psychotherapie:** Kern jeder Therapie, welche auf die Heilung der PTBS zielt, ist die langsame Aufarbeitung der traumatischen Erlebnisse. Dabei ist es wichtig, den Fokus auf die Symptombehandlung und den damit verbundenen Erinnerungen zu richten.
- **Kreative Ansätze** Musiktherapie oder Kunsttherapie, sowie Bewegungstherapie und andere Methoden zur Verbesserung von Körperhaltung und Bewegungsabläufen helfen

Unter der Vielzahl an Therapiemöglichkeiten, hier 3 gängige Therapien:

Kognitive Verhaltenstherapie:

Unser Denken hat einen großen Einfluss, wie wir uns fühlen, verhalten und körperlich reagieren. Bei der Kognitive Verhaltenstherapie oder auf Englisch Cognitive Processing Therapy (CPT) steht im Vordergrund die Bearbeitung sogenannter dysfunktionaler Kognitionen, vereinfacht gesagt von Denkfehlern. Hierzu werden Methoden der kognitiven Umstrukturierung (z.B. sokratischer Dialog) eingesetzt. Das Ziel dieses Verfahrens ist eine Modifikation dysfunktionaler Bewertungen kognitiv-affektiver Aspekte des Traumas (z.B. Schuld- oder Schamgefühle).

Konfrontationstherapie:

Nach einer umfassenden Vorbereitung werden Patienten zuerst gedanklich auf die Angst auslösende Situation vorbereitet und dann der eigentlichen Situation ausgesetzt. Dieses Verfahren passiert oft in Gruppentherapie.

EMDR- Therapie:

Bei der EMDR-Therapie führt der Patient unter Anleitung der Therapeutin ruckartige horizontale Augenbewegungen durch, während er die traumatische Erfahrung imaginiert. EMDR ist ähnlich wirksam wie andere kognitiv-verhaltensorientierte Ansätze. Der natürlicher Verarbeitungsprozess ist bei Patienten mit PTBS blockiert und durch die EMDR Therapie sollen diese Verarbeitungsprozesse wieder in Fluss gebracht werden.

Video: <https://www.youtube.com/watch?v=VSb5ZrYPE1M>

DIE DREI BEHANDLUNGSPHASEN

1. In der Orientierungsphase erfolgt eine umfassende Diagnostik. Wir analysieren mit Ihnen Ihre größten Schwierigkeiten und legen gemeinsam mit Ihnen Ihre persönlichen Therapieziele fest. Dazu schließen wir mit Ihnen einen verbindlichen Behandlungsvertrag.
2. Während der zweiten Behandlungsphase steht die therapeutische Arbeit an Ihren persönlichen Therapiezielen, an der Verringerung von Dissoziationen, Intrusionen, Flashbacks, Alpträumen, Übererregung, suizidalen und selbstschädigenden Verhaltensweisen im Vordergrund. Der Erwerb von Möglichkeiten zur Selbststabilisierung spielt dabei eine sehr wichtige Rolle. Zum Abschluss dieser Phase sollten Sie ein grundlegendes Wissen über Ihre Erkrankung und umfangreiche Verhaltensfertigkeiten erworben haben, um ausreichend stabil für eine weitere ambulante Psychotherapie zu sein.
3. In der dritten Phase, der Abschlussphase, liegt der Schwerpunkt der Behandlung auf der Vorbereitung der Entlassung mit Regelung wichtiger sozialer Angelegenheiten.

FALLBEISPIEL

Sie sei als Kind von ihrer Mutter weggegeben worden. Sie sei zuerst in einem Heim gewesen und sei dann adoptiert worden. Die Kindheit bei den Adoptiveltern sei durchwachsen gewesen und sie habe auch Gewalt erlebt. Sie sei in Verhaltenstherapie und wolle unter Umständen eine Traumatherapie beginnen.

Trauma:

Im ETI ergibt sich keine vollständige Passung auf eine PTBS. Es liegt bei Frau XXXX eine **starke Belastung** und eine **partielle PTBS** vor.

Symptome:

Die Patientin hat eine Vielzahl an Symptomen. Sie ist niedergeschlagen, unsicher im Sozialkontakt, leidet an Gedankenkreisen, Schlafstörungen und Einsamkeitsgefühlen. Sie ist leicht reizbar und mache sich viele Sorgen. Die grundsätzliche psychische Belastung ist erhöht und die Anzahl der Symptome ist breit.

Depression:

Es ergibt sich eine mittelschwere Depression.

- **Medikamentation:** Quetiapin in einer niedrigen Dosis als gängigste Antipsychotika.

Trauma in Kombination mit Depression, Somatisierungsstörung.

- **Pädagogische Maßnahmen:**
Doodle Mandala, Wahrnehmungssachen Musik und man zeichnet dazu,
Wahrnehmungsübungen (abklopfen), Zurückholen in das hier und jetzt.
Körperwahrnehmung

LITERATUR/QUELLEN:

Benkert, O., Hautzinger, M. & Graf-Morgenstern, M. (2008). Psychopharmakologischer Leitfaden für Psychologen und Psychotherapeuten. Heidelberg: Springer

J. Schöner, J. Kronenberg, G. Heinz, A. Endres, M. & Gertz, K. (2017). Posttraumatische Belastungsstörung. Der Nervenarzt, 3, 234- 244.

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Abgerufen am 10. Jänner 2020, von <https://psychische-hilfe.wien.gv.at/site/fakten/angststoerung/arten-von-angststoerung/posttraumatische-belastungsstoerung-ptbs/>