

## 2. Therapien

### 2.3. Medikamentöse Therapien

Medikamente nehmen im Gesamtbehandlungsplan autistischer Störungen eine bedeutende Rolle ein, obwohl die ursächliche Behandlung von Autismus durch Medikamente nach derzeitigem Wissensstand nicht möglich ist. Daher versucht man den Einsatz von Medikamenten auf die Beeinflussung bestimmter Symptome oder Symptomgruppen (z.B. Hyperaktivität, Stereotypien, Wutausbrüche, Echolalie) zu konzentrieren. CAMPBELL et al. (1987) unterscheiden bei medikamentöser Therapie zwei Anwendungsbereiche:

- die Behandlung der primären, autismusspezifischen Symptomatik
- die Behandlung der sekundären Symptome: z.B. Epilepsien, Stereotypien.

Vom neurochemischen Standpunkt aus betrachtet, gibt es drei wichtige Hypothesen zur Ätiologie von Autismus (siehe Kap. 1.5.1.), die den Einsatz von Medikamenten rechtfertigen:

**Serotonin-Hypothese:** Bei 25% aller autistischen Kinder ist ein erhöhter Serotoninspiegel nachweisbar. Jedoch sind diese Befunde nicht autismusspezifisch, sondern kovariieren mit geistigen Behinderungen bei autistischen Kindern.

**Dopamin-Hypothese:** Bei ca. 50% aller autistischen Kinder finden sich erhöhte Dopaminwerte.

**Neuropeptid-Hypothese:** Bei ca. 54% der autistischen Personen sind Störungen bestimmter Neuropeptidmuster feststellbar.

Nach GILLBERG & STEFFENBURG (1987) werden ca. 25% aller autistischen Kinder vor der Pubertät und 75% aller Jugendlichen medikamentös behandelt.

„Alle Fachleute stimmen jedoch darüber überein, dass die medikamentöse Therapie nie einzige Behandlungsmethode sein kann, sondern stets in ein therapeutisches Gesamtkonzept integriert werden muss“ (REMSCHMIDT, 2000, S. 84).

### 2.3.1. Psychopharmaka

„Unter Psychopharmaka versteht man insbesondere Arzneimittel, welche über einen neurobiologischen Angriffsort psychische Wirkungen entfalten, die psychiatrische Symptome und Syndrome günstig beeinflussen, bzw. Substanzen, für die nach kurzfristiger oder nach langfristiger Verabreichung in methodisch einwandfreien Untersuchungen an Tieren und an Menschen zweifelsfrei ein psychotroper Effekt nachgewiesen worden ist. Es muss außerdem gesichert sein, dass dieser psychotrope Effekt auf die Wirkung des Psychopharmakons selbst oder auf die Wirkung seiner Metaboliten auf Strukturen des Zentralnervensystems beruht“ (LANGER & HEIMANN, 1984 zit. nach ELBERT & ROCKSTROH, 1993, S. 8 f).

Das Image von Psychopharmaka ist heute extrem schlecht. Erklärt wird dieser Umstand von Jochen BUSSE (1990) dadurch, dass es zwar in den frühen 50er Jahren durch den Einsatz von Neuroleptika, Antidepressiva und Tranquilizer an psychiatrischen Kliniken zu Umwälzungen kam, in den letzten Jahren jedoch Erfolge auf diesem Gebiet ausgeblieben sind. Zum anderen wird den Psychopharmaka vorgeworfen, eine chemische Zwangsjacke zu sein und die eigentlichen Probleme nicht zu lösen. Die medikamentöse Behandlung kann nicht auf die Kernsymptome angewandt werden, einzelne Symptome können allerdings kontrolliert werden und die Therapie erleichtern.

Auch wenn Stereotypen leichter in den Griff zu bekommen sind, werden langfristig Nebenwirkungen beobachtet. Für die meisten medikamentösen Interventionen sind noch zu wenige Erfahrungen gesammelt worden, oftmals fehlen die Grundlagenkenntnisse. Letztgenannte Mängel lassen sich auf methodische Probleme zurückführen. So ist es sehr schwierig, homogene Gruppen von alters- und entwicklungsgleichen Kindern mit ähnlicher Problematik zu rekrutieren, gelingt es doch, stehen Forscher oftmals vor begründeten ethischen Problemen.

Aufgrund dieses ethischen Spannungsfeldes haben Autoren immer wieder Regeln für den Umgang bzw. Einsatz von Psychopharmaka aufgestellt.

So weist NISSEN et al. (1984 zit. nach ELBERT & ROCKSTROH, 1993, S. 236) bei der Therapie mit Psychopharmaka insbesondere bei Kindern auf folgende Punkte hin:

- sorgfältigste Diagnostik und Indikationsstellung vor Verabreichung eines Medikamentes,

- die Betrachtung der Psychopharmaka als Baustein im therapeutischen Paket, das auch Verhaltens-, Familien- und Milieuthérapie enthalten kann,
- Monotherapie, individuelle Dosierung, ausgehend von möglichst niedriger Dosierung,
- Verzicht auf Dauermedikation, Einlegen von Behandlungspausen („drug holidays“), Beginn der Behandlung in den Ferien oder an Wochenenden, um beeinträchtigende Effekte zu kompensieren.

Bei LAUX (1992, S. 126) sind folgende „10 Gebote für den richtigen Umgang mit Psychopharmaka“ nachzulesen:

1. Psychopharmaka nur dann, wenn eine gezielte Indikation besteht (*Erkrankung*). Zuerst sorgfältige Untersuchung und Diagnosestellung (zugrundeliegende Ursachen).
2. Medikamentöse Vorbehandlungen eruieren, Suchtanamnese abklären!
3. Adäquate Wahl des Psychopharmakons nach Wirkprofil unter Berücksichtigung möglicher Interaktionen und Nebenwirkungen sowie Kontraindikationen.
4. Dosierung in der Regel einschleichend und *individuell*. Keine Verschreibung größerer Mengen während der Akuterkrankung. Dosisanpassung bei Alterspatienten.
5. Bei Tranquilizern und Hypnotika Dosierung möglichst niedrig aber ausreichend; frühestmögliche, langsame Dosisreduktion mit Übergang auf diskontinuierliche Gabe (Bedarfsmedikation).
6. Exakte Aufklärung und Information des Patienten über Wirkung und mögliche Nebenwirkungen sowie Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, insbesondere mit Alkohol (möglichst meiden!).
7. Längerfristige Kombination mehrerer Psychopharmaka möglichst vermeiden!
8. Persönliche Verordnung mit Verlaufskontrollen (Dosisanpassung), Aufbau einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung (compliance).
9. Gesamtbehandlungsplan erstellen, der auch andere Therapieformen umfasst (ärztl. Gespräch, Psychotherapie, physikal. Maßnahmen)!
10. Bei Langzeit-Medikation Kooperation mit Facharzt (Indikationsstellung, Dosierung, Behandlungsdauer). Gesonderte Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen bei Langzeitmedikation (Spätdyskinesien). „Pass“ für Lithium- und Depot-Neuroleptika führen. Beendigung der Behandlung grundsätzlich durch langsam *ausschleichende* Dosisreduktion.

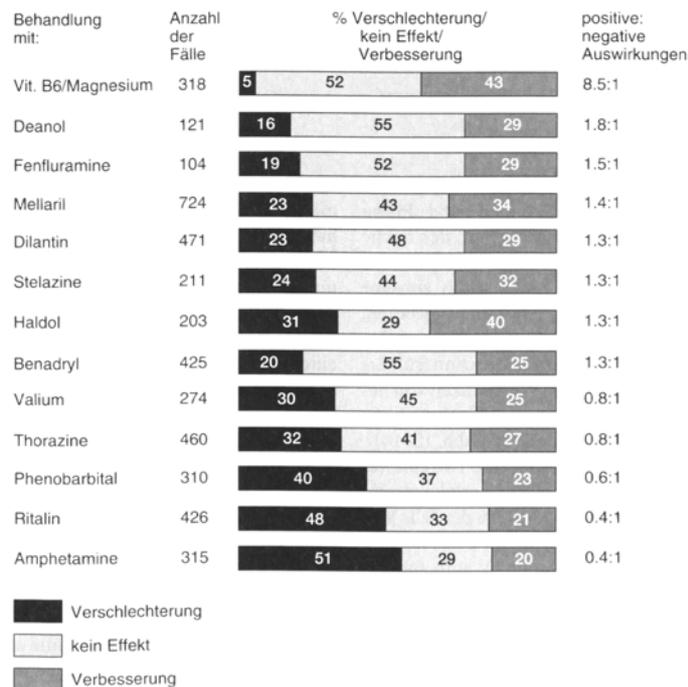


Abb. 17:  
Einschätzung der Wirksamkeit von Vitamin B6 und verschiedenen Psychopharmaka durch Eltern (RIMLAND, 1988 zit. nach ROLLETT & KASTNER-KOLLER, 2001, S. 54)

Viele **Klassifikationsysteme** sind verbreitet und haben Vor- und Nachteile; so kann man grundsätzlich Einteilungen vornehmen

- nach der chemischen Struktur,
- in legale und illegale,
- Psychopharmaka im engeren und im weiteren Sinne,
- nach den Botenstoffsystemen.

Aus klinischer Sicht ist eine **Klassifikation** von Psychopharmaka im engeren Sinne verbreitet; dabei wird in folgende Kategorien gegliedert:

- **Neuroleptika:** Werden gezielt zur Behandlung schizophrener Störungen eingesetzt (z.B. Chlorpromazin, Haloperidol).
- **Antidepressiva:** Werden gezielt zur Behandlung depressiver Störungen eingesetzt (z.B. Imipramin, Amitriptylin)
- **Tranquilizer:** Werden gezielt zur Behandlung von Angst- und Spannungszuständen eingesetzt (z.B. Diazepam, Chlordiazepoxid).
- **Psychostimulantien:** Werden gezielt zur Behandlung kindlicher Hyperaktivität eingesetzt (z.B. Methylphenidat, Metamphetamin)

(ELBERT & ROCKSTROH, 1993, S. 18 f)

### 2.3.1.1. Neuroleptika

„Unter dem Begriff Neuroleptika werden Psychopharmaka zusammengefasst, die sich durch ein charakteristisches Wirkspektrum auf die Symptome psychotischer Erkrankungen auszeichnen. Ihr therapeutischer Effekt besteht in der Dämpfung psychomotorischer Erregungszustände und affektiver Spannungen, der Beeinflussung psychotischer Denk- und Verhaltensstörungen, Trugwahrnehmungen und Ich-Störungen, ohne dass die intellektuellen Fähigkeiten und das Bewusstsein wesentlich beeinflusst werden“ (LAUX, 1992, S. 236).

Der vorwiegende Angriffspunkt der Neuroleptika ist das dopaminergene System, d.h. die postsynaptischen Dopaminrezeptoren werden blockiert und die Wirksamkeit von Dopamin dadurch antagonisiert. Längerfristige Anwendung von Neuroleptika kann zu einer Supersensitivität der Dopaminrezeptoren führen, was als Ursache verschiedener Spätwirkungen angesehen wird.

Als psychiatrische Indikationen für Neuroleptika gelten:

- Schizophrenie und schizoaffektive Psychosen (Halluzinationen, Denkstörungen, Wahn, Angstzustände)
- Manien (Unruhe, Gereiztheit, Wahn, Schlafstörungen)
- Organische Psychosyndrome/Alterspsychosen (Unruhe, Wahn, Angstzustände, Schlafstörungen)
- Delirien (Halluzinationen, Wahn)
- Erregungszustände jeglicher Genese
- als Zusatzbehandlung bei endogenen Depressionen (Zwangssyndromen, Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter)

(LAUX, 1992)

Da Autismus seit seiner Erstbeschreibung oft mit Schizophrenie in Verbindung gebracht wurde, hofften die Forscher auch, dass Neuroleptika bei Autismus genauso wie bei Schizophrenie wirken werden. Der Erfolg blieb jedoch aus: In vielen Fällen trat die beruhigende Wirkung von Medikamenten bei autistischen Menschen nicht ein (BUSSE, 1990).

Die Nebenwirkungen scheinen bei den Neuroleptika besonders gewichtig: Von Beeinträchtigungen des Nervensystems (z.B. Müdigkeit,

Konzentrationsstörungen, zerebrale Krampfanfälle) über Herz-Kreislauf-Störungen (z.B. Blutbildveränderungen, Thrombosen) und Störungen im Leber-Gallengang- und endokrinen System, bis hin zu Veränderungen der Haut und Beeinträchtigungen des Auges (z.B. Linsentrübung) scheint kein System im Körper davon unbehelligt zu bleiben.

CAMPBELL et al. (1996) konnten mittels einer Untersuchung eine Beeinflussung der Stereotypien und der Zurückgezogenheit durch das Präparat Haloperidol (z.B. Haldol-Janssen, Elaubat) nachweisen. Ebenso zeigte sich ein gutes Ansprechen bei Symptomen wie Hyperaktivität, Aggressivität, geringe Frustrationstoleranz, kurze Aufmerksamkeitsspanne. Die Eingewöhnungsphase kann problematisch sein: Bei einer Langzeitbehandlung mit Haloperidol können als Nebeneffekt schnelle, nichtkontrollierbare Bewegungen besonders im Gesichtsbereich auftreten. Diese Spätdyskinesien (z.B. hyperkinetische Symptome, überschießende Zungen- und Mundbewegungen), welche vorwiegend nach chronischer Einnahme auftreten, sowie die Frühdyskinesien (z.B. Krämpfe der Wangen- und Nackenmuskulatur), die bevorzugt zu Beginn neuroleptischer Behandlung zu beobachten sind, zählen zu den auffälligsten Nebenwirkungen von Neuroleptika. Aufgrund dieser Probleme wurde in den letzten Jahren versucht, Niedrigdosierungen zu verwenden. Auch Wechselwirkungen mit anderen Pharmaka müssen beachtet werden.

Dennoch wird diese Art der medikamentösen Therapie immer noch am häufigsten angewendet, was seine Ursache möglicherweise darin hat, dass in Hinblick auf den Prozentsatz der Besserungen die Neuroleptika Haldol und Melleril die besten Wirkungen erzielen (siehe Abb. 17).

Zu den bekanntesten Präparaten zählen neben dem bereits erwähnten Chlorprothixen (z.B. Truxal, Truxaletten) und Clozapin (z.B. Leponex) sowie Sulpirid (z.B. Dogmatil).

### **2.3.1.2. Lithium**

In verschiedenen Klassifikationen werden Lithiumsalze unter den antidepressiven Pharmaka angeführt. Sie dienen zur Behandlung manischer Zustandsbilder (ELBERT & ROCKSTROH, 1993, S. 21, S. 155).

Lithiumsalze werden zur rezidivprophylaktischen Behandlung affektiver Psychosen (manisch-depressiver Erkrankung) eingesetzt, weshalb bei der Indikationsstellung

das individuelle Rückfallsrisiko abgeschätzt werden muss. In der Akutbehandlung der Manie setzt die Wirkung von Lithium nur langsam ein. Bei der Behandlung therapieresistenter Depressionen zeigt Lithium eine antidepressive Wirkung. (LAUX, 1992). Lithium führt zur Stabilisierung der Launenhaftigkeit und des Affekts, zur Normalisierung von Schlaf und Appetit und zur Reduzierung der psychotischen Symptome sowie der Stereotypen, ohne zu sedieren. Es kann auch prophylaktisch zur Reduzierung der Auftretenswahrscheinlichkeit dieser Symptome gegeben werden.

Vor Behandlungsbeginn sind folgende Voruntersuchungen notwendig: Körperliche Untersuchung einschließlich Gewicht, Blutdruck, Blutbild, EKG, Bestimmung von Nieren- und Schilddrüsenwerten, Halsumfang. Sowohl Einnahmebeginn als auch Absetzen sollte ein- bzw. ausschleichend, allmählich und schrittweise erfolgen. Als Nebenwirkungen sind besonders zu Beginn allergische Hautreaktionen und gastrointestinale Beschwerden, sowie verstärkter Durst und Harndrang und Tremor in den Händen zu beobachten. Später können neben diesen auch Störungen des Salz- und Wasserhaushaltes, Nierenschäden sowie Schilddrüsenunterfunktion problematisch sein, weshalb regelmäßige Laborwerte erhoben werden müssen. „Alle diese Nebenwirkungen unterstreichen einmal mehr die Tatsache, dass Lithium ein Gift ist, dessen nachteilige körperliche Wirkung man in Kauf nimmt und zu minimieren versucht, um die positiven psychischen Wirkungen auszuschöpfen (ELBERT & ROCKSTROH, 1993, S. 176). Von den Lithium-Präparaten im Handel sind folgende bekannt: Quilonum retard, Hypnorex retard, Quilonum. Es spielt keine Rolle, ob das eine oder das andere Präparat verwendet wird, da nur der Lithiumanteil des Salzes wirksam ist.

### **2.3.1.3. Beta-Blocker**

Betarezeptoren-blockierende Substanzen, kurz Beta-Blocker, gehören nicht zu den Psychopharmaka im engeren Sinne, zählen aber zu der Gruppe der Tranquilizer. Klinische Tranquilizer-Effekte sind angstlösende, beruhigende und emotional entspannende Wirkungen. Hauptindikationen der Beta-Blocker liegen im Bereich der inneren Medizin, speziell bei der Behandlung des Bluthochdrucks, der koronaren Herzkrankheiten und der Herzrhythmusstörungen.

Der Einsatz von Beta-Blockern als Psychopharmaka wurde in den letzten 40 Jahren bei verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern erprobt, als Standardtherapie

jedoch nur bei einigen Indikationen, wovon das wichtigste das Vorliegen eines nicht-psychotischen Angstsyndroms darstellt. Von Vorteil ist dabei, dass Beta-Blocker weniger stark sedieren als andere Tranquilizer oder Neuroleptika und kein Abhängigkeitspotential besitzen. Die Dosierung bei der Behandlung psychiatrischer Krankheitsbilder ist im Allgemeinen niedriger als die internistischerseits übliche. Beim Absetzen kommt es zuweilen zu Rebound-Effekten, weshalb dies immer langsam ausschleichend erfolgen sollte.

Als Nebenwirkungen sind beobachtet worden: Müdigkeit, Kopfschmerz, Schwindel, Schlafstörungen, lebhafte Träume (Alpträume), depressive Verstimmungen, Magen-Darm-Störungen, allergische Hautreaktionen, Muskelkrämpfe, Kribbeln und Kältegefühle in den Gliedmassen, verminderter Tränenfluss, Verstärkung von peripheren Durchblutungsstörungen. Bei hohen Dosierungen ist eine regelmäßige Überwachung von Blutdruck und Herzfunktion nötig (LAUX, 1992, S. 155).

Zu Wirkstoffen aus dieser Gruppe zählen Propranolol (Dociton), welches zur klinischen Behandlung von Bluthochdruck und Angina-Pectoris-Anfälle angewendet wird. Nebenwirkungen wie niedriger Blutdruck, Herzrhythmusstörungen, gastrointestinale Beschwerden, Müdigkeit und Depressionen sind bei diesem Präparat beobachtet worden.

#### **2.3.1.4. Psychostimulantien**

Stimulantien sind Drogen mit Weckeffekt, sie steigern (vorübergehend) die psychische Aktivität und machen wacher. In höheren Dosen verbessern sie häufig die Stimmung und erzeugen euphorische Zustände, was das Bestreben zur Folge hat, Stimulantien immer mehr und häufiger einzunehmen. Je nach Potential kann die Einnahme von Stimulantien zur Gewöhnung und Abhängigkeit führen. Die Gruppe der Stimulantien bildet keine einheitliche Substanzklasse; neben Coffein und Kokain, zählen auch Amphetamin, Methylphenidat (z.B. Ritalin), sowie Anorektika („Appetitzügler“) dazu.

Stimulantien werden häufig aufgrund von Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörungen verschrieben. Bei hyperaktiven Kindern beobachtet man eine Beruhigung, eine emotionale Stabilisierung und eine Verbesserung der emotionalen und sozialen Anpassung, was der eigentlichen Wirkung dieser Substanz – erregend und stimulierend – gegenläufig ist. Es gibt aber auch Berichte,

die bei Ablenkbarkeit mit einer geringen Dosierung zu einer Besserung führen, aber im Gesamtverhalten zu einer Verschlechterung.

Der Wirkstoff Fenfluramin hat einen günstigen Einfluss auf den Serotoningehalt, es kommt zu einer Verbesserung der Verhaltenssymptome. RITVO (1988) konnten bei 10 von 14 autistischen Personen eine Verbesserung feststellen, die allerdings nach einem Zeitraum von 4 Wochen nicht mehr vorhanden war. Problematisch bei dieser Therapie ist die zu starke Gewichtsreduktion in Verbindung mit der Störung des Serotoninhaushaltes bei längerer Anwendung.

Die klinisch wohl am besten untersuchte Substanz aus dieser Gruppe ist das Methylphenidat (Ritalin). Es gibt eine Menge von wissenschaftlich abgesicherten Untersuchungen über seine Wirksamkeit bei hyperkinetischen Syndromen im Kindesalter. Die Kinder werden z.B. im Schulunterricht motorisch ruhiger, aufmerksamer und leistungsfähiger. Eine Suchtgefahr, selbst nach mehrjähriger Stimulantienbehandlung ist für hyperaktive Kinder nicht gegeben. „Nachteilig ist, dass dem kurzfristigen Effekt einer Verbesserung der Aufmerksamkeit langfristig keine anhaltende Besserung der Prognose hyperaktiver Kinder gegenübersteht“ (LAUX, 1992, S 288).

## **2.3.2. Nicht-Psychopharmaka**

### **2.3.2.1. Megavitamintherapie**

Auf die Wirkung unterschiedlicher Vitamine wurde schon im Kapitel 1.5.7. Bezug genommen (z.B. RIMLAND (1988)).

Neueren Untersuchungen zur Folge, gibt es jedoch keine spezifische Vitamindiät, die allgemein empfohlen werden kann. Aufgrund der Annahme, dass einzelne Stoffe bestimmte neurochemische Reaktionen auslösen, werden mehrere verschiedene Vitamine vorgeschlagen. Zu den am häufigsten empfohlenen Vitaminen zählt das Vitamin C, sowie die B-Vitamine Nicotinamid (Niacin), Pantothensäure und Pyridoxin (Vitamin B6).

Bei der oft Erfolg versprechenden Kombination von Vitamin B6 mit Magnesium ist es noch unklar, warum diese Kombination manchen autistischen Patienten hilft und welche langfristigen Nebeneffekte zu erwarten sind.

Mit Nachdruck wird hervorgehoben, dass hohe Dosen einzelner Vitamine (v.a. Vitamin D und A) ernstzunehmende Nebeneffekte provozieren können. Aus diesem

Grund sollte eine Megavitamintherapie nie ohne ärztliche Aufsicht durchgeführt werden. ([http://www.unc.edu/depts/teach/teach\\_i.htm](http://www.unc.edu/depts/teach/teach_i.htm), 23.11.00)

### 2.3.2.2. Therapie mit Opiatantagonisten

Opiate zählen als Analgetika zur Gruppe der Nicht-Psychopharmaka mit psychischen Effekten (LAUX, 1992). Opiate lindern Schmerzen. Bisher ist es nicht gelungen, auch nur annähernd so wirksame Schmerzmittel zu finden. Der Einsatz von Opiaten ist problematisch, weil sie abhängig machen.

Als Beispiele für Opiate sind zu nennen: Opium, Morphium, Diamorphin (Heroin), Codein oder Fentanyl. Alle Opiate wirken schmerzhemmend, wobei weniger die sensorische Komponente (Schmerzlokalisierung) als die emotionale Komponente (Schmerzerleben) beeinflusst werden (ELBERT & ROCKSTROH, 1993, S. 87). Bei vielen autistischen Menschen wurde eine erhöhte Konzentration an körpereigenen Opiaten im Blut gemessen; dieser Umstand erklärt auch die Tatsache, dass viele autistische Menschen ein scheinbar geringeres Schmerzempfinden haben, was auch Ursache von fremd- oder selbstverletzenden Verhaltensweisen (z.B. Autoaggressionen) sein könnte.

Opiatantagonist bedeutet, das Präparat selbst besitzt keine agonistischen oder morphinähnlichen Eigenschaften. In Abwesenheit von Opioiden oder gemischt wirkenden Agonisten zeigt das Präparat keine pharmakologische Eigenwirkung (AUSTRIA-CODEX, 1991, S. 1280). Der Therapie mit Opiatantagonisten liegt die Hypothese zugrunde, dass die soziale Störung autistischer Menschen auf die gesteigerte Aktivität des endogenen Opiatsystems zurückzuführen ist. Autistische Menschen mit der Tendenz zur Selbstschädigung haben offenbar eine höhere Toleranzgrenze bei der Schmerzempfindung. Opiatblocker setzen die Schmerzgrenze herab, verstärken so die Schmerzwahrnehmung und erzielen dadurch eine Verminderung des selbstschädigenden Verhaltens. Weiters kommt es zur Reduktion des hyperaktiven, aggressiven und zurückgezogenen Verhaltens.

Beispiele für Opiatantagonisten sind die Wirkstoffe Naloxon, Levallorphan und Naltrexon (z.B. Nemexin). Letzteres blockiert die pharmakologische Wirkung verabreichter Opiode. Als Nebenwirkungen sind u.a. beobachtet worden: Bauchschmerzen, Magen-Darm-Krämpfe, Kopfschmerz, Schlafstörungen, Angstzustände, Antriebsverlust, Hautausschläge, Muskelschmerzen. Die Leberfunktion ist vor und während der Behandlung zu kontrollieren.

## 2.4. Sprachlich-musische Therapien

### 2.4.1. Logopädie

Bei vielen Kindern weicht die Sprachentwicklung von der Norm ab. Auch im Alter von 3 oder 4 Jahren sprechen diese Kinder nicht oder nur wenige, oft unverständliche Worte. Sie können Sprache offenbar nicht einfach nebenbei erlernen, sondern benötigen spezielle therapeutische Unterstützung. Praktisch alle Kinder, die die Sprache nicht in altersentsprechender Weise produzieren und gebrauchen können, zeigen Auffälligkeiten im emotionalen, sozialen und Spiel-Verhalten. Dies gilt insbesondere auch für autistische Kinder. Logopädie (wörtl. übersetzt: „Stimm- und Spracherziehung“) kann hier eine förderliche Maßnahme sein, wobei die Elternberatung einen besonders wichtigen Stellenwert einnimmt. Die Arbeit mit dem Kind ist ein spielerisches Herantasten an non-verbale und verbale Kommunikation.

Nach BARTON & LATTINGER (2001) werden bei der gestörten Sprachentwicklung folgende Differenzierungen vorgenommen:

- das eingeschränkte Sprachverständnis: das Gehör des Kindes ist intakt, aber die Bedeutung von Wörtern und Sätzen wird nicht verstanden
- die Sprachentwicklungsverzögerung: die Sprachentwicklung verläuft in den vier Bereichen - Sprachverständnis, Artikulation, Wortschatz, Grammatik - zeitlich verzögert
- die Sprachentwicklungsstörung: Sprachverständnisstörung, Dyslalie, eingeschränkter Wortschatz, Dysgrammatikalismus treten gemeinsam auf

Auch bei der sprachlichen Förderung muss das Therapiekonzept individuell für das jeweilige Kind erstellt werden, abhängig von

- dem Entwicklungsstand und den Möglichkeiten des Kindes,
- den eigentlichen Schwierigkeiten und spezifischen Bedingungen des Kindes,
- den Stärken, der Belastbarkeit und auch von den Interessen des Kindes.

Das wichtigste Ziel einer logopädischen Therapie ist, den Sinn von Sprache und Sprechen zu vermitteln, die Sprechfreude zu wecken und zu fördern und dem Kind Selbstvertrauen in die eigenen sprachlichen Leistungen zu geben. Dies kann auf sehr spielerische Weise geschehen, es kann aber durchaus auch notwendig sein, mit z.B. verhaltenstherapeutischen Mitteln bestimmte Therapieinhalte zu erarbeiten.

Therapieschwerpunkte in der sprachlichen Förderung autistischer Kinder können z.B. sein:

- Imitationstraining (von Geräuschen, Bewegungen und Gesten, eventuell auch von Lauten)
- Intonationstraining (hohe/tiefe Stimme, laut/leise, Fragesätze)
- Verbesserung des passiven Wortschatzes (Verstehen von einzelnen Wörtern und Begriffen)
- Verbesserung des Sprachverständnisses (Verstehen von sprachlichen Zusammenhängen und komplexen Inhalten)
- Aufbau des aktiven Wortschatzes, der Grammatik und des Satzbaus
- Artikulationstraining (Lautanbahnung, Lautkorrektur)
- Einüben von Alltagssituationen (einkaufen, telefonieren, etc.)

Da Sprache und Sprechen niemals als isolierte Leistung oder Fähigkeit gesehen werden kann, ist es wichtig, die Gesamtentwicklung des Kindes in der Therapie zu berücksichtigen. Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Therapeuten und - wie bereits erwähnt – den Bezugspersonen, die mit dem Kind zu tun haben, ist deshalb unbedingt notwendig.

#### **2.4.2. Aktive Musiktherapie nach NORDOFF & ROBBINS (1978)**

Da es eine Vielzahl verschiedener Arten von Musiktherapien gibt, soll im Folgenden nur diese stellvertretend vorgestellt werden.

Die Musik ist eine Brücke der Verständigung zwischen den Menschen. Melodie und Rhythmus vermögen häufig mehr auszudrücken als Worte. Die Musik verleiht kranken oder behinderten Menschen, die sich nicht verbal verständlich machen können, eine Sprache und eröffnet so einen Weg aus der Isolation.

Der amerikanische Komponist NORDOFF und die englische Sonderpädagogin ROBBINS entwickelten in den 60er Jahren eine schöpferische Musiktherapie, „und gaben so vorwiegend autistischen Kindern die Möglichkeit, ihren Gefühlen Ausdruck zu verleihen, sich selbst zu erleben und zu verwirklichen und so Kontakt zu anderen Menschen aufzubauen“ (<http://www.nordoff-robbins.de/ther/story.html>, 31.10.2001).

Anhand von Auswertungsskalen versuchten sie ihre Beobachtungen zu systematisieren und legten damit einen wesentlichen Grundstein für die Entwicklung wissenschaftlicher Arbeit in der Musiktherapie.

Seit 1978 arbeiten auch in Deutschland Musiktherapeuten mit der von NORDOFF & ROBBINS entwickelten Form der „aktiven Musiktherapie“.

Für viele schwerstbehinderte Kinder ist das Hören von Schallwellen (über die „Luftleitung“) nicht so attraktiv wie die Wahrnehmung von Schall über die vibratorische „Knochenleitung“. Vibration als Schwingung am eigenen Körper liegt dem Kind „näher“ als die rein akustische Schwingung (vgl. FRÖHLICH, 1996, S. 160f). Ein Grund dafür liegt in der primären Erfahrung der vibratorischen Reizwahrnehmung des Fötus; akustische Hörfähigkeit wird erst später entwickelt. Diese Bedeutung der rhythmisch-akustischen Erfahrung wird auch im Spielen deutlich. Alle frühen Spiele zwischen Mutter und Kind sind elementare Musik-, Rhythmik-, Bewegungs- und Sprachspiele, die an pränatalen Erfahrungen ansetzen. Sie stellen ein multi-sensorisches Angebot dar, das seine Wirkung auf das Kind durch die emotionelle Beteiligung der Mutter ausübt. Sie fördern die emotionalen und kognitiven Fähigkeiten des Kindes, die als Grundlage nötig sind, um Beziehungen zur Umwelt herzustellen (SCHUHMACHER, 1994, S. 22 f).

#### Ablauf der Musiktherapie

Der Begriff von Musik ist im Zusammenhang mit Musiktherapie weit gefasst und schließt auch elementarste Laute, Geräusche und Töne mit ein.

Meist spielt der Therapeut in den Sitzungen Klavier, der Klient ein einfach zu spielendes Instrument, wie Trommel oder Xylophon. Selbst extreme Äußerungen, wie z. B. das Weinen und Schreien autistischer Kinder, werden von den Therapeuten aufgegriffen und in Musik umgesetzt. So kann ein Dialog zwischen Kind und Therapeut entstehen. Die Sitzungen werden auf Tonband aufgezeichnet und methodisch ausgewertet. Keine Sitzung gleicht der anderen und immer muss individuell auf die Bedürfnisse und Voraussetzungen des Patienten eingegangen werden (<http://www.nordoff-robbins.de/ther/story.html>, 31.10.2001).

Im aktiven musikalischen Ausprobieren und Spielen finden persönlich bedeutsame und oft problematische Themen des Kindes Eingang in die Therapie. Seelische Störungen und Konflikte, aber auch zwischenmenschliche Schwierigkeiten, die Ursache gesellschaftlich verpönte und vorerst unverständlicher Verhaltensweisen sind, werden hörbar und können dadurch gezielt bearbeitet und „bespielt“ werden. Aufgabe der Musiktherapeut/Innen ist es, die Eigenart und Dynamik des Kindes bewusst wahrzunehmen, zu verstehen und dem Kind zu reflektieren (vgl. GATTEI, 1997, S. 12). Im Vordergrund der Musiktherapie steht nicht die Verbesserung, der Fortschritt im schulischen oder intellektuellen Bereich, sondern die Entwicklung im Bereich der Emotionalität und Kontaktfähigkeit.

Speziell bei autistischen Kindern ist die Musiktherapie eine indizierte therapeutische Maßnahme. Die Musik bietet eine nonverbale Kommunikationsform, wo

künstlerische und schöpferische Fähigkeiten in den Dialog einbezogen werden können, ohne dass die bekannten Schutzmechanismen der Kinder verletzt werden. Durch gemeinsames Improvisieren entsteht eine Art Kommunikation, die selbst für autistisch behinderte Menschen mit massiven Beeinträchtigungen möglich ist.

Es gibt viele beeindruckende Beispiele, bei denen lange völlig isoliert lebende Menschen mittels Musiktherapie erreicht werden konnten und sich das Leben in ihrem Rahmen grundsätzlich änderte.

In einem Fallbeispiel der beiden MusiktherapeutInnen GUSTORFF & NEUGEBAUER (2001) wird beschrieben, wie ein 5 1/2 jähriger autistischer Knabe über die Musiktherapie zu mehr Ausgeglichenheit und weniger Autoaggressionen gelangte und damit begann, Laute zu bilden.

Es ist bekannt, wie schwer es einem autistischen Kind fällt, sich behandeln zu lassen. In der Musiktherapie macht es dabei die Erfahrung, nicht nur behandelt zu werden, stattdessen wird das Kind selbst zum Handelnden.

Im therapeutischen Prozess werden sowohl musikalische Elemente, wie Melodie, Harmonie, Rhythmus, Intervalle, Tempo und Dynamik, als auch ein spezifisches Instrumentarium so eingesetzt, dass der Patient im aktiven Musizieren seine Einschränkungen überwinden und somit aktiv zur Heilung oder Linderung seiner Beeinträchtigung oder Krankheit beitragen kann.

## **2.5. Andere Therapien oder Behandlungsmethoden**

In diesem Kapitel sollen Therapien beschrieben werden, welche Anwendung in der Behandlung autistischer Menschen finden, deren wissenschaftliche Evaluierung in unterschiedlichem Ausmaß jedoch noch ausständig ist. Dies gilt zumindest größtenteils auch (noch!) für die Tiertherapien, die im letzten Teil dieses Kapitels beschrieben werden und die Überleitung zum Hauptthema der vorliegenden Arbeit, dem Heilpädagogischen Voltigieren darstellen.

Weiters sind in diesem Kapitel Methoden beschrieben, die gemeinhin als „Therapien“ bekannt wurden, nach kritischer Betrachtung jedoch lediglich eine Methode im Umgang mit autistischen Menschen und keine Therapie im engeren Sinne darstellen (vgl. Facilitated Communication).

Wie schon im Kapitel 1.5.7. bei den Erklärungsmodellen angeführt, sind einige Quellen das Internet oder Kopien ohne Autor- und Jahresangaben verschiedenster Vereine und Organisation (z.B. Verein EULE in Tirol).

### **2.5.7. Craniosacrale Osteopathie (STILL)**

Vor ca. 120 Jahren entwickelte Dr. Arthur Taylor STILL ein Verfahren, das sich gut in die „sanften Behandlungsmethoden“ einfügt. STILL (1828 – 1917) betrachtete den Organismus als Einheit, indem er die Mobilität aller Gewebe im Körper, seine Fähigkeit zur Selbstregulierung und den engen Zusammenhang von Struktur und Funktion aller Teile erfasste und so zur Basis seiner Methode machte. So besteht seiner Meinung nach der menschliche Körper aus drei sich gegenseitig beeinflussenden Regelkreisen. Diese sind:

- der Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Gelenke),
- die inneren Organe und
- Schädel, Wirbelsäule und Kreuzbein mit Hirn- und Rückenmarksflüssigkeit.

Der Schädel besteht aus zahlreichen Einzelknochen, die bestimmte rhythmische Einzelbewegungen durchführen. Bei einer Störung kommt es zu Veränderungen in Gehirn, Durchblutung und Hormonproduktion. So kann es bei Kindern mit schwierigen Geburten u.a. zu Entwicklungsrückständen, Lernschwierigkeiten oder Augenproblemen kommen.

Die Behandlung besteht aus sanfter und tiefgehender manueller Arbeit an

Wirbelsäule (Sacrum), Schädelknochen (Cranium), Suturen und Membranen, die dadurch in ihr natürliches Gleichgewicht gebracht werden sollen. Die Suturen werden durch ganz zarten Zug an Zeige- und Mittelfinger gelöst. Die körpereigene Flüssigkeit, die Gehirn und Rückenmark umgibt, fließt in einem regelmäßigen Rhythmus zu und ab. Folglich verändert sich das Volumen des Schädels etwa sechs- bis zwölfmal in der Minute. Kommt es nun zu Verhärtungen im Gewebe, so ist der Kreislauf gestört und es kommt zu Beschwerden.

Durch die behutsame Aktivierung der körpereigenen Selbstheilungskräfte erlaubt diese Methode einen Einsatz in der Prävention und Rehabilitation.

#### **2.5.8. Differentielle Beziehungstherapie nach JANETZKE**

Die Information zur Differentiellen Beziehungstherapie stammt aus einem Artikel der Zeitschrift „PSYCHOLOGIE HEUTE“ vom Februar 1997 (Autorin: Sannah KOCH), in dem keine Jahreszahl angeführt wird.

Diese Methode ist eine ganzheitliche, beziehungsfördernde Behandlung, die die emotionalen, geistigen und sprachlichen Fähigkeiten entwickeln und die Kinder in einem sozial-kommunikativen Prozess miteinbeziehen will. Dabei werden die Auffälligkeiten (z.B. Stereotypen) der Kinder als Anknüpfungspunkt zur Kontaktabbauung benutzt. Der Therapeut bezieht sich zunächst einmal strikt auf die sichtbaren Verhaltensweisen des Kindes, bietet sich ihm als „gut funktionierendes Objekt“ an und versucht so, ein unentbehrlicher Teil der stereotypen Beschäftigung des Kindes zu werden. Wenn vom Kind diese ersten Kontaktangebote aufgegriffen werden, werden nach und nach neue Handlungselemente in das Spiel eingebaut. Das Kind lernt so, dass es mehr Spaß macht, sich mit Menschen, statt ausschließlich mit Dingen zu beschäftigen. Wichtig dabei ist, stets auf die Mimik und Gestik des Kindes zu achten und zu akzeptieren, wenn das Kind nicht mehr auf die Angebote einsteigt. Abwehr und Rückzug sind wichtige Rückmeldungen in der Arbeit.

### 2.5.9. Substituierend Dialogisch-Kooperative Handlungs-Therapie (SDKHT) nach FEUSER (2000)

Das vorliegende Kapitel versteht sich als Zusammenfassung (vgl. GRUBICH, R. unveröff. Manuskript, 2001) der wichtigsten Aspekte der Substituierend Dialogisch-Kooperative Handlungs-Therapie, die Dr. Georg FEUSER im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung für Lehrer/Innen und mit Autismus befassten Personen referierte. Die Jahreszahl bezieht sich auf diese genannte Fortbildung da bis dato noch keine wissenschaftliche Publikation erfolgte; tatsächlich arbeiten aber Dr. Georg FEUSER und sein Team in Bremen schon seit mehreren Jahren nach dieser Methode.

Ausgehend von der Überlegung, dass Stereotypien (S) und selbstverletzende Verhaltensweisen (SVV) des autistischen Menschen Ausdruck einer Beziehung zur Umwelt sind und eben nicht Ausdruck ihres Rückzuges aus dieser, hat FEUSER die SDKHT entwickelt. In der Regel sind dabei drei Personen (P1, P2, P3; Pädagogen oder Therapeuten) tätig, die mit dem Klienten kooperieren und interagieren, wobei der Klient stets aktiv handelndes Subjekt bleibt.

- **P1: ist Beziehungspartner vor dem Klienten, im Vis-a-vis-Kontakt handelnd.** P1 kann in Kooperation mit dem Klienten mittels Dialog und Kommunikation jene Aufgaben bearbeiten, die für die Bewältigung von Alltagssituationen notwendig sind. Dabei ist auf höchst mögliches kulturelles Niveau und auf die pädagogischen Notwendigkeiten zu achten. So erfährt der Klient neben neuen Sinnbildungsprozessen (siehe P2) auch eine Bedeutungsvermittlung der in Kooperation mit P1 erfahrenen Handlungszusammenhänge. Es wird ihm bewusst, welche Bedeutung die gemeinsame Tätigkeit (mit P1) für sein Leben in der Gemeinschaft hat.
- **P2: repräsentiert das am DU zustande gekommene ICH** des Klienten und ersetzt (substituiert) das zu Anteilen nicht am DU zustande gekommene oder am DU zerbrochene oder blockierte ICH des Klienten. Es entsteht eine Bindung zwischen P2 und dem Klienten, die Sicherheit, Vertrauen und Angstfreiheit bewirkt. P2 **handelt meist hinter dem Klienten und mit ihm.** P2 bietet dem Klienten Schutz davor, sich z.B. selbst schlagen zu müssen. P2 bietet dadurch dem Klienten die Erfahrung, dass die psychische Stabilität auch ohne Selbstverletzungen aufrecht erhalten bleiben kann. Dies geschieht durch hoch synchronisiertes gemeinsames Handeln anhand kooperativen Tuns am „gemeinsamen Gegenstand“. So kann dem Klienten eine neue

„Lebensperspektive“ und eine auf die Mitmenschen (und nicht nur eine mittels unbelebter Systeme auf sich selbst) gerichtete Sinnbildung vermittelt werden.

P2 ermöglicht das Handeln des Klienten und hat es nicht zu verhindern, auch wenn es im Sinne der Aufgabenstellung durch P1 „falsch“ wäre. Fehler zu vermeiden ist Aufgabe von P1. So kann der „bindungs-substituierende“ Charakter von P2 hergestellt und aufrechterhalten werden. P2 sorgt nicht dafür, dass es die anderen Kooperationspartner leichter haben.

Kommt es zur Blockierung oder zum Zusammenbruch der psychischen Stabilität des Klienten (z.B. auch durch Scheitern des Dialoges zwischen P1 und Klient oder unangemessenen Aufforderungen in der Kooperation), dann übernimmt P2 die Führung des Dialoges, bis der Klient sich wieder stabilisiert hat. P1 ist in dieser Situation im „Aus“ („eingefroren“) und fährt erst auf ein Zeichen von P2 mit dem Dialog fort. (dies ruhig, entspannt, ohne Kommentar, als wäre nichts gewesen.) Tadelnde oder strafende Verfahrensweisen haben im Sinne der Therapie negative Auswirkungen.

- **P3:** hat im Wesentlichen zwei Aufgabenfelder.
  - a) **assistierend/lernfeldstrukturierend:** Sollte es im „Handlungsumfeld“, trotz sorgfältiger Vorbereitung, zu „Hindernissen“/„Problemen“ kommen, die die Handlungen des Klienten erschweren oder scheitern lassen würden, so ist es Aufgabe von P3, diese zu beseitigen.
  - b) **als Modell:** P3 **führt alle Anforderungen**, die in der Kooperation von P1 an den Klienten gestellt werden, **modellhaft** (d.h. in Bewegung, Mimik, Gestik und Ausführung demonstrativ sehr deutlich und klar) **durch**. Somit hat der Klient ein Modell zum „Abschauen“. Bei fortschreitender Komplexität des Beziehungsgeflechtes kann P3 auch vom Klienten selbst in die Interaktion oder Kommunikation einbezogen werden. P3 bringt sich aber selbst nicht in die Kooperation zwischen P1 und Klient oder P2 und Klient ein (außer dies wäre zuvor geplant und abgesprochen gewesen). Wenn von Anfang an P3 weder für die eine, noch für die andere Aufgabe benötigt wird, übernimmt sie von Anfang an die Position eines „normalen“ Interaktionspartners im gemeinsamen Handlungsfeld.

Für die Durchführung sind von allen drei Personen gewisse „Forderungen“ einzuhalten:

- die Struktur der eigenen Handlungen an lernpsychologisch fundierten Gesetzmäßigkeiten zu orientieren („Errege Aufmerksamkeit!“),
- stabile raum-zeitliche Gliederung des Ablaufes (Was passiert wo und wann?),
- systematisch curricular-didaktische Aufbereitung der Inhalte (Wie müssen die Inhalte aufbereitet sein, sodass eine Vermittlung auf höchst möglichem Niveau stattfinden kann?),
- Ausweitung der therapeutischen Handlungsfelder in reguläre „Lebensfelder“,
- Realisierung des P1-P2-Settings in allen Zusammenhängen

Die SDKHT erfordert höchste Abstimmung aller an der Planung und Durchführung beteiligten Personen. Es ergibt sich weiterhin die Notwendigkeit einer fundierten Ausbildung unter Supervision, die auch später immer wieder erforderlich sein kann bzw. eine Therapie begleiten sollte.

Diese Therapieform findet u.a. Anwendung beim Erlernen der Alltagsroutine (z.B. beim Ankleiden, bei der Zubereitung von Speisen).

### **2.5.10. Tiertherapien**

Dr. Boris LEVINSON, ein New Yorker Psychiater stellte Anfang der 70er Jahre fest, dass die Anwesenheit von Haustieren in einer psychotherapeutischen Sitzung von Vorteil war. Er konnte auch tatsächlich beweisen, dass Katzen z.B. den Klienten beruhigen und ihnen dabei helfen, sich zu öffnen. Inspiriert durch diese Feststellung zogen Psychologen los, um die verschiedensten Tiere auf ihre psychologische Wirksamkeit hin zu testen.

1969 veröffentlichte er sein Buch „Tier-orientierte Kinder-Psychotherapie“. (vgl. <http://www.dolphinswim.net/Welcomepage.html>, 30.11.00).

Die Bedeutung der Tiere für den Menschen wurde im deutschsprachigen Raum erst in den 90er Jahren intensiv erforscht, was dazu beigetragen hat, dass Tiertherapien vermehrt zum Einsatz kamen.

In den USA vertraut man schon länger auf die Wirkung der Tiere. So gibt es z.B. in Putnam County (60 Meilen nördl. von New York) eine Farm „Green Chimneys“, wo ca. 100 Jugendliche mit 300 mehr oder weniger exotischen Tieren zusammenleben. Sam ROSS, der Gründer dieser Farm, wollte 1948 ein normales Internat aufbauen

und mit den Tieren für eine freundlichere Atmosphäre sorgen; diese Idee hat sich mittlerweile zu einem weltweit beachtete Langzeit-Therapie-Projekt für Getto-Kinder entwickelt. Unter den Farmtieren gibt es Charaktere für unterschiedliche Bedürfnisse: Scheue Polarfüchse, die sich kaum annähern, empfindsame Esel, die Durchhaltevermögen erfordern, Raubvögel, die unabhängig sind und Leguane mit starken Panzerschuppen. „Tiere lehren ein Paradox. Sie machen den Kindern klar, dass sich Hunger nach Liebe, Aufmerksamkeit und Fürsorge ein Stück weit stillen lässt, wenn es gelingt, selbst fürsorglich zu sein“ (TÜGEL, 2001, S. 103).

Im Folgenden sollen einige Untersuchungen vorgestellt werden:

In der Psychoanalyse war das Tier lange Zeit unbeachtet. Einzige Ausnahme bildet eine psychoanalytische Abhandlung über Perversionen mit Tieren aus dem Jahre 1968. Die Rolle der Tiere war, dem Zeitgeist entsprechend, eine sehr abgewertete; Tiere wurden abgetan als Gefühlsduselei, Bagatellen oder Dekorationen.

Der deutsche Psychologe BERGLER (1989,1996) untersuchte Hunde- und Katzenbesitzer und fand neben unterschiedlichen Persönlichkeits-eigenschaften dieser beiden Gruppen auch wesentliche Unterschiede zwischen Tierhaltern und Personen ohne Haustiere: Letztere Gruppe legt großen Wert auf Ordnung und Sauberkeit im eigenen Hause, zeigt ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Unabhängigkeit und die Tendenz sozialen Verpflichtungen aus dem Wege zu gehen.

Eine Reihe von englischen und amerikanischen Studien belegt, dass für Risikogruppen, ältere Menschen, kranke oder behinderte Menschen, aber auch Alleinlebende und Arbeitslose die Tierhaltung zu mehr Lebensfreude und Ausgleich des emotionalen und sozialen Defizits führen kann (vgl. RHEINZ, 1994).

In unzähligen Experimenten konnte bewiesen werden, dass Haustierbesitzer unter den Auswirkungen von künstlichem Stress deutlich weniger beeinträchtigt wurden als die tierlose Vergleichsgruppe. Besonders beeindruckend sind die Versuche der amerikanischen Pharmakologin Karen ALLEN (zit. nach TÜGEL, 2001). In einem ihrer jüngsten Versuchsanordnungen beobachtete sie 48 Börsenmakler aus New York City, die wegen Bluthochdruck ACE-Hemmer einnahmen. Alle waren nicht rauchende Singles, lebten seit mindestens fünf Jahren ohne Tier, waren aber bereit, im Verlauf der Untersuchung eines anzuschaffen. Die Hälfte der Gruppe wurde nach dem Zufallsprinzip dafür ausgewählt; diese lebte fortan mit einem Haustier. Nach 6 Monaten erfolgte ein Stresstest. Es zeigte sich, dass die Körperfunktionen der neuen Haustierbesitzer stabiler blieben als die der Kontrollgruppe.

In einem weiteren Experiment aus dem Jahr 2000 bezog ALLEN natürliche Stressfaktoren mit ein. Sie wählte Probanden, welche zu Hause einen Ehepartner

mit Gehirnverletzungen zu versorgen hatten. In kritischen Situationen stiegen die Blutdruckwerte dieser belasteten Versuchspersonen in die Höhe, noch stärker als dies beim inszenierten Stress der früheren Experimente der Fall war. Wie auch in der obigen Versuchsanordnung bekam die eine Hälfte der Kandidaten ein Haustier, diesmal einen Hund. Nach einem halben Jahr blieb deren Blutdruck in Stresszeiten fast auf normalem Niveau, während er bei der Kontrollgruppe erheblich stieg. Nachdem auch die Personen aus dieser Gruppe mit Hunden versorgt worden waren, verschwanden die Unterschiede zwischen den beide Gruppen (TÜGEL, 2001, S. 99).

Eine frühere Studie aus den 80er Jahren bewies, dass der Haustierbesitz ein entscheidendes Kriterium für das Überleben nach einem Herzinfarkt darstellt. Die Vermutung, die zusätzliche Bewegung beim Spaziergehen mit dem Hund sei dafür verantwortlich, bewahrheitete sich nicht. Katzen, Fische und Vögel erwiesen sich als ebenso hilfreich (FRIEDMANN in TÜGEL, 2001).

In einer aktuellen, klinischen Studie an der 2. Psychiatrischen Abteilung des Psychiatrischen Krankenhauses Baumgartner Höhe/Pavillon IV wurde auf der Abteilung für Gerontopsychiatrie die Auswirkung des Patientenbesuchs mit Tieren auf den Krankheitsverlauf der Alzheimerschen Erkrankung untersucht.

Aus der genannten Abteilung wurden 27 Patienten in die Untersuchung mit einbezogen. Diese Patienten wurden zweimal pro Woche für jeweils zwei Stunden von Studenten der Veterinärmedizinischen Universität mit ihren Tieren (Hunde, Katzen, Kaninchen, Meerschweinchen und Ratten) besucht. Parallel wurde ein kognitives Gedächtnistraining dreimal pro Woche von jeweils 30 bis 45 Minuten durchgeführt. Insgesamt wurde jedem Patienten diese Behandlung acht Wochen zuteil. Da einige Patienten während der Untersuchung in Pflegeheimen untergebracht werden mussten, standen nur von 14 Patienten vollständige Datensätze für die statistische Auswertung zur Verfügung. Zu Beginn und am Ende der Studie wurden die Patienten mittels des ADAS-Test (Alzheimers Disease Assessment Scale) und des MMS-Test (Mini-Mental-State) geprüft.

Trotz nicht vorliegender Normalverteilung und geringer Patientenzahl ergaben sich bei einigen Parametern signifikante Ergebnisse: Die depressive Verstimmung, das Abzeichnen von vorgegebenen Figuren, die Konzentrationsfähigkeit sowie das Wiedererkennen vorgegebener Begriffe verbesserte sich.

Tendenzielle Besserungen waren bei der freien Reproduktion (ein Gedächtnisparameter), der Orientierung, dem Sprachausdruck sowie der Weinerlichkeit der Patienten zu verzeichnen.

Es ist zu vermuten, dass die wichtigste und tiertherapiespezifische Veränderung die Besserung der depressiven Verstimmung ist: Dadurch wird eine allgemeine Aktivierung und Anhebung des Motivationsniveaus erreicht, die auch die Bereitschaft zum kognitiven Gedächtnistraining beim Patienten erhöht.

In einer weiterführenden Studie werden weitere Patienten nur mittels kognitiven Gedächtnistrainings behandelt, um festzustellen, ob die Besserung mehr auf die Tiertherapie oder mehr auf das kognitive Gedächtnistraining zurückzuführen ist.

Ebenfalls in einer heimischen Institution, dem Geriatriezentrum am Wienerwald, gibt es Hunde, Katzen, Vögel, Fische und Kaninchen. Dr. Eva FUCHSWANS, Chefärztin dieser Abteilung, die mit 2700 Bewohnern das größte Pflegeheim Europas ist, bestätigt, dass sich die Situation auf den Stationen seit der Anwesenheit der Tiere spürbar zum Positiven geändert hat. Zudem ist das Burn-out-Syndrom beim Personal weniger verbreitet, die Krankenstände seltener als anderswo (vgl. TÜGEL, 2001).

Das Tier wird in einer Welt der Unberechenbarkeit, in einer Gesellschaft, die auf allen Ebenen, beruflich ebenso wie persönlich, das Ausrangieren und Auswechseln so erfolgreich praktiziert, zu einem Kraftreservoir und einem Verbündeten des eigenen Selbst (vgl. RHEINZ, 1994).

#### **2.5.10.1. Zur Psychologie der Mensch-Tier-Beziehung**

Der überwiegende Teil der Bevölkerung lebt in dicht besiedelten Gebieten, entfernt sich immer mehr von der Natur, körperlich und häufig auch geistig. In unserer technologisch geprägten Umwelt, extrem gar in der virtuellen Welt, kann sich der Mensch emotional oft nicht mehr voll entwickeln. Wenn wir tagsüber in Städte gefeiert werden, unsere Freizeit hauptsächlich im Auto verbringen und die Nächte im Internet versurfen, bleibt ein Teil von uns auf der Strecke. Besonders benachteiligt sind in der heutigen Zeit Randgruppen - wie alte oder behinderte Menschen - die nicht ins Bild der jungen, dynamischen Lebensweise von heute passen. Hier sind Tiere der letzte Draht zur Natur. Sie helfen, besonders alten Menschen, den Kontakt zur Außenwelt zu behalten ([http://www.tiere\\_als\\_therapie.org](http://www.tiere_als_therapie.org), 31.10.01).

Erklärungen für derartige wissenschaftlich belegbare Fakten der positiven Wirkung einer Mensch-Tier-Beziehung für den Menschen gibt es viele. „Die Beziehung zum Tier kann (wie eine therapeutische Beziehung) zu einer sicheren Basis werden, gerade für jenen Menschen, der affektiv labil ist, dem es als Folge des lästigen

Erbes der Kindheit und beharrlich entmutigender Mitmenschen nicht gelingt, eine affektive Beziehung zu einem Artgenossen aufrechtzuerhalten“ (RHEINZ, 1994, S. 84). Demnach halten Tiere her, wenn es an menschlichen Partnern mangelt, aber kann man Mensch-Tier-Beziehungen wirklich so nüchtern betrachten?

Auch andere Erklärungen sind plausibel, wie jene, die besagt, dass Tiere das menschliche Gegenüber nicht in Kategorien wie „schön“, „hässlich“, „weiß“, „schwarz“, „berühmt“, „behindert“, u.s.w. einteilen, sondern dem Menschen vorurteilsfrei gegenüber treten. Wem es gelingt, eine Beziehung zu einem Tier aufzubauen, fühlt sich als Person angenommen. Der Mensch muss sich auf Kommunikation nach Tierart einlassen, nämlich auf direkte und eindeutige Signale. Vielschichtigkeiten, Vorwürfe und Verstellungen haben keinen Platz, eine – für viele Menschen – sehr entlastete Erfahrung. Das Tier nimmt bedingungslos und vertrauensvoll das menschliche Gegenüber an, oder lehnt es genauso klar ab. Zweiteres, die Ablehnung, kommt tatsächlich viel seltener vor als wir Menschen es vom menschlichen Gegenüber gewohnt sind.

Kommunikation ohne Worte, nur durch Körperkontakt und Körpersprache, ist jedenfalls viel eindeutiger als die gesprochene Sprache, die ja bekanntlich eine Quelle von Missverständnissen ist. Die Kommunikation der Tiere ist unmissverständlich und authentisch, frei von allen Zwischentönen, wie Zynismus und unterschwellige Mitteilungen.

Wir erlauben uns in der Gegenwart von Tieren eher Emotionen zu zeigen. Kaum jemand kann umhin, einen süßen Hund zu streicheln oder ein paar nette Worte für ihn übrig zu haben. In unserer menschlichen und vor allem westlichen Gesellschaft hindern uns Regeln und Konventionen daran, andere Menschen einfach anzusprechen oder gar zu berühren. In der Gegenwart von Tieren können negative Gefühle, wie Trauer, leichter zugelassen werden. Für viele Menschen bleibt nach dem Ableben des Lebenspartners nur mehr der Hund als Gefährte. ALLEN (nach TÜGEL, 2001) berichtet über Gespräche mit Witwen, die übereinstimmend ausgesagt haben, dass ihnen ihre Hunde über den Tod des Ehepartners hinweggeholfen haben.

In diesem Zusammenhang ist auch die soziale Bedeutung erwähnenswert: Neben der Tröster-Rolle des Hundes hat dieser auch eine wesentliche Bedeutung als Kontaktstifter. In einem Versuch der beiden Psychologinnen McNICHOLAS & COLLIS (nach TÜGEL, 2001) zeigte sich, dass die Anzahl der Interaktionen deutlich höher war, wenn ein Mensch einen Hund bei sich hatte als ohne Hund. Um auch sicher zu gehen, dass die Anwesenheit des Hundes an der Leine dafür ausschlaggebend war, und nicht etwa die äußere Erscheinung, wurde die

Versuchsordnung entsprechend variiert. Das Ergebnis war, dass die Paarung adrettes Herrchen plus Hund am meisten Kontakte einbrachte, dicht gefolgt von der Kombination Herrchen in ungepflegter Kleidung plus Hund; diese Paarung erhielt aber immer noch signifikant mehr Kontaktangebote als ein Mann – egal in welcher Erscheinung – ohne Hund.

„Mensch und Tier sind Bindungstiere“ (RHEINZ, 1994, S. 88). Das heißt, zum Überleben benötigen sie nicht nur Nahrung und Schutz vor den Härten der Natur, sondern ebenso affektive, psychische „Nahrung“. Neben den vitalen müssen auch die emotionalen und sozialen Grundbedürfnisse erfüllt sein. Dramatisch demonstriert wird diese Bindungstheorie in den Experimenten mit Rhesusaffen von HARLOW & HARLOW (1958): Rhesusaffenkinder, die von ihrer Mutter getrennt wurden und denen Forscher verschiedene Mutter-Attrappen anboten, klammerten sich an die weiche und wärmende Attrappe, und nicht an die Metallfigur, bei der sie Futter erhielten.

Bindungsverhalten lässt sich von Nahrungssuche und Sexualverhalten abgrenzen und stellt eine eigene Verhaltenskategorie dar. Mensch und Tier wünschen eine kontinuierliche Bindung.

Besonders für Kinder – seien es nun behinderte oder nicht-behinderte – stellt die Anwesenheit von Tieren einen Gefühlsanker dar. Für das vereinsamte, abgekapselte Kind wird das Tier zur Brücke, die es zur Welt der Menschen führt. Das Tier ermöglicht dem Kind Selbstentwicklung, wie sie eigentlich bereits in den ersten Monaten nach der Geburt hätte stattfinden müssen: „Das Tier ermöglicht dem Kind, wieder zu den Anfängen der psychischen Entwicklung zurückzukehren, in jene beruhigenden Zustände des Eins-Seins mit dem Mutterleib, der Natur, die FREUD einst die „ozeanischen Gefühle“ nannte“ (RHEINZ, 1994, S. 92).

„Wer Tiere an sich bindet, wird mit einer Gefühlsintensität und Stabilität der Beziehung belohnt, die in der Welt der Erwachsenen kaum mehr anzutreffen ist“ (S. 94).

#### **2.5.10.2. Die Mensch-Tier-Beziehung im Spannungsfeld von Missbrauch und Idealisierung**

„Tierliebe ist die Suche nach einem Objekt, von dem man geliebt wird“ (UNSHELM zit. nach RHEINZ, 1994).

Der Umgang von uns Menschen mit den Tieren hat oftmals missbräuchlichen Charakter. Nicht-artgemäße Zootierhaltung und Nutztierhaltung wie Tierversuche

im Labor zu unterschiedlichen Zwecken sind dabei nur die offensichtlichsten Varianten. Oftmals jedoch hat auch die „ganz normale Heimtierhaltung“ Facetten davon, worauf im Folgenden näher eingegangen werden soll.

Zum Impuls, sich ein Tier zu halten, tritt der Wunsch nach Veränderung. Die Lebensumstände sollen von Grund auf verändert werden, das Leben anders eingerichtet werden. Oft ist die Beziehung zum Tier mit großen Erwartungen verknüpft, Erwartungen, die sich auf einer vorbewussten Ebene in Projektionen äußern und die nur selten etwas mit der Wirklichkeit des Tieres und seinen natürlichen Bedürfnissen zu tun haben. Das Tier ermöglicht sozusagen eine zweite „psychische Geburt“. Tiere sind zumeist geduldiger als menschliche Partner, sind gelehrig und sind abhängig. So wird das Tier „zum Prototyp des narzisstischen Objekts, das vom beängstigenden Fehlen eines menschlichen Du ablenkt“ (S. 95).

Auf diese Art werden Tiere „benutzt“, sie sind einerseits den menschlichen Allmachtswünschen ausgeliefert, während ihnen andererseits magische Eigenschaften zugesprochen werden, die es überfordern.

Das Zusammenleben mit dem Tier zeigt die Einstellung und Motive: Will es der Mensch als eigenständiges Lebewesen akzeptieren oder nur den eigenen Bedürfnissen egozentrisch unterordnen? Der Mensch bewundert die Wildheit oder die Sanftmut des Tieres nur solange, wie wir sie uns selbst erträumen, was einer Verzerrung der Wirklichkeit gleichkommt, die oft dramatisch endet – für das Tier freilich. Hunderttausende von Tieren werden jährlich ausgesetzt, ins Tierheim gegeben und zeugen davon, wie leichtfertig die Menschen bereit sind, das, was sie als gut und wertvoll erachten wieder von sich zu stoßen.

Ein weiterer Aspekt ist die Verantwortung für ein altes oder krankes Tier zu tragen. Die Menschen wünschen sich junge und vitale Tiere, die vor Lebendigkeit nur so strotzen. So wie es uns in den unzähligen Werbespots für Tiernahrung vorgegaukelt wird. Der Mensch fühlt sich nicht wohl in der Gesellschaft eines alternden Tieres, weil es ihn an sein eigenes näherrückendes Alter erinnert.

RHEINZ (1994) stellt verschiedene Charaktertypen vor und schlüsselt ihre Motive auf, sich Tiere zu halten. In Anlehnung an die Persönlichkeiten, die RIEMANN 1991 beschrieben hat, sollen die wichtigsten vorgestellt werden (siehe dazu auch Kap. 2.1.2.). Auch hier gilt, dass die Typenzuordnungen nicht primär als pathogene Merkmalsbeschreibungen verstanden werden dürfen.



Das Tier des Depressiven: Für ihn ist die Liebe, das Liebenwollen und Geliebtwerdenwollen das Wichtigste im Leben. Sein Tier soll schützen und behüten, den Menschen mit emotionaler Nahrung versorgen. Dieser leugnet jegliches Eigenleben seines Tiers; seine depressive Liebe zum Tier hat den Charakter des Aussaugens und Anklammerns und führt unweigerlich zum Verlust der Eigeninitiative. Das Gefühl gebraucht zu werden in Verbindung mit der alles überschreitenden Loyalität sind die Motive dieser Liebe; es weicht ihm nicht von der Seite, wenn er krank ist oder ein seelisches Tief durchlebt. Nicht selten ist das Mitleid zum Tier ausschlaggebend für den Entschluss, sich eines zuzulegen, wie z.B. ein frierender Hundewelpen, welcher einem aus der Auslage entgegenwinkelt, ein aufgefundenes Kätzchen, u.s.w. Doch Mitleid ist kein guter Beginn für eine Beziehung. Nicht selten verbirgt sich dahinter der Ehrgeiz, über die Kreatur nunmehr mit Haut und Haaren verfügen zu können. Oft entwickelt sich daraus ein großer Drang, vom Tier bestätigt zu werden: „Männchen-Machen“, „Pfötchen-Geben“ und andere Gesten der Unterwerfung sind die beschämende Folge davon.

Für viele depressive Menschen sind Haustiere Selbstheilungsversuche als Folge gescheiteter Partnerbeziehungen. „Tiere sind immer für einen da, haben nie schlechte Laune, sind nie nachtragend. Sie lieben ohne Vorbehalte und lehren den Menschen Geduld und Einfühlungsvermögen. „Sie trösten mich“ antworten Interviewpartner auf die Frage nach ihren Motiven für ein Tier. Die Vereinnahmung führt nicht selten dazu, dass der Depressive testamentarisch anordnet, das Tier nach seinem Tode einzuschläfern – aus reinem Altruismus natürlich, um dem Tier jegliche Leiden und schlimme Erfahrungen mit anderen Menschen zu ersparen.

Stirbt hingegen das Tier, so ist dieser Verlust mit dem Tod eines nahestehenden Menschen vergleichbar. Der depressive Mensch stürzt durch den Tod des Tieres in Verzweiflung. „Das Defizit an Unterstützung durch Menschen wird nun umso schmerzlicher bewusst. ...nun fehlt das Tier, das die Menschen ersetzte. Eine unerträgliche, lebensbedrohliche Situation“ (RHEINZ, 1994, S. 116). Daraus hat sich das Bedürfnis nach Tierfriedhöfen, die in größeren Städten schon üblich sind, entwickelt. Was von manchen als lächerlich empfunden wird, ist für den Depressiven selbstverständlich und eine wichtige psychohygienische Maßnahme.

- ❖ Das Tier des Ängstlichen: Das Tier übernimmt die Rolle des Seelenrösters, lässt nicht allein und hilft gegen die Haltlosigkeit im Leben. Mit dem Tier an der Leine kann der Ängstliche zuversichtlicher sein. „Das Tier wird zum

Verbündeten mit den angstfreien Bereichen des Ich und stärkt die Ich-Autonomie“ (RHEINZ, 1994, S. 123). Es ist Schutztier, das die Angst vor Liebesverlust ebenso abwehrt, wie die Angst vor dem Fremden. „Es ist immer jemand da, wenn ich von der Arbeit in die Wohnung zurückkomme. Und er freut sich sogar darüber, wenn er mich sieht“ beschreibt eine Befragte ihren Hund.

Unstetigkeit, sowohl in der beruflichen, wie auch in der privaten Welt ist heute Kennzeichen unserer Gesellschaft. Der Trend geht weg von „Lebensstellungen“ in denen man 25, 30 ja sogar 40 Jahre bei derselben Firma arbeitet. Konkurrenz und Wettbewerb, Konkurse und andere Veränderungen zwingen oft zu ungeplanten oder überraschenden Wechsel der Firma oder sogar des Berufes. Ein ähnliches Bild zeigt sich in der Welt der Beziehungen. Lebenslange Beziehungen („...bis das der Tod euch scheidet...“) sind out, in allgemeiner Diktion spricht man heute vom „Lebensabschnittspartner“ oder von „Patchworkfamilien“. Demzufolge bestätigt sich das Weltbild des Ängstlichen von Tag zu Tag.

Die Gegenwart des Tieres dient als Regulator der Trennungsangst und fördert sowohl beim Kind als auch beim Erwachsenen das Sicherheitsgefühl. Oft machen Menschen das Tier zu ihrem Liebesobjekt und hängen an ihm, wie einst an ihrem Teddy. Und wie am Stofftier üben sie am realen Tier die Härten der Trennung, des Wegstoßens und Kaputtschlagens. Letztlich kann das Tier ebenso leicht weggegeben oder ersetzt werden, wie einst das Spielzeug.

- ❖ Das Tier des Narzissten: Für den narzisstischen Menschen, der als Schutz- und Abwehrprozess nach tiefen Kränkungen sein angeschlagenes Selbstwertgefühl wieder ins rechte Lot zu bringen versucht, ist das Tier das ideale Objekt. Tiere sind immer verfügbar, garantieren das Gleichgewicht des Selbstwertgefühls, und selbst wenn alles schief läuft, hat man immer wieder jemanden, der einen bedingungslos bewundert.

„Das Tier übernimmt die Rolle der guten Anteile des eigenen Ichs und Ich-Ideals. Parallel zur Vermenschlichung des Tieres findet eine Vertierlichung des Menschen statt, denn das Tier wird nun so, wie man sich gute Eltern gewünscht hätte. ... Mit der Idealisierung der Beziehung zum Tier wird das Tier ein Teil des eigenen Selbst und kompensiert damit die Vernachlässigung seitens der Eltern“ (RHEINZ, 1994, S. 94). Somit sind Tiere in der Lage, viele narzisstische Wunden zu schließen.

„Das Heimtier wird zum Begleiter, dem alle menschlichen Vorzüge zugesprochen werden können, dessen Schwächen jedoch – angesichts des

Ausmaßes der Charakterschwäche, die sich am Menschen offenbaren, der Enttäuschungen, die durch Menschen erfahren werden – kaum mehr ins Gewicht fallen“ (ebenda, S. 129).

Da es dem narzisstischen Tierhalter aber an Empathie und Rücksichtnahme anderen gegenüber mangelt, erkennt er das Tier nicht als einen Partner der anderen Art an. Tiere narzisstischer Persönlichkeiten erfüllen lediglich Allmachtswünsche und Geltungsdrang; so werden vornehm wirkende Afghanen und unbezwingbar wirkende Pitbull-Terrier nur solange gehalten, solange sie ihren Besitzer nicht enttäuschen. Ist dies der Fall, werden sie ausgetauscht und teilen oft das Schicksal der menschlichen Liebesobjekte des Narzissten. Ein anderes Beispiel für menschliche Lieblosigkeiten ist die Haltung von Exoten, welche oftmals in unseren Breiten sehr kompliziert und aufwendig ist. Ein besonderes Tier zu besitzen, vielleicht sogar eines, welches nicht rechtmäßig erworben werden konnte, weil es unter strengem Artenschutz steht, wirkt erhöhend und ist Bestätigung für den narzisstischen Tierhalter, der weder finanziellen noch persönlichen Aufwand scheut, um in den Besitz solch eines Tieres zu gelangen. Die Auswirkungen derlei Geltungssucht liest man dann oftmals in den heimischen Gazetten, wie unlängst, wo ein Kaiman im Donaukanal aufgefunden wurde.

- ❖ Das Tier des Zwanghaften: Die Zeit der Entstehung der zwanghaften Natur liegt in der analen Phase am Ende des zweiten bis dritten Lebensjahres. Strafmassnahmen, Züchtigungen sowie übermäßige Strenge prägen die Charakterentwicklung des Kindes. Nicht selten erwecken Strafen im Kind den Wunsch, selbst Herrschaft zu erlangen, und es beginnt die Gesten der Macht selbst nachzuahmen. Als Folge dieser Entwicklung werden Strafmaßnahmen an Spielkameraden, Mensch oder Tier erprobt und auch gegen sich selbst gerichtet. Liebe wird an Macht und Unterwerfung gebunden. Der Mensch neigt zu Eigensinn, Ordentlichkeit und Geiz, kann nichts hergeben, möchte alles für sich behalten und will bedingungslose Macht und Kontrolle über andere ausüben.

„Eine Erziehung unter dem Vorzeichen der Analität ist geradezu ein Abbild der Normen, die für die Erziehung von Tieren gelten. Am Tier scheint der Mensch die Härten seines eigenen Sauberkeits-Drills zu reinszenieren, um die eigenen Triumphe und Niederlagen mit seinem Haustier wiederzuerleben“ (RHEINZ, 1994, S. 138). Der anale Charakter erzieht sein Tier „richtig“, macht es zum Befehlsempfänger und weist ihm seinen Platz zu, an den es sich sklavisches zu halten hat. Das Bedürfnis des Tiers wird auch in dieser

Beziehung übergangen: Denn Angst vor Schmutz, zwanghafte Reinigungsrituale, Sorge um Teppiche und wertvolle Antiquitäten sind mit einer humanen Tierhaltung nicht zu vereinbaren. Da ein lebendiges Wesen immer wertvoller ist als jede noch so teure Wohnungseinrichtung müssen andere Prioritäten gesetzt werden.

Der Hund erfüllt viele der Bedürfnisse, die eine zwanghafte Persönlichkeit an ihr Haustier stellt. Ebenso findet man diesen Charakter auch bei komplizierten und arbeitsaufwendigen Tierhaltungen, wie Terrarien, Aquarien oder Vogelvolieren.

Nach diesen Betrachtungen möchte die Autorin ein Zitat von RHEINZ (1994) bringen, welches als Schlussfolgerung und gleichermaßen als Perspektive für die Zukunft der Mensch-Tier-Beziehung steht: „Die Entwicklungsaufgabe in der Beziehung zwischen Mensch und Tier bleibt, dem Tier nicht länger den eigenen Lebensschmerz aufzuladen und sie mit der Befriedigung der unerfüllten, ungelebten Liebe zu betrauen, sondern Tiere in ihrer eigenen Wirklichkeit anzuerkennen: als Teil der Natur wie der Mensch und daher sein „phantastischer“ vierbeiniger Gefährte“ (S. 128).

### 2.5.10.3. Therapiehunde



Tiere geben dem Menschen das Gefühl von Sicherheit, Wärme und Zärtlichkeit, Liebe und Zuneigung und bieten Schutz. Der Kontakt zu einem Tier fördert das Verantwortungsgefühl und die Hilfsbereitschaft. Das Tier, insbesondere der Hund, stärkt das Zusammengehörigkeitsgefühl der Familie und gibt Möglichkeiten, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Er bereichert die Freizeitgestaltung des Menschen und veranlasst den Menschen dazu, sich mehr zu bewegen und

mehr Zeit in der Natur zu verbringen. Die Lebensqualität erhöht sich durch Heimtiere somit deutlich (<http://www.tiere-als-therapie.org>, 31.10.01).

Bevor auf die Arbeit der „Partnerhunde“ eingegangen wird, soll eine laufende Studie zum Thema **„Auswirkungen von Hunden auf die soziale Integration von**

**Kindern in der Schulklasse**“ des IEMT (Wiener Institut für interdisziplinäre Erforschung der Mensch-Tier-Beziehung) vorgestellt werden. Ausgangspunkt dafür waren Überlegungen, dass Hunde einen positiven Einfluss auf die Entwicklung des sozialen Verhaltens von Kindern haben könnten. So wurde an einer Volksschule im 20. Wiener Gemeindebezirk unter der Leitung des Psychologen Giselher GUTTMANN (Prof. an der Universität Wien) und des Verhaltensforschers Kurt KOTRSCHAL (Leiter des Konrad-Lorenz-Instituts) ein weltweit einzigartiges Pilotprojekt gestartet: Ein Semester lang wurden die Effekte des Zusammenlebens zwischen Kindern und Hunden untersucht. Dazu wurde eine Testklasse mit Kindern zwischen sechs und sieben Jahren und vier Hunden mit einer gleich alten Kontrollgruppe ohne Hunde verglichen. Die Schüleranzahl in den beiden Klassen betrug je 25. Das Verhalten der Kinder wurde dreimal pro Woche mittels Videoaufnahmen analysiert. Jeweils zu Beginn und am Ende des Semesters wurden die Kinder mittels psychologischer Testverfahren befragt.

Die Ergebnisse dieser Studie beweisen, dass die Anwesenheit von Hunden positive Auswirkungen auf das Verhalten der Kinder hat. So waren die Kinder mit Hunden in der Klasse deutlich aufmerksamer und verhielten sich ruhiger als jene ohne Hunde. Das Aggressionspotential hat sich signifikant verringert und Verhaltensextreme konnten ausgeglichen werden. Die Kinder zeigten durch die Anwesenheit von Hunden deutlich mehr Sozialkompetenz und entwickelten die Fähigkeit zur Empathie, was einen wesentlichen Faktor für soziale Integration darstellt. Letzteres „ist in einem kulturell und sprachlich gemischten Umfeld, wie es in diesen Klassen anzutreffen ist, dringend notwendig“ (KOTRSCHAL, zit. nach GRUBER, 2001).

„**Partnerhunde** sind speziell ausgebildete Hunde für Rollstuhlfahrer, gehörlose Menschen, sowie geistig und mehrfach Behinderte“ (PARTNERHUNDE ÖSTERREICH, 2001).

Im Vergleich zu den „Blindenführhunden“, welche mit dem Geschirr ihre blinden Besitzer durch die Welt der Sehenden führen geben Partnerhunde "technische" Hilfestellungen, wie das Aufheben heruntergefallener Gegenstände, das Tragen von Satteltaschen, das Öffnen von Türen, Drücken von Lichtschaltern und Zeigen verschiedener Umweltgeräusche (z.B. Telefon) etc. Daneben ist es vor allem die Freude am Partner, das gesteigerte Selbstwertgefühl, die zusätzliche Bewegung an der frischen Luft sowie die neu erreichte Unabhängigkeit, die dem Besitzer - und seinem Hund - eine stark verbesserte Lebensqualität bringt.

BERGLER (1989,1996) befragte 80 blinde Menschen nach den Hauptmotiven für

den Hund; auch hier stand die gegenseitige Zuneigung an erster Stelle, gefolgt von dem Gefühl der Kameradschaft mit dem Hund; erst an dritter Stelle lag das Motiv der größeren Unabhängigkeit durch das „Geführtwerden“ (vgl. TÜGEL, 2001).

Die Ausbildung zum Partnerhund verläuft über drei Phasen: ein Jahr in einer Patenfamilie, danach Rückkehr auf den "Hundehof" zur Spezialausbildung und schließlich die Einschulung mit dem wartenden Kandidaten.

Dabei richtet sich die Ausbildungsorganisation völlig individuell nach den persönlichen Bedürfnissen und Wünschen der künftigen Besitzer. Die Hunde erhalten also kein einheitliches Training, sondern erlernen sehr unterschiedliche Fähigkeiten, um so die bestmögliche Hilfe leisten zu können. Aus diesem Grund ist die Mitarbeit der künftigen Besitzer ein wesentlicher Bestandteil dieser letzten Ausbildungsstufe.

1990 wurde der Verein zur Förderung von Partner-Hunden "Assistance-Dogs Europe" gegründet. Als Rassen für diese Ausbildung eignen sich vor allem Golden Retriever und Labrador Retriever, sowie Mischungen aus diesen. Seit einigen Jahren werden diese Hunde mit sehr großem Erfolg im Inland gezüchtet, und es wird mit einigen Schulen in den USA ein Austauschprogramm zwecks Blutauffrischung durchgeführt.

Mittlerweile konnten über 100 Hunde ausgebildet werden. Seit 1996 arbeitet der Verein sogar über die Grenzen hinaus mit Institutionen in der Schweiz und Italien unter gleichem Namen und Logo zusammen.

Eine weitere vielversprechende Einsatzmöglichkeit für Therapiehunde ergibt sich im Zusammenhang mit der Erkrankung Diabetes als „**Alarm-Hunde**“. Des Öfteren gab es bereits Berichte, dass (ungeschulte) Hunde ihren Besitzern durch seltsames Verhalten anzeigten, wann eine Unterzuckerung bevorstand. Der englische Diabetes-Spezialist WILLIAMS nimmt an, dass die Hunde auf – für menschliche Sinne nicht wahrnehmbare – Geruchs- oder Verhaltensänderungen reagieren (vgl. TÜGEL, 2001).