



Hausarbeit

Planung der Studie „Unmittelbare Effekte eines Therapiebegleithundes auf das emotionale Befinden und das Craving bei Patienten im stationären Drogenentzug aus bindungstheoretischer Perspektive“

Verfasserin:
Mag. Simone Lazelsberger

Zur Erlangung des Titels
„geprüfte Fachkraft für tiergestützte Therapie und tiergestützte Fördermaßnahmen“

Wien, im November 2020

Verein „Tiere als Therapie“ – Wissenschafts- und Ausbildungszentrum

Silenegasse 2-6, 1220 Wien

2. Diplomlehrgang für tiergestützte Therapie und tiergestützte Fördermaßnahmen

Begutachter: PD Dr.habil. Dr.habil. Mag. Human-Friedrich Unterrainer

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, Datum

Unterschrift

Zur besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Es wird das generische Maskulinum verwendet, wobei beide Geschlechter gleichermaßen gemeint sind.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	6
2. Substanzabhängigkeit.....	8
2.1 Definition.....	8
2.2 Modelle der Suchtentstehung.....	10
2.3 Situation in Österreich.....	12
3. Mensch- Tier- Beziehung.....	13
3.1 Erklärungsansätze.....	14
3.1.1 Die Biophilie Hypothese.....	15
3.1.2 Das Konzept der Du- Evidenz.....	17
3.1.3 Der bindungstheoretische Erklärungsansatz.....	19
3.1.4 Das Konzept der Spiegelneurone.....	20
4. Tiergestützte Intervention.....	21
4.1 Entstehung der tiergestützten Intervention.....	21
4.2 Definition der tiergestützten Therapie.....	22
4.3 Formen der tiergestützten Intervention.....	23
4.3.1 Tiergestützte Aktivität.....	23
4.3.2 Tiergestützte Pädagogik.....	23
4.3.3 Tiergestützte Therapie.....	24
4.4 Psychische und physiologische Effekte von Mensch- Tier- Interaktionen.....	26
4.4.1 Psychische Effekte.....	26
4.4.2 Physiologische Effekte.....	28
5. Bindung.....	29
5.1 Theoretischer Hintergrund.....	29
5.2 Bindungsmodalitäten.....	30
5.3 Bindung in der Mensch- Tier- Beziehung.....	33
5.3.1 Werden generalisierte Bindungsrepräsentationen auf die Mensch- Tier- Beziehung übertragen?.....	34

6. Ziel der Studie.....	35
7. Methode.....	36
7.1 Stichprobe.....	36
7.2 Untersuchungsinstrumente.....	37
7.3 Tiergestützte Therapie mit dem Therapiebegleithund „Lucie“.....	38
7.4 Untersuchungsablauf.....	38
7.5 Regeln für das Aussetzen oder vorzeitige Beenden der Studie.....	39
7.6 Angaben zur Gewährleistung des Schutzes personenbezogener Daten.....	39
7.7 Ethikkommission.....	40
8. Statistische Auswertung.....	40
9. Zusammenfassung und Diskussion.....	40
Literaturverzeichnis.....	42
Anhang	47

Abstract

In den letzten Jahren erfreuen sich tiergestützte Interventionen immer größerer Beliebtheit im psychiatrischen Alltag, so auch im suchttherapeutischen Bereich. Positive Effekte tiergestützter Therapie auf Patienten ist mittlerweile mehrfach belegt. Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, ob auch Substanzabhängige im stationären Drogenentzug von einer Intervention mit einem Therapiebegleithund profitieren. Dazu wurde eine Studie geplant, die die Kurzzeiteffekte der tiergestützten Intervention auf die emotionale Befindlichkeit und das Craving von Patienten im stationären Drogenentzug untersuchen soll. Zusätzlich werden die bindungsbezogenen Einstellungen der Patienten berücksichtigt. Diese Studie soll in Kooperation mit dem Zentrum für Integrative Suchtforschung (Verein Grüner Kreis) im Landesklinikum Mauer mit 128 Patienten durchgeführt werden. Aufgrund der Literatur wird angenommen, dass die tiergestützte Intervention im Vergleich zur Kontrollbedingung unmittelbar zu einer Verbesserung der emotionalen Befindlichkeit und zu einer stärkeren Reduktion des Suchtdrucks führt. In Bezug auf die Bindungserfahrungen liegt die Vermutung nahe, dass unsicher gebundene Patienten am stärksten von der tiergestützten Intervention profitieren.

1. Einleitung

Ein Hund ist in der Lage, in Welten vorzudringen, in denen der Mensch nicht mehr die Erlaubnis bekommt, auch nur leise anzuklopfen.

Die Publikationen des Kinderpsychotherapeuten Boris Levinson, die in den 1960er-Jahren veröffentlicht wurden, stellen den Beginn der modernen tiergestützten Interventionen dar. So gelang es ihm, durch die Anwesenheit seines Hundes mit einem Jungen zu kommunizieren, der in allen vorangegangenen Sitzungen kein Wort mit ihm gesprochen hatte. Seit diesen Veröffentlichungen nahm der praktische Einsatz von Tieren für das Wohl des Menschen in den USA und später auch im deutschsprachigen Raum stetig zu (vgl. JULIUS et al., 2014). Inzwischen erfreuen sich Therapietiere im psychiatrischen Alltag – und hier vor allem Therapiehunde – großer Beliebtheit. Auch findet im Landeskrankenhaus Mauer auf der Drogenentzugsstation seit 2018 einmal wöchentlich eine tiergestützte Einheit mit der Therapiehündin Lucie statt.

Obwohl sich seit Jahrzehnten Forscher unterschiedlichster Disziplinen mit der Mensch-Tier-Beziehung beschäftigen, ist die Praxis in diesem Bereich der Theorie nach wie vor weit voraus. Dennoch gibt es inzwischen zahlreiche Studien, die auf eine große Bandbreite positiver Effekte von tiergestützter Intervention hinweisen. Das Wirkungsspektrum reicht von der körperlichen über die psychische bis zur sozialen Ebene (vgl. JULIUS et al., 2014). Auch im suchttherapeutischen Bereich haben bereits einzelne Studien positive Effekte von Therapiebegleithunden aufzeigen können. Im stationären Drogenentzug zeigte sich bei den Patienten unmittelbar nach der Intervention mit dem Therapiehund eine Verbesserung der emotionalen Befindlichkeit. Zudem ergab sich der Hinweis, dass die tiergestützte Therapie kurzfristig zu einer Reduktion des Suchtdrucks beiträgt (vgl. URBAN et al., 2015).

Inwieweit die Bindungserfahrung einer Person den Effekt einer tiergestützten Therapie beeinflusst, wurde bislang noch kaum untersucht. Ursprünglich wurde das Konzept der Bindung entwickelt, um die Beziehung zwischen Kindern und ihren primären Elternfiguren zu beschreiben. Mittlerweile weisen Untersuchungen daraufhin, dass Menschen auch der Bindungstheorie entsprechende Beziehungen zu ihren Haustieren entwickeln können (vgl. KURDEK, 2009). Aufgrund bisheriger Forschungsarbeiten wird angenommen, dass ein Zusammenhang zwischen unsicheren Bindungsmustern und Substanzmissbrauch bzw. -

abhängigkeit besteht. Auch mag das Auftreten eines ängstlich- vermeidenden Bindungsstils als spezifisch für die Suchterkrankungen gelten. Hier wird die Bindungsfigur als eine Person erlebt, die in angstausslösenden Situationen keine Sicherheit bietet. Um keine weitere Zurückweisung zu erfahren, verhalten sich diese Kinder beziehungsvermeidend und suchen in solchen Situationen auch nicht die Unterstützung der Bindungsfigur (vgl. UNTERRAINER et al., 2018). Aufgrund dieser negativen Bindungserfahrungen sind die Beziehungen von substanzabhängigen Patienten häufig von Misstrauen geprägt. Bei der tiergestützten Therapie wird genau auf dieser Ebene angesetzt und Möglichkeiten eröffnet, eine angst- und barrierefreie Beziehung zu erleben. Vor allem suchtkranke Patienten finden oft leichter einen Zugang zu einem Tier als zu einem Menschen.

In der vorliegenden Arbeit wird folglich eine Studie geplant, die sich mit der Frage hinsichtlich der Auswirkung der tiergestützten Intervention auf die emotionale Befindlichkeit und das Craving von substanzabhängigen Patienten im stationären Drogenentzug beschäftigt. Außerdem werden die bindungsbezogenen Einstellungen der Probanden berücksichtigt. Diese Studie soll im Landesklinikum Mauer in Kooperation mit dem Zentrum für Integrative Suchtforschung (Verein Grüner Kreis) durchgeführt.

2. Substanzabhängigkeit

Aus historischer Sicht kann man davon ausgehen, dass süchtige Verhaltensweisen so alt sind wie die Menschheitsgeschichte selbst. So schienen bereits die Sumerer in Mesopotamien vor 9000 Jahren mit der Zubereitung von Bier vertraut gewesen zu sein. Das Wort Sucht wird vom althochdeutschen „Siech“ abgeleitet und bedeutet ganz allgemein das Leiden an einer Krankheit. Demnach können dem Suchtbegriff unterschiedliche Bedeutungen zugeschrieben werden. Zum einen dient er der Beschreibung von Krankheiten (z.B. Gelbsucht) oder auch Verhaltensstörungen mit Kontrollverlust (z.B. Alkohol-, Drogen-, Spielsucht), zum anderen wird er zur Beschreibung von negativen menschlichen Eigenschaften herangezogen (z.B. Habsucht). In der Umgangssprache finden sich noch viele weitere Anwendungen, wie zum Beispiel Fernsehsucht oder Naschsucht. Diese Formen sind aber im Normalfall nicht mit dem Zerstörungspotential einer Suchterkrankung zu vergleichen und führen auch nicht zu schweren Formen von Abhängigkeit (vgl. UNTERRAINER, 2016).

2.1 Definition

In der klinischen Diagnostik spielen heute zwei Klassifikationssysteme eine entscheidende Rolle: zum einen die von der WHO herausgegebene International Classification of Diseases (ICD-10), deren 10. Fassung momentan Anwendung findet sowie das von der American Psychiatric Association publizierte diagnostische und statistische Manual für psychische Erkrankungen (DSM-V), dessen fünfte Fassung aktuell ist. Diese beiden Manuale differenzieren nach Begriffen des „schädlichen Gebrauchs“ beziehungsweise „Missbrauchs“, ohne dass bereits ein Abhängigkeitssyndrom vorliegt (vgl. SOYKA, 1999). Unter schädlichem Gebrauch wird ein Konsummuster psychotroper Substanzen verstanden, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese kann eine körperliche Störung, etwa eine Hepatitis durch die Selbstinjektion von Substanzen sein oder eine psychische Störung, wie eine depressive Episode nach massivem Alkoholkonsum. Das schädliche Konsumverhalten wird häufig von anderen kritisiert und hat auch häufig unterschiedliche negative soziale Folgen (vgl. DILLING et al., 2010).

Die Abhängigkeit hingegen ist eine bio-psycho-sozial bedingte Erkrankung, die mehrere psychische und körperliche Probleme umfassen kann. Diese entstehen, wenn eine Substanz wiederholt konsumiert wird. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO; DILLING et al., 2010) umfasst das Abhängigkeitssyndrom körperliche, Verhaltens- und kognitive Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Priorität gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden, hat. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch Suchtmittel zu konsumieren (vgl. DILLING et al., 2010). Die physische Abhängigkeit ist vor allem durch eine Toleranzentwicklung und das Auftreten von Entzugerscheinungen gekennzeichnet (vgl. UNTERRAINER, 2016).

Die WHO hat im ICD-10 folgende Leitlinien erstellt, mit deren die Diagnose einer Abhängigkeit gestellt werden kann (vgl. DILLING et al., 2010):

- (1) verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums;
- (2) ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren (Craving);
- (3) ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahen verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern bzw. zu vermeiden;
- (4) Nachweis einer Toleranz: um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanzen hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkohol- und Opiatabhängigen, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden);
- (5) fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums; erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen;
- (6) anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen, wie zum Beispiel Leberschädigung durch exzessiven Alkoholkonsum, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen; hierbei soll festgestellt werden, dass sich der

Konsument tatsächlich über die Art und das Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war;

Die Diagnose „Abhängigkeit“ wird gestellt, wenn mindestens drei der sechs Kriterien über einen Zeitraum von einem Jahr gleichzeitig auftreten. Als wesentliches Charakteristikum des Abhängigkeitssyndroms gilt ein aktueller Konsum oder ein starker Wunsch nach dem Suchtmittel. Der innere Zwang, Substanzen zu konsumieren, wird meist dann bewusst, wenn versucht wird, den Konsum zu beenden oder zu kontrollieren. Diese diagnostische Forderung schließt somit chirurgische Patienten aus, die Opioide zur Schmerzlinderung erhalten haben und die ein Opioidentzugssyndrom entwickeln, wenn diese Substanzen abgesetzt werden, die aber selbst kein Verlangen nach einer weiteren Einnahme haben.

Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf eine einzelne Substanz beziehen (z.B. Tabak), auf eine Gruppe von Substanzen (z.B. Opioide) oder auch auf ein weiteres Spektrum unterschiedlicher Substanzen. Werden zwei oder mehrere psychotrope Substanzen konsumiert, handelt es sich um einen multiplen Substanzmissbrauch (vgl. DILLING et al., 2010).

2.2 Modelle der Suchtentstehung

Ein von der Wissenschaft einheitlich vertretener theoretischer Ansatz zur Erklärung der Suchterkrankung liegt bis heute nicht vor. Um die Entstehung der Suchtgefährdung zu erklären, wurden vielmehr von unterschiedlichen Wissenschaften (z.B. Medizin, Psychologie, Soziologie) verschiedene Beiträge geliefert. Diese umfassen sowohl ausgearbeitete Theorien als auch eine Fülle von Einzelbefunden, teilweise mit widersprüchlichen Ergebnissen. Um die Spannbreite der Theorien zu verdeutlichen, werden im Folgenden einige kurz angeführt:

- medizinisch- naturwissenschaftliche Theorien

Sucht wird als Folge eines individuellen Defizits körpereigener opiatähnlicher Substanzen erklärt. Andere Theorien weisen spezifischen Gedächtnisfunktionen bei der Auslösung einer erneuten Drogeneinnahme und bei der Entstehung einer Abhängigkeit eine große Rolle zu. In diesem Zusammenhang können auch psychiatrische Konzepte eingeordnet werden, die in der Drogenabhängigkeit eine genetisch bedingte Persönlichkeitsstörung sehen.

- *individualpsychologische Theorien*

Der Mensch hat im Laufe seines Lebens verschiedene Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Opiatmissbrauch kann als ein Versuch verstanden werden, Entwicklungskonflikte zu lösen. Psychoanalytische Theorien stellen Störungen in der frühen Eltern- Kind- Beziehung fest und verstehen süchtiges Verhalten unter anderem als Rückschritt in die frühkindliche orale Entwicklungsphase, um unerträgliche Konflikte zu vermeiden.

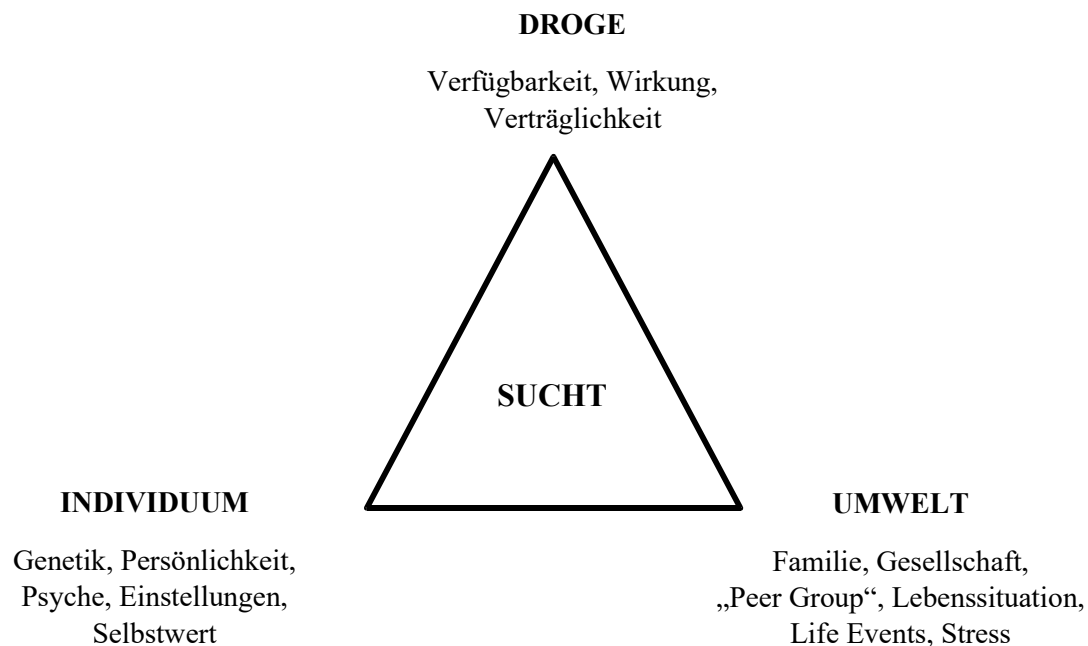
- *soziale und gesellschaftsbezogene Theorien*

Hierbei werden familiäre Strukturen bzw. das Herkunftsmilieu als Entstehungsbedingung einer Abhängigkeit herangezogen. Sucht wird verstanden als Ergebnis eines gestörten psychosozialen Gleichgewichts durch schädigende Entwicklungsbedingungen der Betroffenen (z.B. Suchtmittelkonsum der Eltern) oder als Ausdruck von aktuell gestörten Beziehungs- und Kommunikationsprozessen in der Familie des Suchtkranken. Andere Theorien bringen Aspekte gesellschaftlicher Etikettierung und Stigmatisierung, sowie soziokulturelle Einflüsse (z.B. Arbeitslosigkeit, Konsumorientierung, Wertewandel) und ökonomische Gesichtspunkte in Zusammenhang mit der Entstehung einer Suchterkrankung.

Da jeder der oben erwähnten Erklärungsansätze für sich alleine genommen das Phänomen Sucht nicht ausreichend erklären kann, werden diese Ansätze meist zu multifaktoriellen Konzepten verbunden (vgl. SCHAY et al., 2013).

Die Entstehung einer Suchterkrankung stellt also immer ein bio-psycho-sozial bedingtes Geschehen dar. Das Modell der Sucht- Trias konkretisiert die vielfältigen potenziellen Ursachen von Sucht im Dreieck von Umwelt, Individuum und Substanz. Dabei soll ein komplexes Set von Bedingungsfaktoren berücksichtigt werden, indem sowohl Ursachen in der individuellen Ausstattung der betreffenden Person (Genetik, Persönlichkeits- und Bindungsorganisation), der sozialen Umwelt (Familie, Gesellschaft, Freundeskreis, Lebensereignisse oder Stress) als auch in der Substanz (Verfügbarkeit, Wirkung, Verträglichkeit) in Erwägung gezogen werden (vgl. UNTERRAINER, 2016).

Abb.1: Bio- psycho- soziales Modell der Suchtentstehung (SCHAY et al., 2013, S.19)



Die identifizierten Faktoren sind also nicht als Ursachen im Sinne eines Ursache-Wirkungs-Mechanismus zu verstehen, sondern als Wechselwirkungsverhältnis, in dem Personen biographisch und situativ motivierte Entscheidungen treffen. Darüber hinaus kann auch die Möglichkeit einer spirituellen Komponente im Sinne einer Erweiterung hin zu einem bio-psycho-sozio-spirituellen Modell für den Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen diskutiert werden (vgl. UNTERRAINER, 2016).

2.3 Situation in Österreich

In Österreich spielt vor allem der polytoxikomane Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten eine zentrale Rolle. Aktuellen Schätzungen zufolge konsumieren zwischen 35 000 und 38 000 Personen risikoreich Opioide, meist in Kombination mit anderen illegalen Drogen, Alkohol oder Psychopharmaka (vgl. HORVATH et al., 2018; HIEBLER- RAGGER

et al., 2019). Vor allem für diese Gruppe bietet sich die stationäre Behandlungsform an, um im geschützten Rahmen eine medikamentengestützte Entzugsbehandlung durchzuführen. Ein stationärer Aufenthalt kann auch dann sinnvoll sein, wenn es während einer laufenden Substitutionsbehandlung zu Problemen kommt oder eine Umstellung auf ein anderes Substitutionsmittel notwendig ist. In Österreich haben im Jahr 2017 etwa 1172 Personen eine stationäre abstinenzorientierte oder eine stationäre Substitutionsbehandlung in Anspruch genommen (vgl. HORVATH et al., 2018).

3. Die Mensch- Tier- Beziehung

Die Beziehung zwischen Mensch und Tier ist bereits aus den Anfängen der Menschheit festgehalten. In allen Kulturen spielten Tiere nicht nur als Nahrungsquelle oder als Nutztiere eine große Rolle, auch in den Höhlenmalereien tauchten häufig Tiermotive auf. Von den ägyptischen Pharaonen wird zum Beispiel berichtet, dass sie nach ihrem Tod ihre Lieblingshunde mit sich in der Grabstätte beisetzen ließen (vgl. VERNOOIJ u. SCHNEIDER, 2018). Im Laufe der Zeiten wandelte sich die Beziehung zwischen Tier und Mensch entsprechend der kulturellen Entwicklung des Alltags und dem Bezug zu Natur und Umwelt. Zu Zeiten Aristoteles glaubte man, dass Tiere eine Seele besäßen. Später veränderte sich diese Sichtweise unter dem Einfluss von religiösen Deutungen, beispielsweise durch die Schriften von dem Philosophen Descartes, der dem Menschen eine Seele zusprach, dem Tier jedoch nicht. Diese Ansicht, die so interpretiert wurde, dass der Mensch als Besitzer einer Seele automatisch auch dem Tier überlegen sei, hat den Menschen nachhaltig vor allem in der westlichen Kultur geprägt (vgl. OTTERSTEDT, 2001).

Über viele Jahrhunderte wurde durch die Philosophie bzw. später dann durch die Anthropologie, die sich mit dem Wesen des Menschen befasst, eine Unterscheidung zwischen Mensch und Tier definiert. Dafür galten folgende Kriterien:

- (1) der Mensch verfüge über ein differenziertes Kommunikationssystem;
- (2) im Vergleich zu einem Tier habe der Mensch ein Bewusstsein von sich selbst und der ihn umgebenden Wirklichkeit, einschließlich von Raum und Zeit entwickelt;
- (3) der Mensch sei in der Lage, seine Umwelt aktiv zu gestalten und somit seine Lebensbedingungen zu verändern;

- (4) zuletzt verfüge der Mensch über ein offenes Verhaltensrepertoire, welches ihm helfe, sich wandelnden Lebensbedingungen anzupassen (vgl. VERNOOIJ u. SCHNEIDER, 2018).

Diese postulierten Unterschiede zwischen Tier und Mensch scheinen sich in der Fülle neuer Beobachtungen der Biologie, der Verhaltensforschung und der Genetik schrittweise aufzulösen. Bezüglich der Kommunikationssysteme bei Tieren zeigt sich, dass Tiere in erster Linie analog, also über Gestik, Mimik oder Körperhaltung kommunizieren (vgl. OLBRICH, 2003). Zum Beispiel nutzte FOUTS (1997) die Gebärdensprache, um mit der Schimpansin Washoe zu kommunizieren. Diese unterschied zwischen mehr als 130 Begriffen. Auch die Kommunikation zwischen der Psychologin Francine Patterson und Koko, einem Gorillaweibchen, muss berücksichtigt werden. Koko kommunizierte über Gebärdensprache und benutzte dabei einen Wortschatz von mehr als tausend Wörtern.

Die Frage des Bewusstseins von Tieren wurde vielfältig erforscht und es wurde herausgefunden, dass zumindest bei höheren Tieren Vorformen eines Bewusstseins von sich selbst vorhanden sind (vgl. VERNOOIJ u. SCHNEIDER, 2018). Patterson hat das in Filmen über Koko, in vielen Beobachtungen und vor allem in Gesprächen mit Koko gezeigt. Koko erkannte sich im Spiegel und in Filmen, auch hätte sie über ihr eigenes und das Verhalten von anderen geurteilt (vgl. OLBRICH, 2003).

Außerdem konnte gezeigt werden, dass Tiere Möglichkeiten besitzen, mit denen sie Veränderungen in ihrer Umgebung bewirken können. So hat zum Beispiel Lorenz das sogenannte Aufforderungsverhalten beschrieben, bei dem höhere Tiere, vor allem Hunde, einen völlig bewussten Ausdruck für ihre Gefühle und Wünsche finden. Ein Hund, der den Besitzer an der Nase anstößt und zum Wasserhahn läuft, sich nach dem Besitzer umsieht und winselt, gibt eindeutig zu verstehen, dass er Durst hat.

Dass das Verhaltensrepertoire von Tieren erweiterbar ist, zeigen zum einen die Dressurakte bei Zirkustieren und zum anderen die Verhaltensweisen von Tieren, die in der Nähe des Menschen leben. In Bezug auf bestimmte Verhaltensweisen scheint die Lernfähigkeit zwar begrenzt, aber nicht völlig festgelegt, wie auch ausgebildete Therapietiere demonstrieren (vgl. VERNOOIJ u. SCHNEIDER, 2018).

3.1 Erklärungsansätze und Modelle für die Mensch- Tier- Beziehung

In der Literatur wurde anhand unterschiedlicher Theorien und Erklärungsansätze vielfach versucht, die natürliche Beziehung zwischen Menschen und Tieren, die Basis einer gemeinsamen Kommunikation und die Ansatzpunkte für unterschiedliche Wirkeffekte von Tieren auf das menschliche Wohlbefinden und deren Gesundheit zu erklären.

Zu den Theorien und Erklärungsansätzen der Mensch- Tier- Beziehung gehören unter anderem:

- das Konzept der Spiegelneurone
- der bindungstheoretische Erklärungsansatz
- das Konzept der Du- Evidenz
- die Biophilie- Hypothese
- das Tier als sozialer Katalysator
- handlungstheoretische Erklärungsansätze
- lerntheoretische Erklärungsansätze
- Konzepte aus der sozialen Systemtheorie und viele mehr (vgl. GREIFFENHAGEN u. BUCK-WERNER, 2011).

Einige der Erklärungsansätze und Theorien werden im Folgenden näher beschrieben.

3.1.1 Die Biophilie- Hypothese

Die Beziehung zwischen Menschen und Tieren ist wohl so alt wie die Geschichte der Menschheit selbst. Ausgehend von der Erkenntnis, dass sich die Menschen im Laufe der Evolution stets gemeinsam mit anderen Lebewesen entwickelt haben, hat der Verhaltensbiologe Edward O. Wilson die Biophilie- Hypothese formuliert. Diese wurde von Kellert weiter ausgeführt. Wilson geht davon aus, dass der Mensch über Millionen von Jahren hinweg eine biologisch begründete Verbundenheit mit der Natur und eine Beziehung zu all jenen Lebewesen ausbildete, die ihn im Laufe seines evolutionären Entwicklungsprozesses geprägt und beeinflusst haben (OLBRICH, 2003). Bei der Biophilie handelt es sich allerdings nicht um einen einfachen Instinkt, sondern um ein komplexes Regelwerk, das das Verhalten, die Gefühle, aber auch die geistigen Fähigkeiten, die Ästhetik und die spirituelle Entwicklung des Menschen betrifft.

Nach Kellert beschreibt Biophilie eine physische, emotionale und kognitive Hinwendung zur Natur und zum Leben, die für die Entwicklung des Menschen eine weitreichende Bedeutung

hat. In einem gemeinsamen Sammelband betonen Wilson und Kellert, dass der Mensch das Bedürfnis nach Verbindungen zu anderen Formen des Lebens hat, sowohl zu der Vielfalt von Lebewesen als auch zu Landschaften und Ökosystemen (VERNOOIJ u. SCHNEIDER, 2018). Kellert unterscheidet neun fundamentale Kategorien als biologische Grundlagen für die Verbundenheit der Menschen mit der Natur: die utilitaristische, naturalistische, ökologisch-wissenschaftliche, ästhetische, symbolische, humanistische, moralische, dominierende und die negativistische Perspektive. Jede dieser Kategorien stellt eine Bezugnahme des Menschen zur Natur da und verfügt über eine spezielle Funktion für den Erhalt der eigenen Existenz. Alle neun Perspektiven besaßen in der Evolution einen adaptiven Wert und besitzen ihn noch immer. Wenn es um Überleben einer Spezies oder eines Individuums geht, können die verschiedenen Formen gleichzeitig erscheinen (OLBRICH, 2003). Die nachfolgende Tabelle beschreibt die einzelnen Perspektiven mit ihren spezifischen Funktionen.

Tab.1: Neun Kategorien als biologische Grundlagen für die Verbundenheit des Menschen mit der Natur (vgl. VERNOOIJ u. SCHNEIDER, 2018, S.6ff)

Kategorie	Beschreibung	Funktion
Utilitaristischer Aspekt	Nützliche Verbundenheit zwischen Mensch und Natur, z.B. Tiere als Nahrungs- und Bekleidungslieferanten	<ul style="list-style-type: none"> - Sicherung des Überlebens - Schutz vor Gefahren - Befriedigung physischer und materieller Bedürfnisse
Naturalistischer Aspekt	Natürliche Verbundenheit zwischen Mensch und Natur	<ul style="list-style-type: none"> - Zufriedenheit/ Entspannung durch den Kontakt mit der Natur - Neugierde, Bewunderung für deren Vielfalt - Förderung der physischen und kognitiven Entwicklung - Ausübung sportlicher Aktivitäten im Freien
Ökologisch-wissenschaftlicher Aspekt	<ul style="list-style-type: none"> - Systematische Analyse der Strukturen und Funktionen in der belebten und unbelebten Natur - Ökologischer Schwerpunkt: Wechselbeziehungen und Verbundenheit - Wissenschaftlicher Schwerpunkt: Reduktion der Komplexität, Aufbau neuer Strukturen 	<ul style="list-style-type: none"> - Wissenserwerb - Verstehen der Zusammenhänge - Förderung der Beobachtungsfähigkeiten

Ästhetischer Aspekt	Anziehungskraft von und Bewunderung für die physische Harmonie und Schönheit der Natur	- Inspiration - Harmoniegefühl - Frieden - Sicherheit
Symbolischer Aspekt	Kategorien in der Natur für Formen des Ausdrucks, Befindens der Interaktion und Kommunikation	Förderung der Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit sowie der kognitiven Möglichkeiten, Anreize für Identifikationsprozesse
Humanistischer Aspekt	Tief erlebte, emotionale Verbundenheit mit der Natur	- Gruppenzugehörigkeit - Gemeinschaftsgefühl - Aufbau von Beziehungen - Bindung und Fürsorge - Empathie
Moralischer Aspekt	- Ehrfurcht vor der Natur - ethische Verantwortung für die Natur	- Ordnung und Sinn des Lebens - Verwandtschaft und Zugehörigkeit zu einem übergeordneten Ganzen
Dominanz- Aspekt	Kontrolle und Beherrschung der Natur durch den Menschen	- Kontrollierendes Handeln - Entwicklung mechanischer Techniken und Fertigkeiten
Negativistischer Aspekt	Angst, Aversion und Antipathie des Menschen bezogen auf unterschiedliche Aspekte der ihn umgebenden Natur (z.B. Tiere wie Spinnen, Schlangen)	Motivation für die Erarbeitung und Errichtung von Schutz- und Sicherheitsvorrichtungen für den eigenen persönlichen Lebensbereich

Im Zusammenhang mit der tiergestützten Intervention kommen fast alle Kategorien mehr oder weniger zum Tragen. Dabei erfolgen einige Funktionen eher implizit, das heißt sie werden kaum sichtbar und sind nicht steuer- oder kontrollierbar, während andere systematisch genutzt, gesteuert und kontrolliert werden können (vgl. VERNOOIJ u. SCHNEIDER, 2018).

3.1.2 Das Konzept der Du- Evidenz

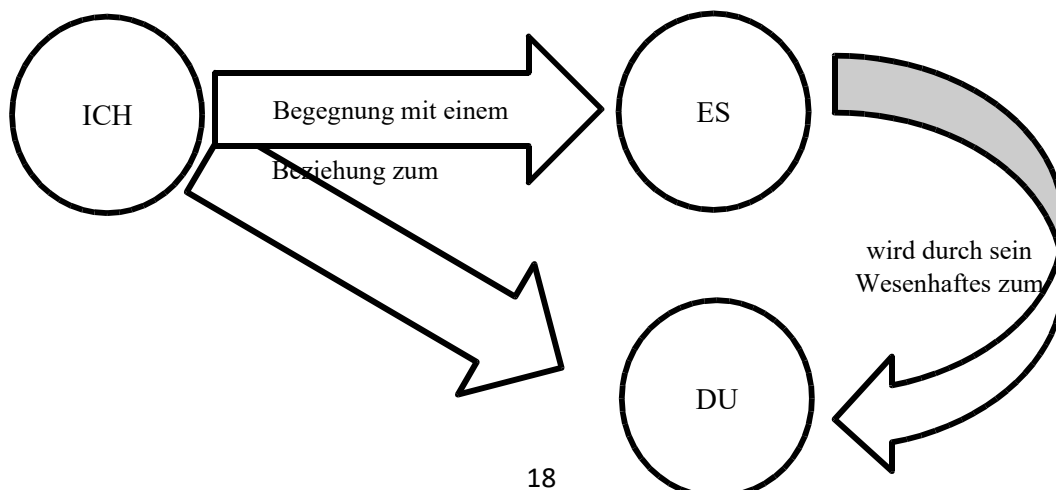
„Mit Du-Evidenz bezeichnet man die Tatsache, dass zwischen Menschen und höheren Tieren Beziehungen möglich sind, die denen entsprechen, die Menschen unter sich bzw. Tiere unter sich kennen“ (GREIFFENHAGEN, 1991, S.26).

Der Begriff „Du- Evidenz“ wurde im Jahr 1922 von Karl Bühler im Zusammenhang mit dem zwischenmenschlichen Bereich geprägt. Er bezeichnet damit die Fähigkeit und das Bewusstsein des Menschen, ein anderes Individuum als Du zu erkennen und anzunehmen.

1931 versuchte Geiger erstmals, die Du- Evidenz auf die Mensch- Tier- Beziehung zu übertragen. Nach Geiger sind vor allem die persönlichen Erlebnisse mit dem anderen, die subjektiven Einstellungen zu ihm und die authentischen Gefühle für sein Gegenüber entscheidend für die Entwicklung der Du- Evidenz. Somit scheint die Du- Evidenz weniger auf der kognitiven, sondern vielmehr auf der sozio- emotionalen Ebene zu wirken und ist möglicherweise eine Voraussetzung für die Fähigkeit, Mitgefühl für ein anderes Lebewesen empfinden zu können. Auch Konrad Lorenz, ein Schüler von Bühler, vertrat das Konzept der Du- Evidenz. Er führte dies in erster Linie auf Erfahrungen mit seinem eigenen Hund zurück und weniger auf wissenschaftliche Erkenntnisse (vgl. VERNOOIJ u. SCHNEIDER, 2018).

In der Beziehung zwischen Mensch und Tier regt meistens der Mensch zur Du- Beziehung an (vgl. GREIFFENHAGEN u. BUCK- WERNER, 2011). Dabei ist wesentlich, dass Tiere als Kumpan, als Freund, als Familienmitglied mit persönlicher, individueller Wesensart erlebt werden. Indem Menschen den Tieren Namen geben, erhalten sie ihre eigene, einzigartige Individualität (vgl. FRICK TANNER u. TANNER- FRICK, 2016). Dadurch wird das Tier im Laufe der Zeit vom Es zum Du. Um miteinander kommunizieren zu können, versuchen sowohl Mensch als auch Tier, gemeinsame Kommunikationsmittel und eine Ebene zu finden, auf der sich beide verstehen. Ein einfaches Mittel dazu ist beispielsweise die Imitation des Gegenübers, deren Zustimmung in Menschen bereits positive Effekte auslösen kann (vgl. OTTERSTEDT, 2003).

Abb. 2: Entwicklung der Beziehung vom Es zum Du (OTTERSTEDT, 2003, S.65).



Für Greiffenhagen ist das Konzept der Du- Evidenz eine entscheidende Voraussetzung für einen erfolgreichen therapeutischen und pädagogischen Einsatz von Tieren (vgl. VERNOOIJ u. SCHNEIDER, 2018).

3.1.3 Der bindungstheoretische Erklärungsansatz

Frühe Bindungserfahrungen können die Basis für die Regulation von Emotionen, für emotionale Intelligenz, Einfühlungsvermögen und soziale Kompetenz sein. Menschen können nicht nur untereinander, sondern auch mit Tieren enge Beziehungen eingehen, die positive Effekte mit sich bringen können. So hat Beetz versucht, Aspekte der Bindungstheorie zur Erklärung der Mensch- Tier- Beziehung zu nutzen.

Im Laufe des ersten Lebensjahres entsteht eine Bindung zu einer Bezugsperson, die auf die kindlichen Bindungssignale wie Weinen, Schreien oder die aktive Suche nach Nähe reagiert. Das Kind versucht aktiv die Nähe zur Bezugsperson herzustellen und aufrechtzuerhalten, da sie als sichere Basis und zur Regulation von negativen Emotionen durch Zuwendung dient. Üblicherweise wird zwischen einem sicheren Bindungsstil und drei unsicheren Bindungsmustern unterschieden. Während sicher gebundene Kinder aufgrund ihrer Erfahrungen Vertrauen in die Verfügbarkeit ihrer Bindungsfigur haben, haben unsicher gebundene Kinder keine zuverlässige Repräsentation der Bindungsfigur (vgl. BEETZ, 2003). Die Art der Bindungserfahrungen wiederum bildet die Grundlage für das spätere emotionale und soziale Verhalten des Menschen, für seine Fähigkeit, Emotionen wahrzunehmen und situationsangemessen auszudrücken sowie für die Qualität seiner sozialen Beziehungen.

Beetz' Versuch, die Bindungstheorie auf die Mensch- Tier- Beziehung zu übertragen, zeigt, dass

- Tiere für den Menschen Bindungsobjekte darstellen und umgekehrt,
- positive Bindungserfahrungen mit einem Tier möglicherweise auf soziale Interaktionen mit Menschen übertragen werden können.

Daraus ließe sich folgern, dass in der Mensch- Tier- Beziehung ein Potential für Bindungserfahrungen, vor allem von Kindern, liegen könnte, mit dessen Hilfe ungünstige Bindungsmuster beeinflusst werden könnten (vgl. VERNOOIJ u. SCHNEIDER, 2018).

Ergebnisse einer Studie von ENDENBURG (1995) bestätigen Beetz' Überlegungen, indem sie zeigen, dass Erwachsene, die mit einem Tier aufwuchsen, auch später jene Tierarten wählen, mit denen sie als Kind Erfahrungen gemacht haben. Das deutet auf ein individuelles Bindungsmodell in Bezug auf Beziehungen zu Tieren hin.

3.1.4 Das Konzept der Spiegelneurone

Das Konzept der Spiegelneurone geht auf die Forschung von Giacomo Rizzolatti und seinem Forschungsteam an der Universität Parma zurück, die Versuche mit Makakenäffchen durchführten. Ursprünglich wollten die Forscher klären, wie es dem Gehirn gelingt, Handlungen zu planen und diese zielgerichtet zu steuern. Dabei wurde eher zufällig festgestellt, dass Neurone in einem bestimmten Hirnareal reagierten, wenn eine gezielte Hand- Objekt- Interaktion durchgeführt wurde, aber auch, wenn diese bei anderen anatomisch ähnlichen Lebewesen beobachtet wurde. Somit werden als Spiegelneurone bestimmte Nervenzellen bezeichnet, die während der Beobachtung oder Simulation eines Vorgangs die gleichen Potentiale auslösen, die entstünden, wenn der Vorgang aktiv gestaltet und durchgeführt werden würde. Im menschlichen Gehirn konnte die Existenz von Spiegelneuronen ebenfalls nachgewiesen werden. Die alltägliche Erfahrung, dass Lachen ansteckend sein kann, ließe sich durch Spiegelneurone ansatzweise erklären. Neuere Forschungen legen allerdings nahe, dass die Bedeutung der Spiegelneurone deutlich überschätzt wurde.

Vorausgesetzt, dass nicht nur Affen, sondern auch andere Säugetiere über ein Spiegelsystem verfügen, ergibt sich daraus für die Mensch- Tier- Beziehung,

- dass Tiere mithilfe der Spiegelneurone Verhalten und möglicherweise sogar Stimmungen von Menschen spiegeln können;
- dass dadurch beim Menschen der Eindruck entsteht, vom Tier verstanden zu werden;
- dass auf dieser Basis die Mensch- Tier- Beziehung intensiviert wird.

Bei diesem Ansatz wird allerdings weniger die grundsätzliche Beziehung zwischen Mensch und Tier erklärt, sondern jeweils bestimmte Wirkungen, die in der Beziehung bei Mensch und Tier beobachtbar sind. Das Konzept der Spiegelneurone stellt ein Ergänzungsmodell dar, das

weitere Erforschung benötigt, um neue Perspektiven für die Praxis der tiergestützten Intervention zu eröffnen (vgl. VERNOOIJ u. SCHNEIDER, 2018).

4. Tiergestützte Intervention

4.1 Entstehung der tiergestützten Intervention

Es ist keine neuzeitliche Erkenntnis, dass Tiere die Entwicklung eines Menschen und das menschliche Wohlbefinden positiv beeinflussen können. Bereits im 8. Jahrhundert wurden in Belgien Tiere bewusst für therapeutische Zwecke eingesetzt. Im Jahr 1972 gründeten Quäker in England das „York Retreat“, eine Einrichtung für psychisch kranke Menschen, in der die Patienten dazu ermuntert wurden, die Gärten und Kleintiere der Einrichtung zu pflegen und zu versorgen. In der deutschen Anstalt Bethel wurde im 19. Jahrhundert ein Zentrum für Menschen mit Beeinträchtigungen gegründet, welches Hunde, Katzen, Schafe und Ziegen erlaubte.

Mitte des 20. Jahrhunderts wurden in New York erstmals Tiere in einem Krankenhaus eingesetzt. Diese sollten die Kriegsveteranen bei der Erholung von Verletzungen und bei der Verarbeitung der emotionalen Traumata unterstützen. Indem sich die Patienten um die Tiere kümmerten, bekamen sie das Gefühl, wieder akzeptiert und gebraucht zu werden.

Diese frühen Versuche der tiergestützten Arbeit wurden jedoch weder dokumentiert, noch evaluiert, weshalb sie für die wissenschaftliche Forschung wenig hilfreich waren. James Bossard publizierte bereits 1944 einen Artikel über die positiven Effekte des Hundes als Haustier und stieß damit auf großes öffentliches Interesse, allerdings wurden die Wissenschaftler erst durch die Veröffentlichungen von Boris Levinson auf die Wirkeffekte tiergestützter Interventionen aufmerksam (vgl. VERNOOIJ u. SCHNEIDER, 2018). Die Publikationen von Levinson, einem Kinderpsychotherapeuten, wurden in den 1960er Jahren veröffentlicht und stellen den Beginn der modernen tiergestützten Interventionen dar.

Levinson erkannte das Potenzial von Tieren, insbesondere von Hunden, für psychotherapeutische Interventionen und veröffentlichte als einer der Ersten wissenschaftliche Artikel und Bücher zu diesem Thema. So berichtete er, dass es ihm durch die Anwesenheit seines Hundes „Jingles“ gelang, mit einem Jungen zu kommunizieren, der in allen vorangegangenen Sitzungen kein Wort mit ihm gesprochen hatte. Daraufhin setzte er seinen Hund gezielt in der Psychotherapie mit Kindern ein. Der Hund fungierte als „Eisbrecher“ und „Brückenbauer“ für die Beziehung zwischen Patient und Therapeut und legte damit einen wichtigen Grundstein für eine erfolgreiche Therapie (vgl. BEETZ, 2015). Seit Levinsons Veröffentlichungen nahm der praktische Einsatz von Tieren für das Wohl von Menschen in den USA und später auch im deutschsprachigen Raum stetig zu (vgl. JULIUS et al., 2014).

4.2 Definition der tiergestützten Therapie

Mittlerweile finden sich viele verschiedene Anbieter, die die positiven Effekte der Mensch-Tier-Interaktion nutzen. Die unterschiedlichen Begrifflichkeiten und Definitionen können allerdings für Verwirrung sorgen, so finden sich im Internet Angebote wie tiergestützte Pädagogik, tiergestützte Begleitung, tiergestützte Humanpflege, tiergestützte Interaktion oder Tiergestützte Förderung.

Nach der „European Society for Animal Assisted Therapy (ESAAT)“ umfasst die tiergestützte Therapie geplante pädagogische, psychische und sozialintegrative Angebote mit Tieren für Kinder, Jugendliche, Erwachsene und Ältere mit kognitiven, sozial- emotionalen und motorischen Einschränkungen, Verhaltensstörungen und Förderschwerpunkten. Zudem beinhaltet sie auch gesundheitsfördernde, präventive und rehabilitative Maßnahmen.

Basis der tiergestützten Therapie ist die Prozessgestaltung im Beziehungsdreieck Patient – Tier- Bezugsperson. Die tiergestützte Therapie beinhaltet Methoden, bei denen die Patienten mit Tieren interagieren oder über Tiere kommunizieren. Die Durchführung erfolgt zielorientiert anhand einer klaren Prozess- und Themenorientierung, wobei tierethische Grundsätze berücksichtigt werden. Die spezifischen Ziele der tiergestützten Therapie orientieren sich ausgehend von der Indikationsstellung an Bedürfnissen, Ressourcen, am Störungsbild und am Förderbedarf des jeweiligen Patienten. Die Einheiten werden anschließend dokumentiert sowie fachlich fundiert reflektiert. Eine tiergestützte Therapie kann sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting stattfinden.

Die ESAAT hat folgende Ziele für die tiergestützte Therapie formuliert:

- die Förderung der Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Durchführung von Aktivitäten und Handlungen,
- die Wiederherstellung bzw. Erhaltung der körperlichen, kognitiven und emotionalen Funktionen,
- die Förderung des Einbezogeneins in die jeweilige Lebenssituation und
- die Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens.

Damit soll erreicht werden, dass der einzelne Mensch in unterschiedlichen Lebensbereichen seinen Fähigkeiten entsprechend agieren und partizipieren kann (vgl. EUROPEAN SOCIETY FOR ANIMAL ASSISTED THERAPY, 2012).

4.3 Formen der tiergestützten Intervention

Die Begrifflichkeit im deutschsprachigen Raum ist weder offiziell festgelegt noch findet sich in der Literatur eine einheitliche Terminologie. VERNOOIJ und SCHNEIDER (2018) schlagen vor zwischen tiergestützten Aktivitäten, tiergestützter Pädagogik und tiergestützter Therapie zu unterscheiden, die im Folgenden näher erläutert werden.

4.3.1 Tiergestützte Aktivität

Unter tiergestützter Aktivität sind Interventionen in Verbindung mit Tieren zu verstehen, die die Möglichkeit bieten, erzieherische, rehabilitative und soziale Prozesse zu unterstützen und das Wohlbefinden von Menschen zu verbessern. Die Interventionen werden von mehr oder weniger ausgebildeten Personen unter Einbezug eines geeigneten Tieres durchgeführt. Ziel der tiergestützten Aktivität ist die allgemeine Verbesserung des Wohlbefindens und der Lebensqualität.

Die Einsatzmöglichkeiten sind vielfältig, ein großer Teil der tiergestützten Aktivität macht der Besuchsdienst aus. Es handelt sich dabei um Personen, die gemeinsam mit ihrem Tier zu vorgegebenen Zeiten eine Institution (z.B. Alten- oder Pflegeheim, Krankenhaus) besuchen. Hier gibt es weder Zielvorgaben, noch müssen die Besuche genau geplant, strukturiert oder schriftlich ausgearbeitet werden. Neben dem Tierbesuchsdienst gehören auch ein Streichelzoo oder das Beobachten von Aquarien und Volieren zu dieser Form des Einsatzes von Tieren.

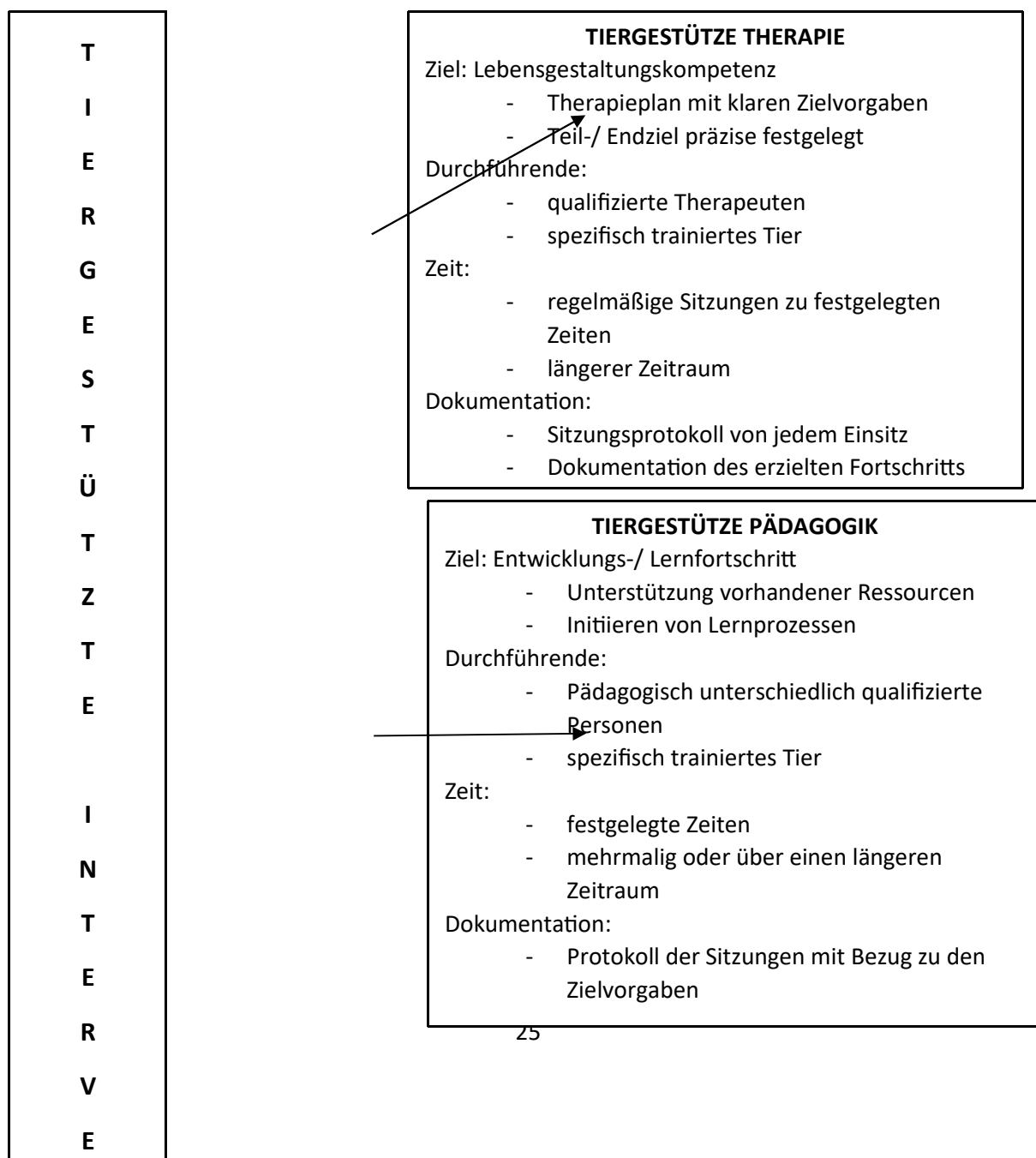
4.3.2 Tiergestützte Pädagogik

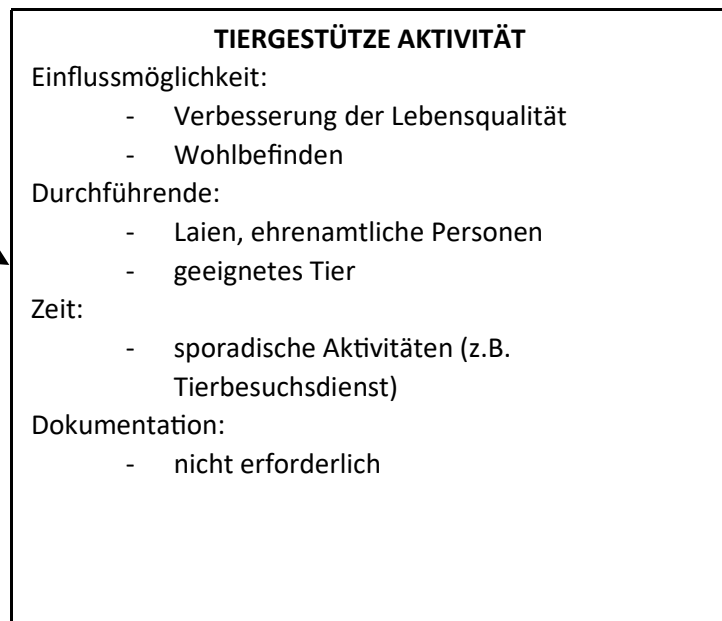
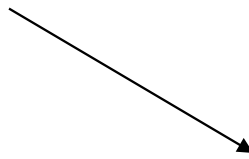
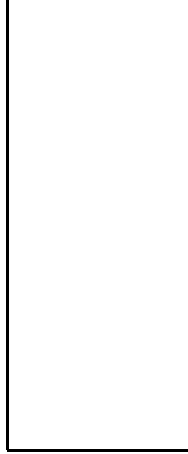
Unter tiergestützter Pädagogik werden Interventionen im Zusammenhang mit Tieren subsumiert, die auf der Basis eines Förderplans oder auf der Basis konkreter Lernziele vorhandene Ressourcen des Kindes stärken, weniger gut ausgebildete Fähigkeiten, vor allem im sozialen und emotionalen Bereich fördern und unterstützen. Sie werden von Experten im pädagogisch-sonderpädagogischen Bereich (z.B. Lehrpersonal, Heil- oder Sozialpädagogen) unter Einbezug eines Tieres, das für den Einsatz spezifisch trainiert wurde, durchgeführt. Ziele der tiergestützten Pädagogik sind die Unterstützung von Entwicklungsfortschritten und von sozial- emotionalen Lernprozessen.

4.3.3 Tiergestützte Therapie

Unter tiergestützter Therapie werden zielgerichtete Interventionen mit Tieren verstanden, die auf der Basis einer sorgfältigen Situations- und Problemanalyse sowohl das Therapieziel als auch den Therapieplan festlegen. Sie sind auf eine gezielte Einwirkung auf bestimmte Leistungs- oder Persönlichkeitsbereiche oder auf die Bearbeitung von konfliktreichem Erleben ausgerichtet. Die tiergestützte Therapie wird von therapeutisch qualifizierten Personen durchgeführt, die je nach Therapiekonzept das spezifisch trainierte Tier als integralen Bestandteil in die Behandlung einbeziehen. Ziel der Interventionen ist die Verhaltens-, Erlebnis- und Konfliktbearbeitung zur Stärkung und Verbesserung der Lebensgestaltungskompetenz (vgl. VERNOOIJ u. SCHNEIDER, 2018).

Abb. 3: Formen Tiergestützter Interventionen (VERNOOIJ u. SCHNEIDER, 2018, S. 50)





4.4 Psychische und physiologische Effekte von Mensch- Tier- Interaktionen

Bereits in den 80er Jahren wurde in einer Reihe von Studien untersucht, ob der Besitz eines Heimtieres eine positive Wirkung auf die körperliche und psychische Gesundheit hat. In diesen frühen Studien wurde allerdings der Einfluss konfundierender Variablen kaum berücksichtigt. Zum Beispiel lässt sich nicht ausschließen, dass der Gesundheitszustand eines Menschen die Entscheidung für oder gegen ein Haustier beeinflusst. Eine bessere Gesundheit von Heimtierbesitzern kann deshalb nicht einfach auf den Besitz eines Heimtieres zurückgeführt werden. Dennoch zeigen diese Studien schon erste Hinweise auf potenzielle Effekte. Mittlerweile gibt es viele Studien, die auf eine große Bandbreite positiver Effekte von Mensch-Tier-Interaktion hinweisen (vgl. JULIUS et al., 2014).

4.4.1 Psychische Effekte

Die Metaanalyse von SOUTER und MILLER (2007) zeigt eine signifikante Reduktion depressiver Symptome durch tiergestützte Interventionen. Auch bei Patienten mit der Diagnose einer chronischen Schizophrenie verbesserte sich die Stimmung während einer zehnwöchigen tiergestützten Therapie, die einmal pro Woche stattfand, im Vergleich zu einer nicht tiergestützten Kontrollgruppe (NATHANS-BAREL et al., 2005). In einer weiteren Studie wurden die Effekte spieltherapeutischer und tiergestützter Therapie bei stationär behandelten Kindern verglichen. In beiden Interventionen wurde die Stimmung der Kinder

aufgehellt, allerdings war nur die tiergestützte Therapie mit vermehrten positiven Affekten assoziiert (KAMINSKI et al., 2002). Es kann also angenommen werden, dass der Kontakt zu einem Tier das Potenzial hat, depressive Symptome beim Menschen zu reduzieren und die Stimmung zu verbessern. Dieser Effekt wurde aber bisher nur bei älteren Menschen sowie bei Kindern und Erwachsenen mit körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen untersucht. Somit bleibt die Frage, ob dies auch für nicht klinische Studien gilt (JULIUS et al., 2014).

Viele Heimtierbesitzer geben an, dass sie sich in Anwesenheit ihres Tieres entspannter fühlen und weniger Angst haben. Diese subjektiven Empfindungen werden auch durch die Ergebnisse verschiedener Studien gestützt. So untersuchten zum Beispiel BARKER et al. (2003), ob sich die Angstempfindungen von Psychiatriepatienten kurz vor der Behandlung mit einer Elektrokrampftherapie durch eine 15- minütige Interaktion mit einem Hund reduzieren ließen. Die Patienten der Kontrollgruppe lasen im gleichen Zeitraum ein Magazin. Es zeigte sich, dass sich die subjektiv empfundene Angst signifikant stärker in der Gruppe der Patienten, die mit dem Hund interagierten, verringerte. In der Studie von BERGET et al. (2011) nahmen Patienten mit unterschiedlichsten psychiatrischen Diagnosen an einem zwölfwöchigen tiergestützten Interventionsprogramm mit landwirtschaftlichen Nutztieren teil. Hier zeigte sich eine Verringerung des Angstniveaus über den Verlauf der Intervention, wobei dieser Effekt erst sechs Monate nach der Maßnahme signifikant wurde. Diese und eine Reihe weiterer Untersuchungen weisen also darauf hin, dass die Interaktion mit einem Tier das subjektive Gefühl von Angst beim Menschen reduzieren kann. Zudem scheint die Anwesenheit eines Tieres das Ruheempfinden zu erhöhen.

Immer wieder wird berichtet, dass die Anwesenheit eines Hundes soziale Interaktionen fördert. In der Literatur zur Mensch- Tier- Beziehung wird dies als „sozialer Katalysator-Effekt“ bezeichnet und wurde inzwischen in einer Vielzahl von Studien beschrieben (vgl. JULIUS et al., 2014). Beispielsweise zeigte die Studie von PROTHMANN et al. (2009), dass autistische Kinder in einem standardisierten Setting häufiger und länger mit einem Hund interagierten als mit einer anwesenden Person. In einer ähnlichen Studie wurde herausgefunden, dass Kinder mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen spielerischer mit einem Hund interagierten als mit dem vorhandenen Spielzeug. Außerdem schienen sie in Anwesenheit des Hundes ihre soziale Umgebung bewusster wahrzunehmen (MARTIN u. FARNUM, 2002). In einer weiteren Untersuchung wurde festgestellt, dass stationäre Psychiatriepatienten, die an einem tiergestützten Interventionsprogramm teilnahmen, im

Vergleich zur Kontrollgruppe häufiger lächelten, mehr Anzeichen von Freude zeigten und anderen Personen gegenüber sozialer und hilfsbereiter sowie aktiver und responsiver waren (vgl. MARR et al., 2000). Es verdichtet sich also die empirische Evidenz, dass Mensch- Tier- Interaktionen das Potenzial haben, soziales Verhalten zwischen Menschen zu stimulieren und prosoziales Verhalten zu fördern, unabhängig von Alter und Gesundheitsstatus (vgl. JULIUS et al., 2014).

Zusammenfassend zeigen die hier vorgestellten Studien, dass die Mensch- Tier- Interaktion einen positiven Effekt auf unser psychisches Wohlbefinden hat. Ebenso eindeutig ist die Datenlage dazu, dass Menschen in Gegenwart eines Tieres bereiter sind, sozial zu interagieren.

4.4.2 Physiologische Effekte

Inzwischen gibt es auch eine relativ große Anzahl an Studien, in denen die physiologischen Effekte der Mensch- Tier- Interaktion untersucht wurden. Als physiologische Parameter dienen vor allem die Aktivierung und Deaktivierung der Stresssysteme (vgl. JULIUS et al., 2014).

VORMBROCK und GROSSBERG (1988) erhoben den Blutdruck von Studenten, während diese in Interaktion mit einem Hund waren. Eine Gruppe der Studenten durfte nur über Augenkontakt mit dem Hund interagieren, eine zweite Gruppe nur sprachlich und eine dritte nur über Körperkontakt. Der Blutdruck der Studenten war signifikant am niedrigsten, wenn sie den Hund streichelten. Die Autoren kamen zu der Schlussfolgerung, dass es weniger kognitive Prozesse seien, die dem Mechanismus der Blutdruckreduktion zugrunde liegen, sondern eher der Körperkontakt zum Tier. COLE et al. (2007) untersuchten den Blutdruck von stationären Herzpatienten unter drei Bedingungen. Entweder bekamen die Patienten Besuch von einer fremden Person, die von einem Hund begleitet wurde, oder sie wurden von der gleichen Person ohne Hund besucht. In der dritten Bedingung befanden sie sich in einer gleichlangen, routinemäßigen Pflegesituation. Die Patienten, die von der fremden Person in Begleitung eines Hundes besucht wurden, hatten während und nach den Interaktionen den niedrigsten systolischen Blutdruck.

In weiteren Studien wurde untersucht, wie der Kontakt zu einem Tier Herzfrequenz und Blutdruck während einer stressauslösenden Situation beeinflusst. NAGENGAST et al. (1997) erhoben die Herzfrequenz und den Blutdruck bei drei- bis sechsjährigen Kindern während einer medizinischen Untersuchung. Einmal war ein Hund während der Untersuchung anwesend, ein andermal war kein Hund dabei. Das Ergebnis zeigte, dass sowohl der systolische Blutdruck als auch die Herzfrequenz während der medizinischen Untersuchung sanken, wenn ein Hund anwesend war. In der Studie von ALLEN et al. (2001) wurde untersucht, ob sich der Erwerb eines Heimtieres auf die Stressreaktionen von Patienten mit Bluthochdruck auswirkte. Alle Teilnehmer zeigten vor dem Erwerb des Heimtieres ähnliche physiologische Stressreaktionsmuster, während sie einen arithmetischen Test bearbeiten und einen Vortrag vor Publikum halten mussten. Bei Beginn der Blutdruckmedikation wurde die Hälfte der Patienten dazu motiviert, sich ein Heimtier anzuschaffen. Nach einem halben Jahr wurden die Teilnehmer erneut dem Stresstest ausgesetzt. Die Haustierbesitzer wurden in Gegenwart ihres Tieres getestet und sie wiesen tatsächlich einen niedrigeren Blutdruck sowie eine niedrigere Herzfrequenz auf.

Auch Hormone sind an Stressreaktionen beteiligt, wobei als hormonelle Stressindikatoren in erster Linie Kortisol sowie Epinephrin und Norepinephrin gelten. Zum Beispiel wurde in einer Studie bei Pflegekräften der Kortisol-, Epinephrin- und Norepinephrinspiegel unter zwei Bedingungen gemessen. Während die eine Gruppe 20 Minuten lang mit einem Therapiehund interagiert, ruhte sich die andere Gruppe für die gleiche Zeit aus. Die drei Indikatoren wurden vor, während und nach dem Kontakt mit dem Therapiehund bzw. vor, während und nach der Ruhephase im Blutserum gemessen, Kortisol zusätzlich auch im Speichel. Während das Speichelkortisol in der Gruppe der Pflegekräfte, die mit dem Hund interagierten, signifikant am stärksten sank, zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Konzentration der untersuchten Hormone im Plasma. Die Autoren interpretieren dieses Ergebnis als einen stressreduzierten Effekt des Hundes (vgl. BARKER et al., 2005). Auch in der Untersuchung von ODENDAAL und MEINTJES (2003) führte das Streicheln eines eigenen als auch eines fremden Hundes zu einer signifikanten Reduktion des Kortisolspiegels.

Zusammenfassend legen die Studien den Schluss nahe, dass die Anwesenheit eines Tieres die sympathische Stressregulation beim Menschen beeinflusst. Der Kontakt zu Tieren scheint mit einer geringeren Herzfrequenz und einem niedrigeren Blutdruck einherzugehen. Auch weisen die Untersuchungen darauf hin, dass die Interaktion mit einem Tier einen dämpfenden Effekt

auf das hormonelle Stresssystem hat, der sich in Veränderungen im Kortisol-, Epinephrin- und Norepinephrinspiegel manifestiert (vgl. JULIUS et al., 2014).

5. Bindung

5.1.Theoretischer Hintergrund

Die Bindungstheorie wurde vom Kinder- und Jugendpsychiater John Bowlby begründet und von seiner Mitarbeiterin Marie Ainsworth und ihrem Team weiterentwickelt (vgl. BOWLBY, 2005). Bowlbys Forschungen beziehen sich auf die Verbindung von Verhaltensforschung, Entwicklungspsychologie, und psychoanalytischen Theorien: sie gehen davon aus, dass der Säugling im Laufe des ersten Lebensjahres auf der Grundlage eines biologisch angelegten Verhaltenssystems eine starke emotionale Bindung zu einer Bezugsperson (häufig die Mutter) entwickelt. So sucht das Kind in bedrohlichen Situationen, wie bei Angst, Schmerz oder Bedrohung, die schutzgebende Bezugsperson auf. Diese Person wird vom Kind als sicherer Hafen erlebt, von dem aus es seine Umwelt angstfrei erforschen und erkunden kann und neue Kontakte zu Bezugspersonen aufbaut. Fühlt sich das Kind durch neue oder unbekannte Erfahrungen bedroht, kann es zu seiner Hauptperson zurückkehren und erhält von ihr Sicherheit und Geborgenheit. Werden allerdings die Sicherheits- und Bindungsbedürfnisse des Kindes vom Fürsorgeverhalten der Bezugsperson nicht ausreichend befriedigt, so führt dies beim Kleinkind zu Enttäuschung, Wut und Angst. Wiederholte Abweisungen und Verlassenheitsgefühle können im Laufe der Zeit zu einem unsicheren Bindungsstil führen. Werden hingegen die Bindungsbedürfnisse des Kindes befriedigt, kann es eine sichere Bindung entwickeln. Die Bindungstheorie beruht also auf der Annahme, dass Menschen und Tiere ein angeborenes Bedürfnis haben, enge und von intensiven Gefühlen geprägte Beziehungen zu ihren Bezugspersonen aufzubauen. Die Bereitschaft dafür, dieses Bindungsverhalten zu zeigen, ist genetisch vorgeprägt und bei allen Menschen bzw. Säugetieren angelegt.

Dieses Bindungssystem, das sich im ersten Lebensjahr zu entwickeln beginnt, bleibt während des gesamten Lebens mehr oder weniger aktiv (vgl. FRICK TANNER u. TANNER- FRICK, 2016). Während eine unsichere Bindung einen Risikofaktor für die psychische Entwicklung darstellt (vgl. STRAUSS et al., 2002), gilt eine sichere Bindung als protektiver Faktor (vgl. WERNER u. SMITH, 1989). So weisen Studien darauf hin, dass es einen Zusammenhang

zwischen unsicheren Bindungsmustern und Substanzmissbrauch bzw. –abhängigkeit gibt (vgl. SCHINDLER et al., 2012). Eine sichere Bindung hingegen senkt laut JORDAN und SACK (2009) das Risiko für einen Substanzmissbrauch um etwa ein Drittel. Demnach lässt sich Bindung als Einflussgröße im Rahmen eines multidimensionalen Modells der Suchtentwicklung beschreiben, in dem auch neurobiologische, soziale und psychologische Faktoren berücksichtigt werden müssen (vgl. HIEBLER-RAGGER et al., 2016, 2019; SCHINDLER et al., 2012; SCHINDLER, 2019, submitted; UNTERRAINER et al., 2016, 2017).

5.2 Die Bindungsmodalitäten

Ausgehend von dem Grundkonzept eines sicheren vs. unsicheren Bindungssystems, finden sich drei („sicher“, „ängstlich- ambivalent“, „ängstlich- vermeidend“) bzw. vier („sicher“, „anklammernd“, „abweisend“, „ängstlich- vermeidend“) verschiedene Bindungsstile (UNTERRAINER et al., 2018). Diese sollen im Folgenden näher beschrieben werden:

Sichere Bindung:

Im Arbeitsmodell sicher gebundener Kinder sind die Bezugspersonen aufgrund entsprechender Erfahrungen als feinfühlig, zuverlässig, verfügbar und unterstützend repräsentiert. Aufgrund dessen suchen sicher gebundene Kinder in belastenden Situationen aktiv deren Nähe, Trost und Unterstützung. Kinder dieser Bindungsgruppe sind sich der Verfügbarkeit ihrer Bezugspersonen sicher und können daher ihre Umwelt relativ stressfrei explorieren, ihr Aktionsradius ist nicht eingeschränkt. Da sicher gebundene Kinder erfahren haben, dass die Äußerung negativer Gefühlszustände zu feinfühligem und responsivem Verhalten der Bezugspersonen führt, sind sie in der Lage, emotionale Betroffenheit auszudrücken, indem sie eigene negative Gefühle wie Angst oder Ärger offen äußern.

Unsicher- vermeidende Bindung:

Im Arbeitsmodell unsicher- vermeidend gebundener Kinder sind die Bindungsfiguren aufgrund entsprechender Erfahrungen als zurückweisend und nicht unterstützend repräsentiert. Um weitere Zurückweisung zu vermeiden, verhalten sich die Kinder eher beziehungsvermeidend und suchen in belastenden Situationen keine Nähe, Trost und Unterstützung mehr bei ihren Bezugspersonen. Stattdessen zeigen sie ein erhöhtes

Explorationsverhalten, indem sie sich zum Beispiel den Spielsachen zuwenden. Dieses Verhalten wird als eine Verschiebung der Aufmerksamkeit weg von der emotional belastenden Situation interpretiert, um so Angst und Stress zu regulieren. Vermeidendes Bindungsverhalten spiegelt eine optimale Anpassung des Bindungsverhaltenssystems an zurückweisende und vernachlässigende Eltern wider. Da vermeidend gebundene Kinder konsistent erfahren haben, dass die Äußerung negativer Gefühlszustände zu keiner sozialen Unterstützung seitens der Bezugspersonen führt, zeigen sie kaum mehr Gefühle wie Angst, Trauer oder Ärger. Viele dieser Kinder haben aufgrund dieser Dynamik zudem nur eine eingeschränkte, affektive Erlebnisfähigkeit entwickelt.

Unsicher- ambivalente Bindung:

Im Arbeitsmodell ambivalent gebundener Kinder sind die Bindungsfiguren als unzuverlässig repräsentiert. Aufgrund ihrer Erfahrungen sind sich diese Kinder der Verfügbarkeit ihrer Bezugspersonen in emotional belastenden Situationen nicht sicher. Deshalb suchen sie ständig deren Nähe. Auch dieses Bindungsmuster spiegelt eine optimale Anpassung an eine suboptimale Situation wider. Ambivalent gebundene Kinder werden im Grundschulalter häufig als sehr anhänglich und kleinkindhaft beschrieben, sie äußern eindringlich Wünsche nach Interaktion und Fürsorge. Dadurch kann es seine Aufmerksamkeit nicht auf das Erkunden und Explorieren der Umwelt richten. Ambivalent gebundene Kinder suchen jedoch nicht nur ständig die Nähe ihrer Bezugspersonen. Gleichzeitig, und hier manifestiert sich die Ambivalenz bei diesen Kindern, zeigen sie zum Teil massiven Ärger gegenüber ihren Bindungsfiguren (vgl. JULIUS et al., 2014). Das heißt, das Kind reagiert mit unterschiedlichen Affekten darauf, wenn die Bezugsperson das Kind beruhigen will: es sucht durch Anklammern die Nähe zur Mutter, wendet sich gleichzeitig entweder trotzig- wütend ab oder zieht sich verzweifelt zurück. Klinische Erfahrungen zeigen, dass viele ambivalent gebundene Kinder unter Angststörungen, Schulphobien, Ein- und Durchschlafstörungen sowie Aufmerksamkeits- und Lernstörungen leiden (vgl. FRICK TANNER u. TANNER-FRICK, 2016).

Beim sicheren, unsicher- vermeidend und unsicher- ambivalenten Bindungsmuster handelt es sich um organisierte und adaptive, primäre oder sekundäre Strategien des Bindungsverhaltenssystems. Alle drei Bindungsstile spiegeln vor allem Anpassungen an unterschiedliche Fürsorgebedingungen wider, weshalb diese Strategien auch als organisiert bezeichnet werden. Während sicher und ambivalent gebundene Kinder die Nähe zur

Bezugsperson suchen, um ihren Stress zu regulieren, versuchen vermeidend gebundene Kinder, ihren Stress zu reduzieren, indem sie sich ablenken.

Desorganisierte Bindung:

Neben diesen drei beschriebenen Bindungsmustern gibt es noch das sogenannte desorganisierte Muster, das durch einen Zusammenbruch organisierter Strategien in bindungsrelevanten Situationen gekennzeichnet ist. Im Arbeitsmodell desorganisiert gebundener Kinder ist das Kind selbst als verletzlich und hilflos in angstausslösenden Situationen repräsentiert und die Bindungsfigur als eine Person, die keine Sicherheit in solchen Situationen bietet. Nach den bisherigen Ergebnissen ist dieses Bindungsmuster charakteristisch für Kinder, die von ihren Eltern zurückgewiesen und vernachlässigt werden, deren Eltern häufig mit Trennung drohen sowie für Kinder, die von ihren Eltern physisch misshandelt oder sexuell missbraucht werden. Aber auch Beziehungstraumata, wie zum Beispiel längere Trennungen von der Bindungsfigur oder eine schwere Erkrankung der Bezugsperson, können zu Bindungsdesorganisationen führen, wenn diese Ereignisse nicht angemessen in das Arbeitsmodell integriert werden.

Durch wiederholte Traumata wird das Bindungsverhaltenssystem des Kindes häufig aktiviert, ohne dass die Bezugsperson diesen hohen Stresszustand beenden kann, indem sie das Kind beruhigt. Wird ein Kind physisch oder sexuell missbraucht, verursacht die Bindungsfigur selbst Angst- und Stresszustände beim Kind. In diesen Fällen ist das Kind mit einer paradoxen Situation konfrontiert. Denn der Impuls, in einer angstbesetzten Situation Nähe bei einer Bindungsfigur zu suchen, kollidiert mit der Angst vor dieser Bindungsfigur, die ja selber die Quelle dieser extremen Belastung ist (vgl. JULIUS et al., 2014). Die Kinder verlieren das Vertrauen in ihre Umgebung und reagieren depressiv, traurig oder wütend, impulsiv und aggressiv. Ihr Bindungsverhalten wirkt verwirrt und teilweise bizarr. Diese Kinder fallen in Gruppensituationen häufig durch ihre aggressiven, grenzüberschreitenden und antisozialen Verhaltensweisen auf (vgl. FRICK TANNER u. TANNER- FRICK, 2016).

5.3 Bindung in der Mensch- Tier- Beziehung

Ursprünglich wurde das Konzept der Bindung entwickelt, um die Beziehung zwischen Kindern und ihren primären Elternfiguren zu beschreiben. HAZAN und SHAVER (1987) weiteten dieses Konzept auf Liebesbeziehungen aus, TRINKE und BARTHOLOMEW (1997) übertrugen es auf Freundschafts- und Geschwisterbeziehungen.

Wenn das Bindungskonzept auch geeignet sein sollte, die Beziehungen zwischen Menschen und ihren Haustieren abzubilden, dann müssten sie die folgenden Kriterien einer sicheren Bindungsfigur erfüllen:

- die Bindungsfigur ist eine zuverlässige Quelle für Trost und Rückversicherung und erlaubt deshalb die Exploration (sichere Basis);
- bei psychischem und körperlichem Stress wird Nähe zur Bindungsfigur gesucht, um ein Gefühl der Sicherheit zu erhalten (sicherer Hafen);
- die körperliche Nähe zu einer Bezugsperson geht mit positiven Gefühlen einher (Aufrechterhaltung von Nähe);
- Trennungen von der Bindungsfigur gehen mit negativen Gefühlen einher (z.B.: Trennungsschmerz);

Werden diese vier Kriterien an die Mensch- Tier- Beziehung angelegt, so ergibt sich, dass Menschen auch bindungsartige Beziehungen zu ihren Haustieren entwickeln können (vgl. JULIUS et al., 2014; KURDEK, 2008, 2009). So zeigen die Ergebnisse von DOHERTY und FEENEY (2004), dass Haustierbesitzer die körperliche Nähe zu ihrem Tier mit positiven Gefühlen verbinden. Außerdem konnten sie feststellen, dass die befragten Haustierhalter in ihren Hunden eine zuverlässige Basis für Trost und Rückversicherung sehen. Fragebogenuntersuchungen, wie jene von JULIUS et al. (2010), kamen zu dem Ergebnis, dass 75% der Kinder, die ein Haustier haben, sich diesem zuwenden, wenn sie emotional belastet sind. Ähnliches scheint auch für erwachsene Haustierbesitzer zu gelten (vgl. KURDEK, 2008).

Somit scheint es, dass Menschen und ihre Haustiere Beziehungen entwickeln können, die zumindest einige Kriterien und Funktionen einer sicheren Bindung erfüllen. Es lässt sich allerdings bisher nicht einschätzen, inwieweit eine solche Mensch- Tier- Beziehung mit einer zwischenmenschlichen Bindungsbeziehung vergleichbar ist (vgl. JULIUS et al., 2014).

5.3.1 Werden generalisierte Bindungsrepräsentationen auf die Mensch- Tier- Beziehung übertragen?

Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass die zwischenmenschlichen Bindungsmuster der Haustierbesitzer nicht mit den Bindungsmustern gegenüber ihren Tieren übereinstimmen (vgl. KURDEK 2008; BECK u. MADRESH, 2008). JULIUS et al. (2010) erhoben die Bindung von Kindern, die alle Beziehungstraumata erlitten hatten, zu ihren primären Bezugspersonen

und zu ihren Haustieren. Auch hier gab es keinen Zusammenhang zwischen den Bindungsmustern gegenüber Menschen und der Bindung zum Haustier. Sie zeigten zudem, dass die Häufigkeit einer sicheren Bindungsrepräsentanz gegenüber dem Tier in etwa viermal höher war, als die Prävalenz sicherer Bindung zu einer menschlichen Bindungsfigur (82% sichere Bindung zum Hund, 19% zum Menschen).

Diese Ergebnisse sind deshalb so wesentlich, weil die Übertragung von Bindungsmustern in zwischenmenschlichen Beziehungen sehr häufig ist. Die Tatsache, dass der Übertragungszyklus unsicherer Bindungen in Mensch- Tier- Beziehungen unterbrochen wird, ist für die pädagogische und therapeutische Praxis von großer Bedeutung.

Zwei Erklärungen sind denkbar, warum sich unsichere und desorganisierte Bindungen in Mensch- Tier- Beziehungen nicht abbilden:

- *Der Übertragungszyklus wird gebrochen:* Die meisten Menschen reagieren komplementär auf die unsicheren, bindungsbezogenen Verhaltensweisen und verstärken so die alten Muster, bei Tieren ist dies weniger der Fall. Vor allem Hunde scheinen offen und geduldig auf menschliche Bedürfnisse nach Nähe und Körperkontakt, Distanz und Kontrolle zu reagieren. Zudem verhalten sie sich authentisch und uneingeschränkt wertschätzend gegenüber Menschen.
- *Die Bindungsrepräsentanz wird nicht übertragen:* Eine weitere Erklärung könnte sein, dass Personen ihre generalisierten Bindungsmuster gar nicht auf Tiere übertragen. Tiere verhalten sich direkt, eindeutig und nicht wertend, weshalb Menschen in einer solchen Beziehung keine negativen Reaktionen erwarten. Bindungsbezogene Verhaltensmuster, die durch negative Erwartungen entstehen, treten also gar nicht erst auf. Zum anderen ist es auch möglich, dass die grundsätzliche Andersartigkeit zwischen Menschen und Tieren mental repräsentiert ist, sodass Schemata für zwischenmenschliche Beziehungen in Mensch- Tier- Beziehungen gar nicht erst aktiviert werden (vgl. JULIUS et al., 2014).

6. Ziel der Studie

Im suchttherapeutischen Bereich wurde festgestellt, dass sich der Einsatz eines Therapiebegleithundes im Rahmen einer Rehabilitation förderlich auf die Patient- Therapeut- Beziehung auswirkt (vgl. WESLEY et al., 2009). Bei inhaftierten Drogenabhängigen konnte

infolge einer hundegestützten Gruppentherapie eine Verbesserung der sozialen Kompetenz und des Selbstwertgefühls erfasst werden (vgl. GINDL, 2009). Dieses Ergebnis bestätigte sich auch in Erhebungen mit substanzabhängigen Patienten im stationären Entzug (vgl. KLEE, 2010). Der Einsatz eines Therapiehundes bei substanzabhängigen Patienten während ihres stationären Drogenentzugs und dessen unmittelbare Auswirkung auf deren emotionale Befindlichkeit und deren Craving wurde mit Ausnahme der Studie von URBAN et al. (2015) bislang nicht untersucht. Auch wenn die Studie von URBAN et al. (2015) nahe legt, dass die Stimmung der substanzabhängigen Patienten nach einer hundegestützten Interventionsmaßnahme besser war als nach einer Intervention ohne Hund, bedarf es weiterer Forschung.

Ein Faktor, den wir in unserem Forschungsvorhaben berücksichtigen wollen, ist die Bindungserfahrung der Patienten. Diesbezüglich belegen erste Daten, dass die endokrinologischen Muster, die für unsichere und desorganisierte Bindung typisch sind, in der Beziehung zu einem Tier nicht aktiviert werden (vgl. JULIUS et al., 2014). In der Studie von BEETZ et al. (2011) wurde untersucht, ob vermeidend oder desorganisierte Kinder in einer stresshaften Situation mehr vom Kontakt zu einem Hund profitierten als vom Kontakt zu einer Studentin oder zu einem Stofftier. Stress wurde unter anderem mittels Kortisol aus dem Speichel gemessen. Es zeigte sich, dass die Kortisolwerte bei den unsicher und desorganisiert gebundenen Kindern umso geringer war, je mehr sie den Hund gestreichelt hatten. Im Vergleich dazu lag die Konzentration des Stresshormons in den beiden anderen Bedingungen (Studentin, Stofftier) signifikant höher (vgl. BEETZ et al., 2011). Die Vermutung liegt nahe, dass unsicher und desorganisiert gebundene Menschen am stärksten von tiergestützten Interventionen profitieren (vgl. JULIUS et al., 2014).

Das Ziel der geplanten Studie ist daher zu untersuchen, ob die tiergestützte Therapie mit einem Hund positive Auswirkungen auf die emotionale Befindlichkeit und das Craving von substanzabhängigen Patienten während ihres stationären Aufenthaltes zum Drogenentzug hat und ob sich die Bindungseinstellung der Patienten auf den Effekt der tiergestützten Therapie auswirkt.

7. Methode

7.1 Stichprobe

In der vorliegenden Studie sollen Patienten untersucht werden, die sich zum Zeitpunkt der Erhebung auf der Drogenentzugsstation im Landeskrankenhaus Mauer befinden und an der Untersuchung freiwillig teilnehmen möchten. Für die Studienteilnahme müssen folgenden Kriterien erfüllt sein:

- Diagnose aus der F1 Kategorie nach ICD 10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen),
- Interesse mit einem Hund in Kontakt zu kommen,
- Alter zwischen 18 und 50 Jahren und gute Deutschkenntnisse.

Zu den Ausschlusskriterien zählen:

- Angst vor Hunden,
- Vorliegen einer Tierallergie (dies wird zu Beginn abgefragt; falls sich erst im Rahmen des Spaziergangs allergische Reaktionen bei einem Teilnehmer zeigen, wird die betroffene Person sofort auf die Station zurückgebracht und der behandelnde Arzt informiert; weiters wird diese Person aus gesundheitlichen Gründen aus der Studie ausgeschlossen),
- zu starke Beeinträchtigung durch die Einnahme von Substanzen (z.B. einen Tag nach der Aufnahme),
- florid psychotische Symptome,
- gegenwärtige Selbst- und Fremdgefährdung,
- Mobilitätseinschränkungen und schwerwiegende hirnorganische Beeinträchtigungen.

Um die Anzahl der Teilnehmer festzulegen wurde eine a priori Poweranalyse mittels G*Power (FAUL et al., 2007) durchgeführt. Unter Berücksichtigung einer mittleren Effektstärke (Cohen's $d = 0.5$), einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 5\%$ und einer Power von $1 - \beta = 80\%$ ergibt sich eine Stichprobengröße von 128 Patienten (64 pro Gruppe). Eine Gleichverteilung der Geschlechter wird angestrebt.

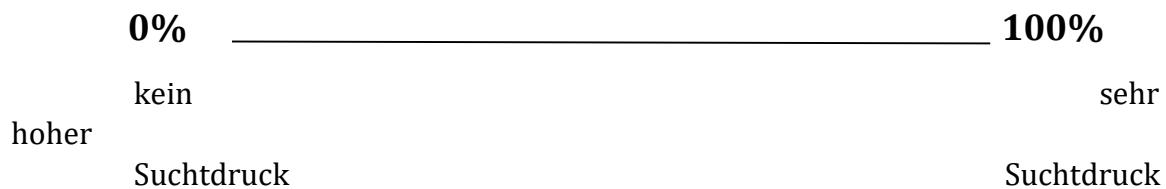
7.2 Untersuchungsinstrumente

Zu Beginn werden die soziodemografischen Daten (Alter, Geschlecht, Muttersprache, Familienstand, Schulabschluss, Berufstätigkeit) und die Diagnosen aus der F1 Kategorie nach ICD 10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) der Patienten erhoben. Zudem kommen in der vorliegenden Studie folgende Verfahren zum Einsatz:

(1) *Deutsche Version der Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; JANKE u. GLÖCKNER-RIST, 2014)*: Die PANAS ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der emotionalen Befindlichkeit. Sie besteht aus 20 Adjektiven, von denen jeweils zehn die Dimensionen Positiver Affekt (z.B. freudig erregt, interessiert, aufmerksam) und Negativer Affekt (z.B. bekümmert, gereizt, schuldig) beschreiben. Die Intensität einer Empfindung wird auf einer 5-stufigen Likert-Skala eingeschätzt (1 = „gar nicht“ bis 5 = „äußerst“).

Zusätzlich werden qualitative Fragen (z.B. „Wie haben Sie die tiergestützte Therapie empfunden?“, „Hat sich der Spaziergang mit dem Therapiehund auf Ihr heutiges Wohlbefinden ausgewirkt? Wenn ja, inwiefern?“) vorgegeben.

(2) *Cravingmesskala*: Angelehnt an URBAN et al. (2015) wird zur Erfassung des Cravings eine visuelle Analogskala mit Werten von 0 (kein Suchtdruck) bis 10 (sehr hoher Suchtdruck) vorgelegt.



(3) *Deutsche Version der Adult Attachment Scale (AAS, SCHMIDT et al., 2004)*: Die AAS ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, das sich auf bindungsbezogene Einstellungen bezieht. Die dimensional Skalen beschreiben die Offenheit für Nähe in Beziehungen, das Vertrauen in den anderen und die Angst vor dem Verlassen werden. Sie besteht aus 16 Items die auf einer 5-stufigen Likert-Skala beantwortet werden (1 = „trifft nie zu“ bis 5 = „trifft immer zu“).

7.3 Tiergestützte Therapie mit dem Therapiebegleithund „Lucie“

In der Interventionsbedingung soll ein Spaziergang mit maximal 5 Patienten, dem Therapiebegleithund, seiner Besitzerin und der Klinischen Psychologin der Station/ Untersuchungsleiterin stattfinden. Die Dauer einer Intervention wird sich auf 45 Minuten

beschränken. Diese Form der Intervention wurde gewählt, um die Patienten aufgrund ihres Entzugs kognitiv und körperlich nicht zu überfordern. Die Besitzerin und ihr Therapiebegleithund warten vor der Station auf die Gruppe, dort werden beide erstmals begrüßt und „Lucie“ wird gestreichelt. Danach beginnt der Spaziergang durch die Parkanlage des Landeskrankenhauses Mauer, die Route wird während der gesamten Durchführung der Studie dieselbe sein. Es führt die gesamte Zeit ein Patient den Hund an der Leine und sie wechseln sich dabei gegenseitig ab. Am Ende des Spaziergangs kann jeder Patient „Lucie“ ein Leckerli geben und sich von ihr verabschieden (z.B. durch Streicheln). Im Rahmen der Interventionsbedingung wird darauf geachtet, dass jeder Patient einen direkten Kontakt mit dem Hund hat. Die tiergestützte Therapie mit „Lucie“ wird unter Berücksichtigung tierschutzrelevanter Aspekte durchgeführt. Auch stellen der Hund und ihre Besitzerin ein zertifiziertes Therapiebegleithundeteam dar.

In der Kontrollbedingung soll ein Spaziergang mit maximal 5 Patienten ohne Therapiebegleithundeteam durchgeführt werden. Die Dauer wird ebenfalls 45 Minuten betragen. Hinsichtlich der Route wird dieselbe wie in der Interventionsbedingung gewählt.

7.4 Untersuchungsablauf

Alle Personen werden zu Beginn gefragt, ob sie an einer Tierallergie leiden. Wenn dies der Fall ist, kann die betroffene Person aus gesundheitlichen Gründen nicht an der Studie teilnehmen. Da der Therapiehund nicht auf die Station kommt, würde derjenige nicht mit dem Allergen in Verbindung kommen. Wenn dies nicht der Fall ist, wird zunächst ein Informationsblatt ausgehändigt, in welchem der Zweck der Untersuchung und der genaue Testablauf erläutert sowie auf die Vertraulichkeit und vollkommene Anonymität hingewiesen wird.

Die Zuweisung der Patienten in die Interventions- oder Kontrollbedingung („Spaziergang mit Hund“ oder „Spaziergang ohne Hund“) wird mittels einer Randomisierungsliste, die durch das Programm RandList (Firma DatInf GmbH, Tübingen) erstellt wird, erfolgen. 64 Patienten werden der Interventionsgruppe und 64 Patienten der Kontrollgruppe zugeordnet, ein Patient nimmt also nur einmalig an einer Untersuchungsbedingung teil. Zu Beginn der Untersuchung werden die Teilnehmer gebeten, die deutsche Version der Adult Attachment Scale (AAS) auszufüllen. Unmittelbar vor und nach der Intervention sollen die Patienten mithilfe der deutschen Version der Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) ihre momentane

emotionale Befindlichkeit und anhand der Cravingmessskala ihr aktuelles Suchtdruckempfinden einschätzen.

7.5 Regeln für das Aussetzen oder vorzeitige Beenden der Studie

Alle Studienteilnehmer werden über den Untersuchungsgegenstand und die Methoden aufgeklärt und geben ihre Zustimmung zur Teilnahme. Sie werden darüber informiert, dass sie die Untersuchung jederzeit ohne Angaben von Gründen abbrechen können. Die verantwortliche Untersuchungsleiterin ist bei allen Interventionen und Testungen anwesend, bei auftretenden Problemen kann die Untersuchung jederzeit abgebrochen werden. Oberstes Prinzip ist die Freiwilligkeit der Teilnahme. Bei vorzeitigem Abbruch der Untersuchung von Seiten des Teilnehmers werden die erhobenen Daten gelöscht.

7.6 Angaben zur Gewährleistung des Schutzes personenbezogener Daten

Es wird ein Code bzw. eine anonyme Kennziffer (anstelle des Namens) vergeben, der für alle weiteren Verarbeitungs- bzw. Auswertungsschritte der Daten herangezogen wird. Die in diesem Forschungsvorhaben erzielten Ergebnisse werden ausschließlich in aggregierter und nicht in personenbezogener Form publiziert.

7.7 Ethikkommission

Die geplante Studie wurde bei der Ethikkommission für das Land Niederösterreich eingereicht und in einer Sitzung präsentiert. Sie erhielt ein positives Votum bis November 2021.

8. Statistische Auswertung

Die Daten werden mit der SPSS 25.0 Software ausgewertet. Für die statistische Signifikanzüberprüfung wird das Alpha- Niveau auf .05 festgelegt. Getrennt durchgeführte

zweifaktorielle Varianzanalysen (ANOVAs) mit Messwiederholung werden für jede abhängige Variable (Summe der PANAS, Wert der Cravingsmessskala) berechnet. Dabei werden als „between- subjects- factor“ die Gruppe (Spaziergang mit Therapiehund, Spaziergang ohne Therapiehund) und als „within- subjects- factor“ der Messzeitpunkt (vorher- nachher) herangezogen. Um die Gruppen in Bezug auf demographische Daten und Diagnosen zu vergleichen, werden Chi-Quadrat- Tests und t- Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt. Zudem wird geprüft, ob eine Normalverteilung der Variablen vorliegt. Um zu überprüfen, ob sich die bindungsbezogenen Einstellungen auf die unmittelbaren Effekte der tiergestützten Intervention auswirken, werden ANOVAs mit Messwiederholung für jede abhängige Variable (Summe der PANAS, Wert der Cravingmessskala) berechnet. Die bindungsbezogenen Einstellungen fungieren als unabhängige Variable. Für diese Analyse werden nur die Teilnehmer aus der Interventionsbedingung herangezogen.

9. Zusammenfassung und Diskussion

Tiergestützte Interventionen werden mittlerweile im psychiatrischen Bereich häufig eingesetzt, so auch im Landesklinikum Mauer. Seit 2008 findet einmal wöchentlich eine tiergestützte Intervention mit der Therapiehündin Lucie statt. Die vorliegende Arbeit hat sich mit der Planung der Studie beschäftigt, ob die tiergestützten Einsätze mit Lucie Kurzzeiteffekte auf die emotionale Befindlichkeit und das Craving von substanzabhängigen Patienten während ihres stationären Entzugs haben. Da es Hinweise darauf gibt, dass ein Zusammenhang zwischen unsicheren Bindungsmustern und Substanzabhängigkeit besteht und die tiergestützte Therapie genau auf dieser Ebene ansetzt, werden die bindungsbezogenen Einstellungen in das Forschungsvorhaben miteinbezogen. Es wird also auch untersucht, ob die Bindungserfahrungen der Patienten Auswirkungen auf die Effekte der tiergestützten Intervention haben.

Dazu soll eine Stichprobe von 128 Patienten untersucht werden, die sich zum Zeitpunkt der Erhebung auf der Drogenentzugsstation im Landesklinikum Mauer befinden und freiwillig an der Studie teilnehmen möchten. In der Interventionsbedingung soll ein Spaziergang mit dem Therapiehund stattfinden, in der Kontrollbedingung wird ein Spaziergang ohne Therapiebegleithund durchgeführt. Unmittelbar vor und nach der Interventions- bzw. Kontrollbedingung sollen die Patienten mithilfe der deutschen Version der Positive and

Negative Affect Schedule ihre momentane emotionale Befindlichkeit und anhand der Cravingmesskala ihr aktuelles Suchtdruckempfinden einschätzen. Ebenso werden die Teilnehmer zu Beginn der Untersuchung gebeten, die deutsche Version der Adult Attachment Scale auszufüllen um die Bindungserfahrungen zu erheben.

In Hinblick auf die Literatur wird angenommen, dass die Stimmung nach der Intervention mit der Therapiehündin Lucie besser sein wird als nach der Intervention ohne Hund. Außerdem wird erwartet, dass die tiergestützte Intervention im Vergleich zur Kontrollbedingung unmittelbar zu einer stärkeren Reduktion des Suchtdrucks beiträgt (vgl. URBAN et al., 2015). In Bezug auf die Bindungserfahrungen liegt die Vermutung nahe, dass unsicher und desorganisiert gebundene Patienten am stärksten von der tiergestützten Intervention profitieren (vgl. BEETZ et al., 2011).

Aufgrund der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer (19 Tage) der Patienten auf der Station kann nicht untersucht werden, ob die tiergestützte Intervention positive Effekte über einen längeren Zeitraum hat. Unklar ist auch, inwieweit andere unspezifische Einflüsse wie beispielsweise komorbide Erkrankung oder die Gruppenzusammensetzung beim Spaziergang möglicherweise Auswirkungen auf die Ergebnisse haben werden. Darüber hinaus werden die Ergebnisse auf subjektiven Angaben aus Selbstberichtsfragebögen beruhen, welche generell anfälliger für unwillkürliche und willkürliche Verzerrungen jeglicher Art sind.

Trotz dieser möglichen Limitationen ist anzunehmen, dass der Einsatz eines Therapiebegleithundes neben etablierten suchtherapeutischen Interventionen einen ergänzenden Behandlungsbaustein zur positiven Unterstützung der PatientInnen in der stationären Entzugstherapie darstellt.

Literaturverzeichnis

ALLEN, K., SHYKOFF, B. E. & IZZO, J. L. (2001): Pet ownership, but not ace inhibitor therapy, blunts home blood pressure responses to mental stress. *Hypertension*, **38**, 319-324.

BARKER, S. B., PANDURANGI, A. K. & BEST, A. M. (2003): Effects of animal-assisted therapy on patients`anxiety, fear and depression before ECT. *Journal of ECT*, **19**, 38-44.

BARKER, S. B., KNISELY, J. S., MCCAIN, N. L. & BEST, A. M. (2005): Measuring stress and immune responses in health care professionals following interaction with a therapy dog: a pilot study. *Psychological Reports*, **96**, 713-729.

BECK, L. & MADRESH, A. (2008): Romantic and four-legged friends: An extension of attachment theory to relationships with pets. *Anthrozoös*, **21**, 43-56.

BEETZ, A. (2003): Bindung als Basis sozialer und emotionaler Kompetenz. In: OLBRICH, E. & OTTERSTEDT (Hrsg.): *Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie*. Franckh-Kosmos- Verlags- GmbH & Co. KG, Stuttgart, 76-84.

BEETZ, A., KOTRSCHAL, K., TURNER, D. C., HEDIGER, K., UVNÄS-MOBERG, K. & JULIUS, H. (2011): The effect of a real dog, toy dog and friendly person on insecurely attached children during a stressful task: an exploratory study. *Anthrozoös*, **24(4)**, 349-368.

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

BERGET, B., EKEBERG, O., PEDERSEN, I. & BRAASTAD, B. O. (2011): Animal-assisted therapy with farm animals for persons with psychiatric disorders: Effects on anxiety and depression. A randomized controlled trial. *Occupational Therapy in Mental Health*, **27(1)**, 50-64.

BOWLBY, J. (2005): *A secure base: clinical applications of attachment theory*. Taylor & Francis, Oxford.

COLE, K. M., GAWLINSKI, A., STEERS, N. & KOTLERMAN, J. (2007): Animal-assisted therapy in patients hospitalized with heart failure. *American Journal of Critical Care*, **16(6)**, 575-585.

DILLING, H., MOMBOUR, W., SCHMIDT, M. H. & SCHULTE-MARKWORT, E. (2010): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. 7. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern.

DOHERTY, N. A. & FEENEY, J. A. (2004): The composition of attachment networks throughout the adult years. *Personal Relationships*, **11**, 469-488.

ENDENBURG, N. (1995): The attachment of people to companion animals. *Anthrozoös*, **8(2)**, 83-89.

EUROPEAN SOCIETY FOR ANIMAL ASSISTED THERAPY (2012): Definition tiergestützter Therapie. Zugriff am 14.07.2019 unter https://www.esaat.org/fileadmin/medien/downloads/Die_Definition_TgT-20.2.2012.pdf

FAUL, F., ERDFELDER, E., LANG, A.-G. & BUCHNER, A. (2007): G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, **39(2)**, 175-191.

FOUTS, R. (1997). *Next of Kin*. William Morrow & Comp., New York

FRICK TANNER, E. B. & TANNER-FRICK, R. A. (2016): *Praxis der tiergestützten Psychotherapie*. Hogrefe Verlag, Bern.

GINDL, B. (2009): *Psychologische Interventionen in Gefängnissen am Beispiel der multiprofessionellen tiergestützten Intervention (MTI) in einer Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher*. Diplomarbeit, Universität Wien.

GREIFFENHAGEN, S. (1991): *Tiere als Therapie: Neue Wege in Erziehung und Heilung*. Droemer Knaur Verlag, München.

GREIFFENHAGEN, S. & BUCK-WERNER, O. (2011): *Tiere als Therapie: Neue Wege in Erziehung und Heilung*, 3. Aufl., Nerdlen: Kynos Verlag.

HORVATH, I., ANZENBERGER, J., BUSCH, M., GRABENHOFER-EGGERTH, A., SCHMUTTERER, I., STRIZEK, J., TANIOS, A. & WEIGL, M. (2018): *Bericht zur Drogensituation 2018. Ergebnisbericht*. Im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon und des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Gesundheit Österreich GmbH, Wien.

HAZAN, C. & SHAVER, P. R. (1987): *Romantic love conceptualized as an attachment proce*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.

HIEBLER-RAGGER, M., UNTERRAINER, H. F., RINNER, A. & KAPFHAMMER, H. P. (2016): *Insecure Attachment Styles and Increased Borderline Pathology in Substance Use Disorders*. *Psychopathology*, **49(5)**, 341-344.

HIEBLER-RAGGER, M. & UNTERRAINER, H. F. (2019): *Addiction as an Attachment Disorder: A Review of Results, Conceptual Issues and Clinical Implications in Poly Drug Use Disorder*. *Frontiers in Psychiatry, Special Issue on Addiction and Attachment*, doi: 10.3389/fpsyt.2019.00579.

JANKE, S. & GLÖCKNER-RIST, A. (2014): *Deutsche Version der Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)*. *Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen*. doi: 10.6102/zis146.

JORDAN, S. & SACK, P. (2009): *Schutz- und Risikofaktoren*. In THOMASIU, R., SCHULTE-MARKWORT, M., KÜSTNER, U. & RIEDESSER, P. (Hrsg.): *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis*. Schattauer, Stuttgart, S. 127-138.

JULIUS, H., BEETZ, A. M. & NIEBERGALL, K. (2010): Breaking the transmission of insecure attachment relationships. Special session presented at the 12th International Conference on Human-Animal Interactions (IAHAIO), Stockholm. Sweden.

JULIUS, H., BEETZ, A., KOTRSCHAL, K., TURNER, D. C. & UVNÄS-MOBERG, K. (2014): Bindung zu Tieren. Psychologische und neurobiologische Grundlagen tiergestützter Interventionen. Hogrefe, Göttingen.

KAMINSKI, M., PELLINO, T. & WISH, J. (2002): Play and pets: The physical and emotional impact of child-life and pet therapy on hospitalized children. *Children's health care*, **31**, 321-335.

KLEE, R. (2010): Tiergestütztes Kompetenztraining (MTI) im stationären Drogenentzug. Diplomarbeit, Universität Wien.

KURDEK, L. (2008): Pet dogs as attachment figures. *Journal of Social and Personal Relationships*, **25**, 247-266.

KURDEK, L. (2009): Pet dogs as attachment figures for adult owners. *Journal of Family Psychology*, **23**, 439-446.

MARR, C. A., FRENCH, L., THOMPSON, D., DRUM, L., GREENING, G., MORMON, J., HENDERSON, I. & HUGHES, C. W. (2000): Animal-assisted therapy in psychiatric rehabilitation. *Anthrozoös*, **13(1)**, 43-47.

MARTIN, F. & FARNUM, J. (2002): Animal-assisted therapy for children with pervasive developmental disorders. *Western Journal of Nursing Research*, **24**, 657-670.

NAGENGAST, S. L., BAUN, M., MEGEL, M. M. & LEIBOWITZ, J. M. (1997): The effects of the presence of a companion animal on physiological arousal and behavioral distress in children during a physical examination. *Journal of Pediatric Nursing*, **12**, 323-330.

NATHANS-BAREL, I., FELDMAN, P., BERGER, B., MODAI, I. & SILVER, H. (2005): Animal-assisted therapy ameliorates anhedonia in schizophrenia patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, **74**, 31-35.

ODENDAAL, J. S. & MEINTJES, R. A. (2003): Neurophysiological correlates of affiliative behavior between human and dogs. *Veterinary Journal*, **165**, 296-301.

OLBRICH, E. (2003): Biophilie: Die archaischen Wurzeln der Mensch- Tier- Beziehung. In: OLBRICH, E. & OTTERSTEDT (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Franckh-Kosmos- Verlags- GmbH & Co. KG, Stuttgart, 68-76.

OTTERSTEDT, C. (2001): Tiere als therapeutischer Begleiter. Gesundheit und Lebensfreude durch Tiere – eine praktische Anleitung. Kosmos- Verlag, Stuttgart.

OTTERSTEDT, C. (2003): Der heilende Prozess in der Interaktion zwischen Mensch und Tier. In: OLBRICH, E. & OTTERSTEDT (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Franckh-Kosmos- Verlags- GmbH & Co. KG, Stuttgart, 58-68.

PROTHMANN, A., ETTRICH, C. & PROTHMANN, S. (2009): Preference for and responsiveness to people, dogs and objects in children with autism. *Anthrozoös*, **22(2)**, 161-171.

SCHAY, P., LOJEWSKI, I. & SIEGELE, F. (2013): Integrative Therapie in der Drogenhilfe. Theorie- Methoden- Praxis in der sozialen und medizinischen Rehabilitation. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart.

SCHINDLER, A. (2019): Attachment and substance use disorders – theoretical models, empirical evidence and implications for treatment. *Frontiers in Psychiatry*, under review.

SCHINDLER, A., SACK, P.-M. & THOMASIUS, R. (2012): Bindungsmuster von Cannabis- und Ecstasykonsumenten. *Sucht*, **58(1)**, 45-53.

SCHMIDT, S., STRAUSS, B., HÖGER, D. & BRÄHLER, E. (2004): Die Adult Attachment Scale (AAS)- Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Version. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, **54**, 375-382.

SOUTER, M. A. & MILLER, M. D. (2007): Do animal-assisted activities effectively treat depression? A meta-analysis. *Anthrozoös*, **20(2)**, 167-180.

SOYKA, M. (1999): Psychiatrische Definition der Sucht. Gewöhnung, Missbrauch und Abhängigkeit. *Der Internist*, **6**, 590-596.

STRAUSS, B., BUCHHEIM, A. & KÄCHELE, H. (2002): Klinische Bindungsforschung. Theorien, Methoden, Ergebnisse. Schattauer, Stuttgart.

TRINKE, S. J. & BARTHOLOMEW, K. (1997): Hierarchies of attachment relationships in young adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, **14**, 603-625.

UNTERRAINER, H. F., HIEBLER-RAGGER, M., ROGEN, L. & KAPFHAMMER, H. P. (2018): Sucht als Bindungsstörung. *Nervenarzt*, **89(9)**, 1043-1048.

UNTERRAINER, H.F., HIEBLER, M., RAGGER, K., FROEHLICH, L., KOSCHUTNIG, K., SCHOEGGL, H., KAPFHAMMER, H.P., PAPOUSEK, I., WEISS, E.M. & FINK, A. (2016): White Matter integrity in polydrug users in relation to attachment and personality: A

controlled Diffusion Tensor Imaging study. *Brain Imaging and Behavior*, published online. doi: 10.1007/s11682-015-9475-4

UNTERRAINER, H.F., HIEBLER-RAGGER, M., KOSCHUTNIG, K., FUCHSHUBER, J., TSCHESCHNER, S., URL, M., WAGNER-SKACEL, J., REININGHAUS, E.Z., PAPOUSEK, I., WEISS, E.M. & Fink, A. (2017): Addiction as an attachment disorder: White matter impairment is linked to increased negative affective states in poly drug use. *Frontiers in Human Neuroscience*, **11**, 208. doi: 10.3389/fnhum.2017.00208

URBAN, S., DEHN, L. B., ZILLMER, B., DRIESSEN, M. & BEBLO, T. (2015): Effekte eines Therapiebegleithundes auf Patienten im stationären Drogenentzug. *Sucht*, **61(3)**, 139-146.

VERNOOIJ, M. A. & SCHNEIDER, S. (2018): *Handbuch der Tiergestützten Intervention. Grundlage- Konzepte- Praxisfelder*. 4. Aufl., Quelle & Meyer Verlag, Wiebelsheim.

VORMBROCK, J. K. & GROSSBERG, J. M. (1988): Cardiovascular effects of human-pet dog interactions. *Journal of Behavioral Medicine*, **11**, 509-517.

WERNER, E. E. & SMITH, R. S. (1989): *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. Adams, Bannister and Cox, New York.

WESLEY, M. C., MINATREA, N. B. & WATSON, J. C. (2009): Animal-assisted therapy in the treatment of substance dependence. *Anthrozoös*, **22**, 137-148.

Anhang

PatientInneninformation und Einwilligungserklärung

zur Teilnahme an der klinischen Studie

Eine Pilotstudie über die unmittelbaren Effekte eines Therapiebegleithundes auf das emotionale Befinden und das Craving bei Patienten im stationären Drogenentzug aus bindungstheoretischer Perspektive

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

Wir laden Sie ein an der oben genannten klinischen Studie teilzunehmen. Die Aufklärung darüber erfolgt in einem ausführlichen Gespräch.

Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Ihre medizinische und psychologische Betreuung.

Klinische Studien sind notwendig, um verlässliche neue Forschungsergebnisse zu gewinnen. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung einer klinischen Studie ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser klinischen Studie schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text als Ergänzung zum Informationsgespräch sorgfältig durch und zögern Sie nicht Fragen zu stellen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur

- wenn Sie Art und Ablauf der klinischen Studie vollständig verstanden haben,
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und
- wenn Sie sich über Ihre Rechte als Teilnehmer an dieser klinischen Studie im Klaren sind.

Zu dieser klinischen Studie, sowie zur Patienteninformation und Einwilligungserklärung wurde von der zuständigen Ethikkommission eine befürwortende Stellungnahme abgegeben.

1. Was ist der Zweck der klinischen Studie?

In dieser Studie soll ermittelt werden, inwiefern sich der Therapiebegleithund „Lucie“ auf Ihre emotionale Befindlichkeit und auf Ihr Craving, also auf den Suchtdruck, auswirkt.

2. Wie läuft die klinische Studie ab?

Diese klinische Studie wird im Landeskrankenhaus Mauer auf der Entzugsstation durchgeführt und es werden insgesamt 128 Personen daran teilnehmen.

Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie ist einmalig und wird voraussichtlich höchstens 1.5 Stunden dauern.

Folgende Maßnahmen werden ausschließlich aus Studiengründen durchgeführt:

Im Rahmen dieser klinischen Studie wird es zwei Gruppen geben, denen sie **zufällig** zugeteilt werden:

- in einer Gruppe, die aus maximal 5 PatientInnen besteht, findet ein 45minütiger Spaziergang **mit** dem Therapiebegleithund „Lucie“ statt; die Besitzerin von „Lucie“ und die Klinische Psychologin der Station/ Studienverantwortliche werden den Spaziergang begleiten;
- in der anderen Gruppe findet ebenfalls ein 45minütiger Spaziergang mit maximal fünf PatientInnen statt, allerdings **ohne** dem Therapiebegleithund „Lucie“; die Klinische Psychologin der Station/ Studienverantwortliche wird den Spaziergang begleiten;

Das heißt also, dass Sie in die Gruppe kommen können, in denen Sie keinen Kontakt mit dem Therapiebegleithund haben! Falls dies der Fall ist und Sie Interesse an einem Spaziergang mit dem Therapiebegleithund haben, gibt es die Möglichkeit, diesen in der darauffolgenden Woche wahrzunehmen (bitte melden Sie sich diesbezüglich bei der Klinischen Psychologin/ Studienverantwortlichen Mag. Simone Lazelsberger).

Zu Beginn der Untersuchung werden Sie gebeten, einen Fragebogen zu Ihren Bindungserfahrungen auszufüllen. Unmittelbar vor und nach dem Spaziergang sollen Sie mithilfe eines kurzen Fragebogens Ihre emotionale Befindlichkeit und anhand einer Skala Ihr aktuelles Suchtdruckempfinden einschätzen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Sie sollen dabei möglichst spontan ihre persönliche Einschätzung abgeben.

3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Klinischen Studie?

Es ist möglich, dass Sie durch die Beteiligung an dieser klinischen Studie keinen direkten Nutzen für Ihre Gesundheit ziehen. Zum einen kann aber ein möglicher Vorteil sein, dass Sie an einem längeren Spaziergang teilnehmen und somit die Station verlassen können. Zum anderen können Sie in Kontakt mit dem Therapiehund „Lucie“ kommen.

Diesbezüglich gibt es bereits viele Studien, die zeigen, dass sich der Kontakt zu einem Hund positiv auf den Menschen auswirkt. Auch im suchtherapeutischen Bereich gibt es eine Untersuchung, die nahelegt, dass sich die Stimmung der Teilnehmer nach einem Spaziergang mit dem Therapiehund verbessert hat. Zuletzt könnten die Ergebnisse der Studie einen Wissenszuwachs hinsichtlich der Wirksamkeit der tiergestützten Therapie im stationären Entzug liefern.

4. Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen?

Der Therapiehund und dessen Besitzerin sind durch das Messerli Forschungsinstitut an der Veterinärmedizinischen Universität Wien geprüft und stellen ein zertifiziertes Therapiebegleithundeteam dar. Ein Nachweis über die gesundheitliche Eignung ist Voraussetzung für die Zulassung als Therapiebegleithund. Es werden daher keine Risiken erwartet.

5. Was ist zu tun beim Auftreten von Symptomen, Begleiterscheinungen und/oder Verletzungen?

Sollten im Verlauf der klinischen Studie irgendwelche Symptome oder Begleiterscheinungen auftreten, teilen Sie dies bitte umgehend der unten angeführten Kontaktperson mit.

6. Wann wird die klinische Studie vorzeitig beendet?

Sie können jederzeit auch ohne Angaben von Gründen, Ihre Teilnahmebereitschaft widerrufen und aus der klinischen Studie ausscheiden, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile für Ihre weitere medizinische Betreuung entstehen.

Es ist aber auch möglich, dass die Studienverantwortlichen entscheiden, Ihre Teilnahme an der klinischen Studie vorzeitig zu beenden, ohne vorher Ihr Einverständnis einzuholen. Die Gründe hierfür können sein:

- a) Sie können den Erfordernissen der Klinischen Studie nicht entsprechen;
- b) Die Studienverantwortliche hat den Eindruck, dass eine weitere Teilnahme an der klinischen Studie nicht in Ihrem Interesse ist;

7. In welcher Weise werden die im Rahmen dieser klinischen Studie gesammelten Daten verwendet?

Sofern gesetzlich nicht etwas anderes vorgesehen ist, hat nur die Studienverantwortliche Zugang zu den vertraulichen Daten, in denen Sie namentlich genannt werden. Diese Person unterliegt der Schweigepflicht.

Die Weitergabe der Daten erfolgt ausschließlich zu statistischen Zwecken und Sie werden ausnahmslos nicht namentlich genannt. Auch in etwaigen Veröffentlichungen der Daten dieser klinischen Studie werden Sie nicht namentlich genannt.

8. Entstehen für die Teilnahme Kosten? Gibt es einen Kostenersatz oder eine Vergütung?

Durch Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten. Es kann leider keine Vergütung angeboten werden.

9. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser klinischen Studie steht Ihnen die Studienverantwortliche gern zur Verfügung. Auch Fragen, die Ihre Rechte als Patient und Teilnehmer an dieser klinischen Studie betreffen, werden Ihnen gerne beantwortet.

Name der Kontaktperson: Mag. Simone Lazelsberger
Erreichbar unter: 07475/9004 23852

10. Einwilligungserklärung

Name des Patienten in Druckbuchstaben:
Geb.Datum: Code:

Ich erkläre mich bereit, an der klinischen Studie „Unmittelbare Effekte eines Therapiebegleithundes“ teilzunehmen.

Ich bin von Frau Mag. Simone Lazelsberger ausführlich und verständlich über mögliche Belastungen und Risiken, sowie über Wesen, Bedeutung und Tragweite der klinischen Studie, sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung, die insgesamt 5 Seiten umfasst, gelesen.

Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich werde den Anordnungen, die für die Durchführung der klinischen Studie erforderlich sind, Folge leisten, behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile für meine weitere medizinische Betreuung entstehen.

Beim Umgang der im Rahmen der Studie „Unmittelbare Effekte eines Therapiebegleithundes“ erhobenen Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes 2000 beachtet. Alle Personen, die auf Grund ihrer beruflichen Tätigkeit Zugang zu diesen Daten haben, sind - unbeschadet anderer gesetzlicher Verpflichtungen - gemäß § 15 DSGVO an das Datengeheimnis gebunden.

Nach dem DSGVO 2000 sind „personenbezogene Daten“ Angaben über Studienteilnehmer/-innen, durch die deren Identität bestimmt oder bestimmbar ist. Unter „indirekt personenbezogenen Daten“ versteht das DSGVO 2000 Daten, deren Personenbezug derart ist, dass die Identität der Studienteilnehmer/-innen mit rechtlich zulässigen Mitteln nicht ermittelt werden kann.

Ich stimme zu, dass meine im Rahmen und zum Zweck dieser Studie ermittelten personenbezogenen Daten (Name, Alter, Geschlecht, Muttersprache, Familienstand, Schulabschluss, Beruf, psychiatrische Diagnosen) verarbeitet werden und in indirekt personenbezogener (pseudonymisierter bzw. verschlüsselter) Form ausgewertet werden.

Mir ist bekannt, dass zur Überprüfung der Richtigkeit der Datenaufzeichnung Beauftragte der zuständigen Behörden, der Ethikkommissionen und des Auftragsgebers der Prüfung beim Prüfarzt Einblick in die Daten nehmen dürfen.

Mir ist auch bekannt, dass ich meine Zustimmung zur Datenverwendung ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für meine medizinische Behandlung jederzeit widerrufen kann, wobei ein Widerruf grundsätzlich die Unzulässigkeit der weiteren Verwendung der Daten bewirkt, sofern nicht andere gesetzliche Vorschriften oder überwiegende berechnigte Interessen die Datenverwendung weiterhin zulässig machen.

Eine Kopie dieser Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Studienverantwortlichen.

.....
(Datum und Unterschrift des Patienten)

.....
(Datum, Name und Unterschrift der Studienverantwortlichen)



Pat.-Nr: _____

Demographische Daten

Geschlecht: weiblich männlich

Alter: _____ Jahre

Muttersprache: _____

Familienstand:

- alleinstehend
- in einer Partnerschaft

Höchste abgeschlossene Ausbildung:

- keine
- Pflichtschule
- Berufsausbildung/ Lehre
- Matura
- Studium

Berufstätigkeit:

- aktuell berufstätig
- in Pension
- arbeitssuchend
- in Ausbildung
- sonstiges: _____

Diagnose(n):

- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain

- Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
- Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel
- Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

sonstige psychiatrische Diagnose(n): _____

aktuelle Medikation:

- Benzodiazepine
- Antidepressiva
- Schlafmittel
- Lyrica
- Neuroleptika

Pat.-Nr.: _____

Adult Attachment Scale (AAS)

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen. Bitte lesen Sie diese der Reihe nach durch und kreuzen Sie diejenige Antwort an, die am besten auf Sie zutrifft. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.

Sie haben die Möglichkeit, zwischen fünf Abstufungen zu wählen:

Trifft nie zu			Trifft immer zu		
1	2	3	4	5	

1. Ich weiß, wenn ich jemand brauche, wird auch jemand da sein.	1	2	3	4	5
2. Es macht mich nervös, wenn mir jemand zu nahe ist.	1	2	3	4	5
3. Ich mache mir oft Sorgen, dass meine Freunde/meine Freundinnen mich nicht wirklich mögen.	1	2	3	4	5
4. Ich bin mir nicht sicher, ob ich mich immer darauf verlassen kann, dass andere da sind, wenn ich sie brauche.	1	2	3	4	5
5. Mein Wunsch, in einem anderen Menschen völlig aufzugehen, schreckt andere manchmal ab	1	2	3	4	5
6. Ich merke, dass andere mich nicht so nahe an sich herankommen lassen, wie ich es gerne hätte.	1	2	3	4	5
7. Für mich ist es schwierig, andere an mich heranzulassen.	1	2	3	4	5
8. Menschen sind nie da, wenn man sie braucht.	1	2	3	4	5
9. Ich mache mir oft Sorgen, ein wichtiger Mensch könnte mich verlassen.	1	2	3	4	5
10. Ich kann mich gut auf andere verlassen.	1	2	3	4	5
11. Es ist mir irgendwie unangenehm, mit anderen zu vertraut zu werden.	1	2	3	4	5
12. In Freundschaften wünschen sich meine Freunde/ meine Freundinnen häufig mehr Nähe von mir, als mir angenehm ist.	1	2	3	4	5
13. Ich kann es mir nur schwer zugestehen, mich auf andere zu verlassen.	1	2	3	4	5
14. Ich mache mir oft Sorgen, dass meine Freunde/ meine Freundinnen eines Tages nicht mehr mit mir befreundet sein möchten.	1	2	3	4	5
15. Es fällt mir schwer, anderen voll und ganz zu vertrauen.	1	2	3	4	5

Pat.-Nr.: _____

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

Dieser Fragebogen enthält eine Reihe von Wörtern, die unterschiedliche Gefühle und Empfindungen beschreiben. Lesen Sie jedes Wort und tragen Sie dann in die Skala neben jedem Wort die Intensität ein. Sie haben die Möglichkeit, zwischen fünf Abstufungen zu wählen. Geben Sie bitte an, wie Sie sich im Moment fühlen.

	gar nicht	ein bisschen	einigermaßen	erheblich	äußerst
aktiv	1	2	3	4	5

bekümmert	1	2	3	4	5
interessiert	1	2	3	4	5
freudig erregt	1	2	3	4	5
verärgert	1	2	3	4	5
stark	1	2	3	4	5
schuldig	1	2	3	4	5
erschrocken	1	2	3	4	5
feindselig	1	2	3	4	5
angeregt	1	2	3	4	5
stolz	1	2	3	4	5
gereizt	1	2	3	4	5
begeistert	1	2	3	4	5
beschämt	1	2	3	4	5
wach	1	2	3	4	5
nervös	1	2	3	4	5
entschlossen	1	2	3	4	5
aufmerksam	1	2	3	4	5
durcheinander	1	2	3	4	5
ängstlich	1	2	3	4	5

Craving- Messskala

Bitte geben Sie an, wie hoch ihr Suchtdruck im Moment ist.

0% _____ 100%

hoher
kein
Suchtdruck

sehr
Suchtdruck