



*«Ich erachte es für die vornehmste Aufgabe der Psychotherapie
in unserer Gegenwart, unentwegt dem Ziel der Entwicklung
des Einzelnen zu dienen.»*

C. G. Jung

**IST EINE
TIERGESTÜTZTE SPIELTHERAPIE MIT HUND
ERFOLGREICHER
ALS EINE SPIELTHERAPIE
OHNE HUND?**

Hausarbeit
zur Erlangung der Qualifikation
„Akademisch geprüfte Fachkraft für tiergestützte
Therapie und tiergestützte Fördermaßnahmen“
der Veterinärmedizinischen Universität
in Wien

vorgelegt
von
Mag. Veronika Leibetseder

Nötsch, im September 2010

Ehrenerklärung

Ich versichere, dass ich diese Hausarbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich keiner unerlaubten Hilfe bedient habe,

dass ich dieses Hausarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

dass diese Arbeit mit der von dem / der Begutachter/in beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Nötsch, im September 2010

Inhaltsverzeichnis

1.	Vorbemerkung	1
2.	These	2
3.	Was ist Spieltherapie?	2
3.1	Versuch einer Definition	2
3.2	Theoretische Einführung in die Spieltherapie	3
3.3.	Grundlagen der Spieltherapie	14
3.3.1	Psychodynamisch-tiefenpsychologisch fundierte Ansätze	15
3.3.1.a	Die psychoanalytische Kindertherapie nach Anna Freud	15
3.3.1.b	Die Psychoanalyse nach Melanie Klein	18
3.3.1.c	Neuere psychoanalytische Konzepte	21
3.3.1.d	Kindertherapie aus der Sicht der Jungschen Psychologie	24
3.3.1.e	„Meine“ Mal- und Gestaltungstherapie	26
3.3.1.f	Die Sandspieltherapie nach Dora Kalff	33
3.3.2	Kognitiv-behavioristische Therapie	34
3.3.3	Humanistische oder klienten- oder personenzentrierte Psychotherapie	35
3.3.4	Die Non-direktive Spieltherapie	37
3.3.5	Klientenzentrierte Spieltherapie nach Stefan Schmidtchen	40
4.	Die tiergestützte Psychotherapie	45
4.1	Grundlagen der tiergestützten Spieltherapie	45
4.2	Das Setting in der tiergestützten Therapie	55
4.3	Das Material in der tiergestützten Therapie	56
4.4.	Die Therapiedauer	57
4.4.1	Die erste Therapiestunde	57
4.4.2	Der weitere Verlauf	60
4.5	Wichtige Ergebnisse von Forschungsarbeiten für die eigene Arbeit	64
4.5.1	Anorexiekranke Kinder	65
4.5.2	Patienten mit Bulimie	65
4.5.3	Autistischen Kinder	66
4.5.4	Patienten mit Angststörungen	66
4.5.5	Profitieren Kinder subjektiv von der tiergestützten Therapie?	67
4.5.6	Patienten mit Psychose	68
4.5.7	Depressive Kinder	69
4.5.8	Störungen mit überkontrollierendem Verhalten	69
4.5.9	Tierphobien	73
4.5.10	Posttraumatischen Belastungsstörungen	75
4.5.11	Störungen mit unterkontrollierendem Verhalten	75
4.5.12	Hund oder Memory?	78
4.5.13	Lehnt ein Kind die tiergestützte Therapie ab?	81
5.	Zwei Beispiele aus der eigenen Erfahrung	83
6.	Abschluss	95
7.	Literaturverzeichnis	98

1. Vorbemerkung

Ich schreibe diese Hausarbeit auf Basis meiner beruflichen Vorbildung, die ich im abgeschlossenen Studium der Sonder- und Heilpädagogik, aber auch in der Ausbildung zur Mal- und Gestaltungstherapeutin nach C.G. Jung sowie in vielen Jahren praktischer Erfahrung in meinem Berufsfeld, sammeln durfte. Zusätzlich erwarb ich die Qualifikation zur Lebens- und Sozialberaterin, um in einer selbständigen Tätigkeit in meinem Berufsfeld mit einem entsprechenden Gewerbeschein arbeiten zu können.

Auf Grund meiner bisherigen beratenden und psychotherapeutisch bzw. analytisch orientierten Tätigkeit konzentriere ich mich in meiner Arbeit auf das tiergestützte psychotherapeutisch ausgerichtete Anwendungsgebiet.

Da mir die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen besonders am Herzen liegt, schränke ich meine Hinsicht bewusst auf Kinder und Jugendliche ein. Hier konnte ich bereits im Rahmen einer Familienberatungsstelle praktische Erfahrungen sammeln und möchte diese am Ende meiner Arbeit anhand von Fallbeispielen darstellen.

Anlass für den Besuch des Universitätslehrgangs „Tiergestützte Therapie und Tiergestützte Fördermaßnahmen“ war (und ist) mein Hundin namens Mutzi, eine überaus freundliche Hundin, der Menschen, vor allem Kinder, sehr vertraut sind und sich als exzellente Co-Therapeutin, am 5. September 2007 haben wir die Prüfung zum "TAT-Team" bestanden, bereits mehrmals bewährt hat. Ich beschränke mich bewusst auf das Therapietier Hund, da ich mich mit diesem Tier theoretisch und auch praktisch am meisten beschäftigt habe und die meisten Erfahrungen sammeln konnte.

Auf Grund tiefgreifender Ereignisse und Veränderungen in meinem Leben, vor allem dem Tod meines Vaters sowie meinen Umzug von Niederösterreich, wo ich in einer Familienberatungsstelle bereits tiergestützt arbeiten konnte, nach Kärnten zu meinem Lebensgefährten Witgar Wiegele, wo ich zur Zeit im Familienbetrieb Mühle-Bäckerei Wiegele mitarbeite, hatte ich wenig Zeit und Energie, mich mit der tiergestützten Therapie zu beschäftigen.

Doch nun möchte ich daran arbeiten, mir in der mir verbleibenden freien Zeit, meine freiberufliche Tätigkeit als tiergestützte Therapeutin aufzubauen.

Nach wie vor ist Mutzi meine treue Begleiterin, und ich hoffe, dass sie mir noch lange erhalten bleibt.

Ich möchte diese Arbeit meinem Vater widmen, der mir in Gedanken kurz vor seinem Tod Mut zugesprochen hat, das in meinem Leben zu tun, was mir wirklich Freude bereitet, denn nur so kann ich auch anderen Freude geben.

2. These

Kann ein Tier, in unserem Fall, ein Hund, für Spieltherapie eine bereichernde Ergänzung, also ein Co-Therapeut sein, und wenn ja, wie und warum?

Um dieser Frage auf den Grund gehen zu können, möchte ich mich zunächst näher mit Spieltherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapie beschäftigen.

3. Was ist Spieltherapie?

3.1 Versuch einer Definition

Spieltherapie ist eine spezielle Anwendung in der Kinder- und Jugendpsychotherapie, eine Methode, die die spezifische „Sprache“ des Kindes, nämlich den Ausdruck im Spiel, berücksichtigt und dies als Medium für einen psychotherapeutischen Prozess nutzt. Im Spiel stellen sich Kinder dar, sie kommunizieren über das Spiel und drücken in symbolisierter Form wichtige Botschaften aus. Aus dieser Idee heraus entwickelten sich verschiedene Formen von Spieltherapien mit einem historisch bedingten schulspezifisch je anderen Hintergrund.

In der Arbeit mit Kindern stellt sich die Frage nach einem kindgerechten Vorgehen. Dies bezieht sich sowohl auf die theoretische Konzeption als auch auf die praktische Gestaltung der Kinder- und Jugendpsychotherapie. In Hinblick auf die theoretischen Überlegungen ergibt sich der Gedanke, das kindliche Spielverhalten für den therapeutischen Prozess zu nutzen. Der therapeutische Prozess wird unter Einbeziehung der Beziehungsebene explizit in die Spielhandlung hinein verlegt. Dies gelingt jedoch nur im „freien Spiel“, bei dem das Kind seine eigenen Vorstellungen, Bilder, Phantasien und Wünsche in einem Spielablauf zur Geltung bringen kann.

Zum Gesamtprozess der Spieltherapie gehören die Fragen der Indikation, der praktischen Durchführbarkeit, der Motivation und der Berücksichtigung des Umfeldes in Familie und Schule. Die Elternarbeit ist bei jeder Kindertherapie wichtig.

Wie ist das Setting? Wie soll das Verhältnis Kind / Elternarbeit aussehen? Will man überhaupt einzeln mit einem Kind arbeiten oder sind systemische Gesichtspunkte wichtiger? Welche Diagnostik ist vor einer Therapie einzusetzen? Auf was spricht das Kind in der Therapiestunde an und welche anderen Elemente als das Spiel sollen wie gewichtet werden? Welche theoretischen Überlegungen gibt es bereits zur Spieltherapie? Und wie begann die Geschichte der Kinderpsychotherapie?

3.2 Theoretische Einführung in die Spieltherapie

Der Begriff Kinderpsychotherapie wurde 1899 vom Franzosen N. Manheimer geprägt, 1909 gründete W. Healy in Chicago die erste Child Guidance Clinic und im gleichen Jahr führte Sigmund Freud die erste Psychotherapie eines Kindes durch: „Der kleine Hans“.

Seit dieser Zeit wurde eine Vielzahl von Theorien und Methoden zur Kinder- und Jugendpsychotherapie entwickelt – Alan Kazdin (2000) zählt in seiner einflussreichen Monographie rund 230 verschiedene Psychotherapiemethoden für Kinder und Jugendliche.

Die historische Entwicklung zeigt, dass ausgehend von verschiedenen Schulrichtungen ganz unterschiedliche Therapieansätze, aber auch Gemeinsamkeiten entstanden sind. Blicken wir auf den geschichtlichen Werdegang, können wir dadurch auch unsere gegenwärtige Lage besser verstehen.

Bis zum Ende des Ersten Weltkrieges kam es unter dem Einfluss der Entdeckung der Psychoanalyse zu ersten theoretischen Überlegungen. In den 20 Jahren trugen vor allem die Schulen Anna Freuds und Melanie Kleins zu einer vertieften Auseinandersetzung mit der Kinderpsychotherapie bei.

Nach dem zweiten Weltkrieg setzte eine zunehmende theoretische Fundierung und institutionelle Sicherung von Behandlungen im kinderanalytischen Bereich ein. Erstmals wurde in dieser Zeit auch eine berufliche Fachausbildung möglich.

Auf der Basis der Psychoanalyse wurde die Herausforderung einer kinderpsychotherapeutische Tätigkeit insbesondere als Gelegenheit betrachtet, nicht nur Entstehung und Verlauf einer neurotischen Störung zu beobachten, sondern auch durch einen rechtzeitigen therapeutischen Eingriff einer neurotischen Fehlentwicklung bzw. Fixierung zu einer Charakterneurose vorzubeugen.

Die Entwicklung der Kindertherapie vollzog sich vorerst in zwei Richtungen, nämlich einer Wiener und einer Schweizer Schule. Aus dem Zweig der Wiener Schule entstand später die Berliner, Londoner und – durch die weitere Emigration von Analytikern – die nordamerikanische Kinderpsychotherapie.

Die Schweizer Schule entstand nach einer Begegnung des Zürcher Pfarrers Pfister mit Sigmund Freud. Sehr bekannt wurde dann Hans Zulliger – ein Schüler von Pfister, der den Weg einer pädagogischen Anwendung der Psychoanalyse einschlug.

Viele erziehungsbedingte Fehlentwicklungen von Kindern wurden dem Patriarch und seinem autoritären Erziehungsstil der Vorkriegszeit und der Auswirkung von Schule und Lehrerschaft angelastet. Durch dieses Gedankengut und den pädagogischen Ansatz psychoanalytischer Erkenntnisse kam eine rege Diskussion über den Stellenwert der Erziehung bzw. des Therapeuten als Erziehungspersönlichkeit im Rahmen der Kindertherapie auf.

Gleichzeitig mit dem Aufblühen der Kindertherapie in der Schweiz bildete sich unter direktem Einfluss Freuds in Wien die analytische Kinderpsychotherapie und Erziehungsberatung.

Als erste nichtärztliche Kinderanalytikerin gab Hermine von Hug-Hellmuth 1913 das Buch „Aus dem Seelenleben des Kindes“ und „Zur Technik der Kinderanalyse“ heraus. Sie war die

erste Vertreterin der Spieltherapie, regte sie doch ihre kleinen Patienten zum Spiel mit Puppen und Spielzeug an, woraus sie danach ihre analytischen Folgerungen zog.

Wichtige Einflüsse in Wien hatten unter anderem auch Bernfeld, der mit Flüchtlings- und Waisenkindern arbeitete, Adler mit seinen sozialpädagogisch und kinderpsychotherapeutisch orientierten Erziehungsberatungsstellen sowie Aichhorn, der die Arbeit mit jugendlichen Delinquenten in ambulanten und stationären Einrichtungen in den Vordergrund stellte.

1922 ließ Ada Müller-Braunschweig, eine Schülerin von Hug-Hellmuths, in Berlin erstmals Kinder in der Therapiestunde zeichnen, malen und modellieren. Zu diesem Zeitpunkt übersiedelte auch Melanie Klein nach Berlin.

Die Entwicklung der Kinderanalyse, die in den zwanziger Jahren einen ersten Höhepunkt erreichte, war durch die gegensätzlichen, bis zur offenen Kontroverse ausgetragenen Anschauungen Anna Freuds und Melanie Kleins bestimmt.

Melanie Klein entwickelte eine besondere Spiel- und Deutungstechnik, die als „Frühanalyse des Kindes“ in die Geschichte einging. Mit der Übersiedlung Kleins von Berlin nach London wurde eine eigene Schule für Kinderanalyse gegründet. Auf den Erfahrungen mit der „Frühanalyse des Kindes“ zog Klein weitreichende Schlussfolgerungen, welche der emotionalen Entwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr eine entscheidende Bedeutung beimaßen. Sie lehnte eine erzieherische Einflussnahme auf das zu analysierende Kind ab und forderte eine konsequente Trennung der Behandlung des Kindes von Eltern und Elternhaus. In London entstand später eine Ausbildungsstätte für Kinderanalytiker nach der Schule Melanie Kleins.

Klein vertrat den Gedanken, dass die Art und Weise, wie ein Mensch die Welt wahrnimmt und mit welchen Erwartungen er an sie herantritt, durch seine Beziehungen zu wichtigen frühen Bezugspersonen („Objekten“) geprägt wird. Diese Objekte können, hier blieb Klein dem Freudschen Triebkonzept von Libido und Todestrieb treu, entweder geliebt oder gehasst werden.

Melanie Klein schuf damit die Basis für die „Objektbeziehungstheorie“. Unter dem Begriff „Objektbeziehungstheorie“ werden unterschiedliche Ansätze zusammengefasst, denen gemeinsam ist, dass sie die zentrale Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Beziehung und der Vorstellungen des Kindes über sich und seine Bezugspersonen für die spätere Beziehungsgestaltung und für die Persönlichkeitsentwicklung herausstellen. Ein weiteres gemeinsames Merkmal ist die Hervorhebung von Übertragung und Gegenübertragung in der Anwendung des psychotherapeutischen Konzeptes.

Die Einführung und Anerkennung der Objektbeziehungstheorien ist eine der bedeutendsten Entwicklungen innerhalb der Entwicklung der Psychoanalyse. Während die Psychoanalyse Freuds einen Schwerpunkt auf das Konzept der Triebtheorie legte und den Menschen dadurch (tendenziell) als Einzelwesen betrachtete, lenkte Melanie Klein die Aufmerksamkeit der Psychoanalyse verstärkt auf die frühkindliche Entwicklung und die Auswirkungen der frühen Beziehungen zu Bezugspersonen.

Anna Freuds starke pädagogischen Interessen beeinflussten eine enge Zusammenarbeit mit Aichhorns Wiener Heimen und Erziehungsberatungsstellen sowie die kinderanalytische Entwicklung in der Schweiz.

Anna Freud sah nur in vereinzelt Fällen von schweren Angstneurosen eine Indikation zur klassischen Analyse, während in den übrigen Fällen der Kindertherapie die spezielle Situation des Kindes in seiner Familie angepasst werden sollte. Sie regte das Kind mit Spielmaterial zu Projektionen und Identifizierung an, um eine intensive Übertragung beim Kind zu erreichen. Zum engeren Kreis Anna Freuds gehörten die Kinderanalytikerinnen Berta Bornstein, Edith Buxbaum, Margarethe Mahler, Anny Katan, die später alle nach Nordamerika auswanderten.

Durch die Herrschaft des Nazi-Regimes in Deutschland kam eine reiche Zeit an analytischer Arbeit auf dem Kontinent zum Abschluss und eine enorme Befruchtung der analytischen Kinderpsychologie und Kindertherapie in England und Nordamerika wurde eingeleitet.

So konnte unter Anna Freud in London aus der Arbeit mit Kriegskindern die Hamstead Child Therapy Clinic begründet werden, eine wichtige Forschungs- und Ausbildungsstätte für ortodox-analytisch ausgerichtete KinderanalytikerInnen.

Neben Anna Freuds und Melanie Kleins kindertherapeutischen Ausbildungsstätten entstand durch Margareth Lowenfeld eine weitere Ausbildungsstätte in London. Als wichtigen Bestandteil ihrer Kinderspieltherapie entwickelte sie die sogenannte „Welttechnik“, einen Sandkasten mit zahllosen Spielelementen, den Charlotte Bühler später zum „Welt-Test“ standardisieren sollte.

Der Engländer Donald Winnicott kam unter dem Einfluss Melanie Kleins von der Pädiatrie zur Psychoanalyse. Er gilt als einer der wichtigsten Vertreter der „Objektbeziehungstheorie“.

Winnicott zählt zu den bedeutendsten Wegbereitern der Kinderpsychotherapie. Er geht davon aus, dass in den ersten Monaten ein Neugeborenes mit seiner Mutter zu einer Einheit verschmolzen ist. Das Baby nimmt die Mutter als Teil von sich selbst wahr. Dabei geht Winnicott nicht von einer idealisierten Mutter aus, die durch Abweichungen von Ideal psychoanalytischer Theorien ihr Kind schädigt, sondern führt den Begriff der „ausreichend guten Mutter“ in die Terminologie der Psychoanalyse ein. Die „ausreichend gute Mutter“ („good enough mother“) ist in der Lage auf die Bedürfnisse des Babys einzugehen, zumindest soweit, dass sich das Baby nie komplett verlassen fühlt. Mit der Zeit löst sich die Mutter aus dieser engen Verbindung, so dass das Kind lernen kann, dass die Mutter nicht Teil von ihm ist.

In diesem Prozess spielt das Übergangsobjekt eine wichtige Rolle. Das kann zum Beispiel der Zipfel einer Decke sein, den das Baby benutzt, um sich in Abwesenheit der Mutter zu trösten. Es gehört für das Kind sowohl zur Mutter als auch zur realen Welt.

Ist die Mutter nicht ausreichend gut, kommt es zur emotionalen Deprivation, was bedeutet, dass das Bild der Mutter im Baby stirbt. Die Deprivation ist eine wichtige Voraussetzung für antisoziales Verhalten, beispielsweise Stehlen, von Kindern. Durch dieses Verhalten versucht das Kind seinen Mangel auszugleichen. Es ist jedoch für den Betreuer wichtig zu wissen, dass dieses antisoziale Verhalten ein Zeichen der Hoffnung des Kindes ist. Ein depriviertes Kind, das keine Hoffnung hat, wird sich scheinbar angepasst verhalten und erst wenn es wieder Hoffnung hat, wird es antisoziales Verhalten zeigen, also versuchen seinen Mangel auszugleichen.

Zwischen Melanie Kleins objekttheoretischem Ansatz und der dominierenden Schule Anna Freuds bildete sich eine weitere Strömung, die ideengeschichtlich zwischen diesen beiden Polen zu verorten ist.

Eine zentrale Rolle spielte die sogenannte „Britische Objektbeziehungstheorie“ von William R. D. Fairbairn (1889-1964). Fairbairn stellte sich anders als Klein auch gegen Freuds dualistisches Triebkonzept. Die von ihm eingeleitete radikale Wendung vom Trieb zu Objektbeziehungen wurde auch als „Kopernikanische Wende“ der psychoanalytischen Persönlichkeitsforschung bezeichnet. Auf Fairbairn bauten auch die Arbeiten von Daniel Stern und Otto F. Kernberg auf, die ein angeborenes Bedürfnis nach Beziehung und Bindung als grundlegend sowohl für die frühe Entwicklung als auch für die Therapie anerkennen. Im Zuge dieser Erkenntnis betonen sie die wichtige Bedeutung des Beziehungsgeschehens innerhalb der Therapie gegenüber der bloßen Deutung unbewusster Inhalte, die noch bei Freud im Zentrum der psychoanalytischen Tätigkeit stand.

Die Ergebnisse moderner empirischer Säuglingsforschung belegen nachträglich wichtige Annahmen der Objektbeziehungstheorie. Eine Verbindung zwischen diesen Theorien und der empirischen Forschung schafft auch die Bindungstheorie von John Bowlby.

Auf Bowlbys Bindungstheorie geht auch das heute in westlich orientierten Ländern zum Standard der Kindermedizin gehörende „Rooming in“ zurück – also die Möglichkeit, dass die Mutter während des Krankenhausaufenthaltes bei ihrem Kind bleibt. Es wurden signifikante Zusammenhänge zwischen der Bindungsqualität im Alter von einem Jahr und einer Psychopathologie im Alter von sechs Jahren gefunden. Neuere Forschungen in dem Bereich weisen zudem signifikante Zusammenhänge zwischen sicherer Bindung und psychischer Stabilität bzw. unsicherer Bindung und psychopathologischen Störungen (emotionale Störungen des Jugendalters, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, Impulskontrollstörungen und Abhängigkeitserkrankungen) hin.

Insgesamt stellt die Objektbeziehungstheorie innerhalb der psychoanalytischen Theorie fast einen paradigmatischen Kurswechsel dar. Michael Balint kritisierte die orthodoxe Psychoanalyse mit ihrer Fokussierung auf das Phänomen der Triebe als eine „One Body Psychologie“. Mit der Hinwendung zur Erforschung der frühen Mutter-Kind-Interaktion wurde demgegenüber eine Umkehrung oder mindestens bedeutsame Erweiterung der Perspektive vollzogen.

Ähnliches entwickelte sich in der Schweiz. Hier trieb vor allem Zulliger auf dem Gebiet der Psychodiagnostik die Weiterentwicklung voran. Er betonte immer wieder die Notwendigkeit eines primären Vertrauensverhältnisses des Therapeuten zum Kind und dessen Eltern. In dem er sich unkonventionell und intuitiv dem sich anbahnenden Spiel mit dem Kind überließ, erlaubte ihm die Kenntnis der psychodynamischen Hintergründe oft schon entscheidende Behandlungserfolge in ersten beratenden bzw. therapeutischen Begegnungen. Er stellte im Lauf der Jahre fest, dass es in vielen Fällen auch ohne therapeutische Eingriffe, wie z.B. Deutungen, zu echten Heilungen kindlichen Verhaltensstörungen kam, indem die Kinder ihre seelischen Konflikte bis zur echten Konfliktlösung im affektbesetzten Spiel ausagierten. So entwickelte Zulliger die „nicht deutende Spieltherapie“, die sich dem Erleben des Kindes in der „magisch-animistischen Erlebnisphase“ anpasst.

In der welschen Schweiz machte sich Madeleine Rampert einen Namen; sie führte als erste das Puppenspiel in der Kindertherapie ein. Louisa Düss entwickelte die nach ihr benannte Fabelmethode als Therapie-Instrument. Von psychoanalytischen Gesichtspunkten aus werden kleine Geschichten für Kinder konstruiert, die verschiedenen Phasen der Entwicklung des Unbewussten entsprechen. Das Kind soll sagen, was weiter geschieht. Die Antworten geben Einblick in die innere Problematik.

Hier ist also nicht die „Fabel“ gemeint, sondern das „fabulieren“, ähnlich der freien Assoziation beim Erwachsenen.

Fabeln sind hingegen kurze Geschichten, oft mit Tieren, die wie Menschen handeln und menschliche Eigenschaften haben. Dabei kommen manche Tiere recht oft vor, wie beispielsweise der Löwe, der Wolf, die Eule oder der Fuchs. Diese Tiere haben meist Eigenschaften, die sich in fast allen Fabeln gleichen. Der Fuchs ist dort der Schlaue, Listige, der nur auf seinen Vorteil bedacht ist. Die Eule ist die weise und kluge Person. Die Gans gilt als dumm, der Löwe als mutig, die Schlange als hinterhältig, die Maus als klein. Fabeltiere stellen bestimmte Charakterzüge von Menschen dar.

Die symbolische Bedeutung von Tieren kommt auch in dem später, 1950, entwickelten psychologischen Zeichentest „Die verzauberte Familie“ oder auch „Meine Familie in Tieren“ genannt, zum tragen, bei dem Kinder aufgefordert werden, ihre Familie in Tiere zu verzaubern und diese dann zu zeichnen. Die Eigenschaften der Tiere drückt sehr viel aus über

die Beziehung des Kindes zu seinen Familienmitgliedern und kann als Anknüpfungspunkt für Gespräche über die Familiensituation genutzt werden. Viele Kinderpsychotherapeuten wenden auch heute diesen Zeichentest an (vgl. hierzu: Luitgard Brem-Gräser: „Familie in Tieren“, Marta Kos, Gerd Biermann: „Die verzauberte Familie“).

In Frankreich traten Kinderpsychotherapeuten hervor: Erich Stern in einer konservativen Form einer erzieherischen Therapieform, Lebovici propagierte die Einführung des Psychodramas in der Kindertherapie, Dolto-Marette entwickelte ein „Spiel mit der Blumenpuppe“, das sich vorwiegend bei ich-geschwächten und autistischen Kindern bewährt hat.

In Nordamerika trafen die in den dreißiger Jahren emigrierten Kindertherapeuten auf eine im behavioristischen Denken geschulte dynamische Psychiatrie, welche der Annahme und Verwertung psychoanalytischen Gedankengutes aufgeschlossen gegenüberstanden. Interessant ist, dass Pawlow den Mechanismus des klassischen Konditionierens zufällig während eines Experiments zum Verdauungssystem des Hundes entdeckt hatte.

Auch der zweite wichtige Lernmechanismus, das Operante Konditionieren, wurde durch Experimente an Tieren entdeckt.

Noch stärker wandte sich Skinner diesen Mechanismen zu. Er baute die nach ihm benannte Skinnerbox und untersuchte bei Ratten, aber auch Tauben, wie ein Reiz ein bestimmtes Verhalten verlängern oder seine Auftretenswahrscheinlichkeit erhöhen kann. Skinner glaubte, jegliches menschliche Verhalten über Reize, Reaktionen und Verstärkung erklären zu können. Bedürfnisse, Wünsche, Motivationen spielten in seiner Verhaltenstheorie keine Rolle.

Hilde Bruch und Melitta Sperling, beeinflusst von den Auswirkungen der psychosomatischen Schule (Alexander) in Chicago, stellten wichtige Untersuchungen auf dem Gebiet der Psychosomatik bei Kindern an.

René A. Spitz, ein Schüler Anna Freuds, der vor dem Zweiten Weltkrieg über Paris nach New York auswanderte, befasste sich als Erster mit der systematischen Erforschung der Psychologie des Säuglingsalters und begründete das interaktionistische Paradigma in der

Säuglingsforschung, das die Untersuchung der Sozialbeziehungen des Babys in den Mittelpunkt der Forschung rückt und neben der Untersuchung der kognitiven Entwicklung bis heute die Forschungsbemühungen in diesem Sektor dominiert.

Er hatte sich mit seinen empirischen Untersuchungen bemüht, die Beziehung zwischen der Persönlichkeit der Mutter und der Entwicklung des Kindes immer genauer zu erfassen. Seine Untersuchungsmethoden waren direkte Beobachtung, Filmaufnahmen, Säuglingstests und die Verbindung von Langzeitstudien und Quervergleichen. Er war damit auch einer der ersten, die systematische und empirische Forschung in der psychoanalytischen Säuglingsforschung betrieben, während zuvor hauptsächlich unsystematische Beobachtungen im Alltag und klinischen Kontext durchgeführt wurden.

Ausgehend von Kulturvergleichen des frühkindlichen Erlebens untersuchte er die Entwicklung der menschlichen Kommunikation, die Geburt der Sprache und die Entwicklung der Beziehung zwischen Mutter und Kind im ersten Lebensjahr. Die Wechselbeziehung zwischen Mutter und Kind ist für Spitz der Prägestock zur Entwicklung der sozialen Beziehungen. Nach Spitz entwickelt sich die Objektbeziehung im Verlauf des ersten Lebensjahrs. Dabei durchläuft sie drei Stadien. Das Konzept der Organismen geht davon aus, dass es in bestimmten Altersabschnitten zu Reifungsprozessen, sprunghaften Veränderungen im kindlichen Organismus kommt, welche sich anhand von affektiven Indikatoren wie dem sozialen Lächeln (2./3. Monat), der Fremdenangst (7./8. Monat) oder der Geste des Nein (15./18. Monat) beobachten lassen.

Bekannt wurde René Spitz vor allem mit seinen empirischen Untersuchungen der gestörten Mutterbeziehungen des Säuglings bei inkohärenten Stimuli: Aktive und passive Ablehnung des Kindes, Überfürsorglichkeit, abwechselnde Feindseligkeit und Verwöhnung, mit Freundlichkeit verdeckte Ablehnung. Solche Bedrohungen der Beziehung (Objektkonstanz) führen gemäß Spitz je nach Art der gestörten Objektbeziehung zu verschiedenen psychischen und psychosomatischen Störungen beim Kind wie z.B. Säuglingsektzemen, anaklitischer Depression, psychotoxischer Störung oder gar Hospitalismus.

Eine nachhaltige Bereicherung zu den theoretischen Positionen der Kinderpsychologie stelle das Werk Eriksons „Kindheit und Gesellschaft“ da, das über die Kulturabhängigkeit früherer Prägungen der kindlichen Ich-Entwicklung berichtete.

Weitere wichtige Entwicklungen entstanden durch die in die U.S.A. emigrierten Wiener Rudi Eckstein in Los Angeles und Bettelheim in Chicago, welche mit neuartigen Behandlungsmethoden autistische Kinder therapierten.

Rudi Eckstein kam ab 1970 wieder regelmäßig nach Wien, um an der Universität zu unterrichten, wo ich ihn selbst während meines Studiums als beeindruckenden Lehrer erleben durfte, und Bruno Bettelheim erlebte ich bei seinem einzigen Besuch in Wien bei einem sehr persönlichen und zutiefst berührenden Abend in der Berggasse.

In New York wurden Formen der Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche entwickelt. Moreno arbeitete mittels Psychodrama, Slavson mittels einer von Roger und Axline abgeleiteten nicht-direktiven Therapiemethode.

Nach dem Krieg machte sich schließlich die Berliner Nervenärztin und Kindertherapeutin G. von Staabs einen Namen mit einem Puppenspielverfahren und der Entwicklung des Szenotests.

Im Gegensatz zu den klassischen tiefenanalytischen Schulen, die jeweils einen Gründer und ein Zentrum hatten (Freud, Adler, Jung, Frankl), hat die systemische Therapie viele Gründungsorte, einige Mütter und viele Väter. Grundlagen des systemischen Ansatzes sind die Systemtheorie und der Konstruktivismus.

Ein System ist hierbei eine Einheit aus Elementen – mehr als deren bloße Summe. Die Elemente haben untereinander und zu anderen Systemen Beziehungen: Solche Wechselwirkungen können selbstverständlich über die Eigenschaften der Elemente Hinausgehendes bewirken.

Im Blickpunkt der Systemtheorie stehen nicht so sehr beobachtbare Phänomene, sondern deren Wechselwirkungen mit der Umgebung. Das dahinterliegende Menschenbild geht nicht davon aus, dass Menschen bestimmte Qualitäten und Merkmale in sich tragen, sondern dass sich diese Merkmale oder charakteristische Eigenschaften nur im Kontrast der Beziehungen zu anderen Menschen abbilden (vgl. A.Prothmann, „Tiergestützte Kinderpsychotherapie“, 2008, S 75).

Nach der systemischen Sicht ist ein Mensch immer als biologisches und soziales Wesen zu betrachten.

Spielen aus systemischer Sicht ist eine Form des emotionalen Austausches, bei dem neue Regeln des Handelns entwickelt und neue Seiten der eigenen Person entdeckt werden (R.Retzlaff „Spiel-Räume, 2008, S 30). Spielen kann als Explorationsverhalten verstanden werden, als Ausdruck von inneren Konflikten und emotionalen Prozessen, als inhärente Neugierde, als Form des kindlichen Lernens, als Aneignung von Wirklichkeit oder als Selbstheilungsversuch.

In der systemischen Therapie liegt der Fokus nicht primär auf der symbolisch-expressiven Funktion des Spiels, sondern stärker auf neuen Beziehungserfahrungen im familiären Kontext und der Konstruktion von Lösungen. Die Vorgangsweise ist nicht betont non-direktiv, sondern stärker themenzentriert.

Kommt ein Tier in der Therapie ins Spiel, erfährt das Kind Neues, macht es eine neue Beziehungserfahrung und lernt „neue“ Lösungen zu finden, da es auf das Tier als anderes Wesen, bewusst eingehen muss. Damit wird Empathie gestärkt, Einfühlungsvermögen geschult, und wenn die Kommunikation „funktioniert“, viel Selbstvertrauen getankt.

Der systemische Ansatz spielt in der Kinder- und Jugendpsychotherapie eine große Rolle. Vor allem hier ist die Hinsicht auf das bzw. die „System(e)“ von dem (denen) das Kind umgeben ist, immens wertvoll und nicht mehr zu ignorieren. Eine sinnvolle Therapie ist nur dann möglich, wenn auf das Kind selbst, also auf die individuelle, persönliche Ebene, aber genauso auch auf die familiäre Ebene, auf die schulische und zwischenmenschliche Ebene eingegangen wird.

Seitdem hat sich in der Kinder- und Jugendpsychotherapie zu Recht der multimodale Ansatz durchgesetzt, das heißt ein Bemühen, eine allgemeinen Kinderpsychotherapie zu skizzieren, die sich als „eine problemorientierte, individualisierte, sequenzielle und adaptive und, entwicklungs- und ergebnisorientierte Therapie charakterisieren lässt, die auf der Grundlage allgemeiner Wirkprinzipien evidenzbasierte Interventionsmethoden anwendet, dabei den spezifischen Kontext berücksichtigt, in dem die Probleme auftreten und mehrere Interventionsebenen integriert. In der multimodalen Kinderpsychotherapie werden die Kinder

aktiv dabei unterstützt, Probleme in der Familie, Schule und im Umgang mit Gleichaltrigen erfolgreich zu bewältigen.

Familientherapeutisches Denken entwickelte sich in den 70er und 80er Jahren des 20. Jahrhunderts im Kontext der neuen Wissenszweige der Kybernetik und der Systemtheorie und kann unterschiedliche therapeutische Ansätze beinhalten. Die Methode reicht von Gesprächsmethoden (zirkuläres Fragen, Umdeuten, Familiengenogramm) und aktionalen Methoden (Sitzordnung, Familienskulptur, Rollenspiel), die vor allem auf die Interaktionen in der Therapiesitzung einwirken und zu direkten Interventionen (Selbst- und Fremdbeobachtung, Verhaltensaufgaben, Familienverträge) und komplexen Interventionen (Symptomverschreibungen, Regelverschreibungen, ritualisierte und metaphorische Verschreibungen), die auf die Interaktionen der Familie zwischen den Therapiesitzungen gerichtet sind.

Slavson gilt als Begründer der Kindergruppentherapie. Er sah das Spiel als therapeutisches Mittel und verwendete Modelliermasse, Kasperltheater oder Bauklötze. So sollten die Kinder ihre sozialen Fähigkeiten ausbauen und ihr Gemeinschaftsgefühl stärken. Ein Kind kann in der Gruppe von Gleichaltrigen sein Verhalten ändern und seinen Horizont erweitern: Ein sonst eher ruhiges Kind wird offener und frecher, aber es kann auch ein sonst vorlautes Kind dann eher schüchtern und zurückhaltend agieren. Die Problemlage eines Kindes ähnelt oft der Situation anderer Kinder, und zwar umso häufiger, je homogener die Gruppe ist. Durch die Gruppe kann ein Wir-Gefühl entstehen und das Identitätsgefühl gestärkt werden. Entwicklungspsychologisch ist dies insbesondere für Kindern zwischen 6 und 7 Jahren wichtig.

3.3. Grundlagen der Spieltherapie

Ich möchte im Folgenden auf einige wichtige Schulen zur Kinderpsychotherapie zu sprechen kommen. Dabei ist die Auswahl keinesfalls vollständig und eine kurze Zusammenfassung kann den Autoren niemals gerecht werden, sodass ich die Ausführungen eher als Hinweise verstehen möchte.

In der Psychotherapie begegnen wir nicht einem einzelnen Symptom, sondern einem Menschen mit einem komplexen Erfahrungs- und Beziehungshintergrund, dem in der Therapie Rechnung getragen werden muss.

Zu rigide und vereinheitlichende Therapieansätze, die keinen Raum dafür lassen, die Therapie individuell mit dem Klienten zu gestalten, können dem Prozessgedanken vieler moderner Psychotherapieverfahren nicht gerecht werden. Deshalb ist es mir wichtig, im folgenden Abschnitt einen Blick auf unterschiedliche Richtungen zu werfen, da wir von jeder etwas lernen können.

Auch ergaben Forschungen, dass unspezifische Wirkfaktoren, wie die Qualität der therapeutischen Beziehung und die Aufnahmebereitschaft des Klienten mehr über den Erfolg einer Intervention entscheidet als der Einsatz spezieller Therapietechniken.

Besonders wichtig in diesem Zusammenhang ist mir, dass eine erfolgreiche Therapie nicht nur am Verschwinden belastender Symptome gemessen werden kann, sondern vor allem an einer Steigerung der Lebenszufriedenheit und Lebensqualität, da es enge Verbindungen zwischen dem Wachsen von Kompetenzen und dem Verschwinden von Symptomen gibt.

Gerade für die Kinder- und Jugendpsychotherapie, aber auch für die tiergestützte Therapie ist diese komplexe Sichtweise, bei dem nicht nur das oder die Symptome in das Blickfeld rücken, sondern alle Lebensbereiche des Klienten von großer Relevanz.

So beschäftigt sich auch die Sichtweise der Salutogenese nicht mehr (nur) mit der pathologischen Geschichte, also den Symptomen, sondern vor allem mit den Ressourcen, mit dem, was den Menschen gesund hält und nicht krank bzw. noch kränker macht, wobei wir diese Sichtweise auch in der Psychotherapie von Beginn an finden können.

3.3.1 Psychodynamisch-tiefenpsychologisch fundierte Ansätze

3.3.1.a Die psychoanalytische Kindertherapie nach Anna Freud

Die Kinderanalyse von Anna Freud basiert auf einer psychoanalytischen Entwicklungstheorie und konnte viele aus Rekonstruktionen gewonnene Einsichten von Sigmund Freud vertiefen, bestätigen und erweitern.

In einem der ersten Werke von Anna Freud, „Das Ich und die Abwehrmechanismen“ befasst sie sich mit der Chronologie der Abwehrmechanismen und beschreibt die Verleugnung in der Phantasie, die Verleugnung in Wort und Handlung, die Ich-Einschränkung und die Identifizierung mit dem Angreifer als typische Abwehrformen bei Kindern und Askese und die Intellektualisierung als charakteristische Abwehrformen bei Jugendlichen.

Bezüglich der Projektion und Introjektion bestehen gegensätzliche Ansichten bei Melanie Klein und Anna Freud. Erstere versteht beide als strukturbildende Prozesse, letztere als Prozesse, die auf der Sonderung von Ich und Außenwelt beruhen, auf einer bereits vorhandenen Differenzierung zwischen Selbst und Nicht-Selbst.

Beim Kind wie beim Erwachsenen wird die Neurose von seinem Triebleben und vom „Über-Ich“ bestimmt, aber in der Kinderanalyse spielen die Umwelt und die Beziehungspersonen als wichtige, für die Analyse jedoch unbequeme Faktoren, noch eine weit stärkere Rolle als beim Erwachsenen. Die Ablösung von den ersten Liebensobjekten und die Identifizierungen werden erst langsam vollzogen. „Über-Ich“ und Beziehungsobjekte stehen noch in ständiger Wechselbeziehung. Die Triebabwehr bei Kindern erfolgt aus Realangst, aus Angst vor Bestrafung und Liebesentzug; bei Erwachsenen erfolgt sie aus Gewissensangst, ist also Funktion des „Über-Ich“.

In „Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung“ hat Anna Freud das bekannte Diagnostische Profil, ein metapsychologisches Entwicklungsbild entworfen, bei dem versucht wird, das bei einer Abklärung vorhandene Material über ein Kind nach dynamischen, genetischen, ökonomischen und strukturellen Gesichtspunkten in einen organischen Zusammenhang einzuordnen.

Anna Freud befasst sich mit den Konflikten, also mit den dynamischen und strukturellen Daten und unterscheidet dabei zwischen äußeren, verinnerlichten und innerlichen Konflikten.

Im weiteren beschreibt sie darin einige wichtige sogenannte Entwicklungslinien und behandelt die Regression als Prinzip in der normalen psychischen Entwicklung. Sie macht eine Unterscheidung in Triebregrression und Ich-Regression. Bei der ersteren besteht ein kausaler Zusammenhang zwischen Fixierungspunkten und Regression, während bei letzterer solche Fixierungspunkte nicht bestehen.

In einer ihrer letzten Arbeiten „Kinderanalyse als Untersuchung der psychischen Entwicklung: normal und abnorm“ beschreibt Anna Freud Faktoren, von denen Normalität oder Pathologie der Entwicklung wesentlich abhängen. Sie unterscheidet zwischen entwicklungsbedingten Störungen und neurotischen Störungen, die aber in engem Zusammenhang miteinander stehen. Bei den ersteren handelt es sich um primäre Störungen, die auf einem fehlenden Gleichgewicht wie mangelnder Synchronisierung und Disharmonien in der Entfaltung und Entwicklung beruhen. Bei den letzteren werden in einer Abwehrsituation des Ichs gegen die primitive Triebbefriedigung neurotische Symptome entwickelt.

Bezüglich Methodik und Technik der Therapie ist Anna Freud in den Anfängen der Kinderanalyse davon ausgegangen, dass die Angst vor Fremden, der fehlende Leidensdruck und die mangelnde Therapiemotivation bei Kindern eine sogenannte einleitende Phase erfordern, um das Vertrauen des Kindes, eine positive Übertragung und ein Arbeitsbündnis herzustellen. Später kam sie zur Überzeugung, dass auch die Analyse der Abwehr die anfänglichen Ängste des Kindes verringern kann. Ebenso wichtig wie das Behandlungsbündnis mit dem Kind ist auch die Unterstützung und das Bündnis mit den Eltern.

Als wichtige Unterschiede zur Erwachsenenanalyse beschreibt Anna Freud, dass das Material des Kindes weniger durch Verbalisieren, durch die freie Assoziation eingebracht wird, als vielmehr durch Handeln, durch das freie Spiel oder durch Zeichnungen und das Ineinanderwirken von äußeren und inneren pathologischen Faktoren besonders wichtig ist und beachtet werden muss. Aber die Unterscheidung von äußerer Realität und innerer Welt im Material des Kindes, von Reaktionen auf gegenwärtige Ereignisse und der Wiederbelebung

vergängerer Ereignissen und Reaktionen ist oft sehr schwierig. Die Deutung von abgewehrten Triebgehalten, von Widerstand und Übertragung nimmt zwar ebenfalls eine zentrale Stellung ein, aber kann auch erhebliche Ängste auslösen und Widerstände verstärken. Anna Freud beschreibt, dass deshalb zuerst eine behutsame, schrittweise Annäherung erfolgen muss, z.B. über Klassifikationen oder in indirekter Form über Geschichten und Dramatisierungen, und dass der Kindertherapeut nicht neutral bzw. „abstinente“ sein kann und in einer viel aktiveren Rolle am Spiel des Kindes teilnimmt. Er ist nicht nur ein Objekt der Übertragung, sondern für den gesunden Anteil des Kindes auch ein reales Objekt, das neue Beziehungsformen anregt. Je nach Situation wird er vom Kind als Verführer oder als ein in die Außenwelt verlegtes „Über-Ich“ erlebt und muss eventuell als Hilfs-Ich funktionieren.

3.3.1.b Die Psychoanalyse nach Melanie Klein

"Die Mutter der Psychoanalyse", wie Melanie Klein gerne genannt wird, hat mit ihren Erkenntnissen, die sie in zahlreichen Schriften und Vorträgen zum Ausdruck gebracht hat, wie im vorangegangenen Kapitel erörtert wurde, die moderne Psychoanalyse wesentlich bereichert.

Indem sie die Theorien Sigmund Freuds um die Bedeutung der Mutter in der frühkindlichen Entwicklung erweitert und den ödipalen Konflikt bereits im Säuglingsalter und nicht wie Freud zwischen dem dritten und fünften Lebensjahr geortet hat, schuf sie eine neue Theorie der Objektbeziehung und in der Folge eine eigene Psychoanalyse des Kindes.

Die Beziehung des Säuglings zu seiner Mutter bildet den Kern der Objektbeziehungstheorie Melanie Kleins. Das Baby würde die Mutter in den ersten Wochen lediglich körperlich wahrnehmen, als wärmend und nährend.

Im Gedächtnis des Kindes werde das Objekt der Mutter als Imago, also Vorstellung, gespeichert. Da die Mutter jedoch nicht immer zur Verfügung steht, erlebe das Kind neben positiven auch negative Gefühle, eine "gute" und eine "böse" Brust. Aufgrund dieser frühen Erfahrungen mit den ersten Liebes-Objekten / Bezugspersonen entstünden Prägungen, die dazu führen würden, auf welche Art und Weise ein Mensch die Welt wahrnimmt, wie er mit Beziehungen umgeht und wie seine Liebe-Hass-Erfahrungen aussehen.

Eine erste Phase wird als die paranoid-schizoide Position bestimmt und dauert um die ersten drei bis vier Monate. Sie ist charakterisiert durch eine Spaltung der Objekte in Gut und Böse. Gleichzeitig gelten die primitiven Objektbeziehungen vorwiegend nur der Mutterbrust und nicht der ganzen Mutter. In diesem Sinne sind es Teilobjektbeziehungen. Das Entwicklungsziel liegt darin, die Introjektion und Identifikation mit der „guten Brust“ zu erreichen. Es entsteht eine Angst beim Kleinkind, dass ein verfolgendes Objekt, nämlich die böse Brust, bei Frustration ins Ich eindringt und die gute Brust und damit das Selbst vernichtet. Dagegen werden die Abwehrmechanismen der Introjektion, der Projektion, der Verleugnung, Idealisierung oder projektiver Identifikation aufgebaut.

Eine zweite Phase sieht Melanie Klein in der depressiven Position, die circa vom dritten bis zum sechsten Monat dauert. In dieser Zeit realisiert das Kind, dass Befriedigung und Versagung von der gleichen Bezugsperson ausgehen, ebenso gelten Liebe und Hass der gleichen Person. Dadurch können sich Gefühle der Besorgnis, Schuldgefühle oder der Wunsch nach Wiedergutmachung bemerkbar machen. In dieser Phase werden Beziehungen gestärkt, die erhöhte Realitätsanpassung vermindert die Entwicklung von Ambivalenzen, Aggression, Angst und Schuldgefühle. Die Fähigkeit wird verlangt, gespaltenes Erleben zu überwinden und sich mit der ganzen Person auseinander zu setzen. Bei Schwierigkeiten in der Verarbeitung dieser depressiven Position können neurotisch-intellektuelle Hemmungen entstehen mit depressiven Symptomen oder melancholischen Zuständen.

Ein Frühstadium des Ödipuskonflikts ist schon bei der Brustentwöhnung und der Wahrnehmung der Beziehung zwischen beiden Elternteilen anzusiedeln, weil hier Neid ausgelöst wird. Aus Rache möchte, laut Klein, das Kind den Mutterleib zerstören oder sich der begehrten Objekte, wie der Brust, bemächtigen.

Diese Thesen wurden von der Kollegenschaft scharf kritisiert. Vor allem Anna Freud, die den Theorien ihres Vaters anhing, entpuppte sich als Gegnerin.

Nach Sigmund Freud lerne ein Kind erst zwischen dem dritten und fünften Lebensjahr, den Verzicht auf den anders geschlechtlichen Elternteil auszuhalten, in dem es Regeln und Verbote in sein Über-Ich integriere.

Aber Anna Freud hatte noch einen anderen Grund zur Kritik. Ihre eigene pädagogisch-psychoanalytische Therapie, die auf Verständnis und Einsicht älterer Kinder abzielte, stand in Konkurrenz mit der von Melanie Klein geschaffenen Spielanalyse, mit der sie Kleinkinder bereits auf vorsprachlicher Entwicklungsstufe therapieren konnte. Bei dieser Psychoanalyse wurde das freie Assoziieren der Erwachsenenanalyse durch Spielen und andere kindgerechte Ausdrucksformen wie zum Beispiel Zeichnen ersetzt. Melanie Klein ging von der Voraussetzung aus, dass Kinder ihre inneren Konflikte durch Spiel ausdrücken, so dass es den Analysierenden möglich ist, durch Beobachten des Spiels diese Konflikte aufzuspüren. Ihre ersten Beobachtungen zur frühkindlichen Entwicklung hatte sie in der Analyse ihrer eigenen drei Kinder gesammelt.

Die psychoanalytischen Spieltechnik nach Klein entspricht also den Assoziationen der Erwachsenen und gibt dem Kind ein Gefühl von Erleichterung. Als Ausdrucksmittel dient einfaches kleines Spielzeug, Zeichnungen, Rollenspiele und ein Waschbecken, weil dies Einblick in prägenitale Triebregungen geben soll. Die Spielsachen werden für jedes Kind getrennt und in einer Schachtel aufbewahrt, ansonsten ist das Spielzimmer einfach gestaltet. Sobald das Kind seine Konflikte in irgendeiner Form zum Ausdruck bringt, setzt die Deutung ein. Schon in den ersten Stunden sei die Deutung von Koitusphantasien oder sadistischen Phantasien angebracht. Die positive und negative Übertragung setze beim Kind sofort ein. Mit der Deutung dieser Übertragung, aber auch des Spiels, wird der Zugang zum Unbewussten des Kindes eröffnet. Jede Aktion des Kindes wird als eine symbolische Handlung aufgefasst und symbolisch deutete.

In der Therapie geht es primär um Angstbewältigung. Das Kind kann seine Aggressivität frei äußern. Phantasien und Ängste werden durch die Deutungstechnik auf ihre Ursprungssituation zurückgeführt.

Bezüglich Elternarbeit meint Klein, dass die Analyse nur dem Kind gehöre. Die Eltern sollen es darüber nicht ausfragen. Die Mitteilungen der Eltern über das Kind sind wissenswert, aber nicht unentbehrlich. Die Therapeutin gibt den Eltern allgemeine Mitteilungen über Sinn und Wirkung der Analyse. Ansonsten wird nicht speziell mit den Eltern gearbeitet.

3.3.1.c Neuere psychoanalytische Konzepte

Vertreter einer neueren psychoanalytischen Kindertherapie ist H. Fahrig. Seine Technik knüpft an die Tradition von Zulliger an. Nach ihm besteht das therapeutische Setting im Freiraum eines ansprechenden Spielzimmers mit Materialien, die kreatives Gestalten fördern. Die Konflikte des Kindes werden dann in Handlungen dargestellt, die von Affekten begleitet sind. Der unbewusste Konflikt wird so wiedergestaltend erlebt und dann, anders als bisher, vom Therapeuten akzeptiert. Diese Erfahrung soll vom Kind verarbeitet und im realen Leben eingeübt werden. Dabei wählen die Therapiekinder von selbst die unterschiedlichen Ebenen aus, auf denen sie ihre Konflikte anbieten. Auf diesen analogen Ebenen phantasieren sie sich ihre Wirklichkeit. Die einzelnen Ebenen sind unterschiedlich weit vom reflektierenden Bewusstsein des Kindes entfernt.

Auf einer ersten Ebene der Übertragung auf den Therapeuten ist festzustellen, dass die Kinder sich meistens dem Therapeuten gegenüber sehr ähnlich Verhalten wie gegenüber ihren Eltern. Fahrig gibt jedoch keine Übertragungsdeutungen, weil sich die Kinder gegen solche Deutungen wehren. Demgegenüber reagiert der Therapeut mit einer abwartenden Haltung, wie sie das Kind von seinen Eltern her kennt. Dies entspricht eher dem Schweigen des Analytikers in der Psychoanalyse und bedeutet für das Kind eine korrigierende Realerfahrung am Therapeuten. Der Therapeut lenkt nun das Interesse des Kindes auf die analoge Ebene, wo das Kind seine Übertragung einbringen soll.

„Analog“ bedeutet hier, dass das Kind im Spiel oder in einer Zeichnung oder in einem Traum seine reale Wirklichkeit darstellt, nicht zu verwechseln mit der „analogen Kommunikation“, wie sie von Paul Watzlawick definiert wurde. Er sagt, dass es eine digitale und eine analoge Kommunikation gibt. Die digitale bezieht sich auf Worte und Sätze, die bestimmten Objekten zugeordnet sind. Diese Sprache ist logisch, abstrakt und repräsentiert den Inhaltsaspekt. Die digitale Sprache vermittelt in erster Linie Informationen. Sie bietet keine Hinweise dafür, wie diese Information bewertet und interpretiert werden soll. Der Extremfall einer digitalen Kommunikation: ein sprechender Computer. Die analoge Kommunikation hat eine viel direktere, engere Beziehung zu den Objekten, die sie repräsentiert. Sie basiert auf archaischen Kommunikationsformen und besitzt daher eine allgemeinere Gültigkeit und Verbreitung als die viel jüngere digitale Kommunikation. Analoge Kommunikation bezieht sich nicht auf

Dinge (wie die digitale Kommunikation), sondern auf die Beziehung zwischen den Dingen (oder Menschen). Empfindungen werden in analoger Sprache ausgedrückt, weil sie sich der logischen digitalen Kommunikation entziehen.

Dies ist ein ganz wichtiger Punkt für die tiergestützte Therapie und kann z.B. beim Zusammentreffen und Zusammenleben von Tieren und Alzheimer-Kranken beobachtet werden (vgl.: Olbrich, Ottenstedt: „Menschen brauchen Tiere“, S 186).

Aber natürlich „wirkt“ die analoge Kommunikation auch zwischen Kindern und Tieren. Nonverbale Interaktionen wie z.B. Berühren und die dabei erlebten Emotionen, sind ein ganz wesentlicher Moment in der tiergestützten Therapie, worauf im 2. Teil meiner Arbeit noch ausführlich eingegangen wird.

Doch nun zurück zur Entwicklung der Kinderpsychotherapie:

Diese neue Technik von H. Fahrig, mit dem Kind auf der „analogen Ebene“, das heißt, auf der spielerischen Ebene zu kommunizieren, im Spiel zu bleiben und Lösungen im Spiel zu entwickeln, ohne das Spiel zu verlassen, ohne auf die reale Ebene einzugehen oder diese gar zu deuten, steht im Gegensatz zur therapeutischen Methode von Melanie Klein und Anna Freud. Begründet wird die Neuorientierung damit, dass das Kind bis etwa zu seinem zwölften Lebensjahr nicht operational, das heißt, abstrakt wie ein Erwachsener denkt (vgl. hierzu die Entwicklungspsychologie von Jean Piaget) , sondern anschaulich und symbolisch. Ein durchschnittlich durch die Neurose destabilisiertes Kind ist psychisch nicht reif, Übertragungs- und Widerstandsdeutungen zu ertragen. Dagegen entspricht die frei assoziierte Spielhandlung der freien Assoziation beim Erwachsenen.

Auf einer symbolischen Spielebene agieren nun die verschiedensten Figuren, die nicht die Kinder, deren Bezugspersonen oder der Therapeut sind, sondern deren Stellvertreter. Alle Spielhandlungen des Kindes sind vorbehaltlos zu unterstützen. Die Führung kann dem Unbewussten des Kindes überlassen werden.

Viele Kinder stellen dann ihre Situation auf dieser Ebene durch Tiere dar. Im Verlauf solcher Darstellungen werden Entbehrungen und Konflikte inszeniert. Im Verlaufe einer Spielhandlung kann das Kind dann z.B. böse Introjekte wie Drache oder Schlange bekämpfen und schließlich integrieren, das heißt, z.B. lernen Mut zu haben wie ein Drache, listig zu sein wie eine Schlange, etc., und so keine Komplexe zu entwickeln. Falsche psychodynamische Spekulationen oder ein theoretisches Spekulieren über sogenannte frühe Störungen werden so überflüssig.

Eine zweite Möglichkeit besteht darin, dass die Darstellung über menschenähnliche Figuren geschieht. Der Therapeut kann sich mit seiner Spielfigur auf die von einem Kind angebotene Ebene begeben und in eine Interaktion mit der Figur des Kindes treten. Er handelt und spricht von Figur zu Figur und nicht etwa direkt zum Kind. Die Offenbarungen auf dieser analogen Ebene kommen Fahrig wie ein intimes Geheimnis vor, das er nicht mit der Realität des Kindes in Verbindung bringen möchte. Gerade die Vermeidung des reflektierenden Bewusstseins ist eine Bedingung für die starke und heilsame Wirksamkeit einer Spielhandlung. Die in der Handlung unmittelbar mitvollzogenen Affekte reichen aus, um therapeutisch wirksam zu werden.

Anmerkung: Durch ein Tier in der Therapie können Affekte sicherlich noch viel intensiver erlebt werden.

Das Geschehen muss nicht zusätzlich auf der realen Ebene gedeutet werden. Der Vorgang der Bewusstwerdung besteht darin, dass unbewusstes Material von innen nach außen zur Darstellung gelangt. Diese Bewusstwerdung ist nicht identisch mit einem reflektierenden Bewusstmachen in Gedanken oder Worten. Das Deuten der Zusammenhänge und der Abwehrvorgänge erfolgt bevorzugt auf dieser analogen Ebene. Zusätzlich müssen in zahlreichen Fällen frühere Versagungen zunächst ausgeglichen werden durch vorübergehend gewährte Befriedigungen.

3.3.1.d Kindertherapie aus der Sicht der Jungschen Psychologie

C.G. Jung hat nie selbst mit Kindern gearbeitet und deshalb kein zusammenhängendes Konzept der kindlichen Entwicklung entworfen. Verschiedene Autoren, wie Erich Neumann, Verena Kast, Wolfgang Krucker oder Dora M. Kalff, haben jedoch Jungsche Erkenntnisse für die Kindertherapie verarbeitet.

Ausgehend von den weitgespannten Gedankengängen Jungs haben sich verschiedene Richtungen der analytischen Kinderpsychotherapie entwickelt. In verschiedenem Ausmaß ziehen sie Erkenntnisse anderer Schulen hinzu und versuchen, deren Inhalt zu integrieren. Insbesondere werden Jungs Gedanken zu seinem Menschenbild berücksichtigt, so die Unterscheidung von persönlichem und kollektiven Unbewussten, Anima und Animus, die Archetypenlehre, seine Typologie und die Idee des Schattens und des Individuationsprozesses. Es geht um die Wirkung von Urbildern wie der guten und bösen Mutter oder des guten und bösen Vaters, der Beeinflussung durch die Energie eines Archetyps, auch wenn dies nicht bewusst ist. Technisch gesehen werden das Sand-, Rollen- oder Kasperlespiel sowie Malen, Zeichnen oder Modellieren eingesetzt. Nach der Darstellung der Konflikte ist eine Hinwendung zur Regression wichtig, wo frühere Erlebnisse und Entwicklungsstufen nachgeholt werden können. Ebenso wichtig ist eine Hinwendung zum eigenen Inneren und zum Unbewussten. In der Regression geht es darum, dass eine Kraft aktiviert wird, die für die Selbstentfaltung und damit für die Heilung der Psyche sorgt.

Das Zeigen der angestauten Aggressionen, aber auch notwendige Grenzsetzungen sind wichtige Momente. Neben der Progression, wo das Kind zu bisher nicht wahrgenommenen Möglichkeiten findet, ist die Übertragung des Kindes auf den Therapeuten und dessen Gegenübertragung entscheidend. Ebenso ist die Arbeit mit den Eltern wichtig.

Das therapeutische Geschehen muss nicht unbedingt gedeutet, das heißt verbalisiert werden. Die auftauchenden Symbole haben eine so große Wirkung, dass sich eine Verbalisierung erübrigt.

Erich Neumann hat zudem die Entwicklung des Kindes mit der phylogenetischen Entwicklung des Menschen und seines Bewusstseins verglichen. Auch die Menschheit hat

nach ihm bestimmte Entwicklungsschritte durchlaufen, die nun als Erfahrungen im kollektiven Unbewussten die Entwicklung beeinflussen.

Neumann unterscheidet folgende Ich-Stufen:

Die phallisch-chthonische Ich-Stufe wird in zwei Phasen unterteilt, nämlich in die vegetative und die animale. Erstere Unterstufe dauert etwa bis zum neunten Monat, letztere bis etwa zum dritten Jahr. Damit sind Ich-Aktivitäten gemeint, die weitgehend von der Körperganzheit abhängen. Das Körperselbst entwickelt sich in dieser Phase und ist geprägt von starker Bezogenheit der Mutter auf das Kind, das weitgehend in der Einheitswirklichkeit lebt. Der Übergang von der passiv –vegetativen animalischen Stufe bedeutet, dass das Kind sich aktiver der Welt bemächtigt.

In der magisch-phallischen Ich-Stufe ist das Ich zu einem Bewusstsein zentriert, das sich zu systematisieren beginnt, ebenso in der magisch-kriegerischen Ich-Stufe. Sie dauert etwa bis zum fünften Lebensjahr. Bis hierher gehören die Stufen noch ins Matriarchat: der Archetyp der großen Mutter beherrscht phylogenetisch und ontogenetisch das Leben dieser Zeit. In der Phase des magischen Ichs wird das Selbst in seiner Totalität als zum Ich gehörig erfahren und übt eine „magische Vollmacht“ aus. Die Person erlebt sich noch nicht als ein Gegenüber der objektiven Außenwelt.

Die solar-kriegerische und die solar-rationale Ich-Stufe daran anschließend und in der Adoleszenz ist von einer Wandlung des hier vorherrschenden Männlichen von einem „unteren“ zu einem „oberen“ Aspekt geprägt. Zum Symbol des „unteren Männlichen“ gehört das Feuer, das Vulkanische, der Löwe oder der Tiger. Das „obere Männliche“ zeigt sich in einer Verbindung zum Himmel mit dem geistigen Prinzip. Der Vaterarchetyp gehört dazu ebenso wie die Symbole des Windes, der Sonne, der Vögel oder des Königs. Der konkrete Vater als Leitbild und Identifikationsfigur gewinnt an Wichtigkeit, der diese archetypischen Tendenzen im Unbewussten aktivieren hilft.

3.3.1.e „Meine“ Mal- und Gestaltungstherapie

Die Mal- und Gestaltungstherapie orientiert sich ebenfalls am Gedankengut C.G. Jungs und ist eine Form der Kunsttherapie.

Kunsttherapie unterscheidet sich von anderen Therapieformen dadurch, dass zu der Beziehung Patient – Therapeut ein Drittes hinzutritt: das künstlerische Medium. Daraus ergibt sich zwischen den Beziehungspunkten Klient – Therapeut – Medium (Werk) ein Beziehungsdreieck, das in der kunsttherapeutischen Literatur als kunsttherapeutische Triade bezeichnet wird. Damit spielen für die kunsttherapeutische Praxis drei Ebenen und ihre Beziehung zueinander eine Rolle: das künstlerische Gestalten am Werk, die Beziehung zwischen Therapeut und Patient sowie die Betrachtung des Werkes und seine Wirkung.

Der Begriff *Maltherapie* wird sowohl für tiefenpsychologische als auch für anthroposophische Ansätze der Kunsttherapie verwandt, die sich ausschließlich auf die Malerei beziehen. Bei der *Gestaltungstherapie* handelt es sich um einen tiefenpsychologischen Ansatz der kunsttherapeutischen Praxis, in der zwar mit künstlerischen Medien gearbeitet wird, Gestaltungen aus der Therapie aber nicht als *Kunst* bezeichnet werden.

Die Kunsttherapie kann, je nach dem in welchem Praxisfeld sie stattfindet, welchen methodischen Ansätzen sie folgt oder welche Indikationen vorliegen, in unterschiedlichem Setting stattfinden. Sie wird sowohl als Einzel- oder Gruppentherapie als auch als Einzeltherapie in Gruppen angeboten. Sie kann in offenen Ateliers wie in geschlossenen Gruppen oder im geschützten Rahmen einer Einzeltherapie stattfinden. Dabei kommen verschiedene Materialien wie flüssige oder feste Farben, Ton, Holz oder Stein, z. B. Speckstein, zum Einsatz. Es wird mit bildnerischen Medien wie Farbe, Linie, Ton, Stein oder Fotografie gearbeitet, über die der Patient sich ausdrückt.

Dabei geht es um „innere Bilder“, den Blick auf die Welt, die Entwicklung neuer Fähigkeiten und Handlungsspielräume und die Entdeckung von Lösungsmöglichkeiten und Ressourcen.

Im therapeutischen Prozess kommen innere Bilder zum Vorschein, die unbewusste Konflikte zeigen, mit denen der Klient in einen gestalterischen Dialog treten kann. Dem gemalten oder gezeichneten Bild steht er gegenüber, er kann es verwandeln, so dass an die Stelle des belastenden (inneren) Bildes ein neues Bild treten kann: „In der Therapie geht es um das Gewahrwerden innerer Prozesse, um mehr Bewusstheit. Das bedeutet, um ein intensiveres Hineinlauschen oder Hineinschauen in die intrapsychische Welt mit all den Gefühlen, die sie auslöst, und dann wieder um ein Zurücktreten, das es möglich macht, die Muster und Regeln zu erkennen, die das innere und äußere Handeln beeinflussen und sie ihrer Zwänge zu entheben.“ vgl.: Wellendorf, E. (1990): Psychoanalytische Kunsttherapie. In: Petzold, Hilarion (Hrsg.) (1990): Die neuen Kreativitätstherapien / Handbuch der Kunsttherapie, Band I: Junfermann. S. 301

Das bildnerische Gestalten bietet auch die Möglichkeit durch Bilder Geschichten zu erzählen, Stimmungen im Bild Gestalt zu verleihen, den Blick für ästhetische Phänomene zu schulen oder die sinnliche Wirkung von ästhetischen Gestaltungen zu erleben.

Die Kunsttherapie kann damit der Entwicklungsförderung, der Selbstverwirklichung, der Förderung sozialer und kreativer Fähigkeiten und der Schulung und Ausbildung der sinnlichen Wahrnehmung dienen.

In tiefenpsychologischen und psychotherapeutischen Ansätzen der Kunsttherapie werden Bilder als Visualisierungen psychischen Geschehens aufgefasst. Die psychoanalytische Kunsttherapie geht auf Sigmund Freud und C. G. Jung zurück, die bereits eine Beziehung zwischen dem Bildhaften und dem Unbewussten herstellten. In der therapeutischen Praxis können Bilder Grundlage für Deutungen und das therapeutische Gespräch sein. C. G. Jung verwendet als zentralen Begriff den des „kollektiven Unbewussten“, das die Eindrücke aller Erfahrungen der Menschheitsgeschichte, die dem individuellen Ich vorausgehen, beinhaltet.

Die Archetypen sind die einzelnen Elemente, aus denen das kollektive Unbewusste besteht, und das sich in Symbolen manifestiert. Daran anknüpfend gehen tiefenpsychologische Ansätze der Kunsttherapie von einem Zusammenhang von Psyche und gestaltetem Ausdruck aus. Danach können durch schöpferische Prozesse Veränderungen im Menschen ausgelöst

werden. Darüber hinaus kann das bildnerische Gestalten ermöglichen, Bilder, die Teil unserer inneren und äußeren Ordnung sind, zu erinnern und zu integrieren.

Die kreative Auseinandersetzung mit bildnerischen Medien geht zurück auf das kindliche Spiel, das eine wesentliche Bedingung für die Entwicklung des Kindes ist. Ihren Ausdruck findet diese Entwicklung in der Kinderzeichnung, die verschiedene Stufen der kindlichen Entwicklung widerspiegelt. Die kreative Beschäftigung des Kindes mit Objekten seiner Umwelt ist eine Voraussetzung für seine gesunde Entwicklung.

Philosophiegeschichtlich haben diese Ansätze einen Bezug zu Friedrich Schiller, der in den Briefen „Über die ästhetische Erziehung des Menschen“ (1795) die Auffassung begründet hat, dass der Mensch sich im ästhetischen Handeln verwirklicht.

Im 20. Jahrhundert findet das eine Resonanz in der Reformpädagogik und schließlich dem Bauhaus und ihren Konzepten zur kulturellen Förderung und Bildung des Menschen.

Kunsttherapeutische Methoden können – wie in tiefenpsychologischen Ansätzen – die künstlerische Gestaltung zum Anlass nehmen, seelische Konflikte zu diagnostizieren und über sie zu sprechen, sie können – wie in prozessorientierten Ansätzen – das Therapeutische des künstlerischen Tuns in den Vordergrund rücken oder sie können – in rezeptiven Ansätzen – die Wirkung des Mediums auf den Klienten zum Ausgangspunkt der kunsttherapeutischen Praxis nehmen.

Das Sprechen über das in der Kunsttherapie gestaltete Werk kann dem Patienten helfen, neue Perspektiven und Lösungsmöglichkeiten zu entdecken. Allerdings geht es dabei nicht in erster Linie darum Bilder zu deuten oder Bilder in Worte zu übersetzen. Bilder lassen sich nicht einfach als Text lesen, der hinter ihnen liegt und ihnen Bedeutung verleiht. Eine Ausnahme bilden psychologische, nach bestimmten Regeln durchgeführte Testverfahren, die aber eher in der psychologischen Diagnostik eine Verwendung finden.

Kunsttherapeutische Methoden können die Kreativität anregen, sie können sich aber auch auf die unmittelbare, eher lösende oder strukturierende Wirkung der Gestaltungsmedien beziehen, wie z. B. Wasserfarbe, Zeichenstift oder plastische Ausdrucksmittel wie Ton oder Stein, sensorische Fähigkeiten entwickeln, auf erworbene Handlungsmuster wirken und soziale, zwischenmenschliche Fähigkeiten fördern.

Es sollen hemmende Lebensthemen mittels beratendem Gespräch und kreativer Übungen bewusst gemacht werden. Ein neuer Umgang mit den eigenen Gefühlen, Haltungen und Einstellungen soll innerhalb des kunst- und gestaltungstherapeutischen Prozesses erfahren werden. Berücksichtigt werden hierbei sowohl analytische als auch systemische Sichtweisen. Dadurch können sich Blockaden zu Ressourcen wandeln und der kreative Prozess kommt wieder ins Fließen.

Wenn ein Mensch sich in Konfliktsituationen und systemischen Verstrickungen befindet, können therapeutische Interventionen hilfreich sein, um den persönlichen Individuationsprozess wieder ins Fließen zu bringen. Individuation bedeutet nach dem Verständnis der Mal- und Gestaltungstherapeuten ganz im Sinne von C. G. Jung Ganzwerdung, der zu werden, „der man ist“, bzw. die zu werden, „die man ist“.

Therapie wird hier, im ursprünglichen Sinn dieses Wortes, als Begleitung und Pflege dieser Prozesse verstanden.

Die Ausrichtung der mal- und gestaltungstherapeutischen Arbeit ist ressourcen- und prozessorientiert. Wir fragen nach dem „Woher“, dem „Wozu“ und dem „Wohin“ in Bezug auf die individuelle Entwicklung und ihre Störungen.

Was vor allem an der Mal- und Gestaltungstherapie geschätzt wird ist das klare therapeutische Setting hinter welchem ein bewährtes psychodynamisches Menschenbild steht. Es werden keine künstlerischen Experimente mit den Patienten gemacht, sondern diese sollen vor allem Einblick in ihre Krankheitsentstehung und eine Unterstützung bei ihrer Krankheitsbewältigung bekommen.

In Großbritannien wurde der Beruf des Kunst-, Musik- und Dramatherapeuten bereits 1997 staatlich registriert, in Deutschland gibt es noch kein einheitliches Berufsbild für Kunsttherapie. Hier sind allerdings kunsttherapeutische Ausbildungsgänge an mehreren Universitäten, Hochschulen und Fachhochschulen staatlich anerkannt. An Fachhochschulen werden vierjährige, grundständige Ausbildungen und an Universitäten und Kunsthochschulen kunsttherapeutische Aufbaustudiengänge angeboten. Sie schließen entweder mit einem Diplom oder einem Bachelor- oder Masterabschluss ab.

In Österreich läuft zur Zeit ein Verfahren zur Anerkennung der Kunsttherapie als eigenständiges Berufsbild im Gesundheitsbereich.

In der Schweiz wurde 1993 eine Charta unterzeichnet, die Grundpositionen der wichtigsten Psychotherapie-Methoden in der Schweiz definiert. Die Charta wurde in einem Prozess entwickelt, an dem 1.700 Psychotherapeuten beteiligt waren. 2002 schlossen sich sieben Fachverbände für künstlerische Therapien zu einem Dachverband, der „Konferenz der Schweizer Kunsttherapieverbände KSKV/CASAT“ zusammen, mit dem Ziel, die staatliche Anerkennung über eine Höhere Fachprüfung zu erreichen. Die erste Prüfung ist für das Jahr 2010 geplant. Man einigte sich auf den Oberbegriff „Diplomierte Kunsttherapeutin/Diplomierter Kunsttherapeut“ in den Fachrichtungen: Intermediale Therapie, Mal- und Gestaltungstherapie, Musiktherapie, Sprach- und Dramatherapie, Tanz- und Bewegungstherapie.

Eine Pilotstudie an der Universitätsklinik Innsbruck und andere wissenschaftliche Evaluierungen und Untersuchungen belegen die Wirksamkeit der Mal- und Gestaltungstherapie bzw. der klinischen Kunsttherapie.

Mal- und Gestaltungstherapie gibt es in Österreich an Kinderkliniken, im psychosomatischen und onkologischen Bereich, an Rehabilitations-Kliniken und im psychiatrischen Bereich.

Ich selbst habe mich, nach meinem Studium der Sonder- und Heilpädagogik, für die Ausbildung zum Mal- und Gestaltungstherapeuten „entschieden“.

Vor allem ist die Denkweise C. G. Jungs für mich faszinierend, weil sie für mich persönlich so offene und eine zutiefst gewährende ist und ich bei ihm vieles aus anderen Schulen gut unterbringen kann.

C.G. Jungs Werk ist sehr modern, immer aktuell und er hat viele Bereiche des menschlichen Lebens, die „brandaktuell sind“ bereits im letzten Jahrhundert angedacht und reflektiert. So faszinieren z. B. seine Gedanken zur Friedens- und Umweltbewegung in seinem ganzheitlichen Denken: Innere und äußere Friede ist miteinander verbunden, und es gäbe keine Umweltzerstörung, wenn nicht zuvor in uns viel zerstört und gestört wäre – diese eigentliche und innere Ursache der Außen sichtbaren Krankheiten wie Krieg und Ökokatastrophen hat Jung intensiv bedacht und durchdacht. Er verbindet Innen und Außen, Ost und Westen, Jung und Alt.

„C.G. Jung“, so meint Franz Alt in seiner Rede zum 125. Geburtstag von C. G. Jung, „ ist im 19. Jahrhundert geboren, aber er ist ein geistiger und spiritueller Pfadfinder für das 21. Jahrhundert. Die materialistisch orientierte Freud'sche Psychoanalyse wird heute zunehmend in Frage gestellt und stellt sich selbst in Frage. Die spirituell inspirierte Analytische Psychologie C. G. Jungs hingegen gewinnt an Bedeutung.“

Das Ziel der Jungschen Individuation ist die Entfaltung des Selbst. Das Selbst ist die psychische Ganzheit des Menschen, der tiefste innere Bereich der Persönlichkeit.

„Was aber“, Franz Alt, „wenn Individuation nicht gelingt? Jeder Blick in ein Altersheim gibt uns die Antwort. Könnte es sein, so würde heute Carl Gustav Jung wohl fragen, dass die zunehmende Angst der Älteren vor dem Tod die Ursache ist für die zunehmende Angst der Jüngeren vor dem Leben?

Oder seine Einstellung zur Religion, ebenfalls ein „brandaktuelles Thema“ angesichts der sich lehrenden Kirchen und der Vielzahl von übergriffigen Priestern: Wirkliche Religion ist nach C. G. Jung die Möglichkeit, die Seele zu entdecken, Freud sieht in der Religion zuerst das Seelische zu verdrängen. Religion ist für Freud wie für Marx Opium, für Jung psychische Energie.

Nun, vielleicht denken Sie, Leser, gerade, dass das aber nun gar nichts mehr mit meinem Thema zu tun hat. Da muss ich Ihnen widersprechen. Wie begegnen Sie einem Klienten, der sich mit religiösen Fragen beschäftigt oder mit dem Tod konfrontiert ist oder gerade einen Angehörigen verloren hat?

Unsere heutige Psychologie ist fast gottlos. Aber die heutige Theologie ist fast seelenlos. Jungs Weg (als Antwort) ist der Weg der Ganzheit und Selbstverwirklichung über Selbsterkenntnis. Was alle Menschen aller Zeiten und aller Kontinente miteinander verbindet, das ist der religiöse Kern unserer Existenz. Das heißt: jeder Mensch hat eine Seele.

Die aktuelle Periode der Menschheitsgeschichte ist von Technik und Ökonomie geprägt. Technisch sind wir Weltmeister, psychisch aber infantil geblieben. „Es ist grotesk“, so Alt, „dass wir auf den Mond fliegen, den Atomkern und den Zellkern spalten können, aber immer noch nicht wirklich in uns hinein hören wollen und auf die Signale achten, die wir von dort Nacht für Nacht (in unseren Träumen) empfangen. Jung lehrt, dass Heilung nur von innen kommen kann, nicht aus dem Medikamentenschrank – für den Einzelnen, für die Gesellschaft, für die Menschheit.“

Und Alt weiter: „Die wichtigste politische Einsicht, die wir Heutigen von C. G. Jung lernen könnten: Die drohenden Katastrophen um uns sind das Ergebnis der Katastrophen in uns.“

Dazu eine realistische Antwort von Jung selbst, die viel von seiner Lebenseinstellung und Haltung zum Leben zum Ausdruck bringen:

„Die großen Lebensprobleme sind nie auf immer gelöst. Sind sie es einmal anscheinend, so ist es immer ein Verlust. Ihr Sinn und Zweck scheint nicht in ihrer Lösung zu liegen, sondern darin, dass wir unablässig an ihnen arbeiten.“ (vgl.: Gesammelte Werke VII, S 434)

Die größte Krise bietet auch immer die größte Chance.

Ein guter Gedanke angesichts krisengeschüttelter Menschen in einer therapeutischen Praxis!

3.3.1.f Die Sandspieltherapie nach Dora Kalff

Eine sehr bekannte und bewährte Therapieform ist jene des Sandspiels nach Dora Kalff, eine Schülerin von C. G. Jung. Dazu dient ein speziell proportionierter Sandkasten, dessen Maße dem Blickfeld entsprechen und der einen hellblauen und wasserfesten Boden aufweist. Die Methode ist für Kinder und Erwachsene gedacht, die eine dem inneren Zustand entsprechende Welt im begrenzten Raum des Sandkastens mit Figuren und durch Gestalten des Sandes darstellen. Das Ganze soll vergleichbar sein mit einem Traumerlebnis im dreidimensionalen Raum.

Das Ziel der Therapie besteht darin, den Individuationsprozess anzuregen. Dieser Prozess der Bewusstwerdung der menschlichen Ganzheit strebt die Vereinigung von Gegensätzen an. Der Patient soll zu seinem „Selbst“ finden, als die dem Menschen zugrunde liegende Ganzheitsstruktur. Dieses Selbst beginnt sich nach Kalff im dritten Lebensjahr im Unbewussten zu festigen und manifestiert sich in Symbolen wie Kreis und Quadrat. Das „Ich“ als Zentrum der bewussten Persönlichkeit vermittelt zwischen den Ansprüchen der Außen- und Innenwelt.

Die ins Grenzenlose strebende Phantasie des Patienten wird im Sandspiel geformt und gestaltet. Eine Beschränkung dieser Möglichkeiten erfolgt durch den Sandkasten an sich und dadurch, dass der Patient eine Wahl aus vielen Figuren treffen muss. So kommt ein Prozess in Bewegung, wobei es ermöglicht wird, die verengende Perspektive festgefahrener Ängste und Vorstellungen zu durchbrechen und im Spiel einen neuen Bezug zur eigenen Tiefe zu finden. Dieses Spiel schafft eine Brücke zwischen Sichtbarem und Unsichtbarem, Körper und Psyche.

Das erste Bild, das aufgestellt wird, zeigt meistens eine bewusstseinsnahe Situation und weist auf eine bestimmte Problematik hin. Allmählich werden tiefere Schichten des Menschen beteiligt. Oft treten dann Bilder von chaotischem Charakter mit ungebändigten Energien auf. Schließlich zeigen sich Bilder des In-Sich-Ruhens als Manifestation des Selbst. Die Energie hat sich quasi transformiert. Die Entwicklung verläuft oft durch verschiedene

Entwicklungsstufen vom vegetativ-animalischen bis zum geistigen Bereich. Die dunklen Kräfte werden zu konstruktiven, lichten Inhalten umgewandelt.

Beabsichtigt ist, dass ein Sich-Einlassen auf die Dynamik der inneren Bilder möglich wird. Deutungen während des Sandspiels sind eher hemmend, eher ist dies möglich, wenn der Prozess weitgehend abgeschlossen ist. Essentiell ist das Gestalten und Erleben der inneren Bilder. Der Therapeut muss die Symbolsprache verstehen, um den Prozess mitverfolgen zu können. Ebenso soll eine Übertragungsproblematik erkannt werden. Gelegentlich mag es sinnvoll sein, eine Verbindung zur äußeren Lebenssituation herzustellen, um problematische Punkte aufzugreifen.

3.3.2 Kognitiv-behavioristische Therapie

Die Verhaltenstherapie hat sich aus lerntheoretischen Paradigmen der Biologie und Psychologie heraus entwickelt. Psychische Störungen werden im Wesentlichen anhand von Lernmodellen als fehlgeleitete Lernprozesse verstanden. Neben den Lernvorgängen aus der Reflextheorie Pawlows, das klassische und operante Konditionieren, kennen wir das latente oder inzidentelle Lernen. Unser Raum- und Zeitempfinden, Kultur und Werturteile erwerben wir quasi nebenbei.

„Man stelle sich vor“, sagt Prothmann (S 72), alles was man im Laufe seines Lebens gelernt hat, wäre nur durch einen aktiven Lernprozess mit permanenten Reizen und positiver bzw. negativer Verstärkung zustande gekommen.“ Vor allem Kinder lernen durch parabewusstes „Nebenbei“-Lernen.

Parabewusste Wahrnehmungen sind Bilder, nonverbale Signale.

Von einem Lehrer, der uns begeistern kann, lernen wir mehr als über einen trockenen Vortrag. Emotionale sowie motivierende Aspekte spielen beim Lernen also eine große Rolle. Am Besten gelingt Lernen, wenn es selbst gesteuert ist, bei dem wichtige Gefühle des Entdeckens, Hinausgreifens, Begreifens erlebt werden können. Emotionen wie Anstrengung,

Erfolgszuversicht, Zufriedenheit oder auch Langeweile sind wesentliche Komponenten der Leistungsfähigkeit in einer speziellen Situation. Gefühle beeinflussen die Lernleistung. Eine angenehme Lernatmosphäre oder eine entspannte Prüfungssituation führen zu besseren Leistungsergebnissen. Panik, Lampenfieber, Angst erzeugen Stress und wirken lernhemmend.

Der Wert einer Information wird wesentlich stärker nach nonverbalen Signalen beurteilt, als nach dem, was inhaltlich gesagt wird. Die von uns ausgesandten nonverbalen und zumeist unbewussten Signale sorgen beim Empfänger für eine besondere emotionale Haltung, die ihm signalisiert, wie die mitgeteilte Information zu verstehen ist.

Babys sind „Meister im Selbstmotivieren“ (Prothmann, S 70), schon Rousseau (1712 - 1778) meinte, dass es genüge, Kind Kind sein zu lassen und zurück zur Natur zu kehren. Dieser naturegegebener Antrieb für den Entwicklungsprozess zeigt sich bei Babys besonders deutlich: „Sie sind hochgradig neugierig, das ist ihre stärkste Lernmotivation, und suchen beständig aktiv nach neuen Eindrücken und Erfahrungen (Prothmann, S 71).

Bowlby weist uns auf das Grundbedürfnis, neben Nahrung und Sexualität, nach Bindung hin. Die Erfahrung, die das Kind mit seinen Bindungspersonen macht, werden im Laufe der Entwicklung verinnerlicht und beeinflussen auch später aktiv unser Verhalten.

Der Therapeut soll nun in der Therapie sichere Bindung signalisieren und zum Modell für den Klienten werden. Er soll ermuntern, bisherige Beziehungserfahrungen zu analysieren, nachzuarbeiten und nach zu erleben.

3.3.3 Humanistische oder klienten- oder personenzentrierte Psychotherapie

Kindliche Entwicklung ist nur im Beziehungsgeschehen möglich. Prägend dafür, wie wir unsere Beziehungen als Erwachsene gestalten, ist die Erfahrung früher Interaktionserlebnisse.

Wie wir nun aus vielen Studien wissen, steht und fällt der Erfolg einer Therapie mit der Güte dieser zwischenmenschlichen Beziehung. Carl Rogers, Begründer der personenzentrierten Psychotherapie, stellte die Beziehung zwischen Klient und Therapeut in den Mittelpunkt.

Er formulierte vier fundamentale Kriterien, die für eine tragfähige therapeutische Beziehung ausschlaggebend sind:

Bedingungslose Akzeptanz des Klienten und seiner Lebensgeschichte

Empathie

Kongruenz

Authentizität

Der Klient braucht unbedingt eine Atmosphäre, die ihm Sicherheit gibt, um sich seiner tiefsten Bedürfnisse bewusst zu werden und Motive für bestimmte Probleme zulassen zu können. Es soll eine angstfreie Atmosphäre geschaffen werden. Der Therapeut legt keine definierten Ziele fest, sondern schafft die Voraussetzung für eine „heilsame“ Beziehung. Der Klient nimmt eine aktive Rolle ein im Therapieprozess. Die Arbeit des Therapeuten ist „klientenorientiert“, für den Therapeuten steht der Klient im Vordergrund und nicht Methoden, Einstellung und Haltung werden wirksam. Indem Rogers von einer „personenzentrierten“ Psychotherapie spricht, erkennt er zunehmend, dass Therapeuten und beratende Personen im Therapieprozess als Personen gefordert sind.

Diese von Rogers formulierten Bedingungen sind inzwischen für jegliches psychotherapeutisches Arbeiten, gleich welche Therapieschule, gültig.

Das dem zu Grunde liegende Menschenbild von Rogers nimmt an, dass dem Menschen eine Tendenz innewohnt, sich selbst zu verwirklichen. Es liegt in der Natur des Menschen, sich in punkto Fähigkeiten, Reife und Lebensbereicherung weiter zu entwickeln, eine Tendenz, der man trotz Misserfolgen, Schmerzen und Widerständen vertrauen kann. Psychotherapie ist für Rogers in erster Linie ein interaktiver Prozess, der die potentiellen Fähigkeiten eines prinzipiell kompetenten Individuums fördern soll.

Dies, meint die tiergestützt arbeitende Psychiaterin Anke Prothmann in ihrem erstmals 2007 erschienenen und 2008 überarbeiteten Buch „Tiergestützte Kinderpsychotherapie“ auf S. 81 „trifft im Kern auch auf die personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu. Sie hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten als Spieltherapie zunehmend etabliert, stellt Bezüge zu aktuellen Erkenntnissen der Entwicklungspsychologie her und benennt neben den Basiskompetenzen Empathie, Kongruenz und Akzeptanz noch weitere spezifische Variablen für die therapeutische Arbeit mit Kindern (z.B. Interaktionsresonanz). Das Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen wird noch stärker als beim Erwachsenen berücksichtigt und einbezogen. Ebenso wurden Konzeptionen therapeutischen Handelns bei spezifischen Störungen herausgearbeitet.“

3.3.4 Die Non-direktive Spieltherapie

Die non-direktive Spieltherapie ist für Prothmann eine Sonderform der personenzentrierten Therapie.

Kombiniere ich ihren therapeutischen Ansatz mit z.B. analytischen Ansätzen, bekommt für mich die Non-direktive Spieltherapie einen eigenen Stellenwert.

Im Mittelpunkt der Spieltherapie steht die Selbstentfaltung des Kindes im Spiel. Der Therapeut gibt keine Regeln vor, sondern versteht sich als Resonanz auf das Spielgeschehen des Kindes im Sinne der vom Kind vorgegebenen Regeln. Die Resonanz wird im interaktiven Spielgeschehen gegeben, wobei verschiedene Spielformen zum Einsatz kommen: das Regelspiel, Konstruktionsspiel, Rollenspiel, direkte Auseinandersetzung, bildendes Gestalten und sprachliches Interagieren.

Der Spielprozess steht im Vordergrund, im Spiel herrschen weitgehend angenehme Gefühle vor. Das Spiel gestattet Freiräume, Eigenverantwortung, Spontaneität und ist eine vitale Komponente zur gesunden Selbstverwirklichung.

Virginia M. Axline hat acht Grundprinzipien einer nicht-direktiven Spieltherapie aufgestellt, die zwar einfach sind, während einer Therapie aber eine große Wirkung entwickeln können.

Die Grundprinzipien sind:

Wichtig ist die Gestaltung der Beziehung. Der Therapeut soll eine warme, freundliche Beziehung zum Kind aufnehmen. Dabei soll das Setting möglichst wert- und normfrei gestaltet werden. Die Aussagen, Tätigkeiten oder Gefühle des Kindes werden gespiegelt, Lob ebenso wie Tadel vermieden. Mögliche Fragen des Kindes werden beantwortet.

Der Therapeut nimmt das Kind so an, wie es ist. Dies setzt eine bestimmte innere Einstellung beim Therapeuten voraus. Er soll eine ruhige, freundliche Beziehung zum Kind aufrechterhalten, wofür er die volle Aufmerksamkeit braucht. Ungeduld, Kritik und Vorwürfe sollen vermieden werden. Die uneingeschränkte Annahme ist darum wichtig, weil das Kind früher wahrscheinlich immer wieder abgelehnt wurde. Annehmen heißt aber nicht gutheißen. Der Therapeut gründet seine Beziehung zum Kind auf einer Atmosphäre des Gewähren lassen, sodass das Kind sich frei fühlt, all seine Gedanken uneingeschränkt auszudrücken. Die Entscheidung, welches Spielmaterial verwendet wird, liegt beim Kind. Auch Schweigen oder Nichtstun wird angenommen. Die Verantwortung für das, was geschehen soll, liegt beim Kind. Es merkt, dass es damit ernst genommen wird. Die Gefühle, auch aggressive, soll das Kind ausdrücken dürfen.

Der Therapeut erkennt und reflektiert die Gefühle, die das Kind ausdrückt, sodass es Einsicht in sein Verhalten gewinnen kann. Am Anfang beziehen sich die Reaktionen des Therapeuten mehr auf Gesprächsinhalte oder Handlungen, später soll beim Spiegeln der Gefühle mit Interpretationen sparsam und vorsichtig umgegangen werden.

Der Therapeut achtet die Fähigkeit des Kindes, mit seinen Schwierigkeiten selbst fertig zu werden, wenn man ihm Gelegenheit dazu gibt. Das In Gang setzen einer inneren Wandlung ist Angelegenheit des Kindes. Der Therapeut übt keinen Druck aus, er bleibt in seiner Begleitung interessiert, freundlich und entspannt.

Das Kind weist den Weg im Therapieverlauf. Der Therapeut versucht nicht, die Handlungen oder Gespräche des Kindes zu beeinflussen. Er ist Resonanzboden für die Äußerungen der kindlichen Persönlichkeit und wird nicht zum Spielkamerad, Vater- Mutter- oder Lehrerersatz.

Die Therapie kann nicht beschleunigt werden. Der Therapeut versucht nicht, den Gang zu forcieren. Dies ist ein Weg der langsam Schritt für Schritt gegangen werden muss. Das Kind gibt das Tempo vor. Es spricht Gefühle an, wenn es dazu bereit ist. Es gibt Perioden von scheinbar bedeutungslosem Spiel.

Der Therapeut muss in einer Therapie auch Grenzen setzen, aber nur da, wo dies notwendig ist, um die Therapie in der Wirklichkeit zu verankern. Speziell zum Schutz von Spielsachen und Spielzimmer sind Begrenzungen angezeigt. Ebenso muss das Kind gestoppt werden, wenn es den Therapeuten angreift. Grenzsetzungen können auch zum Schutz des Kindes notwendig werden. Ebenso soll die Zeitbegrenzung der Therapiestunde respektiert werden.

Ein Tier zeigt in seiner Beziehung zu uns einige der hier erwähnten Punkte:

Es begegnet uns „relativ“ wert- und normfrei. Normen kennt ein Tier nicht, und Werte sind zumindest anders als die von uns Menschen. Ein für uns „hässliches“, „abnormes“, „entstelltes“ Äußeres wird von einem Tier z.B. nicht oder einfach anders wahrgenommen, auf jeden Fall entsteht dadurch keine Abneigung.

Ein Tier ist immer authentisch und sein Verhalten ist nicht ambivalent.

Auch nimmt das Tier den Menschen so an, wie er ist.

Aber ein Tier setzt auch Grenzen: wird eine Situation unangenehm, weil zu laut oder zu wenig Raum etc., entzieht sich das Tier in der Regel der Situation, indem es weggeht, etc.

3.3.5 Klientenzentrierte Spieltherapie nach Stefan Schmidtchen

Der Kinderpsychotherapeut Prof. Dr. Stefan Schmidtchen, der Psychologie, Psychiatrie, Philosophie und Pädagogik studierte, war von 1978 bis 2007 Universitätsprofessor an der Hamburger Universität, und hier Leiter des Arbeitsbereiches Psychologische Diagnostik und Kinderpsychotherapie.

Für mich hat er wesentliche Punkte aus seiner langjährigen Forschungs- und Therapiepraxis in einem sehr guten Überblick zusammengefasst (vgl.: Schmidtchen S.: (1991) Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie, Psychologie Verlagsunion, Weinheim Verlag).

Die Spieltherapie für Kinder im Alter von etwa zwei bis zwölf Jahren soll die Förderung von seelischen Wachstumsprozessen im Sinn einer zunehmenden Selbstverwirklichung ermöglichen. Zusammen mit der begleitenden Elternarbeit geht es darum, Lücken in der Bedürfnisbefriedigung des Kindes zu schließen und eine Nachreifung zu ermöglichen. Ebenso ist eine verbesserte Balance zwischen Gefühls- und Kognitionsprozessen anzustreben.

Im Spiel, dem primären Kommunikationsmedium, bekommt der Therapeut Einblick in die kindliche Innenwelt. Eine störungs- und problemzentrierte Beeinflussung des Kindes ist erst nach einer Einflussnahme auf dessen Grundbedürfnisse möglich und sinnvoll.

Der Therapeut soll durch vorsichtige Einflussnahme versuchen, das seelische Geschehen, die Erlebens- und Informationsprozesse beim Kind zu verändern. Es geht aber nicht primär um die Einflussnahme auf die alltäglichen Verhaltensweisen.

Indiziert ist Spieltherapie bei ängstlichen, gehemmten Kindern, die Entwicklungsverzögerungen, Lern- und Leistungsstörungen zeigen.

Schmidtchen unterscheidet in der Therapie zwei Lenkungsgrade. Ein mittlerer bis starker Strukturierungsgrad seitens des Therapeuten eignet sich für Kinder mit fehlenden oder

mangelhaft introjizierten sozialen Normen und entsprechend gestörten Selbstkontrollmechanismen, für Kinder mit einer mangelhaft ausgebildeten Fähigkeit zum selbständigen Lernen und Denken sowie für Kinder, die unter starken Selbstregulationsschwierigkeiten aufgrund von Hirnfunktionsstörungen leiden. Ein geringer Strukturierungsgrad hilft ängstlichen und gehemmten Kindern. Bei ihnen soll der Therapeut vorsichtige Annäherungsversuche an jene Spielthemen und Gefühlsprozesse unterstützen, welche das Kind bisher unterdrücken musste.

Die Therapeutenstrategien sind auf die Unterstützung von Prozessen der Bedürfnisbefriedigung und auf die Förderung von Selbstbewusstsein und Selbständigkeit ausgerichtet. Dabei ist speziell die Empathie für die Emotionen und Motive der Kinder wichtig.

Die Interventionen zielen nach Schmidtchen auf folgende Punkte:

Stimulierung und Unterstützung des selbständigen, spontanen Spiels und der Kreativität. Verbesserung der sozialen Geschicklichkeit, Unterstützung des aktiven Kontaktverhaltens, Verbesserung des Problemlöseverhaltens, Erleben von Spaß und angenehmen Gefühlen, akzeptierender Umgang mit negativen Gefühlen, konstruktive Auseinandersetzung mit Therapiegrenzen sowie Bereitschaft zur Erhöhung der Selbstexploration.

Die Effekte der Spieltherapie liegen in der Förderung von seelischem Wachstum, dem Abbau von Angst, der Verbesserung der Fähigkeit zur sozialen Aktivität bei gehemmten Kindern, der Verbesserung der allgemeinen Lern- und Leistungsfähigkeit bei Kindern mit Lern- und Leistungsstörungen. Schließlich kann die Spieltherapie auch eine Verringerung der Anzahl von Verhaltensstörungen bewirken, was jedoch zu Beginn einer Therapie nicht vorausgesagt werden kann.

Für die Spieltherapie stellt Schmidtchen eine Reihe von allgemeinen Strategien und Techniken auf:

Aufbau einer therapeutischen Beziehung: die Qualität der Beziehung zwischen Therapeut und Klient ist von entscheidender Bedeutung für die Wirksamkeit einer Therapie. Der Therapeut organisiert und formuliert anfangs die Bedingungen eines vertraglichen Arbeitsverhältnisses. Er zeigt berufliche Kompetenz, Empathie und Akzeptanz für die seelischen Schwierigkeiten. Er unterstützt die Selbsthilfepotentiale und zeigt eine Bereitschaft zur aktiven Hilfe bei der Lösung von Problemen.

Das Grundmuster des psychotherapeutischen Beeinflussungsverhaltens lautet: Einfühlen, Beeinflussen, und Rückmeldung einholen. Die Einfühlung geschieht vorwiegend nonverbal und intuitiv. Durch Beeinflussung wird in gezielter Weise durch Aufforderung oder Anregung Einfluss auf das Kind genommen. Durch die Rückmeldung entweder durch Fragen, Beobachten oder Abwarten wird der Einfluss der Intervention überprüft.

Wichtig ist ein günstiges Therapieklima. Wärme und Akzeptanz sowie eine angstfreie und humorvolle Atmosphäre sind der Therapie förderlich.

Das Therapeutenverhalten soll gefühlsoffen und kongruent sein. Ziel ist so eine Übereinstimmung von Gefühl-, Denk- und Handlungsprozessen.

Der Therapeut soll eine Metaposition einnehmen. Dies meint, dass neben dem mitmenschlichen, nicht problembezogenen Interagieren der Therapeut auch aktivierende oder strukturierende Aufgaben übernimmt.

Wichtig ist das Handeln im Hier und Jetzt. Die Interventionen zielen darauf ab, ein Lernen in der Gegenwart zu ermöglichen. Der Klient kann das problematische Verhalten noch einmal möglichst echt erleben, indem er sich in die Vergangenheit versetzt. Danach kann auf der Spielebene oder der verbalen Ebene eine Lösung mit Hilfe der gegenwärtigen Fähigkeiten gesucht werden.

In der Therapie kommen verschiedene Formen des Lernens vor. Dazu gehören neben dem klassischen Konditionierungslernen das instrumentelle Lernen, wo von Erfolg begleitende

Handlungen bevorzugt erlernt werden. Dazu kommt das vernunftbegleitete Lernen, das Imitationslernen sowie das Identifikationslernen.

Das neu zu erlernende Verhalten soll schrittweise aufgebaut werden.

Der Einfluss von Gefühlen auf Lern- und Erinnerungsprozesse ist wichtig. Es ist bekannt, dass unangenehme Gefühle zu Störungen im Problemlösungsvorgang führen können. Traumatische Situationen können deshalb nachgestaltet werden. Wenn so die Katastrophengefühle überwunden werden, können neue angemessene Problemlösungen gefunden werden.

Entscheidend ist die therapeutische Arbeit mit unangenehmen Gefühlen. Das Aufbrechen von angestauten Gefühlen wirkt befreiend. Ziel ist aber auch, dass sich das Kind bewusst wird, dass die Gefühle mit bestimmten Verhaltensweisen und Erfahrungen verknüpft sind, deren Wirkung durch Uminterpretation korrigiert werden kann.

Gespräche über Gefühle, Gedanken und innere Ablaufmuster setzen voraus, dass das Kind ein Bewusstsein vom eigenen Selbst hat und zum mit und über sich Sprechen bereit ist. Dies ist erst etwa ab dem zehnten Lebensjahr möglich (vgl. hier wiederum die Entwicklungspsychologie von Jean Piaget).

Das Spiel ist vorrangiges Kommunikationsmedium zwischen Kind und Therapeut. Wichtig ist die Freiheit und Eigenverantwortlichkeit der Spielwahl. Während des Spiels werden zugleich Bedürfnisbefriedigung und Problemlösung entwickelt. Dem dienen am besten Phantasiespiele, die zur Reproduktion innerer und äußere Problemsituationen anregen.

Die Arbeit mit inneren Bildern wie Schemata oder Idealbilder ist dann sinnvoll, wenn eine zu große Diskrepanz zwischen Wunschbild und Realverhalten besteht. Die Korrektur innerer Bilder erfolgt dadurch, dass die Bilder realitätsgerecht reproduziert werden und daraufhin deren Interpretation und Bewertung umgedeutet werden.

Die Arbeit mit Symbolen besteht bei Kindern darin, dass der Therapeut auf der Spielebene symbolisch interagiert. Eine Bewusstmachung von Symbolen ist nur möglich, wenn Kinder innerlich dazu bereit sind.

Kinder durchlaufen bekanntlich verschiedene Entwicklungsstadien und vor allem bei Älteren ist das Austesten von Grenzen ein wesentliches Geschehen. Der Einsatz von Regeln und Begrenzungen ist deshalb notwendig, besonders bei Kindern mit aggressiven, disziplinlosem oder delinquentem Verhalten.

Die Arbeit mit Widerständen gehört ebenso zur Kindertherapie. Sie sind Ausdruck des Schutzverhaltens und erfordern beim Therapeuten flexible, humorvolle und kreative Reaktionen.

Nach Schmidtchen sollen Kinderpsychotherapien erst begonnen werden, wenn seelische Probleme über mehrere Monate bestehen und keine spontane Rückbildung erfolgt ist. Natürliche Hilfsquellen für Spontanverbesserungen sollen stimuliert werden.

Probleme, die in der Therapie auftreten, sollen supervidiert werden. Dies kann in Form einer vorgestellten Kommunikation zwischen Therapeut und Klient geschehen, wenn dies nicht genügt, durch Fremdsupervision.

Die Beziehung des „Co-Therapeuten“ Hund zum Klienten zeigt einige oben genannte Punkte auf: Einfühlen, Beeinflussen und Rückmeldungen einholen: auch hier geschieht dies vorwiegend nonverbal und intuitiv, das heißt auf einer, wie von Watzlawick definierten analogen Kommunikationsebene.

Der Hund ist kongruent und authentisch.

Der Hund handelt zu 100 % im Hier und Jetzt.

Verschiedene Formen des Lernens können mit Hilfe des „Co-Therapeuten“ unter Anleitung des Therapeuten erlebt werden.

Sowohl das Austesten von Grenzen, aber auch Abbau von Ängsten, die Arbeit mit inneren Bildern („Bilder von Hunden: Superhund, Polizeihund, Wolf bzw. „Bestie Hund“, Schoßhund, Rennhund, ...), wie auch das intensive Erleben von Emotionen kann durch einen Hund gefördert werden.

Eine Stärkung des Selbstwertes, des Handelns (Hund folgt den Kommandos), des Sicherheitsgefühls (Hund ist einschätzbar, kongruent in seinen Aussagen), des Vertrauens und der Verantwortung kann ebenfalls durch den Hund erlebt werden.

Diese und noch mehr Punkte konnten tiergestützt arbeitende Psychotherapeuten bereits wissenschaftlich belegen, wie ich im folgenden Kapitel zeigen möchte.

4. Die tiergestützte Psychotherapie

4.1 Grundlagen der tiergestützten Spieltherapie

Angefangen hat alles mit einem Zufall - bei dem ein Hund die entscheidende Rolle gespielt hat:

Eines Tages saß der Kinderpsychiater Boris Levinson an seinem Schreibtisch und wartete auf seinen nächsten Patienten, einen verhaltensgestörten kleinen Jungen, der mit seiner Umwelt keinen Kontakt aufnehmen wollte. Sämtliche Therapieversuche waren zuvor bereits gescheitert, weil das Kind sich auch einem Kontakt zu seinen Therapeuten verweigerte.

In Levinsons Büro schnarchte sein Golden Retriever Jingles vor sich hin, als der kleine Patient mit seinen Eltern zu früh in die Praxis kam und Jingles noch nicht wieder in seine "Privaträume" gebracht worden war.

Jingles lief freudig wedelnd auf den Jungen zu, welcher gleich begann, mit Jingles zu reden. Man kann sich vorstellen, wie erstaunt die Eltern und Levinson waren.

Aller menschlicher Aufwand war bisher umsonst gewesen und dann bringt ein Hund durch seine bloße freundliche Anwesenheit das Kind zum Reden.

Der Junge war sehr wohl in der Lage, mit seiner Umwelt in Kontakt zu treten - nur fiel ihm das mit einem Hund offenbar um vieles leichter als mit anderen Menschen. Levinson erkannte dies und setzte fortan Jingles ganz gezielt in der Therapie mit solchen Kindern ein, die unfähig waren, normale soziale Beziehungen zu anderen Menschen aufzunehmen.

Immer wieder fand Levinson, dass die Kinder (sofern sie keine Angst vor Hunden hatten), sich mit seinem Retriever Jingles anfreundeten. So sagte auch der kleine Junge, mit dem alles anfing, zum Abschluss seiner ersten Stunde bei Levinson, dass er gerne wiederkommen würde - wenn dann auch der Hund da sei. Der Hund fungierte offenbar als Eisbrecher, der die Feindseligkeit und Reserviertheit der Kinder aufbrach. Er flößte den kleinen Patienten langsam mehr Vertrauen in den Kinderpsychiater ein, so dass dieser die Kinder entsprechend seiner Methoden behandeln konnte. Levinson beobachtete neben dieser Funktion des Hundes als "Kontaktbrücke" auch, dass die Kinder sich in seiner Anwesenheit entspannten.

Olbrich meint dazu (S 184), dass Tiere mit den Menschen in einer bestimmten Situation in einer Weise verbunden sind, die in einer aufgeklärten Welt von Erziehung und Therapie wohl als „archaisch“ beschrieben werden muss. „Es ist eine Verbundenheit, die wir primär auf tieferen als den bewussten Schichten des Nervensystems, also unter der kognitiven Ebene, gewahr werden. Therapeutische Effekte von Tieren geschehen wohl auch primär auf Tiefenschichten der Person, sie sind nur indirekt kognitiv zu erfassen.“ Olbrich geht von Edward Wilson' Biophilietheorie aus, nämlich ... „dass Tiere Lebenssituationen vervollständigen oder ergänzen. Sie tragen dazu bei, eine „evolutionär bekannte“ Situation zu schaffen - und mit den vielen so möglich werdenden manifesten Transaktionen geschieht ebenso wie in dem durch die vorbewusste und bewusste Erfahrung ausgelösten Erleben etwas Heilsames.“

Die Biophilietheorie von Edward Wilson, geht davon aus, dass dem Menschen aufgrund der langen gemeinsamen Entwicklung eine angeborene emotionale Zuneigung zu anderen

Lebewesen innewohnt, die elementar zum Menschsein an sich dazu gehört. Der Mensch hat sich nicht in einem „luftleeren Raum“ entwickelt, vielmehr hat alles Leben eine gemeinsame Wurzel. Menschen standen stets in engem Kontakt zur pflanzlichen und tierischen Umwelt, mit der sie auch genetisch eng verwandt sind (sogar zu 30 % mit dem Schimmelpilz!). Die Trennung zwischen Mensch und Natur im jüdisch-christlichen Kulturbereich ist vergleichsweise jung, in anderen Kulturen sind die Übergänge bis heute fließend, z.B. bei der Vorstellung der Reinkarnation. Für die Biophilietheorie spricht auch, dass es kaum einen Menschen gibt, der in seiner Lebensumgebung nicht wenigstens eine kleine „Portion Natur“ hat, und wenn es nur in Form einer Topfpflanze wäre. In den Kinderzimmern sind Tiere als Kuscheltiere nicht wegzudenken und in vielen Büchern oder Filmen erscheinen die Tiere mit sehr positiven Attributen. Die Biophilietheorie kann auch die Attraktivität von Tierparks, Tierdressuren und Tieren als therapeutische Begleiter gut erklären.

Betrachtet man die emotionale Beziehung zwischen Tier und seinem Halter, findet man viele Parallelen zu dem Bindungsverhalten, das zwei- bis dreijährige Kinder zeigen, wie es z.B. vom bereits erwähnten Bowlby erforscht wurde. Auf dieser Parallele baut die Attachment-Theorie auf, die in dieser Parallele einen Grund für die Attraktivität von Tieren sieht.

Die Lehre der „Salutogenese“ sieht die Hinwendung des Menschen zum Tier in folgendem Zusammenhang: Die „ontologische Unsicherheit“ beschreibt ein Gefühl von Unberechenbarkeit der Umwelt, das besonders in der letzten Zeit der großen gesellschaftlichen Veränderungen zugenommen hat. In diesem Zusammenhang vermitteln Tiere ein Gefühl von Sicherheit und Kontinuität. Weiterhin ist den Menschen die Bedrohung von Natur- und Umwelt und das Eingebundensein der Menschen in diese Umwelt in den letzten Jahren bewusster geworden, was sich in vermehrten Tierschutzbemühungen, meist jedoch für „attraktive“ und ungefährliche, z.B. für Wale oder den sibirischen Tiger, nicht aber für den Wolf vor der Haustür, äußert. Das Erschrecken über die durch Menschen verursachte Zerstörung der Umwelt kann dann zur Ablehnung der Menschheit als Spezies, einer Misanthropie, führen. Das kann soweit führen, dass dann die Tiere die „besseren Menschen“ sind, mit denen man sich lieber beschäftigt.

Tiere können emotionale und soziale Unterstützung bieten und vor allem das wird in der Therapie genutzt. Abgesehen von den außergewöhnlichen kognitiven Fähigkeiten haben Menschen vieles gemeinsam mit Tieren, vor allem im Bezug auf „niedrige Prozesse“ wie Instinkte und Sozialverhalten. Und gerade eine Integration von Kognition und emotionalen Anteilen – von Denken und Fühlen ist notwendig für eine gut funktionierende Persönlichkeit. Die Interaktion mit einem Tier beruht fast ausschließlich auf nonverbaler Kommunikation, welche primär bei der Entwicklung von Beziehungsaspekten herangezogen wird. Verbal-rationale Kommunikation spielt in der Entwicklung von Beziehungen eine untergeordnete Rolle, speziell wenn es sich um Beziehungen oder Bindungen zu Kindern oder Tieren handelt. Bei der Interaktion mit Tieren ist der Mensch überwiegend auf eine intuitive, weniger auf eine kognitive Einschätzung des Gegenüber angewiesen. Leben wir mit Tieren zusammen, werden solche erfahrungsgeliteten Prozesse automatisch trainiert. Da dies eine wichtige Grundlage der emotionalen Intelligenz darstellt, wird diese durch das Zusammenleben mit Tieren für das Zusammenleben mit Menschen gefördert, was durch zahlreichen Untersuchungen bereits belegt werden konnte: Der Mensch überträgt diese gewonnenen Erfahrungen mit Tieren und Fähigkeiten auf den Umgang mit und in die Beziehung zu Menschen, und zeigen mehr Empathie (vgl. z.B.: Poresky & Hendrix, 1989).

Poresky stellte fest, dass die Beziehung zu einem Haustier die soziale Entwicklung von Kindern erheblich beeinflussen kann. Mit Menschen sozialisierte Tiere zeigen weitgehend wertfrei ihre Zuneigung, und vermitteln dem Menschen dadurch uneingeschränkte Akzeptanz, welche überaus wichtig ist für eine gesunde emotionale Entwicklung, sogar ein wesentlicher Punkt zur Entstehung und Festigung des Urvertrauens in die Welt und die bzw. meine Existenz. Tiere reagieren prompt und direkt auf unser nonverbales Verhalten, das, da es uns meist unbewusst ist, den wahren Zustand des Menschen zeigt.

Durch diese „ehrliche“ Rückmeldung seitens des Tieres lernt der Mensch auch, dass er sich beim Tier nicht verstellen kann oder muss, Tiere erlauben damit dem Menschen eine Integration seines Verhaltens und Emotionen in diesem Augenblick und können so auch seine Authentizität fördern.

Das Tier ist in seinem Verhalten ein kontingenter und zuverlässiger Interaktionspartner, der einfach und daher „gut“ eingeschätzt werden kann. Sie stellen einen sicheren Bezugspunkt dar, eine sichere Bindungsfigur. Dadurch wächst die eigene Selbstsicherheit, mindert sich die Angst und Unsicherheit, wird selbständiges Agieren bzw. werden gemeinsame Aktionen möglich und umsetzbar, da der Partner gut einschätzbar ist und Sicherheit und Zuwendung geben.

Die Beziehung zum Tier führt, so Endenburg (Olbrich, S 83) in der Kindheit zur Ausformung eines sicheren internalen „Arbeitsmodells“ sollten sich mit ihren kognitiven sowie emotionalen Komponenten in einem Gefühl der Sicherheit, der gefühlten emotionalen Unterstützung und der Zuverlässigkeit in Beziehung zum Tier zeigen. Vor allem bei misshandelten und schwer verwahrlosten Kindern, deren Umfeld oft von unsicheren Bindungen zu ihren Bezugspersonen geprägt sind, können Tiere, moderiert vom Therapeuten, deshalb so heilsam wirken.

Auf dieser Grundlage wären, so Beetz (Olbrich, S 83), „Zusammenhänge mit Effekten bezüglich sozialer und emotionaler Kompetenzen erklärbar. Eine Art Bindung zu einem Tier im Rahmen der Therapie und die Ausformung eines sicheren Arbeitsmodells von Beziehungen zu Tieren mag zum einen an sich emotionale und soziale Kompetenzen fördern. Zum anderen mag es aber auch als Grundlage zur Bildung neuer internaler Arbeitsmodelle über Beziehungen zu anderen Menschen dienen, vor allem falls die zwischenmenschlichen Bindungen gestört sind bzw. unsichere Bindungen bestehen und diese der Grund des Problems sein könnten. Möglicherweise fällt der Aufbau eines sicheren Arbeitsmodells zu einem zuverlässigen Therapietier anfangs leichter als eine direkte Veränderung des internalen Arbeitsmodells von Beziehungen zu Menschen. Auf eine Übertragung dieses möglichen sicheren Arbeitsmodells von Beziehungen zu Tieren auf zwischenmenschliche Beziehungen sollte jedoch im Verlauf der Therapie hingearbeitet werden.“

Wie wir wissen, hatten schon Sigmund Freud und C.G. Jung ihr Hunde in ihren Sprechzimmern dabei, (vgl.: Olbrich „Menschen brauchen Tiere“, S 133, Prothmann, S 65).

Freuds Empfinden gegenüber seinen Vierbeinern war von tiefem Mitgefühl und Ehrfurcht geprägt.

Und in Momenten schwieriger Kommunikation mit seiner Tochter Anna schlüpfen beide in die Rolle eines Hundes, um miteinander in Gedichtform zu kommunizieren.

Dieses Hineinschlüpfen in der Rolle eines Tieres gestattete, Dinge ausdrücken zu können, die ohne das Hilfsmittel Hund nur sehr schwer ausdrückbar gewesen wären.

„Hier sehen wir eine besonders interessante und heute noch weit verbreitete Technik. In der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern greifen wir gerne zu Hilfsmitteln, lassen Kinder ihre Familien in Tiere verzaubern und sehen in den entstehenden Bildern Assoziationen. Tiere verkörpern verschiedene Anmutungsqualitäten und sie symbolisieren Familienstrukturen und –beziehungen untereinander“ (Prothmann, S 66).

„Gemäß den theoretischen Standpunkten“, so Olbrich S 134, „der zwei klassischen tiefenpsychologischen Schulen (Anmerkung: Freud, Jung) können wir seelische Tiefphantasien und –bilder grundsätzlich objekt- oder subjektstufig verstehen. So haben für das hermeneutische Verständnis nebst dem Handlungsablauf des Geschehens die eigenen Vorerfahrungen mit Tieren sowie die spezielle jeweilige Tierart wichtige Bedeutungen:

S. Freud bezieht sich z.B. in der „Analyse des kleinen Hans“ im Zusammenhang mit den ödipalen Ängsten des fünfjährigen Knaben auf die Rolle des Pferdes als reales Angsttier. Dieses Pferd, vor dem sich Hans phobisch fürchtet (gebissen zu werden), vertritt den ambivalent erlebten, z.T. gehassten, z.T. geliebten Vater (mit dem das Kind um die libidinöse Beziehung zur Mutter rivalisiert). Das Erleben dieses Angsttieres – der Knabe hatte kurz zuvor den gefährlichen Sturz eines Brauereipferdes mit ansehen müssen – wird somit vom Therapeuten *objektstufig* verstanden. Das Pferd repräsentiert nicht einen Seelenanteil des Kindes, vielmehr steht es verschoben für den Vater.“ (Olbrich S 134).

In der analytischen Psychologie nach C.G. Jung können Tierfiguren in Träumen oder Imaginationen *Seelenanteile* einer Person symbolisieren und wird somit vom Therapeuten

subjektstufig verstanden. Teil der Therapie ist es hier, mit den als Tierfiguren erlebten Anteilen der eigenen Persönlichkeit in Beziehung zu treten und sie in ihrer Eigenart kennen zu lernen. Ziel der Therapie ist die Integration dieser Seelenanteile bzw. Persönlichkeitsanteile in die Gesamtpersönlichkeit.

In Imaginationen übernehmen Tiere häufig die Rolle eines hilfreichen Seelenführers und auch aus Märchen und Sagen sind uns viele solche Tierbegleiter vertraut, wie z.B. der Frosch im Froschkönig.

Levinson erkennt neben der symbolischen Bedeutung des Tieres auch die starke Katalysatorenwirkung von Tieren.

Die Anwesenheit von Tieren hilft Kindern eine angstfreie Beziehung zum Therapeuten aufzubauen.

Tiere erleichtern aber nicht nur den Aufbau einer tragfähigen Beziehung zwischen Kind und Therapeut, Kinder identifizieren sich auch oft mit dem Tier oder projiziert bestimmte Ängste oder Erwartungen auf das Tier.

In der Verhaltenstherapie haben Tiere, wie bereits gezeigt wurde, für die Entdeckung verhaltens- und lerntheoretischer Gesetze, welche die Basis der Verhaltenstherapie bilden, eine wichtige Rolle gespielt. Ansonsten fungieren sie aber nur passiv als Mittel und Modell um zu verstehen, wie Verhalten entstehen kann.

Eine aktive Rolle nehmen sie nur dort ein, wo Tierphobien behandelt werden.

Tiere könnten aber, insbesondere ein Hund, bei einer Desensibilisierung als „emotionale Stütze“ eingesetzt werden, bei einer Reizüberflutung für Entspannung der Situation beitragen und Gefühle von Sicherheit und des Nichtalleinseins vermitteln.

Auch kann der Hund als Verstärker eingesetzt werden. Im Falle erwünschten Verhaltens kann die Beschäftigung mit dem Tier als Belohnung eingesetzt werden.

Aber der Hund bietet durch sein eigenes Verhalten selbst Möglichkeiten der Verhaltensmodifikation: die Interaktion mit dem Tier ist unmittelbar, auf ein Verhalten des Kindes folgt die prompte Reaktion des Hundes.

In der Familientherapie erlaubt die Arbeit mit Tieren, so Prothmann (S 78), einen tieferen und unmittelbarerem Einblick in die Familienstrukturen, denn die Familieninteraktionen lassen sich sofort beobachten. Tiere können direkt in die Therapiesitzung integriert werden als auch indirekt zwischen den Therapiesitzungen, wenn Haustiere vorhanden sind.

Die Art, wie die Verhaltensweisen der Tiere interpretiert werden, stellen häufig Projektionen der Familiendynamik dar. Viele erkennen sich bzw. ihre typischen Eigenschaften in Tieren wieder. Und wenn eine Familie sieht, wie ein größeres ein kleineres Tier z.B. beiseite drängt, werden die Familienmitglieder dies aus unterschiedlichen Perspektiven sehen und auf Basis ihrer persönlichen Erfahrung interpretieren. Das gibt die Möglichkeit, bewertende Urteile umzuformen.

Stellt man eine Familie z.B. vor die komplexe Aufgabe, ein Pferd miteinander zu pflegen, müssen die Familienmitglieder handeln und Aufgaben verteilt werden. Das Pferd wiederum gibt Rückmeldungen an die Familie.

Es zeigt sich, wer die Führungsposition in der „Herde Familie“ innehat, wer kooperierend handelt, wer wem vertraut oder wer Angst hat.

Die Einbindung von Tieren gibt den Eltern auch die Möglichkeit, Kompetenzen ihres Kindes zu sehen, die ohne Tier nicht erkennbar wären.

Die Arbeit mit dem Pferd, so Prothmann (S79), eröffnet gegenüber anderen Tieren noch eine besondere Perspektive: Auf einem Pferd können Elternteil und Kind gleichzeitig reiten. Bei schwer gestörten Beziehungen zwischen Eltern und Kind kann durch das Pferd und durch das

gemeinsame Reiterlebnis der Anfang zu einer neuen Qualität der Familienbeziehung gemacht werden.

Zwischen der achtsamkeitsbasierten (eine spezielle Entspannungstechnik) und tiergestützten Therapieansätzen existieren - so Prothmann (S 84), „gemeinsame Schnittstellen, da für beide in wissenschaftlichen Studien Effekte der Stress- und Angstminderung, Stimmungsstabilisierung und positive Aktivierung nachgewiesen werden konnten.“

Für Prothmann (S 83) gibt es einige Zusammenhänge:

„Im Umgang mit einem lebendigen Tier konzentrieren wir uns wie von selbst stark auf das Tier und unsere damit verbundenen Wahrnehmungen. Wir befinden uns, wenn wir mit dem Tier agieren, im Hier und Jetzt. In uns kommen vielfältige, angenehme und unangenehme Gefühle hoch. Wenn sich ein Hund bewegt, hat das einen starken Bezug zu unserer Person: er kann sich von uns entfernen oder auf uns zukommen. Der Hund bietet akustische Eindrücke: er bellt, jault, stöhnt, schmatzt. Er bietet olfaktorische Eindrücke, da Tiere einen typischen Eigengeruch verbreiten. Zudem bietet der Hund vielfältige taktile Eindrücke. Gerade Kinder suchen intensiv taktilen Kontakt, wollen Tiere berühren, befühlen und hierdurch begreifen.“

Tiere rücken den körperbezogenen Aspekt in den Mittelpunkt, für den Stressabbau von zentraler Bedeutung. Die Gegenwart eines Tieres kann beim Fokussieren helfen, das wurde bereits für das Pferd im heilpädagogischen und psychotherapeutischen Reiten untersucht.

Tiergestützte Therapie kann sowohl in Gruppen als auch Einzeln erfolgen. Eine Studie von Banks und Banks (2005, The effects of Group and Individual Animal-assisted Therapy on Loneliness of Long-term Care Facilities. Anthrozoös 18 (4), 396-408) ergaben, dass beim Erleben von Einsamkeit, Klienten von der Mensch-Tier-Beziehung, also das Einzelsetting dem gruppentherapeutischen Setting mit der Betonung auf Mensch-Mensch-Beziehung signifikant mehr profitierten. Die Änderung des Einsamkeitserlebnisses wurde also durch das Tier und nicht durch anwesende Mitmenschen beeinflusst.

Eine besondere Rolle spielt die Gruppentherapie bei sexuell missbrauchten Kindern. Kindern hilft es enorm, wenn sie erleben, dass andere Kinder auch diese Erfahrung machen mussten.

Die Psychotherapeutin E. Reichert beschreibt ein gruppentherapeutisches Programm für sexuell missbrauchte Mädchen von neun bis Dreizehn Jahren, in welchem sie ihren eigenen Hund in das bestehende Gruppenkonzept integrierte.

Sie beobachtete, dass dem Hund, der sich immer frei bewegen konnte, eine besondere Rolle in der gefühlsmäßigen Bewältigung des erlebten Missbrauchs zukam. Kinder, die besonders unter emotionaler Anspannung litten, streichelten den Hund und sprachen über ihre Ängste. Kindern, denen das Sprechen besonders schwer fiel, sprachen am Leichtesten mit dem Hund, am Schwersten vor der Gruppe.

Hier wird der Hund also eingesetzt, um eine angstfreiere Atmosphäre zu erreichen und die Kommunikation zu verbessern. Außerdem ist hier speziell das Tier sexuell nicht bedrohlich, sondern bietet Unterstützung und Trost. Sexuell missbrauchte Kinder tragen ihr Geheimnis oft lange herum (oft wird auch erst im Erwachsenenalter bewusst, dass man sexuell missbraucht wurde, (vgl. Olbrich, S 129, vgl. dazu auch das vor kurzem erschienene Buch „The Trauma Myth“ von Susan Clancy) und tun sich leichter, dieses Geheimnis einem Tier anzuvertrauen, da es ja auch verschwiegen ist bzw. nichts weitererzählt (werden kann). Vertraut ein Kind seine Geschichte einem Tier an, teilt es seine Gefühle einem anderen Lebewesen mit, oft der erste Schritt für ein späteres Sich Öffnen können auch einem Menschen gegenüber.

Bei „Green Chimney“, eine der größten tiergestützten Einrichtung für schwerst verwahrloste Kinder und Jugendliche in den U.S.A. und weltweit, kommen Tiere zum Einsatz, die bewusst aus dem Tierschutzhaus geholt wurden. Der für die Kinder „ähnlich“ empfundene Erfahrungshintergrund ist Anlass für viele Gespräche, und liefert die Basis für weiterführende Gespräche über zwischenmenschliche Beziehungen. Themen wie Grenzen und Grenzensetzen, Fürsorge, Verantwortung, usw. kommen mit dem Tier ebenso zur Sprache.

Die nondirektive tiergestützte Therapie an der Leipziger Universitätsklinik, an der A.Prothmann arbeitet, ist primär als Spieltherapie aufgebaut.

Non-direktiv, da hier von der Selbstaktualisierungstendenz nach Rogers ausgegangen wird, das heißt, Kinder schaffen sich in der Therapie eine Atmosphäre, die ihren Entwicklungsbedürfnissen am besten gerecht wird.

Es gibt weder Vorgaben seitens des Therapeuten noch einen fest definierten Ablauf oder Zeitplan.

4.2 Das Setting in der tiergestützten Therapie

Welches Setting ist unterstützend für das Gelingen der tiergestützten Spieltherapie?

Prothmann meint, (S 109), dass die nondirektive tiergestützte Therapie in einem geschützten Raum stattfinden sollte. Im Idealfall befindet sich eine Kamera im Raum, mit der die Therapiesitzung aufgezeichnet werden kann.

Die ideale Größe hängt natürlich auch vom Tier ab.

Prothmann berichtet, dass eigene Versuche, die Therapie mit Hunden im Freien durchzuführen, daran gescheitert sind, dass zum einen der Aktionsradius von Kind und Hund zu groß wurde, andererseits dass bei größerer Entfernung körperliche Nähe seltener zustande kommt und „der Hundeführer als auch das Kind häufiger direktiv im Umgang mit dem Tier werden und Kommandos anwenden müssen.“ (S 110)

Für Prothmann ist die nondirektive Therapie wesensgemäß eher für eine Einzeltherapie geeignet.

Ein abgegrenzter Raum ist für Prothmann erforderlich, um die Kommunikation zwischen Kind und Tier zu fördern und nicht zu behindern, ausgestattet mit wenig Möbel, um eine

größtmögliche Bewegungsfreiheit zu gewährleisten. Der Boden sollte zum Sitzen einladen, also mit Textilien ausgestattet sein. Außerdem können Tiere auf glatten, rutschigen Böden schlecht gehen.

Der Therapeut sollte ebenfalls auf dem Boden und nicht in erhöhter Position sitzen, bequeme, robuste Kleidung ist sinnvoll. Für das Tier muss ein Napf mit frischem Wasser bereit stehen.

4.3 Das Material in der tiergestützten Therapie

Für Prothmann genügen im Wesentlichen die Spielsachen der Tiere. Günstig sind Bälle, Seile, Tücher und Decken zum Verstecken und Zudecken, stabile Becher oder Dosen für Versteckspiele aber auch Geräte zur Pflege wie Bürste, Kamm, Pflegehandschuhe.

Dem Kind werden alle verfügbaren Dinge zur Verfügung gestellt, sodass es frei wählen kann.

Weitere Utensilien wie Holzpodeste, Schemeln oder Stühle können auch von Nutzen sein.

Auch können Kinder ihre eigenen Spielsachen von zu Hause mitbringen.

Auch sollten Leckerlis vorhanden sein, da Kinder Tiere sehr gerne füttern. Es sollte ein Futter sein, das dem Tier bereits bekannt ist, es sollte nicht unbegrenzt zur Verfügung stehen, und deshalb dem Kind nur zu Beginn der Stunde eine bestimmte Menge übergeben werden.

Warum füttern Kinder Hunde so gern?

In der Regel „klappt“ es, das Futter ist für den Hund attraktiv, das Kind gewinnt dadurch die Aufmerksamkeit des Hundes. Somit stellt dies eine zuverlässige Interaktion dar und erzeugt das Gefühl von Sicherheit und Kontrolle.

Füttern ist ein archaischer Vorgang, der lebenswichtig ist und es „schmeckt“. Das Kind gibt dem Hund Nahrung, ist der Nährende, hat Nahrung und ist daher wichtig.

Das Leckerli ist eine Belohnung. Das Kind belohnt den Hund. Auch wenn es vielleicht selbst ein Defizit an „Belohnungserfahrungen“ hat, erlebt es diese Emotion beim Hund und lernt dadurch, auch für sich diese Emotion zu wollen bzw. einzufordern.

4.4. Die Therapiedauer

Die Dauer der einzelnen Therapiestunde ist für viele Kinder mit 30 Minuten ideal, muss aber flexibel gehandhabt werden, sollte aber nicht länger als fünfzig Minuten betragen, um Kind und Tier nicht zu überfordern.

Ist ein Kind nur für 15 bis 20 Minuten aufnahmefähig, ist es besser, mehrere kürzere Einheiten in der Woche anzubieten als einmal länger in der Woche.

Kommt es zu einer aggressiven Handlung seitens des Kinds oder seitens des Tieres muss die Therapie sofort abgebrochen werden. Aber auch bei deutlicher Überforderung und starkem psychischen Stress ist es sinnvoll, die Therapie abzubrechen.

An der Leipziger Klinik umfasst die Therapie zur Zeit fünf Therapieeinheiten, in wöchentlichen Abständen. „Dies erscheint im Vergleich zu anderen Therapieformen wenig, ist aber dadurch bedingt, dass die stationäre Verweildauer in den vergangenen Jahren stark gesunken ist. ... Außerdem zeigen unsere Messungen, dass die Effekte der tiergestützten Therapie unmittelbar mit Beginn der Therapie einsetzen und selbst in „nur“ fünf Sitzungen Entwicklungsprozesse angeregt werden.“ (S 112)

4.4.1 Die erste Therapiestunde

Die Tiere sollten Gelegenheit haben, einige Tage vor der ersten Therapiestunde mit dem Besitzer/ Hundeführer/ Therapeut das Gebäude und Therapieraum in Ruhe kennen zu lernen.

Bei Prothmann befindet sich der Hund bereits im Therapieraum, während der Therapeut das Kind holt und in den Raum begleitet. Zu Beginn der Therapie trägt der Hund noch Brustgeschirr oder Halsband. Sobald Kind und Therapeut im Raum sind und die erste Begrüßungsrunde vorbei ist, wird dem Hund das Halsband abgenommen, wobei das Kind entscheiden darf, ob es das selber machen möchte.

Ist das Kind verängstigt und wünscht, dass der Hund an der Leine bleibt, ist dem selbstverständlich nachzukommen. In den meisten Fällen haben sich die Kinder nach wenigen Minuten an den Hund gewöhnt.

Der Hund bewegt sich während der Therapie frei im Raum. Kommandos sollten dem Hund vom Hundeführer nur gegeben werden, wenn es sich nicht vermeiden lässt, da zu viele Kommandos die Tiere verunsichern können und eine freie und ungezwungene Interaktion zwischen Kind und Hund verhindern könnte.

Die erste Therapiestunde ist vom gegenseitigen Kennen lernen geprägt. Der Therapeut stellt den Hund vor, wartet aber ab, ob das Kind von sich aus weiter fragt. Meist berichtet es von eigenen Haustieren oder Erlebnissen mit Hunden.

Bei Nienke Endenburg, ebenfalls eine tiergestützt arbeitende Psychotherapeutin ist es sogar möglich, das eigenen Tier mitzubringen, da die Art und Weise, wie das Kind mit dem Tier umgeht, etwas über die Probleme in der Familie aussagen. Die Rolle des Tieres spiegelt oft sogar die Struktur der Familie wieder: die physischen, psychischen Stärken und Schwächen der Familienmitglieder, die emotionalen Beziehungen und das soziale Klima in der Familie (vgl. S 128, Betrag in Olbrichs Buch „Menschen brauchen Tiere“).

Als Instruktion für die Therapie erhalten bei Prothmann die Klienten, dass sie alles machen können, wozu sie und der Hund Lust haben, was beiden gefällt und keinem weh tut, und der Korb mit den Utensilien wird gezeigt.

Danach hält sich der Hundeführer eher im Hintergrund und bietet nur Unterstützung, wenn dies vom Kind verlangt wird. Hat das Kind Probleme damit, um Unterstützung zu bitten,

obwohl es Hilfe braucht, hat dies der Therapeut zu erkennen und nondirektiv anzuregen, z.B. Spielanregungen liefern, indem er modellhaft „vorspielt“.

Da Kinder, so Prothmann (S 113), gerne nachahmen, werden die Ideen rasch übernommen, bis sie eine eigene Handschrift tragen.

In der ersten Therapieeinheit geht es aber primär darum, einen Kommunikationskonsens zu finden, Kind, Hund und Therapeut müssen einander kennen lernen, der Hundeführer muss häufiger als in den nachfolgenden Stunden Verhaltensbesonderheiten des Hundes erläutern und umgekehrt braucht auch der Hund Zeit, um die Besonderheiten wie etwa Angst, zaghafte Sprache, motorische Unsicherheit oder ungeschicktes Berühren kennen zu lernen.

Für Endenburg ist die Art und Weise, wie ein Kind mit einem Tier umgeht, für die psychotherapeutische Diagnose von großer Bedeutung. Die Art und Weise, wie ein Kind mit einem Tier umgeht, kann widerspiegeln, wie das Kind mit seiner sozialen Realität umgeht.

In diesem Zusammenhang möchte ich auch auf Untersuchungen hinweisen, die zeigen, dass in Familien, in denen Tiere misshandelt werden, auch die Wahrscheinlichkeit groß ist, dass Kinder und Frauen misshandelt werden.

Am Ende der ersten Begegnung sollte gefragt werden, ob sich das Kind eine Fortsetzung der Therapie wünscht.

Auch Nienke Endenburg weist in ihrem Beitrag in Olbrichs Buch „Menschen brauchen Tiere“ auf Seite 127 darauf hin, dass es in der ersten Stunde ums gegenseitige Kennen lernen geht, wobei der Hund helfen kann, Gefühle wie Angst und Unsicherheit zu mindern.

„Von Tieren erleben Kinder, dass sie ihnen offen gegenüber sind, sie nicht be- oder gar verurteilen. Durch Streicheln, Verspüren der Körperwärme, des Herzschlags und der Zuneigung des Tieres entspannt sich das Kind, und Probleme lassen sich verbal oder nichtverbal einfacher aussprechen. Der Therapeut kann das Tier im Rollenspiel nutzen, kann

ihm beispielsweise Fragen stellen, die eigentlich dem Kind gelten. Hat das Kind eine Beziehung zum Tier aufgebaut, wird es oft für dieses eine Antwort geben.

In der Tat übernimmt das Tier Funktionen eines Mittlers. Ähnliche Erfahrungen werden im Spiel mit Handpuppen seit langem genutzt. Im Unterschied zu den Puppen aber kann sich zwischen Tier und Kind eine lebendige, (körper)warme und empathische Beziehung aufbauen, die sich auch auf die Beziehung zwischen Kind und Therapeut positiv übertragen kann.“

4.4.2 Der weitere Verlauf

In den weiteren Stunden wird weiter an der Beziehung gearbeitet. Der Hundeführer tritt bei Prothmann noch mehr in den Hintergrund.

Die Kommunikation und das Vertrauen zwischen Kind und Hund stabilisieren sich, die Kinder werden mutiger und werden immer aktiver.

„Die meisten Überraschungen“, so Prothmann (113), „erleben wir in der dritten und vierten Therapiesitzung, in der die Patienten am intensivsten arbeiten. Sie experimentieren, bringen dem Hund neue Kunststücke bei oder trauen sich ohne weiteres, Nähe und engen Kontakt zum Hund zu suchen, ...“

Gegen Ende der vorletzten Therapiesitzung sollte kurz das bevorstehende Ende der Therapie angesprochen werden.

Die letzte Therapiestunde muss, zumindest in den letzten Minuten, das Thema Abschied aufgreifen. Bestimmte Rituale, wie z.B. ein Foto mit einer Polaroidkamera zu machen, leisten da gute Dienste.

Nach der letzten Therapiestunde sollte ein kurzes, dem Kind angepasstes reflektierendes Gespräch durchgeführt werden: wie hat die Therapie gefallen, was war gut, was war nicht so gut.

In diesem Zusammenhang kann man sehr gut eine kurze Rückmeldung über die Entwicklung des Kindes während der Therapie geben. Welche Probleme fielen zu Beginn auf? Wie hat das Kind darauf reagiert? Was konnte es besonders gut?

Im Wesentlichen konnte Prothmann nur zwei problematische Situationen während der nondirektiven tiergestützten Therapie beobachten: keine oder schwerfällige Interaktion mit dem Hund und aggressives, übergriffiges oder grenzverletzendes Verhalten.

Wie schon erwähnt, kann der Therapeut nondirektiv anregen, indem er z.B. Spielanregungen liefert und diese modellhaft „vorspielt“. Oft genügen Sätze wie „Max spielt am Liebsten mit dem Ball“ oder „Bobby freut sich besonders, wenn man etwas versteckt, was er suchen darf“, um die Phantasie der Kinder anzuregen.

Bei Kindern, die zu unsicher sind und zu zaghaft spielen, konnte Prothmann beobachten, dass die Hunde nicht auf die zaghaften Spielangebote reagierten, sondern die körperliche Nähe zum Kind suchten und Körperkontakt anboten.

Bestimmte übergriffige Situationen können nicht ignoriert werden und müssen angesprochen werden, da zum einen das Tier geschützt werden muss, zum anderen aggressive oder grenzüberschreitend handelnde Kinder subtile nonverbale Kommunikationssignale oft nicht wahrnehmen. Zumeist gibt es damit aber keine Probleme, sondern leiten einen bewussten Lernprozess ein, wie mit dem Hund umgegangen werden muss, und das Kind erfährt eine wachsende Kompetenz in der Beziehung zum Tier, was wiederum Sicherheit gibt. Erstaunlicherweise akzeptieren Kinder eigentlich immer ohne Probleme Verhaltensregeln gegenüber dem Tier. Sicherlich auch deshalb, weil das Tier entsprechend reagiert, in der Regel zieht es sich zurück.

Offene Aggression gegenüber dem Tier konnte Prothmann kaum beobachten. Sollte dies auftreten, muss sofort reagiert werden. Treten wiederholt Übergriffe auf, muss die Therapie abgebrochen werden. Sofern ein Videoband vorhanden ist, kann mit dem Kind gemeinsam analysiert werden, was da passiert ist.

Tiermissbrauch, so Andrea Beez in Olbrich „Menschen brauchen Tiere“ (S 82), „ der auf einen Mangel an Empathie schließen lässt, ist eines von mehreren diagnostischen Kriterien einer Verhaltensstörung im Kindes- und Jugendalter und korreliert mit interpersonaler Gewalt, welche oft mit Störungen der Emotionsregulation, sozialer Kompetenz und emotionaler Intelligenz einhergeht.“

Öfter können wir versteckte Aggressivität beobachten, die sich z.B. zeigt, wenn das Kind oder der Jugendliche dem Hund eine Aufgabe stellt, die er nicht erfüllen kann.

Sie fordern ihn zum Beispiel auf, einen Gegenstand zu suchen, der aber vom Kind ständig woanders versteckt wird, sodass der Hund keine Möglichkeit hat, ihn zu finden. Hunde reagieren sofort darauf, manche beginnen zu bellen, andere legen sich vor das Kind auf den Boden und schauen es unverwandt an und fordern es damit auf, die Aufgabe zu beenden. Andere „steigen aus“, und wenden sich demonstrativ ab.

Manche Hunde reagieren, indem sie zum offenen spielerischen Kampf auffordern. Wie machen sie das? Der Hund beginnt an einem Tuch oder Seil zu zotteln, trägt dieses auch oft zum Kind und fordert das Kind auf, am anderen Ende anzufassen. Der Hund signalisiert durch seine Körpersprache: Oberkörper tiefe Stellung, Spielgesicht, angelegte Ohren, überdeutliche Körperbewegungen, dass er eindeutig spielen will und es sich nicht um einen ernsten Kampf handelt.

Auf diese Art und Weise werden die versteckten Impulse offen gelegt und es kommt zu einem spielerischen, jedoch ehrlichen „Kräftemessen“.

Gelegentlich kann auch verbale Aggressivität zum Ausdruck kommen. Hierzu ein sehr anschauliches Fallbeispiel aus der tiergestützten Therapie, das Anke Prothmann mit ihrem Hund Tino erleben durfte:

„Der vierzehnjährige Aaron wirkte in den ersten zwei Therapiestunden sehr lustlos. Er interagierte kaum positiv mit dem Hund, schimpfte darüber, dass Hunde generell doof seien, dass sie den Menschen nicht verstünden und eh nichts können. Er ließ das normalerweise

starke Interesse am Hund vermissen. Während ich in der ersten Stunde die verbalen Aggressionen noch tolerieren konnte, fiel mir dies in der zweiten Stunde immer schwerer. Der Hund versuchte zu meinem Erstaunen immer wieder, den Jungen zum streicheln oder zum Spiel aufzufordern. Ohne sichtbaren Erfolg. Trotzdem versuchte Tino immer wieder mit Aaron in Kontakt zu kommen. In der dritten Stunde begannen die gleichen Aggressionen von neuem und ich beschloss, diese Therapie unverzüglich zu beenden, da der Junge jegliche positive Interaktion mit dem Hund ablehnte. Warum also uns alle „quälen“, wenn Aaron einfach nicht zur Hundetherapie kommen möchte? Ich überlegte mir einige Worte, mit denen ich die Therapie nun beenden wollte. In diesem Moment setzte sich Tino mit dem Rücken an die zum Oberkörper herangezogenen Beine des Jungen, der die Nähe erstmals zuließ und zaghaft begann, den Hund zu streicheln. In dieser Situation, die für mich völlig überraschend just in dem Moment zustande kam, als ich „innerlich“ bereits mit der Therapie abgeschlossen hatte, sprach Aaron plötzlich mit gesenktem Blick auf den Hund gerichtet von seiner Einsamkeit, von fehlenden Freunden und Schwierigkeiten in der Schule, die er seit zwei Jahren erlebte, seit er mit der Mutter von Amerika, wo er seine gesamte Kindheit und frühe Jugendphase verbracht hatte, nach Deutschland umgezogen war. Er erzählte seine Geschichte mehr dem Hund als mir und plötzlich war spürbar eine Beziehung zwischen dem Jungen und dem Hund zustande gekommen. Von diesem Moment an traten auch während der nachfolgenden Therapiesitzungen, in denen nach und nach spielerische Interaktionen aber auch intensives Schmusen beobachtet werden konnte, keine Beschimpfungen mehr auf. Aarons Schimpfen diente offenbar als Schutz vor Nähe und damit auch als Schutz vor möglichen neuen seelischen Verletzungen. Die Entwurzelung und Umsiedlung nach Europa machten ihm schwer zu schaffen. Er wollte sich zu Beginn ganz eindeutig nicht auf eine Beziehung einlassen, da die Beziehung zum Hund ja auch nur von vorübergehender Dauer war, ähnlich wie seine langjährigen Freundschaften in Amerika. Dem Hund indes waren die vordergründigen Beschimpfungen egal, er reagierte nämlich auf die körpersprachlichen Signale des Jungen, die offenbar den Wunsch des Jungen nach Nähe und Beziehung signalisierten und wiederholte unermüdlich seine Interaktionsangebote.“

4.5 Wichtige Ergebnisse von Forschungsarbeiten für meine eigene Arbeit

Die nondirektive tiergestützte Therapie mit Hund wird seit nun seit zwölf Jahren an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Leipzig als komplementäre Therapieform angeboten, wobei für Prothmann multimodale Therapieformen denen überlegen sind, die nur eine Methode einsetzen und ihr bewusst ist, dass Wirkfaktoren wie die Qualität der therapeutischen Beziehung und die Aufnahmebereitschaft des Klienten mehr über den Erfolg einer Therapie entscheidet als der Einsatz spezieller Techniken.

In der tiergestützten Therapie greifen wir auf die nonverbale Kommunikationsebene zurück wie Mimik, Gestik, Körperhaltung und Berührungen, wobei dies, da, wie schon erwähnt, zumeist unbewusst, authentisch und nicht verfälscht ist, und erhalten damit eine diagnostisch relevante und authentische Information über den Klienten.

Die direkte Verhaltensbeobachtung ist in der Kindertherapie besonders wichtig, da Kinder weniger reflektieren bzw. oft ihre Probleme (noch) nicht direkt an- und aussprechen (können), sondern in Form von Spielhandlungen zum Ausdruck bringen.

Prothmann wählte daher die direkte Beobachtung der verbalen und nonverbalen Interaktionen durch trainierte Beobachter sowie Videostudien als Instrument ihrer sehr fundierten Studien.

Das Kind offenbart im Spiel mit dem Hund diagnostisch relevante Verhaltensaspekte.

Hunde sind für Prothmann besonders geeignet, da sie im Laufe der gemeinsamen Evolution ein hohes Maß an Verständnis für die Gestik und Mimik des Menschen entwickelt haben.

In der Folge geht es darum, ob sich störungsspezifische Verhaltensunterschiede in der Kommunikation mit dem Hund zeigen und ob in Folge daraus diagnostische Schlüsse gezogen werden können.

Eine interessante Frage, deren Ergebnisse sicherlich auch auf die Erfahrung in der eigenen Praxis einfließen kann.

Ja, es lassen sich unterschiedliche Verhalten erkennen und ja, sie sind auch signifikant für die jeweilige Diagnose, wenn Patienten mit einem natürlichen, nicht menschlichen, aber hochgradig interaktiven und attraktiven Stimulus wie einem Hund agieren (vgl. Prothmann S 141).

4.5.1 Anorexiekranken Kinder

Bei den Anorexiekranken Kindern zeigt sich während der tiergestützten Therapie eine durchgehende unbequeme Körperhaltung und saßen ausschließlich auf den Stühlen und nie am Boden. Sie bevorzugten Haltungen, die mit hohem Energieverbrauch verbunden waren wie Hocken oder vornüber geneigt Stehen.

Sie konnten sich nur schwer auf die Ebene des Hundes, den Boden, begeben.

Das Spiel mit dem Hund war sehr rigide und stereotyp gestaltet, die zwischenmenschliche Interaktion spärlich. Die Atmosphäre war emotionsarm, kühl, distanziert und statisch. Streicheln des Hundes ja, aber ohne emotionalen Bezug zum Tier. Das spürte der Hund und war oft nicht bereit, auf die zaghaften, sterilen Spielaufforderungen einzugehen. Die Patienten veränderten aber ihre Spielaufforderung nicht, und der Hund ignorierte die Spielaufforderungen immer mehr und mehr bzw. ging irgendwann überhaupt nicht mehr darauf ein.

4.5.2 Patienten mit Bulimie

Patienten mit Bulimie zeigten mehr Interesse für die anwesenden Personen und nahmen schnell Verbalkontakt auf, jedoch mit dem Hund interagierten sie eher kurz und beiläufig.

Die Begegnung mit dem Hundeführer stand im Mittelpunkt, die Atmosphäre war deutlich emotionaler, Anteil Nehmender und dynamischer bis ruhelos. Ruhelose Interaktion mit dem Hund, wie z.B. 121 mal Streicheln, 86 Spielaufforderungen, 428 verbal zum Hund gerichtete

Äußerungen (vg. Prothmann S 67), wovon der Hund überfordert war, ebenfalls ruhelos wurde, Stresszeichen (häufiges Kratzen) zeigte und versuchte, sich zu distanzieren.

4.5.3 Autistischen Kinder

Am stärksten unterschieden sich die autistischen Kinder von den anderen Patienten. Berührungängste dem Hund gegenüber spiegelte vor allem deren Angst vor dem aus ihrer Sicht unberechenbaren Hund wider. Dies führte zu vermehrtem Körperkontakt zum Hundeführer, wodurch sie sich sicherer fühlten. Die Interaktion mit dem Hund war schwierig, da das Beobachten bzw. der Blickkontakt seitens des Patienten zu kurz war, um Zeichen wie eine deutliche Spielaufforderung seitens des Hundes, wahrnehmen zu können. Mit den Spielsachen spielte der Patient selbst, ohne den Hund mit einzubeziehen.

Eine weitere Studie von Prothmann (vgl. ab S 198) ergab, dass eine erhöhte Reaktivität und mehr Freude an sozialer Interaktion festgestellt werden konnte. Autistische Kinder zeigten im Umgang mit ihrem Tier sozial motivierte Verhaltensweisen, die sie gegenüber Menschen nicht zeigten. Sie wandten sich dem Hund deutlich länger zu als der anwesenden Person.

Das bedeutet, dass die gesteigerte Interaktionsbereitschaft und die reduzierte Selbststimulation der Kinder tatsächlich auf die Interaktion mit dem Hund zurückgeführt werden kann.

Trotz der Distanzierung vom Hund im Erstkontakt (siehe oben) wandten sich die Kinder von Anfang an intensiv dem Hund zu.

4.5.4 Patienten mit Angststörungen

Patienten mit Angststörungen hingegen zeigten die geringste Furcht vor dem Hund von allen Gruppen. Sie zeigten eher Scheu und Angst dem Hundeführer gegenüber, konnten diese aber mit Hilfe des Hundes überwinden. Ein intensives Streicheln des Hundes führte zu Abbau der Anspannung und des Angsterlebens. Verbale Kommunikation sowie Spielaufforderungen

zum Hund waren nebensächlich. Doch das Streicheln war authentisch, mit einem guten, intuitiven Einfühlungsvermögen, ruhig und behutsam, nicht aufdringlich und dem Tier angepasst, sodass sich die Hündin ebenfalls entspannte und die Streicheleinheiten genießen konnte.

Die Patienten konnten dadurch positive Seiten an sich selbst erkennen.

Warum beruhigt streicheln?

Unser Körper setzt dabei massiv das Peptidhormon Oxytocin frei, das angsthemmend und beruhigend wirkt und die Bildung von stressassoziierten Hormonen hemmt. Diese Veränderung tritt nicht nur beim Menschen, sondern auch beim Tier auf (vgl. Prothmann S 190).

Auch die Patienten mit Anorexie streichelten den Hund ausgiebig, durch ihre distanzierte Haltung war aber nicht zu erkennen, ob sie dadurch ebenfalls ihre Anspannung abbauen konnten. Erfolgserlebnis mit dem Hund hatten sie vergleichsweise weniger, da der Hund die distanzierte Haltung spürte und sich selbst immer mehr und mehr zurückzog.

Viele Patienten mit Anorexie spüren eine innere Anspannung, die sich in der Interaktion mit dem Hund in starren, unbequemen Körperhaltungen widerspiegelt. Allein der körperliche Kontakt zum Hund während des Streicheln, reduziert die Anspannung, ein Effekt, der in einer körperbezogenen therapeutischen Arbeit genutzt werden kann.

Bei autistischen Kindern könnte, als Hauptziel über kontinuierliches Beobachten ein allmähliches herantasten an das ursprünglich unberechenbare und damit Angst auslösende Tier formuliert werden.

Videofeedbacks können vor allem bei älteren Kindern und Jugendlichen sehr wertvoll sein für

4.5.5 Profitieren Kinder subjektiv von der tiergestützten Therapie?

Des Weiteren wurden bis zur Buchveröffentlichung 100 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 11 und 20, befragt, ob sie besonders oder gar nicht von der tiergestützten Therapie profitieren. Parallel dazu gab es die Befragung einer Kontrollgruppe, also Patienten, die keine tiergestützte Therapie besucht hatten.

Sowohl die Gesamtbefindlichkeit, wie auch die vier Subdimensionen: Vitalität, soziale Extraversion, psychisches Gleichgewicht und Vigilanz wurden stark signifikant höher bewertet bei der Gruppe mit tiergestützter Therapie als bei der Kontrollgruppe.

Die Änderungen waren drei- bis 16fach stärker ausgeprägt als in der Kontrollgruppe.

Das bedeutet: die Präsenz eines Hundes steigert signifikant hoch die Wachheit und Aufmerksamkeit des Kindes, führt zu Offenheit und Bedürfnis nach Sozialkontakt und Austausch, fördert die Wahrnehmung gesunder und vitaler Anteile und beeinflusst das innere seelische Gleichgewicht in Richtung zu mehr Ausgewogenheit.

Diese Wirkungen traten umso stärker ein, je schlechter es dem Kind oder Jugendlichen vorher ging.

4.5.6 Patienten mit Psychose

Gerade Patienten mit Psychose scheinen besonders von der Gegenwart eines Hundes zu profitieren, vielleicht, so Prothmann, aufgrund des starken Realitätsbezuges, den ein Tier mit sich bringt. Es zeigte sich (vgl. 181 Prothmann), dass die Gegenwart des Hundes als wohltuend, stabilisierend und angstmindernd wahrgenommen wird. Der Hund stellt keine verbal-kognitiven Forderungen, bietet aber durch sein Verhalten einen natürlichen Stimulus, der durchaus zum Denken anregt. Die Kommunikation zwischen Patient und Hund ist einfach, „double-bind“ Botschaften oder „express emotions“ gibt es hier nicht.

Dennoch, so Prothmann, muss die tiergestützte Therapie gut vorbereitet werden, sehr erfahrene Hunde und Hundeführer eingesetzt werden, eine weitere dem Patienten vertraute Person anwesend sein, zumindest in der ersten Sitzung.

4.5.7 Depressive Kinder

Bei depressiven Kindern setzt im Allgemeinen die Therapie bei den kognitiven Anteilen an und konzentriert sich auf soziales Kompetenztraining, um damit den Kindern Zugang zu erfreulichen, positiv verstärkenden Umgebungen wie Freundschaften zu verschaffen.

In der Studie von Prothmann konnte gezeigt werden, dass selbst kurzzeitige Interaktionen mit nicht vertrauten Tieren zu einer Stabilisierung des Befindens führen. Zu Beginn der Therapieeinheit zeigen sie zunächst wenig Eigeninitiative, sitzen meist auf dem Boden und beobachten den Hund ohne eine Idee zu entwickeln oder eine Handlung zu setzen. Sie sprechen wenig, und sind langsam, brauchen viel Zeit, auf die Interaktionsangebote des Hundes zu reagieren und mitzuspielen.

Sie suchen nicht deutlich körperliche Nähe zum Hund. Nach ca. 20 Minuten (die Sitzung dauert 30 Minuten) setzt eine Wandlung ein: der Patient beginnt, aktiver zu werden, zeigt eigene kreative Leistungen.

Der Hund wendet sich praktisch von Anbeginn an dem Kind zu, auch wenn dieses keinen Kontakt aufnimmt und sucht den Körperkontakt, legt sich z.B. nahe neben das Kind. Sobald der Patient aktiv wird, erlebt er die volle Aufmerksamkeit des Hundes. Der Patient erlebt keine Kritik oder Zurückweisung auf sein zurückhaltendes, langsames Verhalten, und wird sofort mit Aufmerksamkeit und Zuwendung belohnt.

Somit, so Prothmann (S 187) verstärkt der Hund auf ideale Weise das gewünschte Verhalten.

4.5.8 Störungen mit überkontrollierendem Verhalten

Bei den Störungen mit überkontrollierendem Verhalten wie Angststörungen, sozialer Rückzug, kindliche Depression stellen in erster Linie eine große Belastung für das betroffene Kind dar, wirken sich aber auch auf dessen soziales Umfeld aus.

Kinder mit überkontrollierendem Verhalten sind ängstlich, leiden unter Anspannungen, sind schüchtern, fühlen sich ungeliebt und häufig in sozialen Situationen unterlegen.

Die Symptome, die sie zeigen, sind die der Erwachsenen sehr ähnlich.

Viele Ängste treten in den verschiedenen Entwicklungsphasen normal bei Kindern auf (Fremdeln, Trennungsangst, Angst vor Dunkelheit, Angst vor Tieren, Schulangst usw.). Problematisch wird es, wenn sich diese Angst fixiert und auf das Leistungsvermögen des Kindes auswirkt und/oder das Familienleben beeinträchtigt.

Trennungsangst entsteht oft dadurch, dass Eltern ihre eigenen Trennungsängste auf das Kind übertragen und auf normales kindliches Unbehagen bei Trennung verstärkend reagieren. Diese verstärkte Zuwendung in einer Trennungssituation führt meist zu einer Verstärkung der Angstreaktionen des Kindes.

Schulphobien hängen oft mit Versagensängsten oder Konflikten mit den Mitschülern zusammen.

Häufig wird hier die systematische Desensibilisierungsmethode eingesetzt. Ziel ist es, das Kind schrittweise der Angst auslösenden Situation auszusetzen.

Hilfreich ist auch, wenn sich die Umgebung so verhält, dass kaum Ängste entstehen bzw. bestehende Ängste nicht noch verstärkt werden und so eine Gegenkonditionierung unterstützen.

Auch das Modell-Lernen in der Gruppe spielt eine große Rolle. Kinder, die andere Kinder in einer gefürchteten Situation angstfrei erleben, übernehmen das Verhalten der nicht ängstlichen Kinder und ahmen dieses nach. Voraussetzung dafür ist, dass das Kind in der geforderten Situation auch über die entsprechenden Kompetenzen verfügt. Wenn ein Kind z.B. auf eine schulische Überforderungssituation aufgrund einer nicht erkannten

Teilleistungsschwäche mit Versagensängsten reagiert, wird erst geholfen werden können, wenn die Teilleistungsschwäche erkannt und entsprechend behandelt wird.

Können Tiere in einem verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Behandlungsansatz eingesetzt werden?

Die Evaluierungsstudien von Prothmann zeigten, dass die nondirektive tiergestützte Therapie einen hoch signifikanten Stellenwert auf das Erleben von allgemeiner Angst hat. Durch das intensive Streicheln des Tieres beruhigen und entspannen sich Kind und Hund. Dadurch können die Kinder die angstausslösende Situation besser und länger aushalten. Tiere können also als angenehm erlebter, positiver Stimulus erfolgreich in der klassischen Konditionierung eingesetzt werden.

Tatsächlich konnte Prothmann in der Interaktionsstudie beobachten, dass die sozial ängstlichen und unsicheren Kinder längere und intensivere Gespräche mit dem Hundeführer suchten, nachdem sie den Hund gestreichelt hatten.

Tiere können auch familiäre Beziehungsmuster ändern, wie im folgenden Beispiel sehr schön gezeigt wird (vgl. Prothmann S 191):

„Der sechsjährige Norman wurde kurz nach Eintritt in die Schule von seiner Mutter in der Klinikambulanz vorgestellt, da er unter permanenten Ängsten litt und sich nicht von der Mutter trennen konnte, um am Unterricht teilzunehmen. Seine Gedanken kreisten ständig voller Sorgen um seine Mutter, er fürchtete, sie könnte plötzlich erkranken, einen Unfall erleiden und er würde sie nie wiedersehen. Alle Beruhigungsversuche seitens der Mutter selbst durch häufige telefonische Rückmeldungen an ihr Kind konnten diese massiven Ängste nicht ausräumen. Die Diagnostik ergab, dass Norman ein gut befähigtes, überdurchschnittlich intelligentes Kind war und keine Lern- oder Leistungsbeeinträchtigungen vorlagen. Da sich die Ängste auf jegliche Trennung von der Mutter, besonders aber morgens zum Unterrichtsbeginn konzentrierten, konnte eine Trennungsangst diagnostiziert werden. Mit dem Lebensgefährten der Mutter gab es weniger

Trennungsschwierigkeiten, sodass wir an eine problematische Mutter-Kind-Interaktion dachten.

Im Gespräch mit der Mutter über mögliche Auslöser und Verstärker der Angst in Trennungssituationen stellte sich heraus, dass die Mutter vor der Schwangerschaft mit N. an Gebärmutterhalskrebs erkrankt war und davon ausging, dass sie trotz Kinderwunsch kinderlos bleiben müsste. Mehrere Monate nach Abschluss der Krebsbehandlung wurde sie schwanger und empfand es als besonderes Glück, dass die Schwangerschaft ohne Komplikationen verlief, wobei sie ständig unter Ängsten litt, das Baby zu verlieren oder eine Frühgeburt zu bekommen. Nach der Geburt baute sie eine besonders enge und warmherzige, aber auch überbehüteten Beziehung zu ihrem Kind auf. Norman durfte im Bett der Mutter schlafen, er durfte mit ihr Fernsehsendungen für Erwachsene sehen und auf schwieriges Verhalten des Kindes reagierte die Mutter sehr nachgiebig, während der Vater streng und konsequent handeln wollte.

Die Beziehung zwischen Mutter und Vater war durch die unterschiedlichen Sichtweisen sehr konfliktreich. Der Vater war verärgert, dass der Sohn jede Nacht im Bett der Eltern lag und der Vater teilweise auf dem Sofa übernachten musste, konnte sich aber nicht gegen Kind und Mutter durchsetzen. Mit der Mutter wurde erarbeitet, wie wichtig die Bewältigung von Trennungssituationen für die weitere Entwicklung ihres Kindes ist und wie sie dabei ihr Kind unterstützen kann. An dieser Stelle stellte sich heraus, dass die Mutter Angst vor einer wachsenden Selbständigkeit ihres Kindes hatte und selbst stark unter den Trennungen litt.

Nach diesem Schlüsselgespräch erschien die junge Frau zur nächsten Behandlungssitzung mit ihrem Sohn und – einem Hundewelpen zur Therapie! Ihr war klar geworden, wie sehr sie sich etwas kleines wünschte, was sie versorgen und „bemuttern“ konnte und erkannte zugleich, dass ihr Kind diese Fürsorge und Pflege nicht mehr in dem Ausmaß benötigte. Nachdem der Hund in die Familie eingezogen war, schafften Mutter und Kind, schrittweise mehr Abstand in die Beziehung zu bekommen. Parallel zur Erziehung des Welpen lernte die Mutter, wie wichtig Grenzen und Struktur sind und sie schaffte, ihrem Sohn Grenzen zu setzen und konsequent zu handeln. Norman schlief nicht mehr im Bett der Eltern, sondern nach einer

Zwischenstufe auf einer Matratze vor dem elterlichen Bett schlief er nach vier Wochen allein in seinem Zimmer. Die Beziehung der Eltern untereinander entspannte sich, da beide neu gewonnene Freiheiten wie gemeinsame, ungestörte Abende genießen konnten. Wenige Monate später wurde die Frau erneut schwanger und unser Patient hatte inzwischen seine Ängste bis auf gelegentliche Sorgen, die ihn aber nicht weiter beeinträchtigten, abgebaut.

4.5.9 Tierphobien

Bei den Tierphobien, speziell bei der Hundephobie, spielen die Eltern als Lernmodell eine wichtige Rolle.

Angstverhalten kann am Modell gelernt werden, was sinnvoll ist, wenn der Reiz oder die Situation lebensgefährlich werden kann.

Das Problem bei den spezifischen Phobien liegt darin, Angst vor bestimmten Situationen zu haben, vor denen man keine Angst haben müsste.

Langfristig kommt es zu einer Vermeidung der unangenehmen, da angstbesetzten Situation, womit der adäquate Umgang nicht gelernt und Kompetenzen nicht aufgebaut werden können.

Kleine Kinder empfinden in der Regel bis etwa zum dritten Lebensjahr keine Angst vor Tieren. Ab etwa dem dritten Lebensjahr tauchen Ängste vor Tieren auf, was normal in dieser Entwicklungsstufe ist! Durch die wachsenden motorischen Fähigkeiten entfernen sich Kinder in dieser Phase immer weiter von den Eltern weg und erkunden die Umwelt. Die nun auftretenden Umweltängste, wie Angst vor Tieren, Angst vor Höhen und Tiefen, vor Dunkelheit etc. sind in dieser Phase sinnvoll, da sie das Kind vor Situationen, denen es noch nicht gewachsen ist, schützt. Wenn die Kompetenz im Umgang mit der Umwelt aufgrund der gesammelten Erfahrungen gewachsen ist, verschwinden in der Regel diese Umweltängste.

Reagieren nun die Eltern in der Phase, in der diese Umweltängste auftreten, so, dass die Ängste bestätigt werden, wird der Umgang mit dem Hund nicht erlernt und eine Störung sprich Hundephobie, kann sich manifestieren.

Oder die Eltern haben selbst Angst vor einem Hund, das Kind nimmt dies wahr und entwickelt anhand dieses Modells ebenfalls Ängste, ohne selbst negative Erfahrungen

gemacht zu haben. Durch anschließende Vermeidungsstrategien wird der Umgang mit dieser Situation nicht gelernt und keine Kompetenzen aufgebaut.

In der tiergestützten Therapie können diese Ängste am Modell-Lernen nun wieder „verlernt“ werden, sehr wirkungsvoll ist dies in der Gruppe.

Wie in einer Studie von Zimmermann (Olbrich: Menschen brauchen Tiere, S 139-145) nachgewiesen werden konnte, ließ die Hundephobie bereits nach acht Wochen Gruppentherapie signifikant nach.

Soziale Ängstlichkeit führt zu einem sozialen Rückzug, was zur Folge hat, dass sich Kinder und Jugendliche schwer an fremde und unbekannte Personen gewöhnen können oder sich vor bestimmten Situationen, wie laut Vorlesen, etwas Vorführen oder an die Tafel schreiben, so sehr fürchten, dass sie mit negativen, sich selbst strafenden Strategien wie weinen, vermeiden, körperliche Beschwerden wie Übelkeit, Magenschmerzen, Durchfall reagieren.

Zusätzlich wird ein Defizit an sozialer Kompetenz im Umgang mit Gleichaltrigen vermutet, weshalb sie in sozialen Situationen nicht wissen, wie sie reagieren sollen.

Durch eine Vermeidungsstrategie verstärkt sich das Symptom, da aufgrund mangelnder Erfahrung wenig Kompetenz erworben werden kann.

Auch hier greift das Modell-Lernen als therapeutische Methode. Wenn man Kindern z.B. einen Film zeigt, in dem sie sehen, wie ängstlich und unsichere Kinder allmählich und mit immer mehr Freude mit anderen Kindern spielen, überträgt sich das auf das Verhalten der Kinder. Soziale Fertigkeiten werden trainiert, z.B. in Form eines Videotrainings.

Wie können hier Tiere sinnvoll eingesetzt werden?

Tiere mindern Ängste und erzeugen damit ein angenehmes entspannendes Gefühl und sie katalysieren soziale Interaktionen. Tiere erleichtern soziale Kontaktaufnahmen.

4.5.10 Posttraumatischen Belastungsstörungen

Auch bei posttraumatischen Belastungsstörungen, als Reaktion auf z.B. einen sexuellen Missbrauch und mit Symptomen wie Schlafstörungen, Alpträumen, erhöhte Irritierbarkeit, Hyperaktivität, Konzentrationsproblemen oder Schreckhaftigkeit, können Tiere entängstigend wirken, körperliche Nähe bieten, die ungefährlich, da sexuell unbesetzt, bieten und das Bedürfnis nach Geselligkeit und Kommunikation fördern. Oft wurde beobachtet, bei Kindern und Erwachsenen, dass die Patienten über ihre Erlebnisse berichten konnten, indem sie die dem Hund erzählten, was aber die gleiche entlastende Wirkung hatte.

4.5.11 Störungen mit unterkontrollierendem Verhalten

Bei Störungen mit unterkontrollierendem Verhalten, wie das Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) und die Verhaltensstörungen kann die tiergestützte Therapie ebenfalls sehr sinnvoll eingesetzt werden.

Es gibt Beobachtungen, dass ADHS-Kinder sich bewusst mit der Wahrnehmung ihres Körpers und dem des Hundes beschäftigten. Es wurden Ähnlichkeiten aber auch Unterschiede bemerkt. Dadurch fühlen sich die Kinder als eigenständige Personen. Nach mehreren Besuchen begannen die Kinder, sehr achtsam und einfühlsam auf die Bedürfnisse des Hundes einzugehen. War der Hund müde, flüsterten die Kinder, sie achteten darauf, ob eine Berührung für den Hund angenehm war etc.

Der Hund wirkte sich auch auf das Aktivierungsniveau der Kinder aus. Nach ausführlichem Schmusen wurden die Kinder ruhiger und konnten so ohne störendes Aufspringen und Herumlaufen an Gruppenaktivitäten teilnehmen.

Viel taktil-kinästhetische Erfahrung konnte gesammelt werden.

Obwohl der Hund nicht verbal kommunizierte, animierte er die Kinder zum Sprechen. Kinder mit Sprechhemmungen oder Artikulationsstörungen konnten mit dem Hund ohne Schwierigkeiten sprechen.

Und schließlich regte die intensive Körpersprache die Kinder an, besonders genau zu beobachten.

Diese primären Erfahrungen führten zu einem wachsenden Selbstbewusstsein.

„Man kann sich als Erwachsener“ so Prothmann (S 216) „kaum vorstellen, wie groß ein Kind innerlich wird, wenn es dem Hund eine Aufgabe stellt und dieser dem nachkommt. Viele Kinder reflektieren in der Hundetherapie erstmals, dass sie das Gefühl haben, selbst etwas geschaffen zu haben.“



Die Präsenz des Hundes festigte die Beziehung der Gruppenmitglieder, das Gespräch über den Hund war der Einstieg in gemeinsame Gruppengespräche.

Diese Kinder, die ansonsten Probleme mit dem Einhalten von Setzen von Grenzen haben, lernten diese in der Interaktion mit dem Hund zu akzeptieren. Sie begannen, auf die Signale

des Hundes zu achten und wenn dieser sich zurückzog, lernten die Kinder, dies zu akzeptieren. Zugleich lernten sie, ihre eigenen Grenzen zu formulieren bzw. kommunizieren.

„Es ist erstaunlich“, so Prothmann (S 217), wie Tiere auf unruhige Kindergruppen wirken.“

Die Gruppen werden in der Regel ruhiger und ausgeglichener, Aggression und Hyperaktivität lassen nach. Die Kommunikation untereinander wird gefördert, sie werden wachsamer und aufmerksamer, die allgemeine Stimmung hellte sich auf.

Kann tiergestützte Therapie bei Verhaltensstörungen mit fehlender Impulskontrolle bei Aggression, Trotz, Ungehorsam, verbale Feindseligkeiten, Lügen, Zerstörungswut, Vandalismus, Diebstahl, Promiskuität und Substanzabusus eingesetzt werden?

Diese Störungen belasten das gesamte Umfeld des Kindes: Familie, Schule sowie die Beziehung zu Gleichaltrigen.

Die Übergänge von leichten Auffälligkeiten bis zur manifesten Störung sind fließend.

Die Prävalenz von Verhaltensstörungen liegt für Jungen bei 8 %, bei Mädchen bei 3 %, die Prognose ist insgesamt ungünstig.

Die Kinder wachsen häufiger in einem familiären Milieu auf, in dem Faktoren fehlen, die für die Entwicklung eines moralischen Bewusstseins wichtig sind. In vielen Fällen erleben diese Kinder, dass Ziele durch aggressives Verhalten erreicht werden können, zunächst bei den Eltern, dann lernen sie es selbst anzuwenden. Diese unerwünschten Verhaltensweisen werden oft durch inkonsequentes elterliches Verhalten noch begünstigt.

Risikofaktoren für kindliche Verhaltensstörungen sind niedriger sozioökonomischer Status, Leben in einer Großstadt, Arbeitslosigkeit, schlechtes Bildungsniveau und unvollständige Familien. Besonders verhängnisvoll ist die Kumulation mehrerer Risiken.

Die Therapie ist im allgemeinen schwierig und langwierig und gekennzeichnet von vielen Ab- bzw. Unterbrechungen. Das soziale Umfeld muss einbezogen werden und soll dem Kind beim

Aufbau alternativer Verhaltensmuster helfen, soll positives soziales Verhalten bestärken und muss regelmäßig aufgefrischt werden.

Es ist wichtig, dass die Kinder ein sozial-moralisches Gewissen aufbauen, da den Kindern häufig die emotionale Anteilnahme an dem, was sie tun sowie die Reue fehlen.

Wichtig für den Erfolg der Therapie ist, dass die Eltern in ihrer Erziehung kompetent werden. Dazu gibt es bereits einige Elterntrainingsprogramme, in denen die Eltern lernen, ein positives soziales Verhalten zu belohnen statt nur noch Fehlverhalten zu bestrafen. Ebenso wird den Eltern die „Auszeit-Technik“ vermittelt, damit eine Eskalation von Auseinandersetzungen verhindert werden kann.

4.5.12 Hund oder Memory?

Eine weitere Studie zeigt, dass sich Kinder und Jugendliche nach einer tiergestützten Einheit, verglichen mit einer „Spieleinheit mit Memory spielen“, frischer, gestärkter, gesünder, ausgeglichener, sicherer, mitteilbarer, kontaktfreudiger, konzentrierter und zielstrebigere fühlen (vgl. Prothmann S 160).

Dies wirkte sich auch auf die anschließende Gesprächspsychotherapie positiv aus: vor allem die introvertierteren Kinder waren viel offener und viel eher bereit, über ihre Gefühle und Probleme zu reden,

Mehrmals wurde bereits erwähnt, dass Tiere Konzentration und Aufmerksamkeit beeinflussen. Dies wurde vor allem von den Kindern selbst so subjektiv erlebt.

Prothmann hat dies nun in einer eigenen Studie mit ADHS Patienten untersucht (ab S 168) und verglich den Einfluss der tiergestützten Therapie mit dem Einfluss eines Computerspiels auf Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit.

Die tiergestützte Therapie schnitt signifikant besser ab. Für die Vitalität und Vigilanz zeichnete sich beim Computerspiel sogar eine Verschlechterung der Werte, vermutlich durch

die eingeschränkte körperliche Aktivität. Die Kinder erlebten einen Vitalitätsverlust und fühlten sich müder, geschwächer, kraftloser.

Katcher und Wilkins stellten erstmals ein tiergestütztes Therapiemodell für Kinder mit ADHS und Verhaltensstörungen vor, wobei sie von folgenden Grundannahmen ausgingen:

2 Gruppen, eine erlebnispädagogisch orientiert mit Wandern, Klettern etc., die andere war die „Zoo-Gruppe“: 6 Monate lang ging diese Gruppe 5 Stunden pro Woche in den Zoo und besuchte einen Streichelzoo mit Kaninchen, Rennmäusen, Hamster, Mäuse, Chinchillas, Leguane, Warane, Schildkröten, Tauben, Hühner und ein vietnamesisches Hängebauchschwein. Häufig war auch ein Hund zugegen, der einem pädagogischen Mitarbeiter des Zoo-Programms gehörte.

Die Kinder wurden instruiert, mit den Tieren behutsam und respektvoll umzugehen, und sie sollten keine Dinge sagen, die die Tiere oder andere Kinder abwerten würde. Jedes Kind durfte ein Tier „adoptieren“ und es folgte eine ausführliche Unterweisung, wie Tiere im allgemeinen und das adoptierte Tier im besonderen gepflegt werden sollte. Die Kinder lernten viele Aspekte der Tierpflege in Theorie und Praxis!

Der statistische Vergleich zeigte eine signifikante Abnahme aggressiven Verhaltens, die auffällig störenden Verhalten wurden seltener, das Lernverhalten verbesserte sich.

Katcher und Wilkins waren erstaunt, wie rasch die Verhaltensänderungen eintraten und wie sehr sich das neu gelernte kooperative Verhalten in den Schulbereich generalisierte. Doch waren diese Effekte stark vom Umfeld beeinflusst. Wenn sich das schwach strukturierte soziale Umfeld des Kindes nicht änderte, konnten die stärksten Effekte im Zoo-Programm selbst und am wenigsten im Lebensumfeld beobachtet werden.

Die größte Einrichtung mit tiergestützter Therapie für verhaltensgestörte Kinder ist sicherlich „Green Chimneys“ im Norden von New York City.

„Green Chimneys“ bietet über einhundert stationäre Plätze für schwer verwahrloste Kinder. Die Kinder lernen die Versorgung der Tiere und helfen bei der Ausbildung von Behindertenbegleithunden. Die tiergestützte Therapie wird intensiv eingesetzt, ebenfalls die Milieutherapie von Psychiatern, Sozialarbeitern, Erziehern, Ärzten, Lehrern, die ebenfalls tiergestützt arbeiten. Das Zusammentreffen mit anderen Menschen wird gefördert, und somit soziales Lernen und Integration in die Gemeinschaft ohne Selbstwertstörungen. Aufbau von Vermittlung und Werten, Förderung der Ressourcen, damit die Kinder das Gefühl bekommen, etwas wert zu sein und der selbst zerstörerische Teufelskreis durchbrochen werden kann. Frühestmögliche Intervention wird angestrebt: „Green Chimneys“ ist besonders auf junge Kinder ausgerichtet und will erste und nicht letzte Instanz sein.

Die Kinder in „Green Chimneys“ bauen selbst zu Rindern eine Beziehung auf, die der zwischen Klient und Therapeut sehr nahe kommt.

Das Konzept von „Green Chimneys“ scheint sehr erfolgreich zu sein, die Kinder leben im Schnitt 28 Monate auf der Farm, 60 % können in ihre angestammte Familie zurückkehren.

All diese Studien zeigen, so Prothmann (S 223), dass der Einsatz von Tieren in der Therapie aufmerksamkeits- und/oder verhaltensauffälliger Kinder ein großes Potential inne hat.

Diese Kinder haben Schwierigkeiten, soziale Schlüsselreize adäquat zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren. Es fällt ihnen schwer, verbale und nonverbale Interaktionen schnell zu erkennen und in die eigene Handlung einfließen zu lassen.

Hier erleichtern Tiere die Kommunikation stark, da sie nur nonverbal agieren. Wachheit und Aufmerksamkeit wird angeregt, da man die Tiere nur versteht, wenn man sie genau beobachtet. Fokussieren wird leichter, und damit die Konzentrationsfähigkeit.

Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten brauchen mehr Struktur und Anleitung als Kinder mit emotionaler Störung. Der Hund sollte robuster sein, da die Kinder oft derber in ihrer Motorik sind. Auch sollten Aktivitäten in die Therapie eingebaut werden, da sie oft mit 30 Minuten

freier Spielphase überfordert sind. Es könnte z.B. ein Mini-Agility-Parcour aufgebaut werden.

Agility, so Prothmann (S 224) ist eine hervorragende Form, strukturierter Aktivitäten, bei denen das Kind lernt, den Hund ohne Leine, nur anhand von Worten und körpersprachlichen Zeichen, durch den Parcour zu bewegen.

Als Vorbereitung dafür soll das Kind den Parcour selbst auf allen Vieren durchlaufen bzw. durchkrabbeln, damit das Kind versteht, welche Aufgaben es dem Hund stellt. Die Geräte, Anordnung, weitere Anregungen für Brücken, Tunnels etc. werden vom Kind gewählt. Beim Ausdenken des Parcours werden so die Handlungsplanung, das Problemlösen und die Konzentration gefördert. Beim Aufbau müssen die benötigten Mittel besorgt werden, wenn notwendig um Hilfe gebeten werden, und die Geräte sinnvoll angeordnet werden. Dafür sind Handlungsplanung, vorausschauendes Denken, soziale Fertigkeiten, räumliche Wahrnehmung und Raumempfinden sowie Konzentration gefragt.

Beim Probelauf wechselt das Kind die Perspektive, indem es in die Rolle des Hundes schlüpft, übt damit auch Einfühlungsvermögen und Selbstkontrolle.

Beim eigentlichen Training mit dem Hund lernt das Kind verbale und nonverbale Signale zu kombinieren, dem Tier bei Bedarf zu helfen, das Tier zu loben und sich selbst und seine eigene Leistung zu loben.

Dabei zeigen sich oft soziale Komponenten, die in anderen Zusammenhängen noch nie gezeigt wurden, wie z.B. ein äußerst fürsorgliches Verhalten bei aggressiven Kindern.

4.5.13 Lehnt ein Kind die tiergestützte Therapie ab?

Prothmann untersuchte auch, ob es eine Gruppe gibt, die die tiergestützte Therapie ablehnt. Dazu wurden die Patienten nach ICD 10 in folgende Diagnosegruppen zugeordnet:

Essstörungen, emotionale Störungen, depressive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Störungen im Sozialverhalten, Psychosen.

Zwei Patienten aus der Gruppe der Essstörungen (beide vom binge-eating/purging Typ), drei Patienten mit einer emotionalen Störung und jeweils ein Patient mit Persönlichkeitsstörung bzw. Störung im Sozialverhalten gaben eine Verschlechterung der Befindlichkeit an, das waren insgesamt 7 von 61 befragten Patienten, also 11,5 %.

Die Patienten nannten spontan als Grund für die Verschlechterung subjektive Probleme mit der Videoaufzeichnung oder dass sie nicht im Freien mit dem Hund herumtollen konnten.

Diese Messungen verdeutlichen, dass Kinder und Jugendliche in stationärer Therapie die Präsenz eines Hundes als sehr wohltuend empfinden. Sie fühlen sich angeregt, mit den anwesenden Personen (Hundeführer) zu kommunizieren, haben das Bedürfnis, sich anderen anzuschließen, fühlen sich aufmerksamer, konzentrierter, weniger ablenkbar und ausgeglichener. Eindeutig, so Prothmann, nimmt auch die situationsbedingte Angst ab, sodass sich die Patienten im Klinikumfeld sicher und aufgehoben fühlen.

Besonders bei psychosomatischen, emotionalen und affektiven Störungen traten hoch signifikante Verbesserungen der Befindlichkeit ein.

Tiere beeinflussen die Therapiesitzung also nachhaltig. Kinder und Jugendliche empfinden durch das Tier eine Atmosphäre von Wärme und Akzeptanz und erleben Einfühlungsvermögen in ihre Gefühlswelt. Kriterien, die in allen psychotherapeutischen Ansätzen fundamental sind für eine ermutigende Beziehung zwischen Patient und Therapeut, die in der Folge zu Veränderungen, zu Heilung führen kann. Das Tier verändert die Atmosphäre dermaßen, dass der Aufbau einer therapeutischen Beziehung wesentlich katalysiert und vertieft werden kann.

Die Integration von Tieren, so Prothmann, (S 154), erscheint auch unter dem Aspekt des multimodalen Ansatzes in der Kinder- und Jugendpsychotherapie sinnvoll. Die Ergebnisse der therapeutischen Interventionen lassen sich durch den zusätzlichen Einsatz von Tieren deutlich verbessern.

Günstig ist es, so Prothmann (S 155), wenn Therapeuten eigene geprüfte Tiere in ihre therapeutische Arbeit einbeziehen. Dadurch könne der Therapieprozess erheblich intensiviert werden.

„Tiere in die Psychotherapie zu integrieren,“ resümiert Prothmann, „bedeutet eine große Bereicherung gerade auch bei Kindern und Jugendlichen und bietet – wie die vorliegenden Daten zeigen – die Möglichkeit, in einer entwicklungsförderlichen Atmosphäre gezielte therapeutische Interventionen vornehmen zu können (S 155).“

5. Zwei Beispiele aus der eigenen Erfahrung:

Ich möchte nun auf meine eigenen Erfahrungen in der tiergestützten Therapie zurückkommen und diese anhand des vorangegangenen Materials darstellen und analysieren.

Im Rahmen einer Familienberatungsstelle in einer mittelgroßen Stadt im Land Niederösterreich war es mir erlaubt, tiergestützt zu arbeiten, was ich mit großer Freude tat, nachdem mein Hund Mutzi die Prüfung zum Therapiehund am 5. September 2007 erfolgreich bestanden hatte.

Ich nahm Mutzi fast immer mit, zu Therapien mit Kindern und Jugendlichen, zur Beratung von Erwachsenen, zu Paarberatung und sogar zur Familienberatung. Mit den Kindern und Jugendlichen arbeitete ich ähnlich wie Prothmann, setzte aber auch Methoden aus der Mal- und Gestaltungstherapie ein. In der Paartherapie war Mutzi oft Stütze für einen der Partner. Intuitiv setzte sie sich zu den Füßen eines Klienten, wobei es auch in den folgenden Sitzungen bei diesem blieb, der dann immer Kontakt aufnahm und Mutzi streichelte und liebte. Der Klient entspannte sich, was, nach den Studien von Prothmann, hilft, Dinge an- und aussprechen zu können. In Situationen der Familienberatung, bei dem die ganze oder Teile der Familie anwesend waren, legte sich Mutzi auch zu ganz bestimmten Personen, die, wie mir schien, dadurch ruhiger und selbstsicherer in ihrer Kommunikation wurden. Oft

„unterstützte“ Mutzi so auch die Position der Kinder gegenüber ihren Eltern, indem sie sich zum Kind setzte.

Ich möchte nun zwei Fallbeispiele genauer beschreiben, in denen Mutzi eine wesentliche Rolle spielte und meine anfängliche These: „Eine tiergestützte Therapie ist erfolgreicher als eine Therapie ohne Tier“ eindrucksvoll unterstreicht (Namen der Klienten wurden geändert):

Lilli

Lilli wurde über das Magistrat des Jugendamtes der Stadt vermittelt. Eine Intervention war notwendig, da Lilli eine Schul- und Hortphobie entwickelt hatte, und aufgrund des Fehlens in der Schule, sie ging in die zweite Klasse einer Hauptschule, die Schulleistungen rapide sanken. Außerdem verlor sie immer mehr ihre sozialen Kontakte aus dem Hort.

Es war die Idee des Leiters des Jugendamtes, Mutzi in die Therapie mit einzubauen.

Also rief ich an, um einen Termin zu vereinbaren und klärte ab, ob die Anwesenheit eines Hundes ein Problem darstelle. Die Ankündigung von Mutzi wurde von Lilli sehr positiv aufgenommen und ich bekam den Eindruck, dass sie sich deshalb schon sehr auf die erste Stunde freute, vor allem um Mutzi kennen zu lernen.

Wir vereinbarten einen Termin, In der Familienberatungsstelle ist der Vorraum zugleich das Wartezimmer für Klienten, von wo wir die beiden abholten.

Da im Wartezimmer weitere Klienten warteten, von denen ich nicht wusste, wie sie auf einen Hund reagieren würden, hatte ich sie in diesem Bereich an die Leine, da ich nie wissen konnte, ob nicht einer der wartenden Klienten Angst vor Hunden hat.

Die Begrüßung war sehr lebendig und herzlich, Lilli hatte nur Augen für den Hund und begann gleich mit Mutzi zu kommunizieren. Anscheinend hatte sie bereits Erfahrungen mit Hunden, da sie sehr gut mit Mutzi umgehen konnte. Sie kniete sich neben Mutzi, streichelte sie und begann mit ihr zu reden. Mutzi wiederum liebt gerade Mädchen in diesem Alter besonders da sie in einer Familie geboren wurde, die drei Töchter in diesem Alter hatte, ihr Kinder, vor allem Mädchen also von sehr klein auf an vertraut waren, und begrüßte Lilli schwanzwedelnd (leider kopiert), und legte sich als Zeichen der Zuneigung und des Sich Wohl

Fühlens und Entspannt seins mit den Rücken auf den Boden, worauf Lilli sie sofort am Bauch zu kraulen begann.

Dann wollte Lilli die Leine, die ich ihr gab, haben und wir gingen in den Therapieraum.

Dieses Begrüßungsritual wiederholte sich in jeder Stunde, und bedeutet für Lilli sicherlich ein Auftanken an Energie gleich zu Beginn der Stunde. Sie erlebte die Freude und Zuneigung seitens Mutzi, ein warmes Gefühl des Angenommen Werdens, ein unbeschwertes Verspielt sein im Hier und Jetzt, und die volle Aufmerksamkeit des Hundes.

Im Therapieraum setzten wir uns in eine Sitzgruppe mit Sesseln, die nicht so hoch waren. Dennoch setzte sich Lilli sofort auf den Boden, Mutzi neben sich, und blieb da sitzen. Sie nahm am Gespräch teil, folgte den Erzählungen ihrer Mutter sehr aufmerksam und ergänzte hie und da etwas, eher in kurzen Sätzen, jedoch mit klaren Aussagen und Standpunkten, emotional doch recht kontrolliert. Dabei streichelte sie Mutzi.

Die Mutter, eine etwas dickliche, behäbige, eher phlegmatische Frau erzählte nun in einer recht monotonen Stimmlage das Problem, die Entwicklung dazu und beschrieb das Umfeld. Sie selbst leide seit langem unter einer schweren Depression und steht in ständiger, zumindest medikamentöser Behandlung, die in unregelmäßigen Abständen von einer psychotherapeutischen Intervention begleitet wird. Aufgrund ihrer Krankheit wurde sie auch immer wieder in stationäre Behandlung aufgenommen, die auch länger dauern konnten. Zusätzlich hatte sie Panikattacken, die manchmal so schwer waren, dass sie mit der Rettung ins Spital gebracht werden musste und einige Tage im Spital bleiben musste.

Lilli hatte noch eine ältere Schwester, die zur Zeit die Friseurinnenlehre machte und bereits mehr bei ihrem Freund als zu Hause wohnte.

Der Vater von Lilli, übrigens nicht der Vater der älteren Schwester, lebte getrennt von seiner Familie und hatte Aids. Lilli hat losen Kontakt zu ihm und wußte über die Krankheit bescheid. In der weiteren Therapie stellte sich heraus, dass Lilli sogar schon über Tod und Leben nach dem Tod nachdachte und dass ein religiöser Zugang, den ihr ihre Mutter vermittelte, half, mit diesem Thema zurecht zu kommen.

Die Mutter war zur Zeit alleinstehend, ohne Lebenspartner.

In den Zeiten der Abwesenheit der Mutter kümmerte sich die Großmutter um die Kinder.

Vor zwei Monaten musste die Großmutter ins Spital mit Verdacht auf Herzinfarkt, was sich auch als Richtig herausstellte, doch konnte sich die Großmutter rasch wieder erholen und nach Hause zurückkehren. Die Großmutter wohnte übrigens nicht zusammen mit Tochter und Enkelkindern, sondern hatte eine eigene Wohnung und war alleinstehend.

Genau zu dieser Zeit begannen die Symptome der Schulphobie, die so stark wurden, dass Lilli zur Zeit gar nicht in die Schule ging.

Offensichtlich litt Lilli unter der Angst, die Großmutter zu verlieren, verschob dies auf die Mutter, und litt an Trennungsängsten, die die Mutter betrafen. Auch die Mutter selbst litt an der Angst, ihre Mutter zu verlieren, was Lilli natürlich spürte und auch sehr belastete und ihre Ängste wiederum verstärkten.

Mit der Mutter wurde vereinbart, dass sie sich mit ihrer Sozialarbeiterin in Verbindung setzen wird, um in Therapie zu gehen, um ihre Verlustängste zu abzubauen und eine etwas weniger angstbesetzte Lebenseinstellung zu finden, die auch für Lilli weniger belastend wäre.

Auch Lilli musste ihre Verlustängste abbauen lernen und vor allem wieder in die Schule und Hort gehen, um zu lernen, aber vor allem, um für die doch sehr belastende Situation zu Hause einen Ausgleich zu haben und unbeschwert mit ihren Freundinnen am Nachmittag im Hort spielen zu können.

Wichtig für mich war, Lilli in ihrem Selbstvertrauen zu stärken und sie dabei zu unterstützen, zu lernen, dass sie, aufgrund ihrer depressiven und antriebsarmen Mutter, selbst aktiv ihr Leben in die Hand nehmen müsse, ihr Leben selbst gestalten müsse, und zwar sofort und das heißt viel früher als so viele andere Kinder, aufgrund ihrer kranken Mutter und ihrer familiären Situation. Nach der Aufforderung von C. G. Jung: „Werde, der du bist“ wollte ich Lilli mit verschiedenen Übungen sensibel machen für ihr ureigenstes Selbst, und mit dem Erforschen ihrer zum Teil noch recht versteckten Wünschen sie auf den Weg bringen, etwas

zu wollen, sich selbst etwas zuzutrauen, etwas von der Zukunft zu erwarten, das heißt, ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse aufzuspüren, diese auch zum Vorschein zu bringen, und in der Folge zu lernen, wie sie diese befriedigen bzw. umsetzen und erreichen kann.

Es ging also nicht mehr darum, ob und dass unsere Wünsche erreichbar sind wie bei so vielen Menschen, die an Depression leiden, sondern wie.

Damit wollte ich Lilli aus der depressiven Stimmung bringen, die sie zu Hause umgibt, und ihr Zugang zu einer erfreulichen Welt öffnen. Sie war nicht depressiv und sie hatte das Recht zu leben und Ansprüche an das Leben zu stellen.

Aus organisatorischen Gründen, die dem vordergründigen therapeutischen Ziel, die Schulphobie zu überwinden sehr half, konnten wir die Therapie, da es der Mutter nicht möglich war Lilli in die Beratungsstelle zu bringen und diese recht weit weg von Schule und Hort lag, nur im Hort durchführen, wofür wir ein leeres Klassenzimmer zu Verfügung gestellt bekamen.

Natürlich war Mutzi bei jeder Therapieeinheit dabei, wobei sich folgende Struktur von selbst entwickelte:

Zu Beginn der Stunde war Mutzi Thema Nummer 1. Lilli wollte alles über Mutzi erfahren, interessierte sich für Hundehaltung und Hunderziehung im Allgemeinen und im Besonderen bei Mutzi. Bei diesen Gesprächen war sie Mutzi stets körperlich sehr nahe und streichelte sie zumeist.

Spielsachen von Mutzi sowie eine warme Decke für den Boden nahm ich von zu Hause mit, damit Lilli auch auf dem Boden sitzen konnte und mit Mutzi gut spielen und kuscheln konnte.

Es entwickelten sich verschiedene Spiele, auch wurden die Kommandos von Lilli erfolgreich ausprobiert.

Durch all diese Handlungen erwarb Lilli Kompetenzen im Umgang mit dem Hund, ihr Handlungsspielraum wurde weiter, Mutzi immer vertrauter, Und damit Lilli sicherer. Sie lernte im erfolgreichen Umgang mit dem Hund wieder zuversichtlicher in die Welt zu schauen, Hoffnung zu schöpfen, sicherer zu werden.

Mutzi war auch hinsichtlich Lillis soziales Umfeld im Hort eine Stütze. Lilli holte uns pünktlich und verlässlich beim Eingang des Hortes ab, und wir gingen dann gemeinsam in das leere Klassenzimmer. Am Weg dorthin und am Ende der Stunde wieder zurück, begegneten uns viele Kinder. Lilli stellte ihnen Mutzi stolz vor und zeigte ihnen, was Mutzi alles kann. Das war natürlich für alle Kinder sehr attraktiv und leitete viele weitere Gespräche außerhalb der Therapie ein.

Zumeist war Mutzi in der ersten Hälfte der Therapieeinheit, die 60 Minuten dauerte, im Vordergrund. In der zweiten Therapieeinheit arbeiteten wir zumeist an Themen wie „Ich wünsche mir ...“ (Bewusstwerdung der eigenen Bedürfnisse, „Das gefällt mir“ (Bewusstwerdung der eigenen Person), „Wie ich mir mein Zimmer gestalten möchte ...“, oder an Märchen und zwar mit mal- und gestaltungstherapeutischen Methoden.

Dadurch, dass die Therapie im Hort stattfand, war klar, dass Lilli in Schule und Hort gehen musste. Bis auf ein einziges Mal, wo sie zwar nicht in die Schule, aber dann doch in den Hort kam (...), war sie nun wieder regelmäßig anwesend und die Schulleistungen wurden wie nebenbei wieder besser.

Als Lilli uns für die achte Therapiestunde am Horteingang abholte, merkte ich sofort, dass etwas außergewöhnliches passiert sein musste. Sie kam mir um Zentimeter gewachsen vor. Lilli kam sogleich zur Sache: „Ich habe meiner Mama gesagt, dass ich mir einen Hund wünsche. Natürlich hat sie gleich Nein gesagt, doch ich habe ihr gesagt, dass ich einen Hund haben muss und solange auf sie eingeredet, bis ich sie davon überzeugt habe. Ich hatte mich bereits erkundigt und hab von einem Wurf gewusst und hab meiner Mama gesagt, von diesem Wurf will ich einen Hund und nächste Woche gehen wir uns den aussuchen.“ Ich war völlig perplex, da dieses Thema von mir sehr bewusst nie angeschnitten worden war. Und ich war

sehr stolz auf Lilli, dass sie fähig geworden ist, ihre Wünsche zu artikulieren und auch bereit ist dafür zu kämpfen. Das setzt ein gewisses Maß an Selbstvertrauen voraus, sie hat gelernt, nicht nur etwas zu wollen, sondern sich selbst auch etwas zuzutrauen, in diesem Fall, die Fürsorge und Verantwortung für einen Hund.

Und tatsächlich bekam sie ihren Hund und kümmerte sich rührend um ihn. Bestimmte Aufgaben, wenn Lilli z.B. in der Schule war, übertrug sie ihrer Mutter, was dieser wiederum sehr gut tat.

Natürlich zeigte sie mir auch ihre kleine Lola.

In den folgenden Therapiestunden stand die Reflexion über die Erlebnisse mit ihrem Hund im Vordergrund und bald kam die letzte Therapiestunde heran und ich hatte ein sehr gutes Gefühl dabei.

Ich denke, dieses Beispiel spricht so anschaulich für sich selbst, dass der Verlauf ohne Co-Therapeutin Mutzi ein ganz anderer hätte sein können und dass die Begegnung mit dem Hund eine ganz wesentliche Rolle gespielt hatte.

Mutzi half, Lillis Selbstvertrauen zu stärken, sie gab ihr Sicherheit und Zuversicht, und erweckte durch ihre liebevolle Zuwendung ureigene Wünsche und Bedürfnisse von Lilli. Lilli war bereit, eine neue Bindung, die zu Lola, einzugehen und hat damit ihre Verlustängste überwunden. Sie ist gestärkt worden, um selbst aktiv zu werden, Verantwortung zu übernehmen, und eine Beziehung selbst zu gestalten.

Ich denke, dass all die Qualitäten, die ein Hund in eine Beziehung bringen kann, und bereits mehrmals genannt wurden, Lilli auf ihrem Weg ins Erwachsenenleben helfen wird.

Sie hat einen treuen Gefährten, um den sie sich kümmern kann und mit dem sie auch viel Spaß haben kann.

Nun zu meinem zweiten Beispiel:

Daniel:

Auch der dreizehnjährige Daniel wurde über das Jugendamt an die Familienberatungsstelle verwiesen und auch hier war es eine unumgängliche Maßnahme. Auch hier zeigte sich eine Schulverweigerung seitens Daniels, jedoch aus ganz anderen Gründen als bei Lilli.

Ich rief die Familie an, um einen Termin zu vereinbaren und um zu fragen, ob eine tiergestützte Therapie erwünscht sei und bekam eine positive Zusage.

Beim ersten Termin warteten im Warteraum Daniel, sein Vater, seine Stiefmutter sowie sein jüngerer Halbbruder, tatsächlich mit gingen dann lediglich Daniel und sein Vater, das hatte sein Vater vorher schon so bestimmt.

Auch hier ein herzliches Begrüßungsritual zwischen Daniel und Mutzi, wobei Daniel in Mutzi sofort einen Spielkameraden sah und mit ihr den Gang hinunter laufen wollte und herumtollen wollte.

Mutzi tat sofort mit, die Spielaufforderung seitens Daniels war sehr einladend und Mutzi ist eigentlich fast immer zum Spielen bereit.

Eine ausgelassene und fröhliche Stimmung stellte sich ein.

Daniel war ein kleineres Kind, und noch recht kindlich für sein Alter.

Im Therapiezimmer angekommen, wurde es wieder ernster, wir setzten uns alle hin, auch Daniel auf einen Sessel, wobei er sich nach kurzer Zeit schwer tat, ruhig zu sitzen. Dennoch ist er nicht aufgestanden.

Mutzi saß ruhig zu seinen Füßen, hin und wieder streichelte Daniel über Mutzis Kopf. Interessanterweise übertrug sich die Unruhe von Daniel nicht auf den Hund.

Daniels Vater erzählte von den Problemen mit seinem Sohn. Dieser haut immer wieder von der Schule ab und hängt dann mit älteren Burschen, die zum Teil schon auf der schiefen Bahn gelandet sind, im Bahnhofsviertel herum. Irgendwann kommt er nach Hause. Daniel erzählt

nichts davon, dass er frühzeitig von der Schule abgehauen ist, das erfährt der Vater vom Lehrer oder Direktor, die ihm, dem Vater, wiederum große Vorwürfe machen, dass er sich zuwenig um seinen Sohn kümmere.

Die schulischen Leistungen sind schlecht, Daniel ist mittelbegabt, und tut sich sichtlich schwer, die Leistungen zu bringen, wenn er so oft fehlt.

Und hin und wieder kommt es vor, dass Daniel Geld aus seiner Geldbörse stiehlt. Auch das ist ein asoziales Verhalten, das den Vater aber nicht so zu stören schien (schließlich war er ja selbst wegen Diebstahls im Gefängnis).

Daniel geht in die zweite Klasse Hauptschule. Daniel ist erst wieder seit einem Jahr in dieser Stadt, zuvor war er zehn Jahre lang in einem Heim untergebracht. Mit zwei Jahren wurde Daniel im Heim untergebracht, da sein bereits mehrmals vorbestrafter Vater wegen schwerer Körpermisshandlung und Diebstahl ins Gefängnis musste. Daniels Mutter war und ist eine schwere Alkoholikerin und nicht fähig, sich um ein Kind zu kümmern.

Im Gefängnis ließ sich der Vater scheiden. Der Kontakt zu seinen Kindern, es gibt noch einen älteren Bruder, der es aber vorzog, im Heim zu bleiben, brach eigentlich ab, solange bis der Vater wieder aus dem Gefängnis entlassen wurde. Da der Vater wieder heiratete und eine Familie gründete, wuchs in ihm der Wunsch, Daniel nach Hause zu holen, was dann auch vor einem Jahr geschah.

Anfänglich schien alles gut zu gehen, bis Daniel begann Verhaltensauffälligkeiten zu zeigen. Er war sehr eifersüchtig auf seinen dreijährigen Halbbruder, beschimpfte, sekierte und schlug ihn, konnte keinen oder nur negativen Kontakt zu seiner Stiefmutter aufbauen, wurde in der Schule auffällig durch rüpelhaftes freches Verhalten und letztendlich durch Schulverweigerung.

Der Vater ist zur Zeit arbeitslos und bestätigt, dass es im Moment zu Hause ziemlich chaotisch zuginge, sie aber an einem strukturierteren Ablauf des Alltags arbeiten. Daniel war schon lang ein eigenes Zimmer versprochen, daran arbeite er jetzt, auch versucht er mehr Zeit mit ihm zu verbringen, was ihm aber nicht immer gelinge.

Ich hatte das Gefühl, dass auch Daniels Vater (nicht nur die Mutter) Probleme mit dem Alkohol hatte und kein sehr zuverlässiger Partner für Daniel darstellte.

Daniels Vater war es auch ein großes Anliegen, dass sich Daniel mit seiner neuen Familie identifiziert und seine Stiefmutter annehmen kann.

Bei diesem Punkt beginnt Daniel über seine Stiefmutter zu schimpfen und zwar mit recht derben Ausrücken.

Um mir ein besseres Bild vor allen der Beziehungen zueinander machen zu können, bat ich noch Daniels Stiefmutter herein und schickte Daniel und seinen Vater hinaus.

Daniels Stiefmutter war eine recht einfache Frau, ohne Probleme mit Alkohol, aber mit der ganzen Situation und all den Wünschen an sie völlig überfordert.

Sie bestätigte die chaotische Familiensituation, der sie sich hin und wieder durch einen Besuch bei ihren Eltern entzieht. Es falle ihr schwer zu Daniel eine Beziehung aufzubauen, sie habe mit Jungen in diesem Alter keine Erfahrung.

Wir vereinbarten, dass sie nach drei Sitzungen wieder kommen sollte und sie wieder in einem Einzelgespräch mit mir die Gelegenheit hat, über die Situation zu reflektieren.

Damit war die Zeit um.

Die zweite Therapiestunde „gehörte“ alleine Daniel.

Zunächst begrüßte er wieder Mutzi und spielte mit ihr. Ich hatte einen Ball mitgebracht und Daniel spielte Fußball mit ihr. Ich gab ihm ein paar Anweisungen, z.B. den Ball nur zu rollen, da Mutzi nicht zu hoch springen sollte, da die Gefahr bestünde, dass sie sich, so wie schon einmal, den Fuß bricht, grenzte das Spielfeld ein und gab eine Spielzeit vor.

All diese strukturellen Anweisungen wurden von Daniel ohne Probleme eingehalten. Mir wurde klar, dass Daniel klare Strukturen zu Hause fehlten, Strukturen, die er im Heim kennen

gelernt und gelebt hatte, die seinen Tagesablauf festlegten, schienen nun völlig zu fehlen bzw. zu versagen.

Ich begann ihn zu fragen, wie denn sein Leben im Heim gestaltet war, um seine Ressourcen, sich den Alltag selbst zu gestalten zu aktivieren.

Er setzte sich mit der Situation zu Hause auseinander und zeichnete Pläne, die eigentlich Ablaufstrukturen sowie Grenzen, Abgrenzungen und Freiräume, darstellten.

Er zeichnete Comics mit Räuber und Gendarmgeschichten, bei denen der Ausgang nicht eindeutig war, das heißt, es gewann nicht immer der „Gute“, wobei ihm das Angst machte.

Er tollte mit Mutzi herum, ausgelassen, aber immer eingedenk der besprochenen Verhaltensregeln, und genoss dieses ausgelassene, aber doch sichere Spiel sehr!

Er erzählte durchaus glaubwürdig von „Gangs“ von älteren Kindern am Schulweg, die ihn (und andere Kinder) bedrohten und er ihnen Geld geben musste. Damit war klar, warum Daniel Geld gestohlen hatte.

Daniel hatte im Heim ein durchaus normales soziales Verhalten gezeigt, nun im anderen Umfeld funktionierte dieses normale Verhalten nicht mehr, und er begann, um sich besser durchsetzen zu können, so wie er es zu Hause erlebte, zu schreien, zu lügen, zu zerstören.

Nach zwei weiteren Sitzungen, in denen sich Daniel sichtlich stabilisierte, beschloss ich, einen Termin gemeinsam mit Daniel und seinem Vater zu vereinbaren. Ich wollte ihnen ein Programm vorstellen, das eine konstruktive Teilnahme Daniels am Familienverband regeln sollte, in dem bestimmte Aufgaben definiert wurden und die Erfüllung dieser Aufgaben belohnt wurden, zunächst mit Gutpunkten, die gesammelt wurden und dann eingetauscht werden konnten in Dinge oder Handlungen, die Daniel selbst definierte. Er selbst wusste am besten, was er sich als Belohnung wünschte.

Einige Punkte bezogen sich auch auf den Umgang miteinander, wie z.B. kein Anbrüllen der Stiefmutter.

Diese so aufgestellten Regeln galten für die gesamte Familie, auch die Stiefmutter z.B. hatte Daniel nicht anzubrüllen.

Ich war gespannt, ob dieses Programm funktionierte.

Die nächste Sitzung wurde kurzfristig, genauer genommen, 10 Minuten vorher, abgesagt, da Daniels Vater wieder Arbeit hatte und es nicht organisiert werden konnte, dass Daniel in die Beratungsstelle kommt.

Beim nächsten Termin, der auch der letzte sein sollte, da das Jugendamt, das auch die Kosten der Therapie übernommen hatte, beschloss, dass die Familie in Zukunft von einem Sozialarbeiter des Jugendamtes in Form einer Familienintensivbetreuung betreut werden sollte, gab es eine Überraschung: die gesamte Familie kam und mitten drinnen ein kleiner Hundewelp!

Daniel hatte sich so sehr einen Hund gewünscht und der Vater eigentlich auch, dass sie beschlossen, einen Hund in diesen noch sehr unstabilen Familienverband aufzunehmen.

Diese Stunde verging mit Erzählungen über die ersten Erlebnisse mit dem Hund und ich hatte den Eindruck, dass dieser zumindest zwischen Vater und Sohn imstande war, eine Brücke zu bauen, die hält. Damit teilten sie ein „Hobby“, Verantwortung, aber auch viel Spaß und ausgelassene, entspannende Momente.

Dem Vater war intuitiv klar, dass sich auch mit Hilfe des Hundes der Alltag der Familie besser strukturieren lässt, und ihm war glaube ich bewusst, dass alle, aber vor allem Daniel einen solchen strukturierten Ablauf braucht, um sich sicher zu fühlen, um sich entspannen zu können, um sich konzentrieren zu können.

Vielleicht gelingt es durch den Hund, diese Qualitäten der tiergestützten Therapie, die Prothmann in ihren Studien nachwies, auch auf den Alltag umzulegen.

6. Abschluss

Kann ein Tier, in unserem Fall, ein Hund, für Spieltherapie eine bereichernde Ergänzung, also ein Co-Therapeut sein, und wenn ja, wie und warum?

Mit dem Versuch einer differenzierten Darstellung von Spieltherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapie im ersten großen Abschnitt und der Beschreibung der bereits gewonnen wissenschaftlichen Erkenntnisse über tiergestützte Kinderpsychotherapie im zweiten großen Abschnitt meiner Arbeit, komme ich, wie ich auch anhand von Beispielen aus meiner eigenen Praxis feststellen konnte, zur Antwort meiner eingangs gestellten Frage:

Ja, ein Hund ist definitiv für die Spieltherapie eine bereichernde Ergänzung, ein Co-Therapeut, der erwiesenermaßen den therapeutischen Prozess unterstützen kann.

Voraussetzung dafür ist, dass der Hund von seinem Wesen her „geeignet“ ist, wobei hier das allerwichtigste eine sehr gute „Sozialisierung“ ist, die erreicht wird, wenn der Hund von klein auf an sehr eng mit dem Menschen zusammen lebt, und dadurch gut mit Menschen kommunizieren kann. Das Wichtigste dafür ist die Bindung zwischen dem Therapeuten und seinem Hund. Ohne eine enge Bindung zwischen Hund und Therapeuten würde der Einsatz eines Hundes als Co-Therapeuten voraussichtlich scheitern.

Das heißt, dass auch der Therapeut sehr gut Bescheid wissen muss über seinen Co-Therapeuten, um diesen gut begleiten zu können, damit ein erfolgreicher Einsatz gelingen kann.

Zum Gelingen einer tiergestützten Kinderpsychotherapie muss der Therapeut also nicht nur eine fundierte therapeutische Ausbildung haben, sondern auch über ein Fachwissen in der Hundeführung verfügen. Er muss Experte für Kind / Jugendlicher sein, für Psychotherapie und für Hunde.

Uns muss auch bewusst sein, dass unsere Co-Therapeuten manches nur „bewirken“, weil wir Menschen etwas in sie hineininterpretieren, und ein Hund als Co-Therapeut (wie auch jedes andere Tier) uns solchen Interpretationsspielraum erlaubt.

Der Hund als Co-Therapeut kann helfen, die Atmosphäre zu entspannen, er kann beruhigen (durch Streicheln), er kann helfen Stress zu mindern, da er keine kognitiven Forderungen stellt.

Durch ein Tier werden beim Klienten Emotionen und Gefühle angesprochen, dadurch wird er lebendiger und kann die Therapiestunde intensiver erleben. Dadurch ist der Klient seinen Wünschen und Bedürfnissen näher und kann sie möglicherweise auch leichter artikulieren.

Diese und andere „Wirkungen“ des Co-Therapeuten Hund gelingen wie gesagt allerdings nur durch ein durchdachtes Setting und einer sensiblen Gesprächsführung seitens des Therapeuten, die die Interaktion und Kommunikation zwischen Hund und Klient bestmöglich unterstützt.

Nicht der Hund vermag dies, auch wenn es unseren kleinen Klienten so erscheinen mag, aber in einer gelungenen tiergestützten Kinderpsychotherapie können und sollen solche Effekte entstehen, die glauben machen, was ein Hund als Co-Therapeut alles zu bewerkstelligen vermag. Wenn das erreicht wird, sind Therapeut und Hund tatsächlich zu einem „therapeutischen Team“ zusammengewachsen.

Mit diesem von uns gewonnen Hintergrundwissen möchte ich zum Abschluss noch einmal zusammenfassen, was unser Co-Therapeut Hund doch alles imstande ist zu tun bzw. zu bewirken vermag, wobei schon diese überaus positive Besetzung des Co-Therapeuten Hund durch uns Menschen eine heilsame Wirkung auf uns Menschen bewirkt:

- Die Anwesenheit/Integration des Hundes ... beruhigt, mindert Stress, entspannt
- Er weckt beim Klienten Emotionen, wodurch die Therapiestunde intensiver erlebt und lebendiger werden kann
- Er unterstützt das „Ausgelassensein“, eine der heilsamen Wirkungen des Spiels, weil es einfach Spaß macht
- Er ist ein guter „Gesprächspartner“, da er keine Geheimnisse verraten kann
- Er ist jemand, zu dem man Vertrauen haben kann

- Er setzt Regeln, bei denen man sich auskennt
- Er hilft Ängste abzubauen
- Er hilft Kommunikation aufzubauen
- Er kommuniziert nie ambivalent
- Er hilft, Selbstvertrauen aufzubauen
- Er hilft, soziale Kompetenzen zu stärken
- Er hilft, Bedürfnisse und Wünsche zu artikulieren
- Er schenkt Zuversicht und Vertrauen in die Zukunft
- Er gibt das Gefühl, Situationen im Griff zu haben bzw. in den Griff kriegen zu können
- Er fördert die Konzentrationsfähigkeit
- Er hilft Brücken zu bauen zu anderen Menschen
- Er tut, was man ihm sagt
- Er gibt das Gefühl, angenommen oder gar geliebt zu werden, und das ist, wie wir wissen „Balsam“ für die Seele
- Er hilft, die Seele der kleinen Patienten zu heilen



Literaturverzeichnis:

unvollständig, nur einige wenige wichtige Schriften angeführt, habe zu allen Themen noch viel mehr gelesen, wobei sich theoretisches Wissen und praktische Erfahrung mit den Jahren verschmelzen (alphabetisch geordnet).

Virginia M. Axline: Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren, Reinhard-Verlag, 10. Auflage, 2002

Günther Bloch, Elli H. Radinger: Wölfisch für Hundehalter, Kosmos Verlag, 2010

Bowlby John: Bindung und Verlust. Mutterliebe und kindliche Entwicklung. Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel 2006

Bowlby John: Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie, Reinhardt, München; Auflage: 2., Aufl. (Mai 2010)

Luitgard Brem-Gräser: „Familie in Tieren“, Reinhard-Verlag, 9. Auflage, 2006

Calming Signals – DVD, animal learn Verlag

Caroline Eliacheff: „Das Kind, dass eine Katze sein wollte“, Kunstmann, 2. Auflage, 1994

Freud Anna: Psychoanalyse für Pädagogen, Verlag Hans Huber, 5. Auflage, 1991

Elisabeth Frick-Tanner: Tiere als Begleiter in der analytischen Psychotherapie, in: JUNG heute, Verlag dieterklein.com, 2008

Gregg M. Furth, Heilen durch Malen, Walter Verlag, 2008

Nuala Gardner: Ein Freund namens Henry, Bastei Lübbe Verlag, 2008

Jolande Jakobi: Vom Bilderreich der Seele, Valter Verlag, 4. Auflage, 1992

Jung, C. G. (2001): Archetypen. Hrsg. v. Jung, Lorenz. München: DTV

C. G. Jung: „Gesammelte Werke“, VII

Dora M. Kalff: Sandspiel: Seine therapeutische Wirkung auf die Psyche Reinhardt, München; Auflage: 4. A. (2000)

Verena Kast: Vom gelingenden Leben, Walter Verlag, 1998

Verena Kast: Die Dynamik der Symbole, Patmos Verlag, 2007

Marta Kos, Gerd Biermann: „Die verzauberte Familie“, Reinhardt-Verlag, 5. Auflage, 2002

- Kramer, E. (1978): Kunst als Therapie mit Kindern. München/Basel: Ernst Reihnhardt Verlag
- Dieter Krowatschek: ADS und ADHS Diagnose und Training, Bormann Verlag, 3. Auflage, 2007
- Kunst & Therapie, Zeitschrift für bildnerische Therapie, Claus Richter Verlag
- R. Lackner: „Wie Pippa wieder lachen lernte“, Springer-Verlag, 2004
- Erich Neumann: Das Kind. Struktur und Dynamik der werdenden Persönlichkeit, Fischer (Tb.), Frankfurt; Auflage: Neuauflage 1999
- Erhard Olbrich, Carola Otterstedt: „Menschen brauchen Tiere“, Kosmos Verlag, 2003
- Bruce D. Perry, Maria Szalavitz: „Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde“, Kösel-Verlag, 2. Auflage, 2009
- Franz Petermann (Hrsg.): „Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie“, Hogrefe Verlag, 6. Auflage, 2008
- Franz Petermann (Hrsg.): „Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie und –psychotherapie“, Hogrefe, 2. Auflage, 2000
- Piaget, Jean (1980). Psychologie der Intelligenz. Stuttgart: Klett-Cotta
- Hillarion G. Petzold: Frühe Schädigungen – späte Folgen?, Jungfermann Verlag, 1993
- Anke Prothmann: „Tiergestützte Kinderpsychotherapie“, Peter Lang Verlag, 2. Auflage, 2008
- Hildegard Pruckner: „Das Spiel ist der Königsweg der Kinder“, in Scenarion Verlag, 2001
- Reichert E. (1994): Play and Animal Assisted Therapy: A group-treatment Model For Sexually Abused Girls Age 9-13, Family Therapy, 21 (1) 55 – 62
- Rüdiger Retzlaff: „Spiel-Räume“, Klett-Cotta, 2008
- H.-G. Richter (1987): Die Kinderzeichnung. Entwicklung – Interpretation – Ästhetik. Düsseldorf: Schwann
- Rogers, C. R. (1973): Entwicklung der Persönlichkeit – Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart: Klett Cotta
- Carl Rogers: Die nicht-direktive Beratung: Counseling and Psychotherapy, Fischer (Tb.), Frankfurt; Auflage: 13 (1. Februar 1985)
- Rousseau: Emile oder über die Erziehung. Ferdinand Schöningh, Paderborn 1971
- Turid Rugaas: Das Bellverhalten der Hunde, animal learn Verlag
- Inge Röger-Lakenbrink: „Das Therapiehundeteam“, Kynos Verlag, 2006
- Dorothee Schneider: Die Welt in seinem Kopf, animal learn Verlag
- Gertraud Schottenloher: Kunst- und Gestaltungstherapie, Kösel Verlag, 4. Auflage, 1996

- Anneliese Ude-Pestel: Betty. Protokoll einer Kinderpsychotherapie, Deutscher Taschenbuch Verlag; Auflage: Neuaufl. (1. Januar 1998)
- Schmidtchen S.: (1991) Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie, Psychologie Verlagsunion, Weinheim
- Wellendorf, E. (1990): Psychoanalytische Kunsttherapie. In: Petzold, Hilarion (Hrsg.) (1990): Die neuen Kreativitätstherapien / Handbuch der Kunsttherapie, Band I: Junfermann
- Winnicott, Donald W. (1987): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart, Klett-Cotta
- Hanz Zulliger: „Heilende Kräfte im kindlichen Spiel“, Klett-Cotta , 6. Auflage, 1979