

Aus dem
8. Universitätslehrgang
„Tiergestützte Therapie und tiergestützte Fördermaßnahmen“
der Veterinärmedizinischen Universität Wien

BEIM STREICHELN ERINNERT?
TIERGESTÜTZTE THERAPIE IN DER ARBEIT MIT
DEMENZKRANKEN

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

vorgelegt von
Kerstin Puhl
Wien, im März 2012

Ich versichere,

dass ich diese Hausarbeit selbstständig 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 BegutachterIn beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum

Unterschrift

INHALTSVERZEICHNIS:

1	Einleitung.....	5
2	Definition Demenzieller Erkrankungen.....	7
2.1	Definition von Demenz.....	7
2.2	Formen und Symptome der Demenzerkrankung.....	8
2.2.1	Formen und Häufigkeit der Demenz.....	8
2.2.2	Symptome und Phasen bei einer Demenzerkrankung.....	9
2.3	Epidemiologie.....	12
2.4	Diagnostik der Demenz.....	13
3	Therapieformen allgemein.....	16
3.1	Medikamentöse Therapie.....	16
3.2	Nichtmedikamentöse Therapie.....	17
4	Therapieform: Tiergestützte Therapie.....	19
4.1	Definition und Entstehung.....	19
4.2	Positive Auswirkungen auf den Menschen.....	22
4.3	Die Mensch-Tier-Beziehung.....	24
4.4	Die Kommunikation zwischen Mensch und Tier.....	27
4.5	Tiere und ihre Wirkung auf den Menschen.....	28
5	Die Wirkung tiergestützter Interventionen auf demenzielle Erkrankungen.....	32
6	Die Bedeutung tiergestützter Interventionen in der sozialen Altenarbeit, insbesondere der Arbeit mit Demenzkranken.....	39
7	Gesundheitliche Anforderungen und Hygiene.....	41
8	Praxisbeispiel: Aufbau und Wirkung der tiergestützten Therapie bei Demenzkranken in drei Therapiestunden einer Gerontopsychiatrie.....	43

8.1	Allgemeines zum Praxisbeispiel.....	43
8.2	Aufbau der ersten Therapiestunde.....	44
8.3	Aufbau der zweiten Therapiestunde.....	46
8.4	Aufbau der dritten Therapiestunde.....	47
8.5	Aufbau der vierten Therapiestunde.....	47
8.6	Wirkung der tiergestützten Therapie, anhand drei ausgewählter Patienten.....	48
8.6.1	Beobachtungen zu Teilnehmer A.....	48
8.6.2	Beobachtungen zu Teilnehmer B.....	49
8.6.3	Beobachtungen zu Teilnehmer C.....	50
9	Fazit.....	52
10	Anhang.....	54
10.1	Ausgefüllte Fragebögen der Teilnehmer.....	54
10.1.1	Fragebogen von Teilnehmer A.....	54
10.1.2	Fragebogen von Teilnehmer B.....	56
10.1.3	Fragebogen zu Teilnehmer C.....	57
10.2	Beobachtungsbögen der Teilnehmer.....	58
10.2.1	Beobachtungsbogen zu Teilnehmer A.....	58
10.2.2	Beobachtungsbogen zu Teilnehmer B.....	60
10.2.3	Beobachtungsbogen zu Teilnehmer C.....	63
11	Literaturverzeichnis.....	67
12	Internetquellen.....	69
13	Abbildungsverzeichnis.....	70
14	Lebenslauf.....	71

1 Einleitung

Tiere nehmen seit jeher in unserer Gesellschaft einen wichtigen Teil in Anspruch. Früher wurden sie jedoch meist als Nutztier anstatt eines Haustieres, als jemand der einen durch sein Leben begleitet, gesehen. Diese Wandlung hat sich im Laufe der Zeit voll durchgezogen, doch finden wir nun auch den Weg vom Haustier zum therapeutischen Begleiter oder gar zum Therapietier? Haben Tiere eine heilende Wirkung bzw. können Tiere einen förderlichen Beitrag in der Beziehung zu Menschen leisten?

Die Menschen in unserer Gesellschaft werden immer älter. Man geht davon aus, dass in ein paar Jahren ein Drittel aller Menschen Rentner sein werden. Demenz ist eine Krankheit, die vor allem im Alter auftritt. Es ist also davon auszugehen, dass sich in den nächsten Jahren auch in diesem Bereich ein Anstieg erwarten lässt. Doch welche Therapieformen gibt es schon? Ist Tiergestützte Therapie ein neuer hilfreicher Ansatz um dem Gedächtnis noch einen Anreiz zu bieten?

Tiere bieten den Menschen etwas, das vielen im Alter oft verwehrt bleibt. Liebe, Wärme und Geborgenheit. Je älter man wird, desto wahrscheinlicher ist es, dass Menschen, die einem etwas bedeuten, sterben, wie der eigene Ehepartner, die Eltern, Freunde, Bekannte und Verwandte, doch ein Tier kann einem darüber hinweg helfen und den Leuten wieder ein Lächeln auf die Lippen zaubern. Ein Kontakt, der auch emotional eine große Bedeutung für die Menschen haben kann.

Ziel dieser Arbeit ist es daher, aufzuzeigen, welche praktische Wirkung die tiergestützte Therapie auf ältere Personen mit Demenz haben kann und wie diese in der Praxis auch umgesetzt werden kann.

Diese Arbeit will nun den Ansatz der tiergestützten Therapie insbesondere in der Arbeit mit Demenzkranken untersuchen. In der Arbeit soll ein Überblick über das Krankheitsbild und die Epidemiologie demenzieller Erkrankungen gegeben werden. Das Hauptaugenmerk der Ausarbeitung liegt auf der tiergestützten Therapie und ihrem Einsatz bei der Behandlung beziehungsweise Betreuung demenzkranker Menschen.

Der Einsatz von Tieren ist ein Therapiefeld, das nicht etabliert ist wie die Musik-, Ergo- oder die Physiotherapie. Nur in wenigen Einrichtungen kommen Tiere als Besuchsdienst oder

bieten eigene Tiere, die für die Bewohner tagtäglich zugänglich sind. In manchen Altenheimen ist jedoch auch die Haltung eigener Tiere erlaubt, wie in einigen Heimen in und um München wie z. B. Haus Heina in Ebenhausen.

Ich selber arbeite in einer Einrichtung, in der es zweimal wöchentlich die Möglichkeit gibt an der tiergestützten Therapie teilzunehmen. Einmal montags, hauptsächlich für die Zielgruppe Demenzkranke, und dienstags für Menschen mit Depressionen. Es ist ein Therapieangebot mit Hunden als Co-Therapeuten. In meiner Einrichtung, dem Isar-Amper-Klinikum, wurde die Erfahrung gemacht, dass die Hunde als Türöffner dienen, dass sich Menschen die an Demenz erkrankt sind von Woche zu Woche wieder an den Namen der Tiere erinnern, obwohl ihnen in dieser Zeit andere Dinge wieder entfallen sind und auch, dass sich auf der Station dadurch für Pflege und Patient eine erleichterte Kontaktaufnahme feststellen ließ.

Der Einsatz der Tiere wird durch praktische Beobachtungen untermauert. Die Beobachtung findet in etwa drei bis vier Therapieeinheiten mit drei Patienten statt.

2 Definition demenzieller Erkrankungen

2.1 Definition von Demenz

„Demenz kommt aus dem lateinischen (Mens = Verstand, de = abnehmend) und meint so viel wie abnehmender Verstand oder chronisch fortschreitender Hirnabbau mit Verlust früherer Denkfähigkeiten.“ (MESSER 2004, S.14)

Weitere Definitionen von Demenz findet MESSER (2004, S. 14) bei der WHO, die besagt, Demenz sei „eine erworbene globale Beeinträchtigung der höheren Hirnfunktion einschließlich des Gedächtnisses, der Fähigkeit, Alltagsprobleme zu lösen, sensomotorischer und sozialer Fertigkeiten der Sprache und Kommunikation, sowie der Kontrolle emotionaler Reaktionen, ohne Bewusstseinsstörung. Meist ist der Verlauf progredient (fortschreitend), nicht notwendigerweise irreversibel.“ oder im Diagnoseglossar der amerikanischen Psychiatrievereinigung, die besagt, dass Demenz „eine komplexe neuropsychologische Störung, die auf jeden Fall eine Gedächtnisstörung einschließt, zusätzlich jedoch mindestens eine weitere Beeinträchtigung im Bereich der höheren kortikalen Funktionen aufweist, also z.B. eine Aphasie, Apraxie, Agnosie oder eine Störung der Exekutivfunktionen (Handlungs- und Planungskompetenz)“ ist.

Eine Demenz kann über die Leitlinien des ICD-10 diagnostiziert und so teils auch definiert und eingeordnet werden. Nach ZAUDIGs (2001, S. 28) verkürzter Darstellung der Forschungskriterien des ICD-10 liegt ein Demenzsyndrom dann vor, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

„- Kriterium G1.1 erfordert den Nachweis einer Gedächtnisbeeinträchtigung, Kriterium G1.2 das Nachlassen der intellektuellen Fähigkeiten. Beide Kriterien verursachen eine objektiv nachweisbare Beeinträchtigung der alltäglichen Aktivitäten mit den Schweregraden leicht, mittel und schwer.

- Für die Diagnosestellung darf keine Bewusstseinsstörung vorliegen (Kriterium G2).

1- Es sollten ferner (Kriterium G3) eine Verschlechterung der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder des Antriebes oder der Motivation vorliegen, d.h. mindestens eines der folgenden Symptome: emotionale Labilität, Reizbarkeit, Apathie, Vergröberung des Sozialverhaltens.

- Die kognitiven Symptome (Gedächtnisbeeinträchtigung und Nachlassen der intellektuellen Fähigkeiten) sollten wenigstens 6 Monate bestanden haben (Kriterium G4). Falls kürzer, kann die Diagnose nur vorläufig gestellt werden.“

2.2 Formen und Symptome der Demenzerkrankung

2.2.1 Formen und Häufigkeit der Demenz

Demenz ist grundsätzlich kein festgelegter Begriff, der eine Krankheit und einen Krankheitsverlauf direkt beschreibt. Grundsätzlich gibt es bei der Krankheit Demenz zwei Hauptgruppen zu unterscheiden: Die Primäre Demenz und die Sekundäre Demenz. Erstere entsteht durch direkte Schädigungen des Gehirns. Eine Sekundäre Demenz tritt als Folge einer anderen Erkrankung auf.

Primäre Demenz			Sekundäre Demenz
Demenz bei anderen Krankheiten → Pick-Krankheit → Creutzfeld-Jakob-Krankheit → Chorea Huntington → Parkinson-Krankheit	Demenz bei Alzheimer-Krankheit → Demenz mit frühem Beginn → Demenz mit spätem Beginn ca. 50 – 60 %	Vaskuläre Demenz → z.B. Multiinfarktdemenz 15 %	Demenz bei z. B. Epilepsie Intoxikation Kohlenmonoxydvergiftungg Multipler Sklerose Vitamin – B12 Mangel 10 %
Mischformen ca. 25 %			

Abb. 1: Formen und Häufigkeiten der Demenzen

Die oben dargestellte Grafik veranschaulicht die Unterteilung der verschiedenen Krankheiten, die auf eine Demenzzustellung einwirken können bzw. wie eine Demenz entstehen kann. Die Kategorie der primären Demenz umfasst die häufigsten Formen die auftreten können.

Bei den primären Demenzen wird unter anderem die Pick-Krankheit aufgeführt, die häufig schon vor dem 60. Lebensjahr beginnt. Die Stimmung wird gedrückter und abgestumpfter, der Kranke agiert enthemmt. Bei der Creutzfeld-Jakob-Krankheit, die bereits nach einem Jahr

zum Tod führt, verlaufen Vergesslichkeit und häufige Ermüdung in Sprechstörungen und Lähmungen. Chorea Huntington hat einen langsameren Verlauf, der bereits ab dem 35. Lebensjahr mit Depressionen und Wahn beginnen kann. Eine Demenz kommt in dieser Krankheit meist im Verlauf dazu. Bei der Parkinsonkrankheit ist fast jeder dritte von einer Demenz betroffen, die sich meist während einer Therapie der eigentlichen Krankheit noch verschlimmern kann. (vgl. FALK 2004, S. 37 ff)

Mit ca. 50 bis 60 Prozent weit häufiger jedoch ist die Demenz vom Alzheimer-Typ. „Charakteristisch für die Alzheimer-Demenz ist ihr schleichender, nahezu unmerklicher Beginn. Die Krankheit schreitet allmählich und unaufhaltsam voran. Die durchschnittliche Dauer vom Auftreten der ersten Krankheitszeichen bis zum Tod des Erkrankten wird auf etwa 7 Jahre geschätzt“. (FALK 2004, S. 40)

Die vaskuläre Demenz ist die zweithäufigste Form der dementiellen Erkrankungen. „Sie wird durch eine Vielzahl immer wieder auftretender Hirndurchblutungsstörungen verursacht, die zu einer bleibenden Schädigung umliegender Gehirnzellen führen. Die Erkrankung wird oft erst bemerkbar, wenn bereits mehr als ein Drittel des Gehirns geschädigt ist, da gesunde Teile des Gehirns die Aufgabe geschädigter Teile in gewissen Grenzen übernehmen.“ (FALK 2004, S. 43)

Die sekundäre Demenz kann erfolgen aufgrund bereits bekannter Epilepsie oder Vergiftungen durch Medikamente oder andere Wirkstoffe.

2.2.2 Symptome und Phasen bei einer Demenzerkrankung

Bei der Unterscheidung der Demenzsymptome wird im nachfolgenden auf die Demenz vom Alzheimer Typ eingegangen. Diese Demenz ist der am häufigsten auftretende Typ. Eine Demenz wird grundsätzlich in drei Stadien unterschieden.

Als erstes wird das „Frühe Stadium“ genannt. Es beschreibt das Anfangsstadium, sozusagen eine beginnende Demenz, auftretend meist ab dem 65. Lebensjahr. Die Krankheit verläuft anfangs meist eher schleichend. Anfänglich mit Vergesslichkeit, Störungen beim Kurzzeitgedächtnis und Orientierungsstörungen, z. B. sich nicht mehr in einer bestimmten Gegend zu Recht zu finden. „Emotional treten nicht-kognitive Symptome wie Reizbarkeit, Depressivität, Traurigkeit auf, die Patienten reagieren sensibel auf ihre Defizite und

verleugnen diese meist oder versuchen sie zu verbergen. Das frühe Stadium dauert im Durchschnitt 1-3 Jahre.“

Im mittleren Stadium wird die eigenständige Lebensführung deutlich gemindert. In dieser Phase, die ca. zwei bis acht Jahre dauert wird auch das Langzeitgedächtnis massiv beeinträchtigt. Dreidimensionale Zeichnungen, wie z. B: ein Würfel oder ähnliches sind nicht mehr machbar. Deutliche Defizite sind im räumlichen und zeitlichen Denken erkennbar. „Emotional wirken die Patienten häufig antriebslos, apathisch, verlangsamt, oder aber im Gegenteil agitiert, unruhig (Wandertrieb), aggressiv, reizbar.“

Im dritten, dem fortgeschrittenen, Stadium ist eine selbstständige Lebensführung nicht mehr möglich. Intellektuelle und motorische Fähigkeiten sind teils schwer beeinträchtigt meist bestehen „Versteifung, Beugehaltung, Spasmen, Urin- und Stuhlinkontinenz, völlige Desorientierung.“ Meist sind die Patienten im letzten Stadium pflegebedürftig, sind dabei teils aggressiv und feindselig, werden aber auch oft von Ängsten und Schlafstörungen geplagt.

(vgl. ZAUDIG 2001, S. 26 ff)

Symptome	Phase 1	Phase 2	Phase 3
Abnahme des Gedächtnisses und des Denkvermögens	- Vergesslichkeit bei kurz zurückliegenden Ereignissen - Merkfähigkeit beeinträchtigt - Schwierigkeiten, komplexe Aufgaben zu bewältigen	- Fortschreiten der Gedächtnisstörungen - Erkennen von Zusammenhängen und planvolles Denken erheblich eingeschränkt - Beeinträchtigung des Urteilsvermögens	- vollständiger Verlust des Gedächtnisses bis auf „inselförmige“ Erinnerungsspuren
Orientierungsstörungen	-Orientierungsstörungen im zeitlichen und räumlichen Bereich	- Orientierung zu Raum, Zeit und Person geht verloren - vertraute Personen	- Verlust der Orientierungsfähigkeit

		werden nicht erkannt - Leben in der Vergangenheit	
Aphasie Apraxie Agnosie	- Schwierigkeiten Gespräche zu verfolgen - Wortfindungsschwierigkeiten - Umschreibungen	- Sprache floskelhaft und inhaltsarm - ständige Wiederholungen - Koordinationsstörungen - neurologische Symptome	- sprachliche Automatismen - totaler Sprachverlust - apraktische Störungen - Hypokinese
Antriebsstörungen und Motivationsverlust	- Antriebsschwäche - ohne Initiative - Rückzugs- und Vermeidungsverhalten	- Apathie - ziellose Unruhe und Wandern - ständiges Suchen	- völlig apathisch
Änderung der Stimmung und des Verhaltens	- Stimmungsschwankungen - gereizt - Unsicherheit - Angst - Verleugnen der Schwierigkeiten - Depression	- Unruhe, Angst - oberflächlich heiter getönte Grundstimmung - Ratlosigkeit - Wahnvorstellungen - Halluzinationen - Aggression	- nicht mehr reaktionsfähig
Probleme in der Alltagskompetenz und der selbstständigen Versorgung	- Routinehandlungen werden bewältigt	- Beeinträchtigungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens, wie Waschen, Anziehen usw.	- Kachexie - Marasmus - Harn- und Stuhlinkontinenz hinreichende körperliche

		-Essstörungen	Erkrankungen
--	--	---------------	--------------

Abb. 2: Phasen im Krankheitsverlauf

MESSERER (2004, S. 15 ff) hat die Demenz in zwei Symptomtypen unterschieden. Die Primärsymptome und die Sekundärsymptome. Zu den Primärsymptomen, die mehr als von der Demenz unmittelbar verursacht gesehen werden, zählt er die Gedächtnis-, Konzentrations-, Sprach- und Wahrnehmungsstörung, sowie eine Merkfähigkeitsschwäche, die Desorientierung bei Zeit, Raum, Ort und zur Person, sowie die Störung von Handlungsabläufen, des abstrakten Denkens und der Urteilskraft. Zu den Sekundärsymptomen, die als Folgeerscheinung im Rahmen einer dementiellen Erkrankung auftreten, zählen die Angst, Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, Wahnvorstellungen, psychische und motorische Unruhe, Aggressivität, Apathie und Indifferenz, Perseverationen, Urin- und Stuhlinkontinenz, sowie Stimmungsschwankungen. Jedoch grundlegend als Leitsymptom wird die Gedächtnisstörung gesehen, „die je nach Dauer und Schwere der Erkrankung mehr oder weniger stark ausgeprägt ist.“

2.3 Epidemiologie

Bereits 2008 lag die Zahl der dementiell Erkrankten in Deutschland bei etwa 1,1 Millionen Menschen. Die am häufigsten auftretende Form der Demenz, die Demenz vom Alzheimer Typ, macht ca. zwei Drittel der Krankheitsfälle aus. Wie bereits erwähnt wurde, ist das Alter der größte Risikofaktor dafür, an einer Demenz zu erkranken. Die mittlere Prävalenzrate, die prozentuale Aussagen darüber macht, wie viele Krankheitsfälle es zu einem bestimmten Zeitpunkt gibt, steigt mit der Altersgruppe an. Während die Rate bei der Altersgruppe zwischen 65 bis 69 Jahren bei 1,2 % liegt, liegt sie bei den 75-bis 79-jährigen schon bei 6 % und bei den über 90-jährigen bei 34, 6 %. (vgl. BICKEL 2008)

Dies zeigt, dass sich je älter die Personen werden, auch die Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu erkranken erhöht. Rechnet man alleine den Sprung bei den bis 69jährigen auf die bis 79jährigen hat sich die Wahrscheinlichkeit mehr als verdoppelt ja sogar verdreifacht.

Hieraus resultiert die Annahme, dass mit dem Altern der deutschen Gesellschaft auch die Zahl der Demenzkranken stetig steigt und im Jahr 2050 eine Zahl von 2.620.000 Erkrankten erreichen wird. Denn die Inzidenzrate, die die Neuerkrankungen pro Jahr widerspiegelt, liegt in Deutschland in der Altersgruppe der 65 bis 69-Jährigen bei 0,4 %, in der der 75

bis 79-Jährigen bei 1,9 % und schließlich in der Gruppe der Menschen über 90 Jahre bei 10,1 %, insgesamt erkranken ca. 280.000 Menschen jedes Jahr neu an Demenz. (vgl. BICKEL 2008)

2.4 Diagnostik der Demenz

Oft ist es schwierig Demenz als solche zu erkennen und nicht die eher normale Altersvergesslichkeit zu diagnostizieren. Die richtige Diagnose von einer Demenz ist jedoch äußerst wichtig, da nur 15 % der Fälle behandelbar sind. Eine frühe Diagnose hilft auf drei Ebenen eine bessere Auseinandersetzung zu garantieren, nämlich auf der Ebene des Patienten, seiner Familie und des behandelnde Arztes. Je früher eine Demenz erkannt wird, desto besser sind die Behandlungsmöglichkeiten und auch die Fähigkeit sich damit offen auseinander zu setzen und zu planen. (vgl. MESSERER 2004, S. 16)

Die Diagnose einer Demenz umfasst meist zwei Schritte. Erstens: Liegt wirklich eine Demenz vor? und zweitens: Um welche der Demenzformen handelt es sich?

Schritt eins untersucht, ob die Grundlage des geistigen Verlustes eine Demenz ist oder ob andere Ursachen dafür Verantwortung tragen. Gedächtniseinbußen sind teilweise auch altersbedingt. Eine weit verbreitete Vorstellung jedoch, dass Gedächtnislücken ein ganz normaler Prozess des Alterwerdens sind ist eine reine Annahme, die nicht generalisiert werden kann. Oft bleibt das angesammelte Wissen bis ins hohe Alter erhalten oder nimmt sogar zu. Altern hat demnach nichts mit Krankheit zu tun. (vgl. FALK 2004, S. 26 ff)

„Bestätigt sich der Verdacht einer Demenz, so muss im nächsten diagnostischen Schritt bestimmt werden, welche der Demenzformen vorliegt. Dabei gilt es, zunächst differentialdiagnostisch eine sekundäre Demenz auszuschließen. Anschließend muss unterschieden werden, ob es sich um eine primär zerebral degenerative Form handelt, d.h. einer Demenz vom Alzheimer-Typ, oder ob es sich um eine vaskuläre Demenz handelt.“ (FALK 2004, S. 26)

Unterscheiden lassen sich auch die Krankheitsgruppen Demenz und eine Depression bzw. eine depressive Pseudodemenz. Diese beiden Gruppen lassen sich jedoch teils schwer unterscheiden. Eine Demenz beginnt eher schleichend, die kognitiven Einbußen werden meist nicht direkt wahrgenommen, so beginnt eine depressive „Pseudodemenz“ sehr rasch und deutlich. Der Patient nimmt die Einbußen wahr, verhält sich aber passiv. Die Stimmungs- und

Denkinhalte stimmen im Gegensatz zur Demenz überein. Auch die Gefühlslage bleibt eher gleich. Schlafstörungen, die mit einer Demenz oft in Verbindung stehen, bleiben selten und es sind auch keine Störungen bei Handlungen oder Bewegungsabläufen erkennbar, die bei einer Demenz sehr früh auftreten. Dennoch können bei der Depression auch Konzentrations- und Gedächtnisprobleme auftreten, welche den Symptomen der Demenz ähneln, deshalb auch in diesem Fall „Pseudodemenz“ genannt. Grundsätzlich aber nun zur besseren Unterscheidung die Symptome einer Depression nach ICD-10: „Gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs, Aktivitätseinschränkung, Verminderung der Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Schlafstörungen, Gedanken an Selbstverletzung oder Suizid, verminderter Appetit.“ (FALK 2004, S. 29)

Eine weitere Demenzähnliche Störung ist das Delir. Bei einem deliranten Zustand ist davon auszugehen, dass er nur vorübergehend und wechselhaft intensiv ist, meist sehr akut auftritt und ihm folgende Symptome zugrunde liegen:

- gestörte Aufmerksamkeit/Bewusstsein
- affektive, kognitive und psychomotorische Störungen
- Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus

Häufige Ursachen für ein Delir sind Stoffwechselstörungen, Kreislauferkrankungen und Intoxikationen, Infektionen, Emotionale Belastungen, medizinisch-therapeutische Einwirkungen wie zum Beispiel Operationen unter Vollnarkose und traumatische Hirnläsionen, zum Beispiel wegen Tumoren.

Grundsätzliche Unterscheidungen zwischen Demenz und Delir werden im folgenden Schaubild dargestellt.

	Demenz	Delir
Beginn	schleichender Beginn über Monate oder Jahre	innerhalb weniger Tage, of nachts
Dauer	Monate bis Jahre	Stunden bis Wochen
Verlauf	relativ stabil, gelegentlich Schwankungen von Tag zu Tag	tägliche Schwankungen, nächtliche Verschlechterungen, klare Intervalle

akute körperliche Erkrankung	gewöhnlich keine Verbindung	immer damit verbunden
Bewusstsein/Vigilanz	gewöhnlich normal	Trübung
Orientierung	kann relativ intakt oder aber im Zusammenhang mit Gedächtnisstörungen beeinträchtigt sein Merkfähigkeit und Kurzzeitgedächtnis beeinträchtigt	grundsätzlich gestört, parallel zu den täglichen Schwankungen, Tendenz zur Konfabulation
Gedächtnis	in fortgeschrittenen Stadien auch Langzeitgedächtnis beeinträchtigt bis hin zum völligen Verlust aller Gedächtnisinhalte	Merkfähigkeit und Kurzzeitgedächtnis beeinträchtigt
Denken	abstraktes Denken gestört, verlangsamt, auf einfach Alltagsdinge eingeengt	fragmentiert, eher beschleunigt

Abb. 4: Differentialdiagnose des Delirs und der Demenz

Wie in diesem Schaubild dargestellt verläuft ein Delir im Gegensatz zu einer Demenz akut, es können teilweise auch Beeinträchtigungen stattfinden, die einer Demenz ähneln, doch treten diese eher verkürzt und augenblicklich auf. Eine Demenz hingegen verläuft langsam und schleichend, ferner dauert sie Jahre an.

3 Therapieformen allgemein

3.1 Medikamentöse Therapie

Wird die Diagnose einer Demenz gestellt bzw. der häufigsten Form des Alzheimer-Typs so ist es wichtig die geeignete Therapie dafür zu finden. Es ist wichtig, dass die Betroffenen nach der Diagnose nicht resignieren, sondern sich mit der Krankheit auseinandersetzen. „Bei Patienten mit einer beginnenden Demenz gilt es durch therapeutische Maßnahmen eine Verbesserung oder zumindest Stabilisierung der geistigen Leistungsfähigkeit zu erzielen. Bei fortgeschrittener Demenz steht der Erhalt der Alltagskompetenz des Patienten und eine Verzögerung der Pflegebedürftigkeit bzw. Heimeinweisung im Vordergrund der Therapie.“ (ALZHEIMERINFO 2012)

Die erfolgreiche Behandlung eines Demenzpatienten umfasst medikamentöse und nicht-medikamentöse Ansätze. Im Folgenden wird jedoch erst einmal näher auf die medikamentöse Therapie eingegangen. Bei der medikamentösen Behandlung der Demenzbehandlung gibt es grundsätzlich zwei Arzneimittelgruppen, welche die gestörten Botenstoffe Glutamat und Acetylcholin positiv beeinflussen.

Eine der beiden großen Gruppen stellen Memantine (Memantin) da. „Die Patienten werden geistig aktiver, die Alltagskompetenz wird verbessert. Auch bei pflegebedürftigen Patienten kommt es zu Verbesserungen: Die Kranken sind beim Bettenmachen beweglicher, können besser ihrer persönlichen Hygiene nachkommen, sich selbst anziehen, erkennen Personen wieder, können bei einem Gespräch besser den Inhalt verstehen und auch besser antworten. Wegen der aktiveren Teilnahme der Patienten am Tagesgeschehen wird auch die Betreuung durch Angehörige und das Pflegepersonal leichter. Memantine führt neben den psychischen und physischen Verbesserungen auch zu einer signifikanten Reduktion der Betreuungszeit, denn durch Memantine können mehr als 50 Pflegestunden im Monat eingespart werden. Memantine (Memantin) verändert die schädlichen Auswirkungen von Glutamat an den Rezeptoren (so genannte NMDA-Rezeptoren). Auf diese Weise können Lernsignale wieder erkannt werden. Der experimentell beschriebene Schutz der Nervenzelle durch Memantine (Memantin) könnte diese Zellen vor dem unwiederbringlichen Zelltod bewahren (Neuroprotektion).“

„Für die symptomatische Behandlung der Alzheimer-Demenz gibt es zur Zeit verschiedene Acetylcholinesterasehemmer. Demenzbedingte Verhaltensstörungen wie Aggressivität oder

Wahnvorstellungen können verbessert werden. Die Wirkstoffe Donepezil, Rivastigmin und Galantamin verhindern, dass bereits gebildetes Acetylcholin im Gehirn wieder abgebaut wird. Diese sogenannten Acetylcholinesterase- Hemmer sorgen dafür, dass der Botenstoff länger zur Verfügung steht. Damit kann dieser auch die Weiterleitung von Informationen im Gehirn verbessern.“ (ALZHEIMERINFO 2012)

3.2 Nichtmedikamentöse Therapie

Wichtig ist, dass auch neben der medikamentösen Therapie eine Förderung stattfindet. Der Patient soll wieder aktiviert und angeregt werden. Die geistigen und körperlichen Fähigkeiten lassen mit der Zeit nach, dem kann jedoch mit diversen Therapiemethoden nachgeholfen werden. In beinahe jeder Einrichtung für Demenzkranke gibt es die unterschiedlichsten Therapieangebote, so auch im Isar-Amper-Klinikum in Haar bei München in dem die tiergestützte Therapie als Auswahlmöglichkeit einer nichtmedikamentösen Therapie zur Auswahl steht.

Angebote um geistig und körperlich gefordert und gefördert zu werden sind zum Beispiel die Musik-, Sprach- und Ergotherapie. Auch Sport- und Physiotherapie sind für die Patienten ganz wichtig. Die Beweglichkeit wird so erhalten. Allgemein aktivierende Tätigkeiten sind für ein besseres Wohlbefinden und die Abwechslung der Patienten sehr wichtig. Gerne wird deshalb bei schönem Wetter spazieren gegangen und auch ein neuer Trend wie z. B. „Walken“ ist für die Patienten nützlich und gesund. Wichtig ist besonders in diesem Bereich auch die Motivation der Patienten durch das Personal.

„Um den Betroffenen so viel Lebensqualität wie möglich zu erhalten, kommt es auf die richtige Betreuung und Verständnis für den Betroffenen an. Denn durch Unverständnis gegenüber dem Demenzkranken können unbewusst aggressive Reaktionen hervorgerufen werden. Als sehr erfolgreich hat sich der Umgang mit der Validationsmethode nach Feil erwiesen. Validieren nach Feil bedeutet, die Realität des Dementen anzunehmen, seine aktuellen Gefühle und Verhaltensweisen für gültig zu erklären und wertzuschätzen.“ (ALZHEIMERINFO 2012)

Ein verständnisvoller Umgang sollte Voraussetzung beim Umgang mit dementen Personen sein. Die Krankheit fordert dem Patienten sehr viel ab, auch die Verwandten werden davon nicht verschont. Gerade deshalb ist es wichtig sich dem Patienten so gut wie möglich zu

nähern und keine Diskussionen mit dem Demenzkranken zu beginnen. Denk- und Lernprozesse sind bereits im Abbau, auch das Erinnerungsvermögen ist nicht mehr wie es einmal war. Daher gilt es, geduldig und freundlich zu bleiben, auch wenn es schwer fällt.

Hier ein paar Tipps für den Umgang mit Demenzkranken:

- fürsorglicher, aber zugleich bestimmter und deutlicher Umgangston
- geduldig sein und Zeit für Reaktionen etc. geben
- verständnisvoll sein
- klare Anweisungen in einfachen, kurzen Sätzen geben
- sinnlose Diskussionen vermeiden
- Anschuldigungen oder Vorwürfe besser überhören
- Beständigkeit und Routine im Tagesablauf
- Erinnerungshilfen wie konkrete Zeit-, Datums-, Orts- und Namensangaben
- loben bringt mehr als kritisieren

(vgl. ALZHEIMERINFO 2012)

4 Therapieform: Tiergestützte Therapie

4.1 Definition und Entstehung

Der Begriff tiergestützte Therapie ist ein weitemfassender Begriff, im Deutschen wird daher nicht generell von tiergestützter Therapie gesprochen, sondern eher von tiergestützten Interventionen, die sich aufteilen in tiergestützte Aktivität, tiergestützte Förderung, tiergestützte Pädagogik und tiergestützte Therapie. Im nachfolgenden sollen die Begriffe mit ihren Definitionen Klarheit in der Unterscheidung bringen:

„Unter Tiergestützter Aktivität sind Interventionen im Zusammenhang mit Tieren zu verstehen, welche die Möglichkeit bieten, erzieherische, rehabilitative und soziale Prozesse zu unterstützen und das Wohlbefinden von Menschen zu verbessern. Sie werden durchgeführt von mehr oder weniger ausgebildeten Personen unter Einbezug eines Tieres, welches für den Einsatz geeignet sein sollte, das heißt welches spezifische Merkmale aufweisen sollte. (Der Einsatz eines aggressiven Hundes im Krankenhaus beispielsweise entspräche dieser Definition eher nicht). Ziel der Tiergestützten Aktivität ist die allgemeine Verbesserung des Wohlbefindens.“ (VERNOOIJ 2008, S. 34)

„Unter Tiergestützter Förderung sind Interventionen im Zusammenhang mit Tieren zu verstehen, welche auf der Basis eines (individuellen) Förderplans vorhandene Ressourcen des Kindes stärken und unzulänglich ausgebildete Fähigkeiten verbessern sollen. Sie werden durchgeführt von unterschiedlich qualifizierten Experten im pädagogisch-sonderpädagogischen Bereich (Lehrer, Sozialpädagogen, Sprachheil- und Physiotherapeuten etc.) unter Einbezug eines Tieres, welches für den Einsatz trainiert wurde. Ziel der Tiergestützten Förderung ist die Unterstützung von Entwicklungsfortschritten.“ (VERNOOIJ 2008, S. 37)

„Unter Tiergestützter Pädagogik werden Interventionen im Zusammenhang mit Tieren subsumiert, welche auf der Basis konkreter, klienten-/ kindorientierter Zielvorgaben Lernprozesse initiieren, durch die schwerpunktmäßig die emotionale und die soziale Kompetenz des Kindes verbessert werden soll. Sie werden durchgeführt von Experten im pädagogisch-sonderpädagogischen Bereich (z.B. Lehrpersonal) unter Einbezug eines Tieres,

welches für den Einsatz spezifisch trainiert wurde. Ziel der Tiergestützten Pädagogik ist die Initiierung und Unterstützung von sozial-emotionalen Lernprozessen, das heißt Ziel ist der Lernfortschritt in diesen Bereichen.“ (VERNOOIJ 2008, S. 41)

„Unter Tiergestützter Therapie werden zielgerichtete Interventionen im Zusammenhang mit Tieren subsumiert, welche auf der Basis einer sorgfältigen Situations- und Problemanalyse sowohl das Therapieziel als auch den Therapieplan unter Einbezug eines Tieres festlegen. Sie sind auf eine gezielte Einwirkung auf bestimmte Leistungs- und/oder Persönlichkeitsbereiche, oder auf die umfassende Be- und Verarbeitung von konfliktreichem Erleben ausgerichtet. Sie werden durchgeführt von therapeutisch qualifizierten Personen, die je nach Therapiekonzept das spezifisch trainierte Tier als integralen Bestandteil in die Behandlung einbeziehen. Ziel der Tiergestützten Therapie ist die Verhaltens-, Erlebnis- und Konfliktbearbeitung zur Stärkung und Verbesserung der Lebensgestaltungskompetenz.“ (VERNOOIJ 2008, S. 44)

Diese Begriffe sind in sich in ihren Definitionen bereits ausführlich erklärt. Die Begriffe beschreiben für sich vielfältige Aufgabenbereiche, geht es bei der tiergestützten Aktivität um keine angeleiteten und ausgearbeiteten Konzepte, tritt die tiergestützte Förderung durch genaue und zielgerichtete Planung zum Vorschein. Die tiergestützte Pädagogik hingegen ist wie der Begriff an sich schon definiert mehr für die pädagogische Arbeit wertvoll, Kinder sollen dabei in ihrem Entwicklungsprozess und ihrem Verhalten unterstützt und zu Lernprozessen angeregt werden. Der tiergestützten Therapie liegt ebenfalls ein ausgearbeiteter Plan zugrunde, nachdem sich die Fortschritte der Teilnehmer im Bezug auf Einwirkungsbereich und Persönlichkeit sowie auch die Verbesserung Stärkung der Kompetenz sein Leben selber zu gestalten. Daher wird für nicht genauer definierte tiergestützte Vorgänge auch oft der Überbegriff der tiergestützten Interventionen verwendet, der alle Teilbereiche mit einschließen kann. Im Bezug auf die nachfolgende Arbeit werden daher die Begriffe tiergestützte Interventionen und tiergestützte Therapie verwendet.

Schon in vergangenen Jahrhunderten gab es in verschiedenen Ländern den praktischen Einsatz von Tieren zu therapeutischen Zwecken, wobei der wissenschaftliche Begriff

tiergestützte Therapie und tiergestützte Interventionen in dieser Arbeit synonym verwendet werden, da es im wesentlichen um die positiven Effekte von Tieren auf Demenzkranke geht, und nicht um eine Bewertung einzelner tiergestützter Methoden.

Erstmalige historische Dokumentationen der Mitwirkung von Tieren in einfachen Formen der Therapie sind bereits im 8. Jahrhundert in Belgien zu finden. (vgl. GREIFFENHAGEN 2007, S. 13 ff) Eine der ersten Dokumentationen über helfende Tiere gab es in England. 1792 wurde von dem Quäker William Tuke eine Einrichtung gegründet, in der Geisteskranke sich um kleine Tiere und Gärten kümmern konnten, Dem zugrunde lag das Ziel, dass die Bewohner durch den Umgang mit den Tieren ein moralisches Verantwortungsgefühl entwickeln und ihr Selbstwertgefühl und ihre Selbstkontrolle verbessern. (vgl. HEGEDUSCH 2007, S. 34)

Im 18. Jahrhundert wurde in England von den Quäkern eine Anstalt für Geisteskranke, aufgrund des Wunsches nach einem humaneren Umgang für emotional gestörte Personen, gegründet. Die Patienten wurden mit Tieren zusammengebracht, die ähnlich wie auf einem Bauernhof versorgt werden mussten, zu denen aber auch eine emotionale Beziehung aufgebaut werden konnte. Als positive Wirkung auf die damaligen Patienten sollten die Tiere den Menschen das Gefühl vermitteln, gebraucht zu werden. Erste Versuche in Deutschland Tiere in die Therapie einzubeziehen, fanden in Bethel im 19. Jahrhundert statt. Es entstand ein Epileptiker-Zentrum, in dem Hunde, Katzen, Ziegen und Schafe gehalten und auf deren heilenden Kräfte vertraut wurden. (vgl. GREIFFENHAGEN 2007, S. 13/14) „Heute ist dieses Zentrum eines der größten Weltweit und Tiere spielen in der Einrichtung nach wie vor eine zentrale Rolle. Mitte des 20. Jahrhunderts wurden Tiere in New York erstmals in einem Krankenhaus eingesetzt. Sie sollten den Kriegsveteranen bei der Erholung von Verletzungen und bei der Aufarbeitung emotionaler Traumata helfen. Indem sie sich um die Tiere kümmerten bekamen sie das Gefühl wieder akzeptiert und gebraucht zu werden.“ (VERNOOIJ 2007, S. 26)

Erst Anfang der 60er Jahre begann die systematische wissenschaftliche Untersuchung des Einsatzes von Tieren zu therapeutischen Zwecken. Den Ausschlag hierzu gaben vor allem die Veröffentlichungen des amerikanischen Kinderpsychotherapeuten Boris Levinson, der als Therapeut mit einem sozial gestörten Jungen arbeitete und seinen eigenen Hund als Co-Therapeuten einsetzte. (vgl. HEGEDUSCH 2007, 35) „In einer Therapiestunde mit einem kleinen Jungen, der bis dato noch nie Kontakt zu ihm und zu

seiner Umwelt aufgenommen hatte, war auch Levinsons Hund Jingles anwesend. Als der Junge diesen erblickte, trat er sofort in Interaktion mit dem Hund und begann, mit ihm zu kommunizieren. Der Hund fungierte offenbar als Eisbrecher, der die Feinseligkeit und Reserviertheit der Kinder aufbrach. Ab diesem Zeitpunkt setzte Levinson Jingles ganz bewusst in seinen Therapiestunden ein.“ (VERNOOIJ 2007, S. 27)

Weitere Vertreter, die Berichte über die heilsame Wirkung von Tieren veröffentlichten, waren das Psychologen-Ehepaar Sam und Elizabeth Corson, die Soziologin Erika Friedmann und der Mediziner Aaron H. Katcher. Begriffe wie „pet facilitated therapy“ und die „Mensch-Tier-Beziehung“ wurden geprägt. Ende der 70er Jahre wurde von mehreren Berufsgruppen, unter anderem Mediziner und Psychologen eine Gesellschaft zur Erforschung der Mensch-Tier-Beziehung geschaffen, die 1980 erstmals einen Kongress zum Thema „Human/Companion Animal Bond“ in London organisierte und somit für einiges Aufsehen sorgte und heutzutage weltweit für zahlreiche Publikationen und Symposien verantwortlich ist. Während in vielen anderen Ländern bereits Tierbesuchsprogramme organisiert wurden, wurde dem Thema in Deutschland wenig Beachtung geschenkt. Obwohl schon in den 80er Jahren unterschiedliche Forscher und Psychologen den Einsatz von Tieren empfohlen ist es heutzutage immer noch schwierig den Einsatz von Tieren in unterschiedlichen Institutionen zu rechtfertigen. Wenigen Organisationen wie „Tiere helfen Menschen“ ist es zu verdanken, dass Tiere in Krankenhäuser, Schule und sogar Strafvollzugsanstalten eingesetzt werden können. (vgl. GREIFFENHAGEN 2007, S. 13-15)

4.2 Positive Auswirkungen auf den Menschen

Die Forschung über die positiven Auswirkungen von Tieren auf das menschliche Wohlbefinden ist, in ihrer Ganzheit, immer noch nicht weit voran geschritten. Eine Zusammenfassung unterschiedlicher Studien zeigt jedoch drei Kategorien, bei denen sie Effekte auf unterschiedliche Bereiche des menschlichen Daseins hat.

Wirkungen im biologisch-physischen Bereich	Wirkungen im sozialen und emotionalen Bereich	Wirkungen im Bereich der Kognition und Sprache
<ul style="list-style-type: none"> - cardiovaskuläre Veränderungen, z.B. Senkung des Blutdrucks bei Streicheln des Tieres - Kreislaufstabilisierung - Stressreduzierung 	<ul style="list-style-type: none"> - Katalysatorfunktion für zwischenmenschliches - Übertragungsfunktion - Brückenfunktion - Emotional ansprechende Wirkung 	<ul style="list-style-type: none"> - Erhöhung des Interesses an der Umwelt - Steigerung bzw. Erhöhung der Aufmerksamkeit
<p>Gesundheitsfunktionen von Tieren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gefährtenschaft 2. Pflegeobjekt 3. Kontakt- und Berührungsobjekt 4. Bewegungsmotor 5. Emotions- und Aufmerksamkeitsobjekt 6. Sicherheitsgarant 	<p>Therapieprogramm für Rechtsbrecher:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verringerung gewalttätiger Vorfälle - Reduzierung der Suizidgefahr - Abnahme der Medikationsintensität 	<ul style="list-style-type: none"> - Erhöhung der Interaktionsbereitschaft mit anderen Lebewesen - Erleichterung der Kontaktaufnahme - Verbesserung der verbalen Kommunikationsfähigkeit
	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der psychischen Befindlichkeit - Soziale Katalysatorfunktion - Stimmungsverbesserung - Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens - Überwindung von Einsamkeit - Anregungsfunktion für Humor, Freude, Spiel - Kurzfristige Erhöhung der sozial-emotionalen Kompetenz bei Kindern mit unterschiedlichen Behinderungen 	

Abb2.: Zusammenfassung der Wirkungen von Tieren

Wie im Schaubild bereits dargestellt haben Tiere in mehreren Bereichen positive Auswirkungen auf den Menschen. Ob sie durch Streicheln den Blutdruck senken oder Gesundheitsfunktionen fördern, wie die Vermeidung von Einsamkeit durch Gefährtenschaft oder ob sie einfach nur ein Gefühl der Sicherheit geben oder auch in den diversen Bereichen

der sozialen und der sprachlichen Bereiche einwirken. (vgl. SCHNEIDER 2008, S. 139ff). Einsamkeit und andere negative Gefühle sind wenig förderlich für z. B. das gesund werden nach Krankheiten, vermeiden von Depressionen oder auch das Vermeiden von der Entstehung von Krankheiten. Viele Faktoren wirken auf ein positives Lebensgefühl ein, das durch ein Tier noch unterstützt und gefördert werden kann. Tiere geben einem das, was man sich bei einem anderen Menschen oft nicht zu holen oder anzusprechen traut. Die oben beschriebenen Wirkungen wurden aufgrund von Arbeiten beschrieben, die sich mit dem Thema bereits auseinander gesetzt und diese positiven Auswirkungen festgestellt haben.

4.3 Die Mensch-Tier-Beziehung

Die Begegnung von Mensch und Tier hat eine besondere Beziehung. Diese Beziehung ermöglicht den Tieren eine positive und, bei therapeutischen Maßnahmen, unterstützende Auswirkung auf das menschliche Gegenüber. Um jedoch zu erklären und zu verstehen, warum Tiere eine positive Wirkung auf den Menschen haben kann, wurden verschiedene Hypothesen aufgestellt, die im Weiteren genauer erklärt werden sollen.

Einer dieser Erklärungsansätze ist die Biophilie - Hypothese von Edward O. Wilson, der sich mit dem Begriff Biophilie im Jahr 1984 auseinandergesetzt hat. In seinem damals erscheinenden Buch „Biophilia: The Human Bond with Other Species“ (OLBRICH 2003, S. 69) setzte er sich mit der Evolutionslehre auseinander. Dem zugrunde liegt die Annahme aus der psychologischen Forschung, dass die Bindung an andere Menschen oder Tiere positive Effekte auf die Entwicklung von emotionalen und sozialen Kompetenzen, sowie auf die gesamte psychische Gesundheit hat. Wilson vertrat die These, dass jeder Mensch ein angeborenes Interesse an der Natur und ihren Lebewesen hat. Dieses Interesse ist in der Stammesgeschichte begründet und rührt daher, dass Menschen sich in der Evolution stets gemeinsam mit anderen Lebewesen entwickelt haben. (vgl. OLBRICH 2003, S. 69ff.) „Der Begriff beschreibt die Menschen inhärente Affinität zur Vielfalt von Lebewesen in ihrer Umgebung ebenso wie zu ökologischen Settings, welche die Entwicklung von Leben ermöglichen.“ (OLBRICH 2003, S. 69)

Der Mensch hat also nach Wilson das Bedürfnis mit anderen Lebewesen und auch Landschaften, die zwar selbst nicht lebendig sind, aber Lebensraum bieten, in Kontakt zu treten. Kellert, der ebenfalls die These Wilsons unterstützt „beschreibt Biophilie als eine

physische, emotionale und kognitive Hinwendung zu Leben und Natur“ (OLBRICH 2003, S. 70) und unterscheidet neun Perspektiven, aus denen Menschen sich der Natur nähern. Diese werden nun im Weiteren kurz skizziert.

- Die utilitaristische Perspektive „hebt die Nützlichkeit hervor, die Natur für den Erhalt unseres Lebens und für unsere Sicherheit bietet.“ (OLBRICH 2003, S. 70) Sie herrscht dann vor, wenn sich die Menschen für die Sicherung der Existenz etwa von Tieren ernähren, die Felle oder die Arbeitskraft zu nutze machen. Diese Existenz ist alleine schon durch die Zusammenarbeit mit den Mikroorganismen im menschlichen Körper zu belegen. Ohne die Zusammenarbeit wäre für beide eine Existenz nicht möglich.
- Die naturalistische Perspektive beschreibt das Gefühl und das Erleben von vollkommener Zufriedenheit in Verbindung mit der Natur, d.h. Natur fasziniert und entspannt uns, sie lässt uns eine tiefe Verbundenheit mit der Umgebung, Natur, anderem Leben fühlen.
- Die ökologisch-wissenschaftliche Perspektive sieht besonders aufmerksames Beobachten und die systematische Analyse der Natur im Fokus. Dabei wird der Wert im Wissenserwerb, Erklären und Kontrollieren und Verstehen des Ganzen gelegt.
- Die ästhetische Perspektive hingegen sieht Schönheit der Natur und die physische Harmonie, die vom Menschen erlebt wird, im Vordergrund. Ein Bild vom Meer und weißem Sandstrand, sowie auch ein Pferd, das galoppiert „lösen ein Erleben aus, das uns gewahr werden lässt, dass wir etwas Idealem begegnen.“ (OLBRICH 2003, S. 71)
- Die symbolische Perspektive bezieht sich auf die Kategorien und Schemata oder Codes, die uns durch die Natur übermittelt werden, wie z.B. „Genießen, Drohen, Dominieren, Wüten oder Sich-Freuen“ (OLBRICH 2003, S. 71). Unsere Sprache und unser Denken orientiert sich an solchen Codes.
- Die humanistische Perspektive formuliert eine tiefgehende positive Verbundenheit mit der Natur „und zeigt eine wichtige Form des adaptiven Wertes von Biophilie für den Erhalt des Lebens an.“ (OLBRICH 2003, S. 71f)
- Die moralistische Perspektive betrachtet den Bezug zur Natur, die nicht nur das Erleben von Verbundenheit mit der Natur, sondern auch ein Gefühl der Verantwortung und Ehrfurcht ihr gegenüber meint.

- Die dominierende Perspektive sieht vor allem die Kontrolle über die Natur und die Beherrschung anderen Lebens im Vordergrund.
- Und letztlich die negativistische Perspektive, die einen negativen Bezug zu Natur hervorhebt. Herrscht diese vor, so hat ein Mensch Angst, Aversion oder Antipathie gegenüber der Natur, einzelnen oder mehreren Tieren.

Diese unterschiedlichen Formen der Bezugnahme von Mensch zum Tier beziehungsweise zur Natur, hatten alle ihren adaptiven Wert in der Evolution. (vgl. OLBRICH 2003, S. 69 ff.)

Auch tiefenpsychologische Modelle wollen die Mensch-Tier-Beziehung erklären.

Dabei liegt die Aufmerksamkeit auf innerpsychischen, unterhalb des Bewusstseins, liegenden Prozessen. Es wird davon ausgegangen, dass die umfassende Verbundenheit, die Kinder am Anfang ihres Lebens zu ihrer Umwelt, besonders zu ihrer lebendigen Umwelt, spüren, persönlichkeitsformend sind und durch fehlende Reflexion und „eine noch nicht vorrangig kognitive Konstruktion des eigenen Lebensraumes innerhalb kulturell vorgegebener Schemata“ (HEGEDUSCH 2007, S. 39) begründet ist. Das bedeutet, dass ein Säugling sich mit seiner Umwelt verbunden fühlt, da er noch nicht in der Lage ist, sich selbst von den Dingen oder Lebewesen seiner Umgebung abzugrenzen. Die Abgrenzung, die ein junger Mensch erst im Laufe seines Lebens bzw. seiner Entwicklung durchlebt, sorgt für eine sinnhafte Bezugnahme zu Tieren, anderen Lebewesen oder Gegenständen und macht diese erst möglich. Es wird vermutet, dass diese Verbundenheit zu Tieren, durch die kulturelle Entwicklung und zivilisatorische Prägung überlagert wird und erst im Alter mit dem Nachlassen der kognitiven Fähigkeiten wieder zum Vorschein kommt. Durch die Fähigkeit der Abgrenzung entsteht im Laufe des Entwicklungsprozesses ein Gefühl der Trennung, was dazu führen kann, dass trotz der immer noch vorhandenen Sehnsucht nach Verbundenheit, eine Bezugnahme nun ausschließlich über kognitive und bewusstenfähige Prozesse abläuft. (vgl. HEGEDUSCH 2007, S. 40) „Dadurch wird zum einen der Kontakt zu den tieferen Prozessen der eigenen Person unterbunden, zum anderen werden auch die bedeutenden Formen des Kontaktes mit Naturphänomenen und anderen Lebewesen unmöglich.“ (HEGEDUSCH 2007, S. 40) Erst nach der Mitte des Lebens ist eine Integration von bewussten und unbewussten Prozessen und damit eine ganzheitliche Bezogenheit und Verbundenheit von Menschen und Tieren möglich. (vgl. OLBRICH 2003, S. 56) Das heißt,

nur wenn die bewussten Prozesse die unbewussten nicht vorrangig kontrollieren, ist eine hilfreiche Beziehung, die das Unterbewusstsein anspricht, zwischen Mensch und Tier möglich.

Außerdem wichtig für die hilfreiche und beeinflussende Beziehung zwischen Menschen und Tieren ist das Phänomen des Anthropomorphismus. Dabei geht es um die teilweise Vermenschlichung von Tieren, bei der Emotionen oder Eigenschaften des Menschen auf Nichtmenschliches übertragen werden. (vgl. GREIFFENHAGEN 2007, S. 24) Dieses Phänomen spiegelt sich hauptsächlich bei Kindern wieder, aber ist auch bei Erwachsenen zu finden. „Die Du-Evidenz ist die unumgängliche Voraussetzung dafür, dass Tiere therapeutisch und pädagogisch helfen können. Dabei reicht die Breite der durch die Du-Evidenz nahegelegten Zuwendung von Betrachten und Füttern der Aquarienfische bis zu einer Partnerschaft, welche kaum noch Unterschiede zu zwischenmenschlichen Beziehungen erkennen lässt. Das gilt besonders für die Kind-Tier-Beziehung.“ (GREIFFENHAGEN 2007, S. 24) „Mit Du-Evidenz bezeichnet man die Tatsache, dass zwischen Menschen und höheren Tieren Beziehungen möglich sind, die denen entsprechen, die Menschen unter sich beziehungsweise Tiere unter sich kennen.“ (GREIFFENHAGEN 2007, S. 22) „Eine soziale Beziehung zu einem Tier entsteht dann, wenn die Partner sich gegenseitig als Du evident wahrnehmen. Du-Evidenz bedeutet ein emotionales Gewährwerden des Du im Gegenüber. Zum Du wird das Gegenüber dann, wenn es im Verlauf des subjektiven Erkennens seine Anonymität verloren hat und dem anderen seine Individualität und sein tieferes Wesen gewahr wird.“ (HEGEDUSCH 2007, S. 43) Das Tier bekommt personale Qualitäten zugesprochen, d.h. wird individuell und somit als Partner oder Freund gesehen. Ein anthropomorphes Empfinden des Gegenübers ist also Voraussetzung für eine gelungene, sprich hilfreiche Mensch-Tier-Beziehung.

4.4 Die Kommunikation zwischen Mensch und Tier

Tiere und Menschen kommunizieren miteinander, aber um diese Kommunikation erklären und verstehen zu können, müssen zwei Arten der Kommunikation unterschieden werden. Zum einen gibt es die verbal - digitale Kommunikation. Diese bezieht sich auf „den sprachlichen Anteil, auf das gesprochene oder geschriebene Wort.“ (HEGEDUSCH 2007, S.

45) In dieser Kommunikationsform ist der Inhalt der dominierende Teil, da sich zwischen dem rein gesprochenen Wort und dem tatsächlich gemeinten hier eine fehlende Kongruenz ergeben kann.

Die analoge Kommunikation hingegen „nutzt nonverbale und lautsprachliche Elemente, wie Mimik, Gestik, Stimmmodulation, die Sprache der Augen und der Berührung. Sie ist die Sprache des Körpers.“ (HEGEDUSCH 2007, S. 45) Das Symbol, durch das analog kommuniziert wird, steht also im direkten Zusammenhang zu dem, was ausgedrückt werden soll, wodurch diese Kommunikationsform als die ehrlichere bezeichnet werden kann. Nach Watzlawick wird analoge Kommunikation dazu genutzt, um eine Bezogenheit, eine Verbundenheit auszudrücken. Die Kommunikation zwischen Menschen und Tieren läuft überwiegend analog ab, dabei reagieren die Tiere meist auf die vom Menschen analog gesendeten Informationen. Sie verlangen eine echte und stimmige Bezogenheit und verhalten sich ihrerseits ebenfalls klar und stimmig. (OLBRICH 2003, S. 87)

Diese Tatsache, dass analoge Kommunikation den Großteil des menschlichen und des nichtmenschlichen Zusammenlebens ausmacht, sorgt auch dafür, dass die Kommunikation an sich stimmiger wird.

Kongruente Kommunikation, d.h. gesagtes stimmt auch mit dem Gesichtsausdruck, Haltung, Mimik, Gestik überein, dann wird diese Kommunikation glaubhaft und auch der Hund kann ohne Worte die menschliche Sprache leichter verstehen lernen, sowie auch umgekehrt. Besonders bei den Menschen mit einer Demenzerkrankung, die langsam aber sicher die nach außen hin richtige Kommunikation zu verlieren drohen, ist gerade diese Kommunikationsform von Bedeutung. So ist der gegenseitige Austausch auch ohne Worte durchzuführen und manchmal sogar für den Menschen eine Erleichterung.

4.5 Tiere und ihre Wirkung auf den Menschen

Tiere können viele Wirkungen auf den Menschen haben, zu unterscheiden sind hierbei die mentalen und psychologischen Wirkungen, soziale Wirkungen und die physischen bzw. physiologischen Wirkungen.

Physische bzw. physiologische Auswirkungen sind, dass zum Beispiel Streicheln oder die bloße Anwesenheit der Tiere so beruhigend wirkt, dass dabei der Blutdruck gesenkt wird und sich der Kreislauf wieder stabilisieren kann. Die Muskeln entspannen sich und Schmerzen

werden verringert durch Beta-Endorphine, die durch Lachen oder Spielen freigesetzt werden. Durch Hunde wird man zum Beispiel angeregt sich wieder mehr körperlich zu betätigen, es findet vermehrt Bewegung an der frischen Luft statt. Dadurch wird auch die Verdauung angeregt und zum Beispiel Übergewicht oder auch Süchte wie Alkohol und Nikotin reduziert, das heißt das Gesundheitsverhalten wird allgemein verbessert. Außerdem bieten Tiere, zum Beispiel für Gehörlose oder Blinde wichtige Unterstützungen. Sie geben einem das Gefühl beschützt zu werden und vermitteln somit ein Gefühl der Sicherheit.

Mentale und Psychologische Auswirkungen sind vor allem die kognitive Anregung, denn vor allem auch für die älteren Menschen wird dadurch wieder ein gewisses Lernen angeregt. Es gilt zu wissen, was das Tier braucht, wie man mit ihm umgehen soll und steigert somit auch das Gespräch mit Anderen, aktiviert sozusagen den Austausch und das Gedächtnis. Außerdem wird das emotionale Wohlbefinden gefördert. Im Tier findet man oft die Bestätigung, die man von anderen nicht bekommt, es spendet Trost und auch eine gewisse Zärtlichkeit. Wer liebt es nicht, mit seinem Tier auch hin und wieder zu kuscheln, ihm nahe zu sein und lässt diese Nähe auch gerne zu. Vielleicht auch, weil es niemanden mehr gibt, der einem sonst diese Nähe geben könnte.

Bei der Pflege des Tieres müssen der Besitzer und auch die Menschen, die mit dem Tier umgehen, lernen Verantwortung zu übernehmen. Das Tier gibt einem das Gefühl selbst gebraucht zu werden steigert somit auch das Selbstbewusstsein und die Erfahrung selber die Kontrolle zu haben. Angst und Stress werden oft durch die Anwesenheit des Tieres gemindert. Auswirkungen haben Tiere mental und physiologisch auch auf die soziale Integration und sie bieten eine Projektionsfläche für die Menschen. Sie hören zu und machen einen leichteren Umgang möglich.

Des Weiteren haben Tiere auch eine antidepressive und antisuizidale Wirkung und zwar durch die emotionale besonders intensive Bindung an das Tier, die einem die Verantwortung aber auch Freude mit dem Tier bietet. Ein Tier zu besitzen heißt in dieser Hinsicht viel Zuwendung zu geben und zu erfahren, sowie Spaß und Lebendigkeit zu erleben.

Soziale Auswirkungen hat das Tier durch die Auflösung von Einsamkeit. Das Tier ist der Eisbrecher, vermittelt Kontakte und bietet Nähe, Körperkontakt und somit auch eine gewisse Verbundenheit. In Familien redet man über das Tier, es gibt ein Gefühl des Zusammenhalts

und dient auch als Streitschlichter. Durch die offene Art der Tiere auf jemanden zuzugehen, wird diese Unvoreingenommenheit eventuell auch auf andere übertragen und dient auch so der leichteren Kontaktaufnahme bzw. es werden positive soziale Attributionen vermittelt. (vgl. OTTERSTEDT 2007, S. 66 ff)

Tiere wirken also in vielerlei Hinsicht auf das Empfinden eines Menschen ein. Besonders die psychische und soziale Komponente spielt im Kontakt mit Tieren eine große Rolle. In meinem Beruf als Sozialarbeiterin hat man häufig mit Menschen zu tun, die sich von anderen entfernen, keine Freunde haben oder vereinsamen, vor allem bei Personen mit einer dementiellen Erkrankung findet häufig eine Art Isolation statt. Ein kommunikativer Austausch kommt dabei oft zu kurz und wird gerade mit einem Tier um einiges erleichtert. Oft geht es dabei um das gehört werden, das gebraucht werden und sich selbst jemandem mitteilen zu können.

„Die Beziehung zwischen Mensch und Tier, besonders einem älteren Menschen und einem Tier;

- hilft gegen Einsamkeitsgefühle,
- hilft gegen Isolationsgefühle,
- fördert die Kontaktaufnahme,
- hilft, wieder den Sinn des Lebens zu spüren/zu sehen,
- hilft, den Tagesablauf zu strukturieren,
- hilft, Liebe zu erhalten und zu geben,
- hilft sich wertvoll und liebenswert zu fühlen,
- hilft, Gesprächsstoff zu haben und
- hilft, Erinnerungen aufzufrischen.“ (SCHARF 2007, S. 18)

Die Auswirkungen, die Tiere auf den Menschen haben, sind also enorm. Senioren sind oft froh und begeistert wenn Sie sich um ihre Haustiere kümmern und etwas für sie tun können.

„Ja, die Tiere werden verhätschelt, aber sie schenken den Menschen auch mehr Lebensqualität und sind eine Lebenshilfe, wie medizinische und tierärztliche Studien an Senioren und deren Haustieren zunehmend beweisen.“ (BECKER 2007, S. 234)

Studien haben ergeben, dass ältere Menschen durch den Besitz eines Tieres viel seltener zum Arzt mussten. Schon kurze Zeit nachdem sich ältere Menschen ein Haustier, also zum Beispiel einen Hund oder eine Katze, nahmen, gingen dabei über die Hälfte der Menschen

seltener zum Arzt. Weniger alte Menschen klagten über „Gliederschmerzen, Schlaflosigkeit, Angst, Verdauungsstörungen, Erkältungen und grippale Infekte, allgemein Müdigkeitszustände, Herzklopfen oder Atemlosigkeit sowie Rücken- und Kopfschmerzen.“ (BECKER 2007, S. 235) In Montana wurde eine Untersuchung mit Senioren durchgeführt. Sie erhielten einen Fragebogen, in dem sie ankreuzen konnten, was ihrer Meinung nach ein guter Grund sei, sich ein Tier zu holen. „Über 70 Prozent kreuzten ihr Bedürfnis nach Gesellschaft an, 52 Prozent nannten Liebe und Zuneigung und 36 Prozent wollten jemanden, der sie beschützt.“ (BECKER 2007, S. 39) Tierbesitzer sind zudem aktiver, machen mehr selber, wie sich selber anziehen oder baden sowie auf die Toilette gehen. Sie sind sportlicher und auch in der Kommunikation liebevoller zu anderen Menschen und Tieren. Außerdem gibt es „Studien, die belegen, wie das Streicheln eines Tieres die Herzfrequenz und den Blutdruck senkt sowie Stress abbaut“. (BECKER 2007, S. 236 f) Weitere Studien zeigen, dass auch der Verlust eines Partners oder eines nahen Angehörigen oder Freundes sich durch ein Tier leichter bewältigen lässt. (vgl. BECKER 2007, S. 235 ff)

„Das Leben mit Tieren bietet Beziehungsqualität, das heißt Lebensqualität.“ (OTTERSTEDT 2001, S. 39)

5 Die Wirkung tiergestützter Interventionen auf demenzielle Erkrankungen

Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, unterscheiden sich zumindest in den Bedürfnissen nicht grundlegend von gesunden Menschen. „Der Mensch erschließt sich die Welt über seine Sinne. Indem er sieht, hört, riecht, schmeckt und fühlt, tritt er mit ihr in Kontakt.“ (HEGEDUSCH 2007, S. 58) Allerdings erschwert ihre Krankheit die Möglichkeiten Bedürfnisse und Sinne anzusprechen oft.

Betrachtet man nun die Bedürfnispyramide von Maslow genauer:

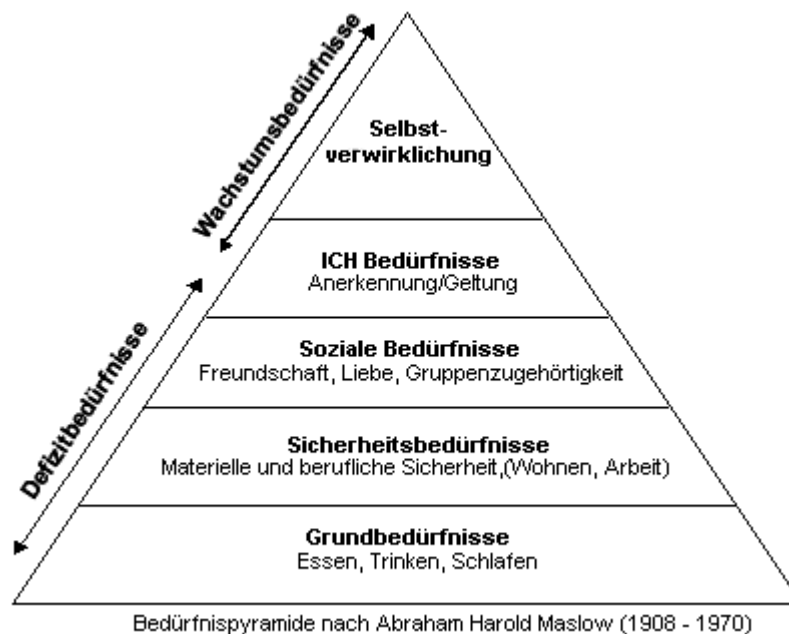


Abb. 5: Bedürfnispyramide nach A. H. Maslow

Hierbei beherrschen die Bedürfnisse einer bestimmten Stufe immer solange die Motivation eines Menschen, bis diese erfüllt sind. Ist dies der Fall, so richtet sich das Handeln nach den Bedürfnissen der jeweils höheren Hierarchiestufe. Nach Maslow sind die grundlegenden Bedürfnisse eines Menschen die physiologischen Grundbedürfnisse, das Bedürfnis nach Sicherheit, das Bedürfnis nach Liebe, Bindung und Zugehörigkeit, der Wunsch nach Anerkennung, Wertschätzung und Selbsterfahrung, sowie die kognitiven Bedürfnisse, die auf Wissen und Verstehen abzielen. (vgl. ZIMBARDO/GERRIG 2003, S. 324)

Aufgrund der kognitiven Einschränkungen demenzkranker Menschen, die auch die Interaktionsmöglichkeiten zu anderen Menschen erheblich beschränken, zeigen sich

in fast jedem Bereich erhebliche Schwierigkeiten bei der Erfüllung dieser Bedürfnisse. Als Beispiel sei hier der Wunsch nach Anerkennung genannt, der dadurch schwer zu erreichen ist, dass Betroffene häufig, aufgrund ihrer Krankheit, ein größtenteils fremdbestimmtes und bevormundetes Leben führen müssen.

Eine 2004 von der Alzheimer Gesellschaft Bochum e. V. durchgeführte qualitative Untersuchung hat ergeben, dass vor allem die Bedürfnisse nach sozialer Bindung und Kommunikation, nach Nähe, Zuneigung und Vertrauen bei Demenzkranken stark ausgeprägt sind. Auch der Wunsch nach Selbstständigkeit und Lob und Anerkennung wurde in den Interviews, die mit 40 dementiell Erkrankten durchgeführt wurden, häufig geäußert. Ein großer Teil der Betroffenen, besonders in den weiter fortgeschrittenen Stadien, verlangte nach taktilen Reizen und Körperkontakt. (vgl. HEGEDUSCH 2007, S. 60)

Die Kommunikation mit einem Tier kann auf einer anderen Ebene stattfinden, als die mit einem Menschen. Die als Säugling gefühlte Verbundenheit mit der Umwelt, die im Laufe der Entwicklung durch gesellschaftliche Prägung und die Fähigkeit zur Abgrenzung überlappt worden sind, kommt gerade bei Menschen, die im Alter kognitiv beeinträchtigt sind, wieder zum Vorschein. So ist auch gerade deswegen die verbale Kommunikation und Interaktionen zwischen Demenzkranken und Tieren möglich, denn diese Art der Kommunikation findet auf der Gefühlsebene statt. Die für die Demenzkranken oft schwierige Ausdrucksform der Sprache wird hier nicht benötigt. „Tiere stört es nicht, wenn Betroffene immer wieder dieselben Dinge erzählen, wenn Worte unverständlich sind oder keinen Sinn ergeben. Sie hören zu, indem sie auf die nonverbalen Signale reagieren.“ (HEGEDUSCH 2007, S. 63)

Der demenziell Erkrankte fühlt sich von dem Tier verstanden und spürt, dass das Tier die Gefühle des Menschen verstehen kann. „Ein Tier reflektiert und urteilt nicht, es identifiziert sich nicht mit den Schwächen und Problemen des Gegenübers. Es kann so unvoreingenommen nah sein und schwierige Situationen aushalten. Angehörige und Pflegende dagegen wissen um die Situation und die Problematik des Kranken und identifizieren sich in gewissem Maße damit, was wiederum zu Abwehrmechanismen führt.“ (HEGEDUSCH 2007, S. 63)

Der Mensch oder in diesem Fall der demenziell Erkrankte kommuniziert mit dem Tier über Blicke, Mimik, Gestik, Laute oder Bewegungen, wodurch eine Möglichkeit gegeben wird, dem Bedürfnis nach Kommunikation nachzukommen. Wie bereits erwähnt, gibt ein Tier das Gefühl der bedingungslosen Zuneigung und der

Verbundenheit, die den Menschen für die Interaktion mit dem Tier öffnet. Dadurch fällt die Kommunikation zu einem Tier häufig leichter, da die Angst vor Erwartungen des Gegenübers wegfällt. Das Tier tritt „dem Menschen und sich selbst kongruent und authentisch“ (HEGEDUSCH 2007, S. 66) gegenüber.

In der Begegnung mit einem Tier kann das Bedürfnis nach Nähe und Körperkontakt zum Beispiel durch das Streicheln des angenehmen Fells eines Tieres erfüllt werden. Tiere darf man umarmen, küssen und liebkosen, ohne ein Tabu zu überschreiten. Das Berühren wirkt zudem beruhigend, baut Ängste ab und senkt den Blutdruck. Außerdem kann das Tier „zum Erinnerungsanker werden, der dementen Menschen den Bezug zur Wirklichkeit halten lässt.“ (HEGEDUSCH 2007, S. 71) Bei jeder zärtlichen Berührung schwingt die gesamte Vergangenheit mit, und alle möglichen Erinnerungen werden wieder lebendig.“ (BECKER 2007, S. 238) So erzählt Herr A, der in der nachfolgenden Arbeit noch genauer beschrieben wird, in der letzten gemeinsamen Therapiestunde von seinen zwei Dackeln und seiner Arbeit mit anderen Tieren wie Tigern, Elefanten, Panther und Löwen in einem Zirkus und im Zoo. Seine Erinnerungen sind durch das Streicheln bedingt wieder lebendig geworden. Er hat sich sichtlich darüber gefreut und die Erinnerungen genossen und wieder ein Stück seiner Vergangenheit erlebt. „Bei älteren Menschen kommt mit einem Stationstier häufig die Erinnerung an frühere Phasen des Lebens zurück. Dieser Effekt kann bei der Behandlung von dementen und depressiven Patienten nutzbringend eingesetzt werden.“ (GREIFFENHAGEN 2007, S. 110)

Es wurden bereits mehrere medizinisch - epidemiologische Studien über die Beziehung von Mensch und Tier erstellt. Die meisten stammen aus dem amerikanischen Sprachraum. Siegel zum Beispiel untersuchte den psychischen und physischen Gesundheits- und Gemütszustand bei älteren Personen. Serpell hat eine Untersuchung für Langzeitwirkungen auf das menschliche Verhalten und die Gesundheit von Haustierbesitzern durchgeführt und auch in Deutschland gab es eine Studie über die Beziehung von Tierbesitz und langfristige Wirkungen, die sich daraus ergeben. Desweiteren gibt es Studien über die Wirkung von Tieren speziell über Herz - Kreislauf - Erkrankungen und letztlich auch über den Einfluss auf das psychosoziale Wohlbefinden.

Eine Studie über den Einsatz von Hunden in einer psychiatrischen Klinik soll hier noch mal näher erklärt werden. (vgl. HEGEDUSCH 2007, S. 76 ff)

Kurzbeschreibung	<p>Ein interdisziplinäres Team wählte Patienten einer psychiatrischen Klinik aus, die auf keine konventionellen Therapieversuche ansprachen. 50 Patienten nahmen an einem Versuch teil, der die Effektivität tiergestützter Psychotherapie ermitteln sollte. Von acht Probanden wurden Videoaufnahmen zur Dokumentation angefertigt. Bei fünf weiteren Patienten wurden detaillierte Fallstudien durchgeführt. Diese untersuchten unter anderem die Reaktionszeit zwischen Fragen und Antworten der Patienten und die jeweilige Antwortdauer. Die Begegnungen mit dem Tier fanden überwiegend im Zwinger statt, lediglich für die Bettlägerigen wurden die Tiere ins Zimmer gebracht.</p>
Ergebnisse	<p>47 der Patienten zeigten nach Abschluss der Studie deutliche Zeichen einer Besserung ihres Befindens. Drei anfangs ausgewählte Patienten nahmen keines der Tiere an.</p> <p>Bei ihnen schlug der Versuch fehl. Innerhalb der Einzelfallstudien führte der regelmäßige Tierkontakt zu deutlich schnelleren Reaktionszeiten und längeren Antworten.</p> <p>Die Forscher beobachteten, dass es den Patienten aufgrund der Tiere leichter fiel, soziale Kontakte zu knüpfen. In den Interaktionen zwischen allen Beteiligten breitete sich ein erweiterter Kreis aus Wärme und Zuneigung aus.</p> <p>In ihren Erklärungen wiesen die Corsons den Tieren eine Rolle als sozialer Katalysator zu. Damit ist für sie, aus der Sicht der Patienten, die Kommunikation mit einem Tier der erste Schritt auf dem Weg zur Kommunikation mit einem Therapeuten und der menschlichen Mitwelt.</p>
Anmerkungen	<p>Ursprünglich wollte das Forscherehepaar Corson eine Studie zu</p>

	<p>Gefühlsstress und Sozialität als Bedingung für psychische Störungen anhand der Verhaltensmerkmale von Hunden durchführen. Dazu brachten sie 20 verschiedenrassige Hunde in Zwingern neben einer psychiatrischen Klinik unter. Angezogen vom Gebell der Hunde interessierten sich einige Patienten der Klinik für die Tiere. Darunter waren auch Kranke, die noch kein einziges Wort gesprochen hatten. Sie wollten mit den Hunden spielen, sie streicheln oder beim Füttern helfen. Diese verblüffende Beobachtung ermutigte die Corsons, das Forschungsziel umzuformulieren, um diese Effekte von Tieren genauer zu untersuchen.</p> <p>Die katalysatorische Wirkung der Tiere beruht auf der Vermittlung einer angemessenen und befriedigenden sozialen Interaktion. Denn es ist nahezu unwahrscheinlich, dass diese Patienten im Zusammenleben mit Tieren das erleben, was ihnen immer wieder durch Menschen vermittelt wurde: Zurückweisung/-setzung und Demütigung. Die Grundidee der Corsons bestand darin, den Kranken ein Tier zuzuführen, das ihnen keine Angst bereitete, jedoch Liebe und Bewunderung vermittelte. Die Katalysatorfunktion der Tiere lässt sich dabei wie folgt beschreiben: Durch zunächst nonverbale, taktile Interaktion entwickelte sich eine gute tragfähige Beziehung zum Tier. Dann dehnte sich der Kreis sozialer Kontakte allmählich auf die Therapeuten, später auf das Klinikpersonal und andere Patienten aus. Schritt für Schritt konnte innerhalb dieser Ausweitung die nonverbale Form der Interaktion durch die verbale Kommunikation und eine breiter werdende Palette verschiedener Stimmungen und Gefühle ersetzt werden.</p>
--	--

Abb. 6: Pet dogs as nonverbal communication links in hospital psychiatry (Corson, Corson 1977)

In dieser Studie wird deutlich, dass sich die Menschen durch die Tiere geborgener und verstandener fühlten. Es gab zwar drei Probanden die sich mit Tieren nicht identifizieren

konnten, aber am Rest wird deutlich, welche Effekte sich bei einem Großteil der Menschen beobachten lassen. Die Tatsache, dass sich nicht jede Therapieform auch für jeden eignet ist nicht hinderlich für den Einsatz der Tiere in der Therapie von älteren Menschen und insbesondere Demenzerkrankten.

Eine andere Untersuchung von Cusack und Smith (1984) befasst sich mit den Auswirkungen von Tierbesuchen in einer betreuten Wohngruppe von Demenzkranken.

Dabei wurde die Gruppe einmal wöchentlich für drei Stunden von einer Tierpflegerin mit acht jungen Hunden und Katzen besucht. Die Bewohner durften die Tiere streicheln und mit ihnen kommunizieren. Die Kontrollgruppe erhielt einmal in der Woche Menschenbesuch. Sowohl vor als auch nach dem Experiment wurden beide

Gruppen auf Selbstbeurteilung ihres Gesundheitszustandes, psychisches Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Interesse an sozialen Kontakten, Kommunikationsfähigkeiten, Sorgfalt im Bezug auf das Erscheinungsbild, psychosoziale und geistige Fähigkeiten sowie Depressionsneigung untersucht. Die Kontrolluntersuchung erfolgte nach zwei Monaten. Zuvor unterschieden sich beide Gruppen nicht.

Das Ergebnis zeigte jedoch deutliche Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Gruppen. Die Bewohner der Gruppe, die regelmäßig von Tieren besucht wurde, zeigte in sechs der acht untersuchten Kriterien Fortschritte, wohingegen bei der Kontrollgruppe keinerlei Fortschritte zu erkennen waren. Nur die Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes und die Sorgfalt für das äußere Erscheinungsbild veränderten sich nicht. Die Studie zeigt also besonders Verbesserungen der Lebensqualität der Bewohner durch den Tierbesuch. (vgl. HEGEDUSCH 2007, S. 90)

Eine weitere Studie von Churchill, Safaoui, McCabe und Baun im Jahre 1999 „untersuchten die Wirkungen eines Therapiehundes auf die Erregung und das soziale Verhalten bei 28 demenziell erkrankten Menschen in einer darauf spezialisierten Pflegeeinrichtung.“ (HEGEDUSCH 2007, S. 91) Umfang der Studie waren halbstündige Sitzungen an zwei unterschiedlichen Tagen zur gleichen Uhrzeit. Einmal fand die Sitzung mit Hund und einmal ohne Hund oder einer anderen Form der Kontaktaufnahme statt. Unabhängig der verschiedenen Stadien der Demenz zeigte sich bei Anwesenheit des Hundes, dass vermehrt der Blickkontakt gesucht und mehr gelächelt wurde. Die Teilnehmer versuchten auch häufig mit dem Hund in Kontakt zu kommen, ihn zu berühren. Ähnlich haben sich wohl auch die

Teilnehmer in einem anderen Versuch von McCabe, Botson, Wilson und Braun im Jahre 1998 verhalten, die mit ihrer Untersuchung das soziale Verhalten erforschen wollten. (vgl. HEGEDUSCH 2007. S. 91)

6 Die Bedeutung tiergestützter Interventionen in der sozialen Altenarbeit, insbesondere der Arbeit mit Demenzkranken

Die soziale Altenarbeit ist ein umfassendes Feld, das besonders aufgrund der Entwicklungen von immer größerer Bedeutung für unsere Gesellschaft ist und noch sein wird. Sie findet in Alten- und Pflegeheimen, Betreuten Wohnbereichen, Krankenhäusern, im Rahmen von Einzelbetreuungen und auch durch die Betreuung mittels der Angehörigen, statt.

Die soziale Altenarbeit soll unterstützen, betreuen, aktivieren, vorsorgen, planen und organisieren, intervenieren, vermitteln, Kontakte und Netzwerke gründen, Angehörige entlasten und vieles mehr. Hierbei können tiergestützte Interventionen in unterschiedlicher Weise eingebracht werden und unterschiedliche Aufgaben erfüllen. In Altenheimen kann ein Tierbesuchsdienst eingerichtet werden, der den Bewohnern ermöglicht, mit den Tieren über all ihre Sinne Kontakt aufzunehmen, als auch den Angehörigen eine große Stütze sein.

Auch in der Arbeit mit einzelnen Betroffenen öffnet ein Tier viele neue Möglichkeiten. WOOG (2006) spricht dabei von sechs Dimensionen, die beachtet werden sollten, um sich einem Klienten so zu nähern, dass die wünschenswerte Unterstützung in der Arbeit erreicht wird.

Als erste Dimension nennt Woog das Beobachten, wobei es vorrangig darum geht, die Sachlage zu erkennen und zu erfahren, was dem alten Menschen selbst wichtig ist. (vgl. WOOG 2006, S. 171f.) Schon diese erste Dimension kann das Mitbringen eines Tieres erleichtern. Geht man davon aus, dass das Tier als sozialer Katalysator fungiert und eine Kontaktaufnahme vereinfacht, kann man sagen, dass die Wahrscheinlichkeit, dass der Klient sich dem Tier oder auch dem Sozialarbeiter gegenüber zu seiner Person, seiner Situation oder seinen Wünschen äußert, sich mit Einbringen eines Tieres erhöht. Wie bereits erwähnt, schaffen es Tiere, Angst und Stress zu nehmen. In der ersten Begegnung kann das für den Klienten eine große Entlastung darstellen.

Die nächste Dimension, ist die des Gewinnens von Vertrauen, eine wichtige Voraussetzung für das erfolgreiche soziale Arbeiten, denn nur so öffnet sich ein Zugang zu dem alten Menschen, womit eine Unterstützung überhaupt erst möglich wird. Der Mensch soll dabei sein wie er ist, der Sozialarbeiter passt sich dabei dem Menschen an und akzeptiert ihn wie er ist und schafft somit eine Vertrauensbasis. (vgl. WOOG 2006, S. 172) Genau diese Form der Anpassung und Akzeptanz des Gegenübers ist auch das, was die Beziehung vom Tier zum

Menschen so außergewöhnlich macht und eine Situation vertrauensvoll gestalten lässt. Die Kommunikation mit dem Tier findet, wie schon beschrieben, auf einer anderen Ebene statt. Ein Tier bringt seinem Gegenüber bedingungslose Akzeptanz und Unvoreingenommenheit entgegen. Gerade wenn der Klient dementiell erkrankt und in seiner Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt ist, kann ein Tier durch die analoge Kommunikation und den Wegfall des Erwartungsdrucks dafür sorgen, dass der Klient Vertrauen aufbaut, sich öffnet und versucht, sich mitzuteilen. Zudem ist es möglich, dem Klienten das Tier betreffende Aufgabe zu stellen, wie zum Beispiel das Bürsten des Fells. So hat er das Gefühl, dem Tier für seine Zuwendung etwas zurückgeben zu können und erlebt das Gefühl, gebraucht zu werden. Dieses Gefühl ist besonders wichtig für Demenzkranke, da sie sich selbst allzu häufig als hilflos und abhängig empfinden.

Als nächste Dimension wird das Setzen von Grenzen bezeichnet. Damit ist das Gleichgewicht zwischen Nähe und Distanz gemeint, jedoch unabhängig vom Einsatz eines Tieres.

Als vierte Dimension wird das Anknüpfen an Möglichkeiten benannt und bezieht sich unter anderem auf die Aktivierung von Erinnerungen und Wünschen und auch auf die Ausgestaltung und den Aufbau eines sozialen Netzwerkes. (vgl. WOOG 2006, S. 173) In dieser Dimension ist der Einsatz eines Tieres hilfreich, denn durch seine Anwesenheit werden nicht selten Erinnerungen an frühere Erfahrungen mit Tieren erweckt, auch und gerade bei Demenzkranken. Das Knüpfen beziehungsweise aufleben lassen von Kontakten kann durch das gemeinsame Spazierengehen mit dem Tier erleichtert werden. Wieder kann das Tier als Unterstützung für die Kontaktaufnahme dienen.

Die letzte Dimension ist das Wecken von Interessen, wobei der alte Mensch zu Neuem ermutigt werden soll. (vgl. WOOG 2006, S. 173f) Hier kann das Tier begleiten, um so Mut zu geben und den Kontakt zu anderen Teilnehmern erleichtern. Dabei können Unterschiede auftreten im Bezug auf das Angebot, welches stattfinden soll und welche Tierart bei diesem Angebot dabei ist. Tiere haben in der Therapie mit Demenzkranken eine wichtige Funktion, sie helfen dabei geknüpfte Kontakte auch aufrecht zu erhalten. Sie nehmen die Angst und bewirken auch eine Verbesserung der depressiven Verstimmungen.

7 **Gesundheitliche Anforderungen und Hygiene**

Ist der Einsatz von Tieren nun in einer Einrichtung erlaubt, so sollten bestimmte Vorkehrungen eingehalten werden. Dabei ist es egal, ob die Tiere in der Einrichtung leben oder diese als Besuchstier aufsuchen. Das gesundheitliche Wohl des Tieres, des durchführenden Sozialarbeiters, der Pflegekräfte, Therapeuten, der ausgebildeten Fachkraft für Tiergestützte Therapie und des betreuten Patienten sollte bei jeder Einheit und jedem Zusammentreffen im Mittelpunkt stehen. Die Unberechenbarkeit der Tiere und auch der demenziell Erkrankten darf dabei nicht außer acht gelassen werden. GRAHAM (2000) beschreibt dabei drei Hauptkategorien, die bei der Therapie mit Tieren zu beachten sind:

“1) Infections from bites and scratches.

2) Other infections, eg campylobacter, salmonella, ornithosis, streptococcal disease.

3) Parasites, eg ringworm, scabies, toxocariasis and toxoplasmosis.” (GRAHAM 2000, S. 279)

Tiere erregen oft den Anschein Schmutz oder Krankheitserreger einzuschleppen, unhygienisch zu sein oder den Pflege- und Behandlungsablauf durcheinander zu bringen. Eine Angst besteht auch darin, dass manche Menschen auf die Tiere allergisch sind und diese Allergie durch die Anwesenheit der Tiere noch verschlimmert werden könnte.

Grundsätzlich ist dazu zu sagen, dass eine Übertragung von Krankheitserregern auf den Menschen erfolgen kann und zwar auf unterschiedlichste Wege. Meist findet dieser Austausch „durch direkten Kontakt zum Tier, wie Streicheln, Kuss auf Nase oder Schnauze des Tieres oder Belecken durch das Tier“ (SCHWARZKOPF 2003, S. 106) statt. Es gibt dabei vier verschiedene Erregergruppen die zwischen Mensch und Tier ausgetauscht werden können, das sind die Bakterien, die Viren, Pilze und auch Parasiten.

Bakterielle Infektionen sind vor allem auch durch die verhältnismäßig ähnliche Darmflora von Mensch und Tier gegeben. Die Übertragung kann hier durch kontaminierte Lebensmittel, d.h. durch Lebensmittel bei deren Herstellung das Tier anwesend war, verbreitet werden oder auch durch Streicheln des Tieres nachdem es sich in dem Kot anderer Tiere gewälzt hat. Besonders großes Risiko besteht bei Kleinkindern, älteren Menschen oder Menschen die bereits krank sind. Auch Vögel und Fische können Keime übertragen, z.B. bei der Reinigung des Aquariums, bei der man durch kleine Wunden die Fischtuberkulose bekommen kann.

Infektionen durch Viren sind eher selten und gerade bei der Tollwut ist durch die Impfung das Risiko einer Ansteckung eher gering.

Pilzinfektionen befallen meist die Haut, aber auch Nägel und Haare. Übertragen werden diese durch Streicheln oder durch Belecken durch das Tier. Pilzsporen können Tiere im Fell oder sogar auf der Zunge tragen.

Parasiten sind in zwei Infektionsarten zu unterscheiden. Die Protozoen, die vor allem durch junge Katzen übertragen werden und für Schwangere gefährlich werden können und die Würmer, die seit den regelmäßigen Entwurmungen seltener geworden sind. (SCHWARZKOPF 2003, S. 107 ff)

So beschreibt GRAHAM (2000) einige Möglichkeiten und Maßnahmen wie man sich vor einer Gesundheitsgefährdung durch Tiere schützen kann:

- Alle Bisse und Kratzer müssen auf der Stelle ausgewaschen und desinfiziert werden. Diese Vorfälle sollten allerdings gar nicht erst passieren. Vor einem Einsatz muss das geeignete Temperament des Tieres ausgewählt werden.
- Jeglicher Schmutz, den das Tier verursacht, sollte sofort weggeräumt werden.
- Wenn möglich sollten bei der Beseitigung von tierischen Exkrementen Handschuhe getragen werden.
- Nachdem man mit einem Tier in Kontakt war und zu einer anderen Tätigkeit übergeht, sollten die Hände gewaschen werden.
- Hunde und Katzen sollten regelmäßig eine Wurmkur bekommen, genauso wie regelmäßige Besuche beim Tierarzt, bei denen das Tier durchgecheckt wird.

Bei Tieren ist grundsätzlich auf die artgerechte Haltung des Tieres, die gesunde Ernährung von Tier und Mensch und allgemein übliches Händewaschen von großer Bedeutung. Um sich diese Abläufe jedoch einfacher und für jeden zugänglich zu machen, wird meist von den Einrichtungen ein Hygieneplan nach §36 Infektionsschutzgesetz gefordert. Ebenso sollte es für das Personal eine Aufklärungsveranstaltung geben, wie mit eventuellen Kratzern, Bissen oder den notwendigen Hygienemaßnahmen umgegangen werden muss. „Im Gesundheitswesen ist dies die BGV C8 (früher VBG 103), die den Personalschutz regelt.“ (SCHWARZKOPF 2003, S. 111)

8 Praxisbeispiel: Aufbau und Wirkung der tiergestützten Therapie bei Demenzkranken in drei Therapiestunden einer Gerontopsychiatrie

8.1 Allgemeines zum Praxisbeispiel

„Das Klinikum München-Ost der Isar-Amper-Klinikum gemeinnützige GmbH ist eines der größten Fachkrankenhäuser für Psychiatrie, Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Neurologie in Deutschland und gleichzeitig Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München. Mit über 2200 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, annähernd 1200 Betten und 90 teilstationären Plätzen leistet das Klinikum die psychiatrische Vollversorgung der Landeshauptstadt München und Umland mit Spezialisierungen für die Bereiche Sucht, Gerontopsychiatrie und Forensische Psychiatrie. Ferner stehen innerhalb der allgemeinpsychiatrischen Abteilungen spezielle Stationen zur Krisenintervention und für die Behandlung von Depressionen, Doppeldiagnosen, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatischen Erkrankungen zur Verfügung.“ (IAK 2012)

Ich betreue im Isar-Amper-Klinikum als Sozialarbeiterin mit einer 70 Prozent-Stelle eine der sechs gerontopsychiatrischen Abteilungen. Die Abteilungen sind aufgeteilt in drei offene und drei geschlossene Stationen. Ich betreue eine geschlossene Station mit dem Schwerpunkt Sucht, die ungefähr 19 Betten für Patienten zur Verfügung stellt.

Die Patienten der sechs Stationen bekommen zwei Mal in der Woche die Möglichkeit an der dort montags- und dienstagnachmittags angebotenen Tiergestützten Therapie mit Hunden teilzunehmen. Die Teilnahme an den beiden Veranstaltungen ist freiwillig, das Angebot richtet sich jedoch nach Schwerpunkt am Montag vor allem an Menschen mit einer Demenzerkrankung und Dienstag an Menschen mit Depressionen. Durchgeführt wird die Therapie von der Chefärztin und ihren beiden Golden Retriever - Hündinnen Cara und Jolie und zur Unterstützung ist meistens eine weitere Ärztin dabei, deren Hund Sandy früher auch bei der Therapie dabei war. Die beiden Ärztinnen und ihre Hunde haben eine Ausbildung in München mit ihren Hunden zum Therapiehundeteam gemacht und die jüngste Hündin Jolie nimmt dort immer noch regelmäßig teil. Die Teilnehmer, die in der Therapie beobachtet wurden, kamen aus der geschlossenen Station, auf der ich als Sozialarbeiterin tätig bin und wurden anhand des nachfolgend erklärten Frage- und Beobachtungsbogens zur Wirkung der Tiere und der tiergestützten Therapie befragt.

8.2 Aufbau der ersten Therapiestunde

In der Therapiestunde wird ungefähr eine viertel Stunde vor Eintreffen der Patienten der große Begegnungsraum des Hauses mit einem Schaumstoffquadrat ausgelegt und Stühle darum zu einem Sitzkreis aufgestellt. Die Hunde haben auf dem Schaumstoffquadrat einen besseren Halt und haben so auch ihren Arbeitsplatz gekennzeichnet, den sie bei Gegebenheit auch nach mehreren Seiten verlassen und sich zurückziehen können. Entsprechend der jahrelangen Erfahrung, die in der sogenannten Hundestunde, die auch unter diesem Namen bei Pflegern und Patienten bekannt ist, wurden viele Materialien gesammelt, die bei den einzelnen Stunden zum Einsatz kommen können. Ist der Arbeitsbereich mit Hunden und Patienten aufgebaut, kommen diese am Montag um 16:00 Uhr zur Therapieeinheit. Die Patienten kommen teilweise mit Rollstuhl, Gehhilfen oder auch zu Fuß in Begleitung einer Pflegekraft der jeweiligen Station zur Therapieeinheit. Die Therapie findet in diesem Falle nicht auf den jeweiligen Stationen sondern außerhalb statt, was mitunter die Gründe hat, dass sich teilweise Personen auch nicht mit den Tieren auseinandersetzen möchten und die Patienten so auch mobilisiert und motiviert werden, an der Therapie teilzunehmen, obwohl sie dabei die Station verlassen. Die Patienten, die in den Einheiten mit einer maximalen Anzahl von neun bis zehn Personen besetzt werden können, nehmen auf den Stühlen um das mit Schaumstoff ausgelegte Viereck Platz. Sind alle auf ihren Plätzen, Patienten, Pflege, Ärzte und auch die Hunde, so startet die Therapieeinheit mit einer Vorstellungsrunde.

In der ersten der drei Therapieeinheiten wurden die Hunde zuerst namentlich vorgestellt. Die Hunde haben die Möglichkeit sich den Patienten zu nähern, können aber auch von ihrem festen Platz aus als erstes nur angesehen und von weitem kennen gelernt werden. In dieser ersten von den drei beobachteten Einheiten nehmen neun Personen teil. Die Patienten werden gefragt, ob sie das Alter der Hunde richtig schätzen können oder auch wie alt Hunde allgemein werden können, die Beteiligung der Teilnehmer an den Fragen, wird in den nachfolgenden Punkten, die auf die Reaktionen und Wirkungen der Therapiestunde eingehen noch näher bearbeitet. Nachdem die Teilnehmer anhand einiger auflockernder Fragen, auch nach der Frage, ob einige eigene Hunde besessen haben die Tiere beobachten und teilweise auch schon streicheln konnten, wird eine offizielle Begrüßungsrunde mit den Hunden durchgeführt. Jeweils eine Ärztin geht mit einem Hund und Leckerlis durch die Reihen, dass jeder auch wirklich jeden Hund begrüßen kann. Die Hunde kommen dabei ausführlich in

Kontakt mit den Patienten und regen auch teilweise einzelne Teilnehmer zum Gespräch über die Tiere an. Die Sinne der Patienten werden schon in der Begrüßungsrunde geschult. Sie müssen genauer fühlen, um den Unterschied beim Streicheln der eineinhalbjährigen Jolie und der achtjährigen Cara zu unterscheiden. Viele der Patienten können noch nicht auf die Frage, wer von den beiden Hündinnen die Ältere ist, eingehen und antworten mit der Farbe des Fells auf die Frage, sodass diese nochmals gestellt werden muss. Die Bewohner erfühlen und liegen meist richtig damit, dass der jüngere Hund ein noch struppigeres Fell hat. Einigen Patienten fällt die rosa Farbe der Nase auf und sind angeregt dazu selber Fragen zu stellen. Die Ärztinnen antworten darauf, dass sich die helle Nase aufgrund der Jahreszeit erst wieder im Sommer dunkler verfärbt und im Winter immer heller wird. Nach der Begrüßungsrunde findet der Hauptteil der Einheit statt. Die Teilnehmer werden motorisch und kognitiv dazu aufgefordert, darüber nachzudenken was Hunde können müssen und sollen dann die Befehle auf Papier schreiben, das dann in einen Würfel, der an jeder Seite eine Lasche hat, gesteckt werden kann. Die Patienten müssen überlegen, ihr Gedächtnis wird durch eine aktive Teilnahme und auch direkte Ansprache der Patienten angeregt. Die Teilnehmer werden dazu aufgefordert einen Stift in die Hand zu nehmen und etwas aufzuschreiben, dies ist eine motorische Übung. Den Teilnehmern fallen relativ schnell sechs Befehle ein, die sie dann selber auf das Papier schreiben und in die kleinen Laschen des Würfels stecken müssen. Einigen fällt dies sehr schwer, da ihre Hände zittern und sie den kleinen Spalt zum Aufziehen der Lasche schwer erwischen können. Die sechs Begriffe, die gefunden wurden sind „Bring“, „Platz“, „Pfote geben“, „Such“, „Komm“ und „Männchen“. Die Teilnehmer bekommen jetzt nacheinander die Möglichkeit zu würfeln und die jeweiligen Aktivitäten mit den Hunden durchzuführen und selber den Befehl zu geben. Es wird deutlich, dass sich viele der Teilnehmer darauf freuen zu würfeln und dem Hund die Aufgabe richtig zugeteilt zu haben. Im Rahmen der tiergestützten Therapie können den Demenzkranken Aufgaben aufgetragen werden, die sich an ihren Fähigkeiten orientieren, z.B. auch das Bürsten des Tieres. Das Erledigen dieser Aufgaben erfüllt die Patienten mit Stolz und Anerkennung. Der dementiell Erkrankte erfährt sich so als kompetent, wichtig und integriert, was depressive und aggressive Gefühle mindern kann. Die Patienten bekamen ihre Anweisungen, wie sie den Hunden die Befehle geben, nebenbei wurden noch spielerische Elemente eingebaut, bei denen die Hunde mit den Patienten gemeinsam kleine Kunststücke, wie einmal rückwärts laufen, um den

Patienten in der Mitte oder durch die Füße eine acht laufen. Sie wurden dazu angeregt aufzustehen, sich zu bewegen und dem Hund genug Platz zu schaffen, damit dieser durch die Füße laufen kann. Am Ende der Therapiestunde saßen alle Patienten wieder auf ihrem Platz und konnten in einer Abschiedsrunde die Hunde mit Leckerlis aus der Hand füttern und noch einmal Streicheln oder Pfote geben lassen. Die Patienten wurden am Ende der Stunde von den Pflegekräften wieder auf die Stationen begleitet.

8.3 Aufbau der zweiten Therapiestunde

In Therapiestunde zwei waren insgesamt vier Patienten anwesend. Nachdem alle Platz genommen haben, wurden die Patienten gleich mit einer Frage eingestimmt und ihre kognitiven Fähigkeiten angeregt. Die Frage nach dem Namen der Ärztinnen konnte schwer beantwortet werden, die Namen der Hunde wurden von den Teilnehmern gemeinsam jedoch wieder gemeinsam beantwortet. Einigen fiel es schwer, die Namen auszusprechen, aber jeder konnte sich noch sehr gut an die Hunde erinnern. Es folgte wieder eine Begrüßungsrunde mit beiden Hunden. Dieses Mal wird als Hauptteil mit den Patienten und den Hunden das Spiel Boule durchgeführt. Die Patienten wurden in zwei Gruppen geteilt und bekamen kleine Sandsäckchen in die Hand. Bei dem Spiel geht es darum, dass eine kleine Kugel in die Mitte geworfen wird und mit den Kugeln (Stoffbälle mit Sand gefüllt) nahe an die mittige Kugel geworfen werden soll. Das Team das am nächsten an der mittigen Kugel dran ist, gewinnt. Das Team wird nach den Farben der Stoffkugeln aufgeteilt. Teilnehmer können sich entscheiden, welche Farbe sie gerne hätten, es fällt einigen jedoch schwer sich daran zu beteiligen. Es werden drei Runden gespielt, nach jeder Runde darf sich jeder Mitspieler des Siegerteams etwas von den Hunden selber wünschen oder eine der bereits vorbereiteten Karten, auf denen Befehlen stehen, ziehen. Einige Teilnehmer sind in der Lage sich selber eine Aufgabe zu überlegen. Die Hunde bringen nach jeder Runde die geworfenen Stoffbälle wieder zu den jeweiligen Teammitgliedern, auch so haben die Bewohner die Möglichkeit mit dem Tier in Kontakt zu treten und auch die mit Sand gefüllte Stoffkugel ist für viele der Teilnehmer angenehm in der Hand zu kneten. Beliebt ist wieder, dass die Hunde etwas suchen sollen und die Teilnehmer einen Gegenstand selber verstecken können. Bei der Abschiedsrunde verabschiedet sich jeder Hund von jedem Patienten und auch die anfangs schüchternen Teilnehmer konnten nun dem Hund ein Leckerli aus der Hand geben.

8.4 Aufbau der dritten Therapiestunde

In der dritten Therapiestunde, mit fünf Teilnehmern, wurde die achtjährige Golden Retriever Hündin von Sandy, einer Mischlingshündin aus Italien, ersetzt. Die Teilnehmer konnten sich bei der Begrüßungsrunde noch an Jolie erinnern, da aber Sandy neu war, wurde sie den Patienten noch einmal extra vorgestellt. Sandy ist eine Hündin aus dem Tierschutz und kommt ursprünglich aus Italien. Die Teilnehmer hörten der Geschichte aufmerksam zu. Eine Teilnehmerin konnte sich damit gut identifizieren, da sie selber im jungen Erwachsenenalter erst nach Deutschland kam. Diese Patientin wird in den Beobachtungen nicht weiter erwähnt, da sie nur an einer Sitzung teilgenommen hatte und somit kein weiterer Verlauf festgestellt werden konnte. Erwähnt soll sie hier dennoch kurz werden, da sie sich in dieser Einheit sehr auf den Hund aus Italien bezogen hatte und sich sichtlich freute diesen Hund gesehen und kennengelernt zu haben. Sandys Alter kann aufgrund ihrer ungewissen Herkunft nicht genau bestimmt werden, sie wurde auf dreizehn Jahre geschätzt und die Teilnehmer dazu angeregt sich zu überlegen, wie alt Sandy im Menschenalter wäre. In dieser Einheit wird wie in Einheit zwei das Spiel Boule durchgeführt, die Teilnehmer konnten sich teilweise daran erinnern, dass sie dieses Spiel bereits durchgeführt hatten. Dieses Mal wurde zuvor mithilfe eines Schaumstoffwürfels ausgeknobelt wer von den Teams anfangen darf. Die Teilnehmer würfelten und mussten die Zahlen der Größe nach erkennen, welches ist die höchste Zahl? Wer darf dann anfangen? Besonders beliebt ist bei den Teilnehmer in dieser Einheit, dass Sandy eine Rolle durchführen sollte und die Hunde Männchen machen sollten.

Am Ende der Einheit fand wieder eine Abschiedsrunde mit den Hunden und den Teilnehmern statt. Einer der Hunde rollte dieses Mal am Ende noch einen Teppich aus, auf dem die Wörter „Auf Wiedersehen“ zu lesen war. Die Teilnehmer verabschiedeten sich noch einmal von den Hunden und machten sich am Ende wieder auf den Weg zu ihren Stationen.

8.5 Aufbau der vierten Therapiestunde

In Therapiestunde vier waren vier Teilnehmer anwesend. In dieser Einheit wurde Sandy wieder durch Cara ersetzt. Die Patienten konnten sich noch gut an Jolie erinnern, die Hündin, die in jeder Therapieeinheit anwesend war. Die Namen der Hunde werden noch einmal der Reihe nach erklärt und auch die Ärztin stellt sich noch einmal vor. In dieser Einheit führt die

Chefärztin der Gerontopsychiatrie II die Einheit alleine mit ihren Hunden durch. In dieser Einheit wird der eigentliche Sinn der Rasse des Golden Retriever erklärt und noch einmal nach der Rasse der eigenen Hunde der Patienten gefragt. Die Patienten sind sichtlich erfreut darüber, lächeln mehr und reden sehr gerne über ihre eigenen Haustiere, jeder Teilnehmer in dieser Einheit gibt an, einmal einen Hund besessen zu haben. Der Hauptteil der Einheit wird nun wie in Therapiestunde eins mit dem Würfel gestaltet. Die Zettel mit den Kommandos, die dieses Mal an in die Laschen des Würfels gesteckt werden sind ähnlich denen aus der ersten Einheit: „Sitz“, „Such“, „Platz“, „Bring“, „Fuß“ und „Spring“. Wird „Spring“ gewürfelt, werden an die Patienten Hulahup-Reifen verteilt, die gehalten werden sollen, während die Hunde durch die Reifen springen. Am Ende der Einheit findet wieder die Abschiedsrunde statt und als besonderes Highlight zeigt Cara, dass sie sich selber mit einer Decke zudecken und schlafen legen kann und läutet somit noch mal das Ende der Therapiestunde ein.

8.6 Wirkung der tiergestützten Therapie anhand drei ausgewählter Patienten

8.6.1 Beobachtungen zu Teilnehmer A

Patient A, der nun genauer beobachtet werden soll in den Therapieeinheiten, wurde aus einem anderen Klinikum aufgrund einer akuten Alkoholintoxikation bei chronischer Alkoholabhängigkeit mit zunehmender Aggressivität, Verweigerung der Medikamenteneinnahme und Desorientierung sowie wiederholt geäußelter Suizidalität eingeliefert. Die Diagnosen seines Krankheitsbildes sind:

- Alkoholentzugsdelir (ICD-10 F10.4)
- Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.2)
- Demenz vom Alzheimer-Typ (ICD-10 F00.1)
- DD Alkoholdemenz (ICD-10 F10.73)
- Suizidalität
- Rezidivierende Stürze
- Z.n. chronischer SAB links bei Z. n. Schädelhirntrauma
- Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.00)
- Diabetes mellitus Typ 2 (ICD-10 L90)
- Mitralinsuffizienz I°
- Trikuspidalinsuffizienz I°

- Normochromo-normozytäre Anämie
- Thrombocytopenie

Herr A wird als sehr aggressiv in der Station gegenüber der Pflege und den Mitpatienten beschrieben. Er zeigt keine Krankheitseinsicht, kommt aber gerne zu der Therapie mit den Hunden mit. Das Angebot nimmt er freiwillig wahr. Da Herr A schon einmal auf der geschlossenen gerontopsychiatrischen Station im Klinikum war, kann er sich noch an die Teilnahme an der Therapie erinnern. Ist in der ersten Therapiestunde deutlich distanziert und wirkt so als würde er noch einige Zeit brauchen, um sich wieder einzufinden. Im Verlauf der Therapie wird deutlich, dass sich Herr A von Therapiestunde zu Therapiestunde immer mehr öffnet. Den Tieren gegenüber war er von Anfang an aufgeschlossen, zeigte im Verlauf eine regere Teilnahme. Herr A konnte Anweisungen umsetzen und sich auch bei Fragen, die gestellt wurden, einbringen. Er konnte in der dritten Einheit als einziger das Alter der Hündin Sandy berechnen, nach deren Lebensalter in Menschenjahren gefragt wurde. Er war in den Einheiten mit dem Würfel meist der erste der einen Vorschlag bezüglich der Kommandos an den Hund einen Beitrag gebracht hat. Herr A zeigte meist mit einem Lächeln, wie wohl er sich in Gegenwart der Hunde fühlte und konnte in der letzten gemeinsamen Einheit, die ich als Beobachterin besuchte auch eine eigenen Geschichte aus seinem Leben einfließen lassen. Seine positive Grundeinstellung gegenüber den Hunden und Tieren allgemein ermöglichten Herrn A, dass er sich mit der medikamentösen Therapie und vor allem auch der Hundetherapie weiter öffnen konnte. Herr A erkannte auch mich nach den Hundetherapien wieder, wenn wir uns auf der Station begegnet sind. Das Verhalten hat sich durch das Zusammenspiel der Therapieformen bei Herrn A innerhalb der Beobachtungszeit deutlich gebessert und die vorher genannte Aggressivität trat zum letzten Stand der Beobachtungen nicht mehr auf.

8.6.2 Beobachtungen zu Teilnehmer B

Herr B wurde von einem Krankenhaus aufgrund eines Verwirrtheitszustandes in das Isar-Amper-Klinikum überwiesen. Er zeigte dort eine sensomotorische Aphasie, sowie eine deutliche Desorientierung. Herr B sagt bei der Aufnahme, dass er seit mehreren Monaten zunehmend Gedächtnisstörungen bemerke. Er lebt wohl derzeit noch mit seiner

Lebensgefährtin zusammen. Alkohol stellt ebenfalls ein Problem von Herrn B dar. Die genauen Diagnosen seines Krankheitsbildes sind:

- Delir bei Demenz(ICD-10 F05.1)
- Alzheimer-Demenz, gemischte Form (ICD-10 F00.2, G30.8)
- Mediateilinfarkt links, Atiologie arterioarteriell-embolisch (ICD-10 I63.5) v. a. Alkoholabhängigkeit (ICD-10)
- Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.00)
- Hochgradige Epitheldysplasie beider Stimmlappen (ED 1995) (ICD-10 C32.0)
- Radiatio 2005, Z. n. Laserresektionen
- V.a. pathologische Glucosetoleranz (ICD-10 R73.0)

Herr B war auf der Station von Anfang an passiv. Die freiwillige Therapieteilnahme hat Herr B nicht in Anspruch genommen. Hat sich auf der Station vermehrt zurück gezogen und keinen Kontakt zu seinen Mitpatienten gesucht. Er wollte nicht auf der Station bleiben und war anfangs vermehrt an der Tür und wollte nach draußen. Im Laufe der Wochen seiner Therapieteilnahme montags hat sich Herr B, wenn auch nur ein klein wenig, verändert. Er konnte den Hunden gegenüber Nähe zulassen, sie streicheln und auf ihn zukommen lassen. Vor allem die junge Hündin Jolie hat er in sein Herz geschlossen und konnte sich auch vorrangig an ihren Namen erinnern, wenn er danach gefragt wurde. Hat durch die Teilnahme an der Therapie am Ende einen Freund auf der Station gefunden, mit dem er reden konnte.

8.6.3 Beobachtungen zu Teilnehmer C

Bei Herrn C wurde schon vor über einem Jahr in einem Krankenhaus die Demenz festgestellt. Nach einer Hüft-OP wurde bei Herrn C eine massive Verwirrtheit und Unruhe festgestellt. Bei Einlieferung ins Isar-Amper-Klinikum hat Herr C seine Angehörigen wohl nicht wieder erkannt. Er lebte bis zum Zeitpunkt der OP alleine zu Hause, seine Frau ist bereits vor mehreren Jahren verstorben. Bisher konnte sich Herr C noch alleine in seinem Haus versorgen. Die genauen Diagnosen von Herrn C bei Aufnahme waren:

- Delir bei Demenz(ICD-10 F05.1)
- Demenz vom Alzheimer-Typ (ICD-10 F00.2, G30.8)
- Z. n. Hüft-TEP-Implantation rechts am 22.02.2012
- Coxathrose rechts

Herr Cs einschneidendes Erlebnis war die Hüftoperation kurz vor seiner Einlieferung ins Isar-Amper-Klinikum. Davor war er selbstversorgend ohne Pflegedienst zu Hause. Nach der Operation waren vor allem auch seine sprachlichen und kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt. Herr C war einer der schwierigsten Patienten, die an der Therapie teilgenommen haben. Anfangs wirkte er auf die ganze Gruppe eher störend. Er nuschte mehr vor sich hin als mit anderen oder den Hunden in Kontakt zu treten. Konnte jedoch beim Kontakt, dem Berühren und Streicheln der Hunde etwas zur Ruhe kommen. Er zeigte seine ausgeprägten Weglauftendenzen jedoch auch während der Therapieeinheit. Im Laufe der Zeit konnte er sich besser auf die Hunde einlassen. Der Kontakt zu den Mitpatienten war jedoch weiter schwierig, aber er wirkte nicht mehr störend auf diese. Herr C brauchte den direkten Kontakt mit den Hunden um seine Sprache etwas ordnen zu können, bei anderen Therapiemöglichkeiten war eine Mitnahme schwer möglich.

9 Fazit

Die vorliegende Arbeit wollte anhand von praktischen Einsätzen und Studien die erfolgreiche Arbeit der tiergestützten Therapie und die positiven Auswirkungen von Tieren auf Demenzkranke darstellen.

Es konnte festgestellt werden, dass der Kontakt zu Tieren gerade Menschen, deren kognitive Fähigkeiten beeinträchtigt sind, auf einer tieferen Ebene ansprechen und aktivieren kann. Sowohl körperliche als auch psychische Auswirkungen können durch tiergestützte Interventionen erreicht werden. Bei der Arbeit mit Demenzkranken liegt hier der besondere Gewinn auf einer Steigerung der Lebensqualität.

Durch die Ansprache aller menschlichen Sinne können Kontaktprozesse in Gang gebracht werden, die Möglichkeiten zur Verbesserung des gesundheitlichen, kognitiven, sozialen und emotionalen Zustandes der dementiell Erkrankten bieten. Dies belegen auch die vorgestellten Studien. Mit dem Einsatz tiergestützter Maßnahmen eröffnet sich also die Chance für mich als Sozialarbeiterin oder auch für die Fachkräfte für tiergestützte Therapie und Fördermaßnahmen, die in Wien an der Universität ausgebildet werden, sowohl auch für Pflegekräfte und Ärzte einen Zugang zu demenzkranken Menschen zu bekommen, der eine erfolgreiche Arbeit erst möglich macht. Insofern kann die Frage, ob Tiere eine Therapie beziehungsweise die Arbeit mit demenziell Erkrankten fördern und unterstützen können und auch sollten nur mit einem klaren „Ja“ beantwortet werden. Außer den bereits erwähnten Teilnehmern, die definitiv von der tiergestützten Therapie profitierten, natürlich auch im Zusammenhang mit der medikamentösen Einstellung, gab es noch einige andere Teilnehmer, die davon profitieren konnten. Eine ältere Dame, die in der zweiten Therapiestunde anwesend war, gab an, Hunde zu fürchten und schlechte Erfahrungen gemacht zu haben. Im Umgang mit den Hunden jedoch konnte sie ihre Einstellung und die Angst etwas ablegen, sie streichelte und fütterte die Hunde als wäre es eine Selbstverständlichkeit. Doch auch besonders die drei Teilnehmer, die regelmäßig in den Therapieeinheiten erschienen sind, konnten davon profitieren. Herr C, der sich mit Worten nicht mehr gut und eindeutig verständigen konnte, der immer wieder unzusammenhängende Sätze sprach, konnte durch die Berührung des Tieres und der Tatsache, dass es ihm zuhörte, egal was er sagte, zu dem Tier eine Art Vertrauen aufbauen. Er konnte seine Freude zeigen, das Tier zu sehen, indem er lächelte und dem Tier viel Aufmerksamkeit schenkte. Ich selber habe in der Therapieeinheit

noch nicht erlebt, dass den Hunden mit Abscheu begegnet wurde. Ganz im Gegenteil wurde ihnen ein Vertrauen und ein Lächeln geschenkt, dass den Ärzten, Pflegern und menschlichen Therapeuten oft versagt bleibt. Einem Tier gibt man nicht die Schuld dement zu sein und auf einer geschlossenen Station in einem Krankenhaus sein zu müssen. Die Hunde sorgen weder dafür, dass sie hier bleiben müssen, noch werten sie und das ist den Patienten und insbesondere wohl auch den drei beobachteten Teilnehmer sehr bewusst gewesen. Ihnen fiel es oft schwer sich die Namen der Hunde zu merken, doch sie strengten sich an und überlegten sehr lange.

10 Anhang

10.1 Ausgefüllte Fragebögen der Teilnehmer

10.1.1 Fragebogen von Teilnehmer A

Die Antworten auf die Fragebögen werden in dieser Arbeit nicht wortwörtlich, sondern sinngemäß wieder gegeben. Die Teilnehmer sprachen oft abschweifend und nicht zusammenhängend. Nachfragen wurden bei Angehörigen der Patienten eingeholt um den Wahrheitsgehalt zu sichern.

Wie viele Teilnehmer pro Einheit?	9, 4, 5, 4
Wie viele weibliche TN, wie viele männliche TN?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stunde: 5 m & 4 w 2. Stunde: 3m & 1 w 3. Stunde: 3 m & 2 w 4. Stunde: 4 m
Allgemein Lieblingstiere?	Hund, Raubtiere
Besitzen Sie ein eigenes Haustier? Bzw. hatten sie schon einmal ein eigenes Haustier?	Derzeit kein eigenes Haustier, hatte aber zwei Dackel.
Wenn nein, hätten Sie gerne ein eigenes Haustier?	Ja.
Wenn ja, welches und wieso?	Einen Hund, weil er mit seinen beiden Dackeln die schönste Zeit seines Lebens hatte und er denkt, es könnte wieder so werden.
Haben Sie schon einmal an der Tiergestützten Therapie teilgenommen?	Ja. Bei letztem Aufenthalt im Klinikum.
Wenn ja, hat es ihnen gefallen?	Ja.
Würden Sie mit einem anderen Tier lieber die Therapie machen als mit dem Hund?	Nein.
Wenn ja, welches Tier und warum gerade dieses Tier?	---
Was wurde in dieser Einheit gemacht?	1. Stunde: streicheln, spielen, füttern,

(Frage wurde nach der ersten Einheit gestellt)	eigene Aktivitäten vorschlagen
Wie fühlen sie sich im Kontakt mit den Tieren?	angenehm, fröhlich, gut
Wissen Sie welchen Namen das Tier hat, mit dem Sie die Therapie machen?	1. Stunde: Jolie und Cara
Können sie sich erinnern, was letzte Woche in der Therapie passiert ist?	War vorher in noch keiner Einheit, sondern die erste Stunde.

10.1.2 Fragebogen von Teilnehmer B

Wie viele Teilnehmer pro Einheit?	9, 4, 5, 4
Wie viele weibliche TN, wie viele männliche TN?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stunde: 5 m & 4 w 2. Stunde: 3m & 1 w 3. Stunde: 3 m & 2 w 4. Stunde: 4 m
Allgemein Lieblingstiere?	Katze und Hund
Besitzen Sie ein eigenes Haustier? Bzw. hatten sie schon einmal ein eigenes Haustier?	Eine Katze und hatte einen Dalmatiner.
Wenn nein, hätten Sie gerne ein eigenes Haustier?	Nein.
Wenn ja, welches und wieso?	--
Haben Sie schon einmal an der Tiergestützten Therapie teilgenommen?	Nein.
Wenn ja, hat es ihnen gefallen?	--
Würden Sie mit einem anderen Tier lieber die Therapie machen als mit dem Hund?	Weiß es nicht genau.
Wenn ja, welches Tier und warum gerade dieses Tier?	Mag Katzen auch sehr gerne und könnte sich auch so eine Einheit gut vorstellen.
Was wurde in dieser Einheit gemacht? (Frage wurde nach der zweiten Einheit gestellt)	Sich an den Namen des Tieres erinnern, streicheln, spielen, Aktivitäten die vorgegeben wurden durchführen.
Wie fühlen sie sich im Kontakt mit den Tieren?	gut, muss immer lächeln, angenehm beim anfassen
Wissen Sie welchen Namen das Tier hat, mit dem Sie die Therapie machen?	Kann sich an Jolie erinnern.
Können sie sich erinnern, was letzte Woche in der Therapie passiert ist?	Kennenlernen, spielen, füttern.

10.1.3 Fragebogen zu Teilnehmer C

Wie viele Teilnehmer pro Einheit?	9, 4, 5, 4
Wie viele weibliche TN, wie viele männliche TN?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stunde: 5 m & 4 w 2. Stunde: 3m & 1 w 3. Stunde: 3 m & 2 w 4. Stunde: 4 m
Allgemein Lieblingstiere?	Sagt, er hat keine. Spricht undeutlich.
Besitzen Sie ein eigenes Haustier? Bzw. hatten sie schon einmal ein eigenes Haustier?	Derzeit kein eigenes. Hatte früher Schäferhunde.
Wenn nein, hätten Sie gerne ein eigenes Haustier?	Weiß es nicht genau.
Wenn ja, welches und wieso?	--
Haben Sie schon einmal an der Tiergestützten Therapie teilgenommen?	Nein.
Wenn ja, hat es ihnen gefallen?	--
Würden Sie mit einem anderen Tier lieber die Therapie machen als mit dem Hund?	Nein.
Wenn ja, welches Tier und warum gerade dieses Tier?	--
Was wurde in dieser Einheit gemacht? (Frage wurde nach der dritten Einheit gestellt)	Kann sich nur an das streicheln des Tieres erinnern.
Wie fühlen sie sich im Kontakt mit den Tieren?	Anfangs unsicher, weiß es nicht so genau, mag gerne streicheln weil es beruhigt
Wissen Sie welchen Namen das Tier hat, mit dem Sie die Therapie machen?	Nein.
Können sie sich erinnern, was letzte Woche in der Therapie passiert ist?	Weiß, dass gespielt wurde.

10.2 Beobachtungsbögen der Teilnehmer

10.2.1 Beobachtungsbogen zu Teilnehmer A

Beobachtungsbogen:			
Raum	Name	+/-	Datum/Besonderheiten
Station	A	-	22.02.2012: Erste Beobachtung von Teilnehmer A auf der Station. Verhalten unterschwellig aggressiv gegenüber Pflege und Mitpatienten. Wird von Angehörigen auch als zu Hause aggressiv beschrieben. Zweiter Aufenthalt auf der geschlossenen gerontopsychiatrischen Station. Schwere Alkoholabhängigkeit. Entgiftung auf der Station. Lächelt wenig, sucht keinen Kontakt zu den Mitpatienten.
Begegnungsraum	A	-/+	27.02.2012: Kennenlernen. Herr A zeigt Interesse. Streichelt. Beim ersten Kontakt mit den Tieren lächelt Herr A, was auf Station selten war. Noch eher passiv beim Mitwirken. Keine Wortmeldung von selber, lehnt an seinem Stuhl und bewegt sich nur wenn er aufgefordert wird oder ein Hund in seine Nähe kommt.
Begegnungsraum	A	+	05.03.2012: Herr A sichtlich erfreut die Hunde wieder zu sehen. Lächelt und streichelt ohne dazu aufgefordert zu werden. Aufgeschlossener in der Einheit. Zeigt auch Eigeninitiative und stellt Fragen zu Fellfarbe der Tiere.
Begegnungsraum	A	+	12.03.2012: Herr A lacht viel, versucht immer wieder von selber mit den Hunden in Kontakt zu kommen. Achtet auf Mitpatienten. Lockt Hunde, dass sie gezielt zu ihm kommen. Verhalten deutlich freundlicher, Haltung offener: verschränkt Arme nicht mehr. Beteiligt sich aktiv ohne direkte

			Ansprache bei den Einheiten.
Begegnungsraum	A	+	19.03.2012: Herr A kommt auf Hunde offen zu. erinnert sich an die Namen der Tiere, aber nicht an die der durchführenden Ärztinnen. Aktive Beteiligung am Spiel. Erzählt während der Einheit von seinen beiden Hunden und von seiner früheren Arbeit als Schlosser in einem Tierpark und im Zirkus und dass er dort auch die Tiger, Panther, Löwen und Elefanten in ihrem Gehege gerne gesehen hat.
Station	A	+	20.03.2012: Kontakt nach der Therapie auch auf der Station freundlicher. Bedankt sich, wenn ihm Tür in den Garten aufgehalten wird, lächelt Mitpatienten und Pflege an. Keine Aggressivität mehr gegenüber der Pflege was wohl auf die gute Kombination von Medikamenten und des Therapieangebotes steht. Verhält sich freundlicher gegenüber Mitpatienten.

10.2.2 Beobachtungsbogen zu Teilnehmer B

Beobachtungsbogen:			
Raum	Name	+/-	Datum/Besonderheiten
Station	B	-	21.02.2012: Erste Beobachtung von Teilnehmer B auf der Station. Motorisch unruhig auf der Station. Geht viel hin und her. Sucht den Ausgang auf der Station. Zeigt deutliche Weglauftendenzen, wird bei Aufgreifen teilweise aggressiv. Erster stationärer Aufenthalt von Herrn B. Stimmung wechselnd und auch teilweise gereizt.
Begegnungsraum	B	-	27.02.2012: Kennenlernen. Herr B. zeigt wenig bis kein Interesse an der Therapie. Versteht seinen Aufenthalt im Klinikum nicht und zeigt eine Verweigerungshaltung. Nur dabei, weil ihm Therapiepflicht auferlegt wurde. Passiv bei der Stundengestaltung, zeigt keinerlei Eigeninitiative. Spricht wenig bis gar nicht und nur bei Aufforderung. Jedoch auch nur das nötigste. Gesichtsausdruck gleichbleibend. Streichelt bei Begrüßungsrunde die Hunde und gibt bei der Abschiedsrunde die Leckerlis. Manchmal flüchtiger Blick zu den Hunden, jedoch kein Versuch der eigenständigen Kontaktaufnahme.
Begegnungsraum	B	-/+	05.03.2012: Herr B zeigt weiterhin eher passives Verhalten. Wenig bis gar keine Eigeninitiative. Gesichtsausdruck mehr oder weniger gleichbleibend passiv. Hunde scheinen ihn jedoch im Gegensatz zur ersten Einheit mehr zu interessieren. Hat Hunde viel im Blick und beobachtet. Streichelt, wenn sich Hunde in seine Nähe begeben, ohne Aufforderung. Sagt nur

			etwas, wenn er angesprochen wird.
Begegnungsraum	B	-/+	12.03.2012: Herr B taut langsam auf. Begrüßungsrunde mit den Hunden aufgeschlossener. Spricht in der Einheit von selber und erzählt über seinen Hund, den er damals hatte und wie viel Freude ihm dieser bereitet hat. Sagt, dass er viel mit seinem Hund spazieren war. Er stockt dann jedoch unterm erzählen hört abrupt auf. Gesichtsausdruck verändert sich positiv, wenn Hunde in seine Nähe kommen. Darf sich bei Aktivitäten Hund aussuchen und zeigt großes Interesse an der jungen Hündin Jolie. Fordert Hunde jedoch nicht von selbst auf, zu ihm zu kommen. Bei Abschiedsrunde liest Herr B laut den Schriftzug „Auf Wiedersehen“ vor.
Begegnungsraum	B	+	19.03.2012: Herr B immer noch eher zurückhaltend, Gesichtsausdruck jedoch deutlich positiver. Begrüßt seine „Lieblingshündin“ von selber ohne Aufforderung. Beteiligt sich in dieser Einheit einmal ohne Ansprache bei der Frage nach den Kommandos und was Hunde können müssen. Fängt jedoch nicht als erster an. Lässt anderen den Vortritt. Spricht wieder von seinen Hunden und wie es damals war mit einem eigenen Hund zu leben und dass das für ihn auch sehr viel Verantwortung bedeutet hat und er das aber gerne gemacht hat.
Station	A	+	20.03.2012: Herr B sagt nach den Einheiten, dass er sich schon auf die nächste Einheit freut. Hat die Therapiepflicht als Anstoß gebraucht. Hat der Pflege auf Station von den Hunden erzählt und auch

			angefangen über sein früheres Leben mit Hund zu sprechen. Konnte sich auch mit einem Mitpatienten anfreunden, der, wie er, die Tiergestützte Therapie mitgemacht hat.
--	--	--	---

10.2.3 Beobachtungsbogen zu Teilnehmer C

Beobachtungsbogen:			
Raum	Name	+/-	Datum/Besonderheiten
Station	C	-	24.02.2012: Erste Beobachtung von Teilnehmer C auf der Station. Herr Cs Konzentrations-, Auffassungs- und Merkfähigkeit und sein Gedächtnis schwer zu beurteilen, da er einen ausgeprägten Sprachzerfall aufweist. Stimmungslage wechselnd, zum Teil gedrückt und gereizt. Zeigt keine Behandlungsbereitschaft oder Krankheitseinsicht. Jedoch kein Anhaltspunkt für Suizidgefahr. Ist weglaufgefährdet. Herr C musste anfangs fixiert werden, massive Weglauftendenzen. Kann sich schwer verständigen, Sprache eingeschränkt. Zeigt keinerlei Motivation. Wirkt abwesend und antwortet auf Fragen gar nicht oder redet leise und unverständlich vor sich hin. Bisher kaum Kommunikationsversuche mit der Pflege oder anderen Mitpatienten.
Begegnungsraum	C	-/+	27.02.2012: Kennenlernen. Herr C desorientiert. Setzt sich auf einen Stuhl, möchte aber gleich wieder aufstehen und gehen. Sprachlich schwierig mit ihm zu kommunizieren. Spricht unzusammenhängende Sätze. Wird von Pflegerin wieder zum Stuhl gebracht und setzt sich hin. Bei der Begrüßungsrunde wird Herr C etwas ruhiger. Hört auf, etwas zu sagen oder Laute von sich zu geben, als die Hunde vor ihm stehen. Wird gefragt, ob er streicheln möchte, sagt dazu nichts. Seine Hand wird zum Hund geführt. Streichelt dann von alleine weitere. Zu diesem

			Zeitpunkt wirkt Herr C beruhigt. Die restliche Therapieeinheit für Herrn C passiv. Kann sich schlecht beteiligen und keine Vorschläge zu Kommandos geben. Fragt immer wieder, ob der Hund jetzt springt und jagen geht. Hin und wieder kurze Momente in denen Herr C anwesend wirkt und sogar auf Fragen kurz antworten kann.
Begegnungsraum	C	-/+	05.03.2012: Herr C erkennt die Hunde nicht wieder, kann keinen Namen nennen. Wirkt jedoch beim Kontakt wieder beruhigter. Konzentriert sich dabei nur auf den Hund. Möchte während der Therapiestunde wieder den Raum verlassen. Zeigt große Verwirrtheit und wenig Interesse, wenn er nicht direkt mit dem Hund in Verbindung steht. Andere Mitpatienten interessieren ihn nicht. Spricht wieder davon, ob der Hund jetzt springt oder jagen geht. Wiederholt diese Frage öfters. Muss immer Karte ziehen, eigene Aktivität nicht vorhanden. Kann seine Wünsche nicht äußern. Streichelt Hunde nicht selber, wenn Jolie oder Cara zu ihm kommen. Passiv in der Stunde. Versuche, ihn einzubinden, scheiterten. Konnte sich außer beim Streicheln der Hunde nicht konzentrieren.
Begegnungsraum	C	+	12.03.2012: Herr C lacht heute viel, an die Namen der Hunde kann er sich nicht erinnern. Ansprache funktioniert im Laufe dieser Stunde besser. Herr C steht dieses Mal nicht auf und versucht weg zu gehen. Wirkt beim Streicheln der Hunde wieder ruhiger. Bekommt dieses Mal viel Kontakt zu den Hunden. Lächelt mehr, als er den Hund streichelt und

			scheint dabei vollkommen konzentriert. Spricht weniger und versucht konzentriert zu antworten. Zeigt jedoch weiterhin sprachliche Probleme. Sagt, dass er selber Schäferhunde hatte. Ist wohl mit diesen immer zur Jagd gegangen. Konnte innerhalb der Stunde jedoch keine weiteren Angaben machen. Beteiligte sich jedoch dieses Mal mit Hilfen der Pflegekräfte an allen Aktivitäten.
Begegnungsraum	C	+	19.03.2012: Herr C offen im Kontakt. Sprachlich weiterhin große Defizite. Öffnet sich im Spiel, tritt jedoch meist nur mit den Hunden in Kontakt. Wendet sich einmal an den Mitpatienten der neben ihn sitzt und fragt nun diesen, ob die Hunde nun im Sprung seien. Nach der Frage wendet er sich jedoch wieder ab und wirkt abwesend. Bei Kontakt zu den Hunden ist er wieder beruhigt und fängt an zu lächeln. Streichelt die Hunde langsam und behutsam. Kontaktaufnahme etwas besser. Kurze Fragen scheint Herr C zu verstehen, er versucht zu antworten, aber meist schwierig.
Station	C	+	20.03.2012: Kontakt nach der Therapie auch auf der Station gelöst. Im sprachlichen geringe Verbesserungen. Kann sich an die Hundennamen nicht erinnern, weiß jedoch, dass er bei einer Therapie dabei war. Erzählt im nächsten Moment wieder etwas anderes und wird dabei sehr undeutlich. Sein Antrieb und seine Weglauftendenzen geringfügig verändert im Laufe der Therapieteilnahme. Bei Herrn C davor die Teilnahme an anderen Therapien unmöglich,

			wirkte störend und wollte auch immer gehen. Bei tiergestützter Therapie hingegen regelmäßig anwesend.
--	--	--	---

11 Literaturverzeichnis

BECKER, MARTY DR. (2007): Heilende Haustiere. Wie Hund, Katze und Maus Sie seelisch und körperlich gesund halten. 1. Aufl. Riva Verlag, München

FALK, JULIANE (2004): Basiswissen Demenz. Lern- und Arbeitsbuch für berufliche Kompetenz und Versorgungsqualität. 1. Aufl., Juventa, Weinheim und München

GRAHAM, BERNIE (2000): Creature Comfort. Animals That Heal. Prometheus Books. New York

GREIFFENHAGEN, SYLVIA; BUCK-WERNER, OLIVER N.(2007): Tiere als Therapie. Neue Wege in Erziehung und Heilung. 1. Aufl., Kynos Verlag, Mürlenbach

HEGEDUSCH, EILEEN, HEGEDUSCH, LARS(2007): Tiergestützte Therapie bei Demenz. Die gesundheitsförderliche Wirkung von Tieren auf demenziell erkrankte Menschen. 1. Aufl., Schlütersche, Hannover

MESSER, BARBARA (2004): Pflegeplanung für Menschen mit Demenz. Was Sie schreiben können und wie Sie es schreiben sollten. 1. Aufl., Schlütersche, Hannover

OLBRICH, ERHARD (2003): Zur Ethik der Mensch-Tier-Beziehung aus der Sicht der Verhaltensforschung. In: OLBRICH, ERHARD; OTTERSTEDT, CAROLA (Hrsg.)(2003): Menschen brauchen Tiere. 1. Aufl., Kosmos, Stuttgart, S. 32-57

OLBRICH, ERHARD (2003): Biophilie: Die archaischen Wurzeln der Mensch-Tier-Beziehung. In: OLBRICH, ERHARD; OTTERSTEDT, CAROLA (Hrsg.)(2003): Menschen brauchen Tiere. 1. Aufl., Kosmos, Stuttgart, S. 68-76

OLBRICH, ERHARD (2003): Kommunikation zwischen Mensch und Tier. In: OLBRICH, ERHARD; OTTERSTEDT, CAROLA (Hrsg.)(2003): Menschen brauchen Tiere. 1. Aufl., Kosmos, Stuttgart, S. 84-90

OTTERSTEDT, CAROLA (2003): Der heilende Prozess in der Interaktion zwischen Mensch und Tier. In: OLBRICH, ERHARD; OTTERSTEDT, CAROLA (Hrsg.)(2003): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Kosmos, Stuttgart, S. 58-68

SCHARF, KARIN (2007): Die Wirkung von Tieren auf Menschen. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe: Tiere öffnen Welten. Ideen – Projekte – Leitlinien zum fachgerechten Einsatz von Hunden, Katzen und Kaninchen in der Altenhilfe. Köln (kda)

SCHWARZKOPF, ANDREAS (2003): Hygiene: Voraussetzung für Therapie mit Tieren. In: OLBRICH, ERHARD; OTTERSTEDT, CAROLA: Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Kosmos, Stuttgart, S. 106-115

VERNOOIJ, MONIKA A.;SCHNEIDER, SILKE (2008): Handbuch der Tiergestützten Intervention. Grundlagen.Konzepte. Praxisfelder. 1. Aufl., Quelle&Meyer, Wiebelsheim

WOOG, ASTRID (2006): Einführung in die Soziale Altenarbeit. Theorie und Praxis. 1. Aufl., Juventa, München

ZAUDIG, MICHAEL (2001): Diagnose und Differentialdiagnose der Depression und Demenz im Alter. In: HEGERL, ULRICH; ZAUDIG, MICHAEL; MÖLLER, HANS-JÜRGEN (Hrsg.): Depression und Demenz im Alter. Abgrenzung, Wechselwirkungen, Diagnose, Therapie. 1. Aufl., Springer, Wien, S. 19-38

ZIMBARDO, PHILIP G./GERRIG, RICHARD J. (2003): Psychologie. 7. Aufl., Springer, Leipzig

12 Internetquellen

ALZHEIMERINFO (2012): Therapie der Alzheimer Demenz

<http://www.alzheimerinfo.de/therapie/index.jsp>

Accessed: 2012-03-08

BICKEL, Horst Dr. (2008): Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Selbsthilfe Demenz. Das Wichtigste. Die Epidemiologie der Demenz.

<http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01.pdf>

Accessed: 2012-03-07

IAK (2012): Herzlich willkommen im kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost.

<http://www.iak-kmo.de/>

Accessed: 2012-03-25

13 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Formen und Häufigkeiten der Demenzen, (vgl. FALK 2004, S. 39)

Abb. 2.: Phasen im Krankheitsverlauf (vgl. FALK 2004, S. 55)

Abb. 3.: Differentialdiagnose des Delirs und der Demenz (vgl. FALK 2004, S. 31)

Abb. 4.: Zusammenfassung der Wirkungen von Tieren, (vgl. VERNOOIJ 2008, S. 139 ff)

Abb. 5.: Bedürfnispyramide nach A. H. Maslow (<http://dialogmarketing.anarcho-versand.de/wp-content/uploads/2011/03/maslow.gif>)

Abb. 6.: Pet dogs as nonverbal communication links in hospital psychiatry (Corson, Corson 1977) in (HEGEDUSCH 2007, S. 84)

14 Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Puhl
 Vorname: Kerstin
 Staatsangehörigkeit: deutsch
 Geburtsdatum: 18.07.1986
 Geburtsort: Pfarrkirchen
 Anschrift: Mandlstr. 3b

 94439 Münchsdorf
 Deutschland
 Telefon mobil.: +49151 / 4664 8668
 E-Mail: puhl.kerstin@web.de



Bildungsweg

10/2006 – 03/2010 Studium an der Katholischen Stiftungshochschule (KSFH) München, Abteilung Benediktbeuern im Studiengang Soziale Arbeit

 seit Oktober 2010 Berufsbegleitendes Studium zur „Fachkraft für Tiergestützte Therapie und Fördermaßnahmen“ an der Veterinärmedizinischen Universität Wien

Beruflicher Werdegang

04/2010 – 08/2010 Sozialarbeiterin (BA) bei Donner + Partner Bildungszentren GmbH Deggendorf im Standort Pfarrkirchen
 09/ 2010 – 04/11 Sozialarbeiterin (BA) beim Bayrischen Roten Kreuz in der Beruflichen Bildung im Standort München
 04/2011 – 04/12 Sozialdienst in der Gerontopsychiatrie II im Isar-Amper-Klinikum Haar bei München
 ab 01.05.2012 Sozialarbeiterin (BA) bei der Caritas Suchtberatungsstelle im Standort Pfarrkirchen