

Diplomarbeit

**Evaluierung einer pferdegestützten psychologischen
Therapie im Rahmen einer stationären
psychosomatischen Rehabilitation**

eingereicht von

Sarah Benedikta Mitteregger

Mat.Nr.:0433297

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor(in) der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)**

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie

**Wissenschaftliche Betreuung: Univ.- Prof. Dr. Josef W. Egger
Mag. DDr. Michael Trapp**

Graz, Oktober 2011

.....
(Unterschrift)

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am

.....

(Unterschrift)

Gleichheitsgrundsatz

Bei der Erstellung dieser Arbeit habe ich aus Gründen der leichten Lesbarkeit auf eine geschlechterspezifische Formulierung verzichtet. Dies bedeutet, dass die verwendeten Formulierungen stets und selbstverständlich für beide Geschlechter gelten.

Danksagungen

Ich möchte mich an dieser Stelle sehr herzlich bei meinem Diplomarbeitsbetreuer, Herrn Univ. Prof. Dr. Egger, bedanken, der mir dieses interessante Thema zur Verfügung stellte und mir bei der Bearbeitung dieses Themas stets mit Rat zur Seite stand. Ebenfalls gilt meinem Zweitbetreuer, Herrn Mag. DDr. Trapp, ein Dankeschön, der mich im Speziellen bei der Erstellung des Ethikantrages unterstützte.

Bei Herrn Univ. Prof. Dr. Stix, dem ärztlichen Leiter der Privatklinik St. Radegund, bedanke ich mich für die Bereitschaft, die Studie an dieser Klinik durchführen zu können. Ein großes Dankeschön möchte ich auch an die Oberärzte dieser Klinik aussprechen, ohne deren Hilfe und Engagement die Rekrutierung der Patienten nicht möglich gewesen wäre.

Für die hilfreiche Einführung in das Statistikprogramm gilt es, Mag.^a Beate Dunst Dank zu sagen.

An dieser Stelle möchte ich mich auch bei meinen lieben Freundinnen für die mentale Stütze und die vielen schönen gemeinsamen Erfahrungen und Erlebnisse während des Studiums bedanken.

Besonders danke ich meinem Freund Jürgen, der mir bei der Erstellung der Tabellen und Graphiken sowie bei der Formatierung dieser Arbeit sehr geholfen hat und mich während meines Studiums liebevoll begleitete.

Den größten Dank allerdings verdienen meine Eltern, die mir während des gesamten Studiums stets den für mich so wichtigen Rückhalt geboten und mir meine Ausbildung ermöglicht haben. Ganz besonders schätze ich ihre bedingungslose Unterstützung, Zuwendung und motivierenden Worte. Nicht zuletzt ist es mir ein besonderes Anliegen, meinem Vater für seine beratende Unterstützung bei stilistischen Fragestellungen sowie für seine Mühe, diese Arbeit Korrektur gelesen zu haben, aufrichtig zu danken.

Zusammenfassung

Hintergrund: Die pferdegestützte Psychotherapie stellt ein relativ junges interdisziplinäres Arbeitsfeld dar und eröffnet dem Patienten in der Zusammenarbeit mit dem Pferd neue Möglichkeiten der Selbsterfahrung und der kritischen Reflexion der eigenen Person. Der verhaltenstherapeutische Ansatz dieser Methode besteht hauptsächlich darin, sich die Fähigkeit anzueignen, für das Pferd die Führungsrolle zu übernehmen, dadurch auf die eigenen Verhaltensweisen und Gefühle aufmerksam zu werden und diesen emotionalen Zuständen kontrolliert entgegenzuwirken. Ziel dieses klinischen Forschungsprojektes war es, den Therapieeffekt der pferdegestützten Psychotherapie im Rahmen der stationären psychosomatischen Rehabilitation an der Privatklinik St. Radegund zu evaluieren.

Methode: Im Zeitraum von Februar bis August 2011 wurde die explorative kontrollierte Studie mit einem Stichprobenumfang von 60 Personen an der Privatklinik St. Radegund durchgeführt. Die Datengenerierung erfolgte mittels selbst erstellter und standardisierter Fragebögen, die jeweils zu Beginn und am Ende der Rehabilitation vorgelegt wurden, sowie anhand eines strukturierten Interviews zum zweiten Messzeitpunkt. Um die Therapie- mit der Kontrollgruppe hinsichtlich verschiedener Merkmale, wie beispielsweise der Veränderung des Selbstkonzepts oder der Angst- und Depressionswerte, vergleichen und damit den Effekt dieser Therapie erfassen zu können, wurden die Daten im Anschluss sowohl quantitativ als auch qualitativ ausgewertet.

Ergebnisse: Die Ergebnisse der quantitativen Analyse zeigen, dass sich die Teilnehmer der pferdegestützten Therapie im Vergleich zur Kontrollgruppe bezüglich der Reduktion der Angstwerte deutlich verbesserten. Außerdem lieferte die Auswertung der Frankfurter Selbstkonzeptskalen den Beweis für signifikante Therapieeffekte in Hinblick auf folgende Selbstkonzepte: Selbstkonzept zur allgemeinen Leistungsfähigkeit, Selbstkonzept zur allgemeinen Problembewältigung, Selbstkonzept zur Verhaltens- und Entscheidungssicherheit, Selbstkonzept zur allgemeinen Selbstwertschätzung und Selbstkonzept zur Kontakt- und Umgangsfähigkeit. Bei der statistischen Analyse der „Frankfurter Selbstkonzeptskala zur Wertschätzung durch andere“ lässt sich die Tendenz

erkennen, dass die Therapiegruppe im Gegensatz zur Kontrollgruppe auch eine positive Veränderung dieses Selbstkonzeptes aufweist. Einen weiteren aussagekräftigen Aspekt stellt der zum Zeitpunkt der Entlassung wesentlich geringere psychosoziale Betreuungsbedarf der Therapiegruppe dar. Interessanterweise hat jedoch das psychiatrische Krankheitsbild keinen Einfluss auf den Therapieerfolg. Aus den selbst erstellten Fragebögen geht hervor, dass die Patienten nahezu geschlossen diese Therapieform als äußerst bereichernde Erfahrung bezeichnen, die sicherlich in vielen Bereichen des Alltags gut zu integrieren ist.

Conclusio: Die Implementierung der pferdegestützten Therapie in das rehabilitative Behandlungsprogramm ist angesichts der dargelegten Ergebnisse als sehr zweckmäßig und fortschrittlich zu beurteilen.

Schlagwörter: pferdegestützte Therapie, Verhaltenstherapie, Evaluierung, Therapieeffekt, psychosomatische Rehabilitation

Abstract

Background: Horse-assisted psychotherapy represents a relatively new interdisciplinary field of work and opens new opportunities for patients to gather self-awareness and to critically reflect on their own behaviour and views. The conception of this way of behaviour therapy is mainly to empower patients to responsibly guide the horse, to become attentive to their own behaviour patterns and to finally cope with the arising emotions. The aim of this clinical research project was to evaluate the effect of horse-assisted therapy during the inpatient psychosomatic rehabilitation at the private hospital St. Radegund.

Methods: From February till August 2011 the controlled clinical trial was held at the private hospital St. Radegund with a sample size of sixty patients. The data collection was conducted using questionnaires, which were especially developed for this project, as well as standardized ones, that were all handed out at the beginning and at the end of the rehabilitation. Additionally structured interviews with the patients were carried out. The data were evaluated quantitatively as well as qualitatively, in order to be able to compare the therapy group with the control group regarding various characteristics, such as changes in self-concepts or shifts in anxiety and depression scores, as well as to judge the effect of that special therapy.

Results: The results of the quantitative analysis clearly show that the participants of the horse-assisted-therapy were improving much more than the control group as far as the reduction of anxiety was concerned. In addition to that the analysis of the “Frankfurt Self-Concept-Scale” provided the evidence that there definitely are significant therapeutic effects regarding the following self-concepts: self-concept of the general achievement potential, self-concept of the ability to solve problems, self-concept of certainty in behaviour and decision-making, self-concept of self-esteem and the self-concept of socializing. Furthermore the statistical analysis of the “self-concept of appreciation through other people” reveals that that the therapy group, unlike the control group, has a tendency to show positive changes in this self-concept. One further meaningful aspect, which appears worth mentioning to me, is the fact that patients from the therapy group seem to require less psychosocial support after their dismissal in comparison to those from the

control group. Interestingly, the type of the psychiatric disease doesn't particularly influence the outcome of the therapy. The evaluation of the questionnaires, which were especially developed for this purpose, shows that nearly all patients experience the new way of psychotherapy as extremely enriching. Moreover, all patients are certain that they will be able to implement the skills they gained while working with the horse in their daily lives.

Conclusion: According to the presented results the integration of horse-assisted-therapy into the rehabilitative treatment programme can be considered very appropriate and progressive.

Keywords: horse-assisted-therapy, behaviour therapy, evaluation, therapeutic effect, psychosomatic rehabilitation

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung.....	II
Gleichheitsgrundsatz	III
Danksagungen	IV
Zusammenfassung	V
Abstract.....	VII
Abkürzungen	XII
Abbildungsverzeichnis	XIV
Tabellenverzeichnis.....	XVI
Einleitung	1
1. Das biopsychosoziale Modell.....	3
1.1. Definition des biopsychosozialen Modells.....	4
1.2. Definition von Krankheit.....	7
1.3. Definition von Gesundheit	8
2. Therapeutischer Einsatz von Tieren	9
2.1. Entwicklung der Beziehungsstruktur zwischen Mensch und Pferd	11
2.2. Drei Grundrichtungen des medizinisch – therapeutischen Einsatzes des Pferdes....	13
2.2.1. Hippotherapie	14
2.2.2. Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren	15
2.2.3. Pferdegestützte Psychotherapie	16
2.3. Begründung der spezifischen Auswahl des Pferdes für die Psychotherapie	19
3. Die pferdegestützte Verhaltenstherapie.....	23
3.1. Definition der tiergestützten Therapie.....	23
3.2. Organisationen und Vereine	24
3.3. Prinzip der Join-up-Methode von Monty Roberts.....	31
3.3.1. Biographie	31
3.3.2. Grundlegendes Wissen über die Instinkte und die Natur der Pferde.....	32

3.3.3. Das Prozedere und die Ziele des Join-up.....	34
3.4. Ablauf einer pferdegestützten Therapieeinheit am Beispiel des Settings am Pferdehof Tromper in St. Radegund.....	42
4. Indikationsstellungen zur pferdegestützten Psychotherapie.....	51
4.1. Affektive Störungen	51
4.1.1. Klinik der unipolaren affektiven Störungen	58
4.1.2. Klinik der bipolaren affektiven Störung.....	60
4.1.3. Ganzheitliche therapeutische Ansätze bei affektiven Störungen	62
4.2. Das Burnout-Syndrom.....	67
4.2.1. Definition und Ätiologie des Burnout-Syndroms.....	67
4.2.2. Klinik und Verlauf des Burnout-Syndroms.....	69
4.2.3. Ganzheitliche therapeutische Ansätze beim Burnout-Syndrom.....	72
5. Stationäre psychosomatische Rehabilitation	75
5.1. Vorstellung der Privatklinik St. Radegund.....	78
6. Empirische Untersuchung	82
6.1. Fragestellungen.....	82
6.2. Studiendesign	83
6.3. Studienteilnehmer.....	83
6.4. Untersuchungsmaterialien	85
6.5. Untersuchungsdurchführung	87
7. Ergebnisse.....	91
7.1. Stichprobenbeschreibung	92
7.2. Analyse der Veränderung der Angst- und Depressivitätswerte.....	100
7.2.1. Analyse des Therapieeffektes in Abhängigkeit der Erkrankung.....	103
7.3. Analyse der Veränderung des Selbstkonzeptes	105
7.3.1. Frankfurter Selbstkonzeptskala zur allgemeinen Leistungsfähigkeit (FSAL)	105
7.3.2. Frankfurter Selbstkonzeptskala zur allgemeinen Problembewältigung (FSAP)	108

7.3.3. Frankfurter Selbstkonzeptskala zur Empfindlichkeit und Gestimmtheit (FSEG)	110
7.3.4. Frankfurter Selbstkonzeptskala zur Verhaltens- und Entscheidungssicherheit (FSVE)	111
7.3.5. Frankfurter Selbstkonzeptskala zur allgemeinen Selbstwertschätzung (FSSW)	113
7.3.6. Frankfurter Selbstkonzeptskala zur Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen anderen (FSST)	116
7.3.7. Frankfurter Selbstkonzeptskala zur Kontakt- und Umgangsfähigkeit (FSKU)	117
7.3.8. Frankfurter Selbstkonzeptskala zur Wertschätzung durch andere (FSWA)	120
7.3.9. Frankfurter Selbstkonzeptskala zur Irritierbarkeit durch andere (FSIA)	122
7.3.10. Frankfurter Selbstkonzeptskala zu Gefühlen und Beziehungen zu anderen (FSGA)	123
7.4. Analyse des Hornheide-Graz-Screening-Instruments (HGSI)	124
7.5. Korrelationsanalysen	126
7.6. Qualitative Analyse der spezifisch ad hoc erstellten Fragebögen zur pferdegestützten Therapie	128
7.7. Qualitative Analyse des strukturierten Interviews	147
8. Interpretation und Diskussion der Untersuchungsergebnisse	153
Literaturverzeichnis	160
Internetverzeichnis	164
Anhang	167

Abkürzungen

AAT	Animal-assisted-therapy
ACTH	Adrenocorticotropes Hormon
ANOVA	Analysis of variance (Varianzanalyse)
ANCOVA	Analysis of covariance (Kovarianzanalyse)
CRF	Case-Report-Form
CRH	Corticotropin-releasing-Hormone
DKThR	Deutsches Kuratorium für therapeutisches Reiten
EAGALA	Equine-Assisted Growth and Learning Association
EEG	Elektroenzephalogramm
EFMHA	Equine-Facilitated Mental Health Association
EFT	Equine-facilitated-therapy
FAAP	Fachgruppe Arbeit mit dem Pferd in der Psychotherapie
FSAL	Frankfurter Selbstkonzeptskala zur allgemeinen Leistungsfähigkeit
FSAP	Frankfurter Selbstkonzeptskala zur allgemeinen Problembewältigung
FSEG	Frankfurter Selbstkonzeptskala zur Empfindlichkeit und Gestimmtheit
FSGA	Frankfurter Selbstkonzeptskala zu Gefühlen und Beziehungen zu anderen
FSIA	Frankfurter Selbstkonzeptskala zur Irritierbarkeit durch andere
FSKN	Frankfurter Selbstkonzeptskalen
FSKU	Frankfurter Selbstkonzeptskala zur Kontakt- und Umgangsfähigkeit
FSST	Frankfurter Selbstkonzeptskala zur Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen anderen
FSSW	Frankfurter Selbstkonzeptskala zur allgemeinen Selbstwertschätzung
FSVE	Frankfurter Selbstkonzeptskala zur Verhaltens- und Entscheidungssicherheit
FSWA	Frankfurter Selbstkonzeptskala zur Wertschätzung durch andere
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale
HGSI	Hornheide-Graz-Screening-Instrument
HVL	Hypophysenvorderlappen
ICD-10	International Classification of Diseases 10. Revision

ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
M	Mittelwert
MAO	Monoaminoxidase
NARHA	North American Riding for the Handicapped Association
NaSSA	noradrenerg und spezifisch serotonerg wirkendes Antidepressivum
ns.	nicht signifikant
NSMRI	nicht selektiver Monoamin-Reuptake-Inhibitor
NW	Nebenwirkung
ÖAK	Österreichische Ärztekammer
PASW	Predictive Analysis Software
REM	Rapid Eye Movement
SD	standard deviation
SNRI	Serotonin-Noradrenalin-Reuptake-Inhibitor
SSNRI	Selektiver Serotonin- und Noradrenalin-Reuptake-Inhibitor
SSRI	Selektiver Serotonin-Reuptake-Inhibitor
t₁	erster Messzeitpunkt (Beginn der Rehabilitation)
t₂	zweiter Messzeitpunkt (Ende der Rehabilitation)
VP	Versuchsperson

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Darstellung der verschiedenen Fachbereiche des therapeutischen Reitens	26
Abbildung 2: Erste Geste der Kontaktaufnahme: Das Ohr ist dem Menschen zugewandt. (Ebd.).....	36
Abbildung 3: Zweite Geste der Kontaktaufnahme: Verkleinerung des Zirkels im Roundpen (Ebd.)	37
Abbildung 4: Dritte Geste der Kontaktaufnahme: Leck-und Kaubewegungen (Ebd.).....	37
Abbildung 5: Vierte Geste der Kontaktaufnahme: gesenkter Kopf als Symbol der Kompromissbereitschaft (Roberts, 2002)	38
Abbildung 6: Körperhaltung als Geste der Einladung zur freiwilligen Kontaktaufnahme (Ebd.).....	38
Abbildung 7: Der Augenblick des Join-up (Roberts, 2002)	39
Abbildung 8: Follow-up (Ebd.)	40
Abbildung 9: Hierarchischer Aufbau der Herde (Ebd.).....	43
Abbildung 10: Regulation der Cortisolsekretion (Pschyrembel, 2007).....	56
Abbildung 11: Modellvorstellung zur Ätiologie von depressiven Erkrankungen (Laux, 2009).....	58
Abbildung 12: Zusammenfassung der typischen Symptome im Verlauf des Burnouts (Schmiedel, 2010)	72
Abbildung 13: Geschlechterverteilung der Stichprobe.....	92
Abbildung 14: Altersmittelwerte der beiden Gruppen	93
Abbildung 15: Altersverteilung der Stichprobe.....	94
Abbildung 16: Angaben zum Familienstand	95
Abbildung 17: Angaben zur aktuellen Wohnsituation	96
Abbildung 18: Angaben zu der höchsten abgeschlossenen Schulbildung.....	97
Abbildung 19: Berufsgruppen der Stichprobe	98
Abbildung 20: Erkrankungsbild der Stichprobe	99
Abbildung 21: Graphische Darstellung der Veränderung der Mittelwerte hinsichtlich der allgemeinen Leistungsfähigkeit zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt in der Therapie- und in der Kontrollgruppe (FSAL)	107
Abbildung 22: Graphische Darstellung der Veränderung der Mittelwerte hinsichtlich der allgemeinen Problembewältigung zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt in der Therapie- und in der Kontrollgruppe (FSAP).....	109
Abbildung 23: Graphische Darstellung der Veränderung der Mittelwerte hinsichtlich der Verhaltens- und Entscheidungssicherheit zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt in der Therapie- und in der Kontrollgruppe (FSVE)	112
Abbildung 24: Graphische Darstellung der Veränderung der Mittelwerte hinsichtlich der allgemeinen Selbstwertschätzung zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt in der Therapie- und in der Kontrollgruppe (FSSW).....	115
Abbildung 25: Graphische Darstellung der Veränderung der Mittelwerte hinsichtlich der Kontakt- und Umgangsfähigkeit zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt in der Therapie- und in der Kontrollgruppe (FSKU).....	119

Abbildung 26: Graphische Darstellung der Veränderung der Mittelwerte hinsichtlich der Wertschätzung durch andere zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt in der Therapie- und in der Kontrollgruppe (FSWA).....	121
Abbildung 27: Vorstellungen von der pferdegestützten Therapie vor der ersten Therapieeinheit	130
Abbildung 28: Motivation zur Teilnahme an der Therapie	131
Abbildung 29: Ängste und Sorgen vor der Therapie.....	132
Abbildung 30: Erwartungen an die Therapie.....	134
Abbildung 31: Passende Zielgruppe aus der Sicht der Patienten	135
Abbildung 32: Quantifizierung der Erwartung.....	136
Abbildung 33: Rückblick auf den Therapieerfolg	138
Abbildung 34: Persönliche Erfahrungen	139
Abbildung 35: Graduelle Erfüllung der Erwartungshaltung.....	140
Abbildung 36: Subjektiv wichtigstes Therapieelement.....	142
Abbildung 37: Nutzen der Therapie für den Alltag.....	143
Abbildung 38: Subjektive Wertigkeit der Therapie.....	145
Abbildung 39: Anregungen, Ideen und Kritik.....	146
Abbildung 40: Feedback zur ärztlichen Betreuung	148
Abbildung 41: Subjektive Krankheitstheorie	150
Abbildung 42: Eigene Beiträge zur Krankheitsbewältigung	152

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einteilung der affektiven Störungen in der ICD-10 (Laux, 2009; Rothenhäusler & Täschner, 2007)	52
Fortsetzung von Tabelle 1: Einteilung der affektiven Störungen in der ICD-10 (Laux, 2009; Rothenhäusler & Täschner, 2007)	53
Tabelle 2: Überblick über die verschiedenen Substanzgruppen der Antidepressiva (Anditsch, Fasching, Psota, Rainer & Walter, 2009; Laux, 2009; Pschyrembel, 2007; Rothenhäusler & Täschner, 2007)	63
Fortsetzung von Tabelle 2: Überblick über die verschiedenen Substanzgruppen der Antidepressiva (Anditsch, Fasching, Psota, Rainer & Walter, 2009; Laux, 2009; Pschyrembel, 2007; Rothenhäusler & Täschner, 2007)	64
Tabelle 3: Überblick über die verschiedenen Symptome des Burnouts (Ebd.)	70
Tabelle 4: Überblick über den Einsatz der verschiedenen psychologischen Testverfahren	89
Tabelle 5: Untersuchungsablauf in der Therapiegruppe	89
Tabelle 6: Untersuchungsablauf in der Kontrollgruppe	90
Tabelle 7: Deskriptive Statistik (HADS_Angst)	101
Tabelle 8: Deskriptive Statistik (HADS_Depressivität)	103
Tabelle 9: Darstellung der nicht signifikanten Wechselwirkung zwischen dem Messzeitpunkt und der Erkrankung bezogen auf die Veränderung der Angstwerte	104
Tabelle 10: Darstellung der nicht signifikanten Wechselwirkung zwischen dem Messzeitpunkt und der Erkrankung bezogen auf die Veränderung der Depressivitätswerte	104
Tabelle 11: Deskriptive Statistik (FSAL)	106
Tabelle 12: Deskriptive Statistik (FSAP)	108
Tabelle 13: Deskriptive Statistik (FSEG)	110
Tabelle 14: Deskriptive Statistik (FSVE)	112
Tabelle 15: Deskriptive Statistik (FSSW)	114
Tabelle 16: Deskriptive Statistik (FSST)	117
Tabelle 17: Deskriptive Statistik (FSKU)	118
Tabelle 18: Deskriptive Statistik (FSWA)	120
Tabelle 19: Deskriptive Statistik (FSIA)	122
Tabelle 20: Deskriptive Statistik (FSGA)	124
Tabelle 21: Deskriptive Statistik (HGSI)	125
Tabelle 22: Darstellung der Korrelationen zwischen den soziodemographischen Daten und den Angst- und Depressivitätswerten (HADS)	127
Tabelle 23: Darstellung der Korrelationen zwischen den soziodemographischen Daten und den Summenwerten der FSAL, FSAP und FSEG	127
Tabelle 24: Darstellung der Korrelationen zwischen den soziodemographischen Daten und den Summenwerten der FSVE, FSSW und FSST	127
Tabelle 25: Darstellung der Korrelationen zwischen den soziodemographischen Daten und den Summenwerten der FSKU und FSWA	128

Tabelle 26: Darstellung der Korrelationen zwischen den soziodemographischen Daten und den Summenwerten der FSIA und FSGA.....	128
--	-----

Einleitung

„Das Pferd ist dein Spiegel.

Es schmeichelt dir nie.

Es spiegelt dein Temperament.

Es spiegelt auch deine Schwankungen.

Ärgere dich nie über ein Pferd.

Du könntest dich ebenso wohl über deinen Spiegel ärgern.“

(Rudolph G. Binding)

Dieser Spruch des deutschen Schriftstellers Rudolph G. Binding soll einleitend die Frage, warum sich ausgerechnet das Pferd für die unterstützende Psychotherapie so gut eignet, beantworten und zugleich einen sehr prägnanten und treffenden Eindruck von der unverfälschten, ehrlichen Haltung des Pferdes gegenüber dem Menschen vermitteln.

Pferde werden bereits seit einiger Zeit nicht ausschließlich mehr im Freizeitsport eingesetzt, sondern haben sich zunehmend als geeignete Therapiepartner in der Medizin etabliert. Es konnte in verschiedenen Erfahrungsberichten bereits gezeigt werden, dass die tiergestützte Therapie im Allgemeinen auf physischer, psychischer und erzieherischer Ebene durchaus beachtliche Erfolge verzeichnen kann. So verbessert die Therapie mit Tieren die feinmotorischen Fähigkeiten, fokussiert außerdem auf die Steuerung von Aufmerksamkeit und Konzentration und kann eine Reduktion von Ängstlichkeit und Vereinsamung bewirken (Dimitrijevic, 2009).

Inwieweit jedoch im Speziellen die pferdegestützte psychotherapeutische Behandlung den Therapieerfolg bei psychiatrischen Patienten zu beeinflussen imstande ist, gilt als Kernfrage dieses klinischen Forschungsprojektes.

Um dieser Fragestellung nachgehen zu können, wurde an der Privatklinik St. Radegund bei Graz eine explorative kontrollierte Studie mit einem Stichprobenumfang von 60 Personen durchgeführt. Ziel dieser Untersuchung war es, den Therapieeffekt der pferdegestützten Behandlung während der stationären psychosomatischen Rehabilitation zu beurteilen. Dieses Forschungsprojekt soll dazu beitragen, eine relativ neue und wissenschaftlich noch ungenügend überprüfte Therapieform anhand einer quantitativen und qualitativen Analyse zu evaluieren.

Mit Hilfe dieser Studie sollten folgende Fragestellungen untersucht werden.

- Welchen Beitrag leistet eine pferdegestützte psychologische Behandlung zum Therapieerfolg bei stationären Rehabilitationspatienten?
- Ist es zweckmäßig, bei ausgewählten Krankheitsbildern (Burn-out, affektiven Störungen, Angststörungen) diese spezielle psychotherapeutische Interventionsform in das rehabilitative Behandlungsprogramm zu integrieren?

Als primäre Hypothese dieses klinischen Forschungsprojektes wurde folgende Hypothese formuliert:

Rehabilitanden, die an der pferdegestützten Therapie teilnehmen, zeigen im Vergleich zur Kontrollgruppe eine positive Veränderung hinsichtlich ihrer Selbstkonzepte und ihres Umgangs mit Angst und depressiven Verstimmungen.

In der vorliegenden Arbeit wird zunächst das biopsychosoziale Modell als zentrales Leitbild der Medizinischen Universität Graz in seinen Grundzügen beleuchtet und in weiterer Folge auf die historische Entwicklung der Beziehung zwischen Mensch und Pferd eingegangen. Anschließend werden die drei Grundrichtungen des medizinisch-therapeutischen Einsatzes des Pferdes beschrieben, wobei der Schwerpunkt auf der Thematisierung der pferdegestützten Psychotherapie liegt. Um einen Eindruck von einer psychosomatischen Rehabilitation, wie sie an der Privatklinik St. Radegund erfolgt, zu vermitteln, habe ich außerdem diese Klinik und deren vielfältige Therapieangebote vorgestellt. Das Herzstück der Arbeit bildet schließlich die Darstellung meiner Ergebnisse.

Zuletzt möchte ich den persönlichen Bezug zu diesem Diplomarbeitsthema nicht unerwähnt lassen. Da ich schon seit meiner Kindheit mit Freude im Sattel saß und meine Freizeit gerne mit diesen treuen Vierbeinern verbrachte, war ich von dieser neuen Therapieform, die ich selbst zuvor noch nicht kannte, sofort begeistert. Ebenso bereitete mir die Bearbeitung dieses spannenden Themas aufgrund meiner langjährigen Erfahrungen mit solch einzigartigen Tieren sehr große Freude und bereicherte überdies meine persönliche Vorstellung von einer ganzheitlichen Therapie bei psychischen Erkrankungen.

Dank der fachkundigen Unterweisungen meines leider schon verstorbenen Reitlehrers Franz Engelbogen konnte ich einen angstfreien Zugang zu den Pferden finden und eine enge Beziehung zu ihnen, speziell zu seinem Pferd, aufbauen, was mir stets in wertvoller Erinnerung bleiben wird.

1. Das biopsychosoziale Modell

Da die neu errichtete Medizinische Universität Graz seit dem Jahr 2004 die biopsychosoziale Medizin als ihr zentrales Leitbild ausgewiesen hat und die Studierenden der neuen Diplom-Studienordnung „Humanmedizin“ verstärkt in den grundlegenden Kompetenzen eines Arztes mit Schwerpunkt auf eine Optimierung der Arzt-Patienten-Interaktion geschult und trainiert werden, erschien es mir wichtig, eingangs dieses neue Krankheits- und Gesundheitsverständnis in seinen Grundzügen darzulegen und näher zu beleuchten. Ziel dieser neuen Schwerpunktlegung soll die Vermittlung einer erweiterten und umfassenderen Kenntnis von diagnostischen und therapeutischen Ansätzen sein, wobei betont sei, dass der Erwerb von fundamentalen biomedizinischen Kenntnissen ohnehin eine unumgängliche Voraussetzung für die Ausübung dieses Berufes ist. Studierende sollen lediglich vermehrt dahingehend sensibilisiert werden, den Patienten nicht nur auf somatischer Ebene zu betrachten, sondern auch in seinem Denken und Fühlen sowie in seiner sozialen Umwelt wahrzunehmen und diese Erkenntnisse in die Therapie zu implementieren (Egger, 2005).

Dass neben dem Erwerb von biomedizinischen Kenntnissen auch die Aneignung einer basalen kommunikativen und psychotherapeutischen Kompetenz in der Praxis für einen Arzt von großer Bedeutung ist, hat bereits im 1200 v. Chr. der griechische Gott der Heilkunst Asklepios mit seinem Leitspruch „Zuerst heile mit dem Wort, dann mit der Arznei und zum Schluss mit dem Messer“ belegt. Ein zielführendes und strukturiertes Arzt-Patienten-Gespräch spielt sowohl in der Erhebung der Anamnese als auch in der Therapie eine zentrale, wegweisende Rolle und spiegelt sich auch in einer positiven Adhärenz und im gewünschten Therapieerfolg wider (Ebd.).

Um diese Ansätze der biopsychosozialen Medizin in die Praxis umsetzen zu können, ist es notwendig, darauf hinzuweisen, dass man als Arzt nicht auf allen Systemebenen gleich gut bewandert sein kann/muss, sondern dass zusätzlich zu den biomedizinischen Kenntnissen ein Grundverständnis für die psychischen und sozialen Einflussgrößen entwickelt werden soll. Diese erweiterte Denk- und Sichtweise eröffnet neue Therapiemöglichkeiten und Ansätze, von denen schließlich wiederum der Patient profitieren kann. Unter Miteinbeziehung einer für jede Ebene spezifischen Expertise soll schlussendlich eine multiprofessionelle, ganzheitliche Betreuung und Behandlung des Patienten geschaffen werden (Egger, 2008).

Meine weitere Diplomarbeit beschäftigt sich zudem mit der Evaluierung einer speziellen psychotherapeutischen Interventionsform im Rahmen einer psychologischen Rehabilitation, bei der eine forcierte Verwendung und Umsetzung dieses ganzheitlichen Konzepts im Vordergrund steht und von immenser Bedeutung ist.

1.1. Definition des biopsychosozialen Modells

Das biopsychosoziale Modell gilt heutzutage als das am häufigsten zitierte, gegenwärtig kohärenteste und bedeutendste Theoriekonzept, das die Beziehung zwischen Körper und Geist verdeutlicht. Obwohl bis dato noch kein vollständiger Wandel von einer biomedizinischen zu einer biopsychosozialen Sichtweise vollzogen werden konnte, werden die Gesichtspunkte dieses biopsychosozialen Modells immer wieder verstärkt propagiert und die Notwendigkeit eines ganzheitlichen Krankheitsverständnisses aufgezeigt. Ziel dieses Paradigmas soll es sein, sich von der seit Jahren bestehenden ausschließlich biomedizinischen Sichtweise zu distanzieren und sich stattdessen des Ausmaßes an psychosozialen Einflussgrößen in der Ätiopathogenese einer Krankheit bewusst zu werden (Egger, 2005).

Das biomedizinische Modell fokussiert ausschließlich auf den Körper, der als biologischer Organismus zu verstehen sei. So lässt sich das Auftreten einer Krankheit in diesem Konzept auf ein innerkörperliches Geschehen und eine Störung der Organfunktion zurückführen. Unbeachtet bleibt hierbei jedoch die Psyche als Repräsentant von Gefühlen und Gedanken, da laut dieser biomedizinischen Ansicht Körper und Geist unabhängig voneinander existieren und funktionieren und sich gegenseitig nicht beeinflussen. Dieses Erklärungsmodell impliziert zwar teilweise die potentiellen psychischen Auswirkungen einer Krankheit, stellt jedoch die Diagnosefindung und die konsekutive Ursachenbehebung mit Hilfe von Medikamenten oder operativen Interventionen in den Vordergrund. Der Tatsache, dass psychosoziale Faktoren als mögliche Auslöser einer Krankheit in Frage kommen, wird in diesem Theoriemodell keine Bedeutung zugeschrieben (Woschnak, 2000).

Im Gegensatz zur biomedizinischen Sichtweise basiert der Neuigkeitswert des biopsychosozialen Modells auf einem ganzheitlichen Krankheitsverständnis, einer Körper-Seele-Einheits-Theorie, unter besonderer Beachtung von drei Ebenen. Wie sich bereits aus

der Namensgebung dieses reformierten Modells ableiten lässt, handelt es sich hierbei um eine biologische Ebene, die die medizinischen Fakten erfasst, eine psychische Ebene, die etwaige seelisch ursächliche Komponenten sowie den individuellen Umgang mit der Krankheit und die Belastungen und Auswirkungen dieses Zustandes erhebt, und eine soziale Ebene, die eine Integration in ein soziales Netzwerk, die Fähigkeit zur Kontaktherstellung mit den Mitmenschen sowie die gegebenen Lebensumstände berücksichtigt. Obwohl der Begriff der biopsychosozialen Medizin mittlerweile in den meisten Bereichen des Gesundheitssystems vorgedrungen ist, wird er dennoch immer wieder missverständlich verwendet und in seiner Bedeutung dadurch modifiziert. Als besondere Herausforderung wird dieses neue Konzept von den Vertretern der Psychosomatik erlebt. Die klassische Psychosomatik konzentrierte sich bisher auf die Fragestellung, ob denn psychische Belastungsfaktoren die Potenz haben, sich schädlich auf den Körper auszuwirken und somit die Entstehung einer Erkrankung beeinflussen zu können. Daher sprach man nach Ausschluss eines organischen Befundes erst dann von psychosomatischen Erkrankungen, wenn psychologische Faktoren als Ursache einer körperlichen Fehlfunktion identifiziert und dafür herangezogen werden konnten. Nach den Gesichtspunkten der biopsychosozialen Theorie ist jedoch eine Dichotomie in psychosomatische und nicht-psychosomatische Krankheiten nicht mehr vertretbar, da dieses Modell einmal mehr unterstreicht, dass die Omnipräsenz von psychosozialen Einflussgrößen bei jedem pathologischen Prozess berücksichtigt werden muss. Somit lässt sich ableiten, dass die psychosomatische Genese von Erkrankungen nicht erst dann in Betracht gezogen werden soll, wenn keine organischen Korrelate zu den entsprechenden Symptomen eruiert werden können (Egger, 2007).

Das biopsychosoziale Modell erlaubt daher keine Ausschlussdiagnostik im Sinne einer entweder organischen oder psychischen Ursache und will ferner die dichotome Einteilung in psychosomatische und nicht-psychosomatische Erkrankungen überwinden (Egger, 2008).

Stattdessen plädieren Vertreter des biopsychosozialen Modells für eine Parallelverschaltung dieser vorhin angeführten drei Ebenen, die eine wechselseitige Beeinflussung der biologischen, psychischen und sozialen Ebene impliziert. Daher ist die Annahme, dass der ursächliche „Defekt“, der für eine Krankheit verantwortlich gemacht werden kann, entweder auf der biologischen organischen Ebene oder auf der psychologischen Gefühlsebene zu detektieren sei, nicht mehr haltbar. Vielmehr muss diese

„entweder-oder“-Verknüpfung von einer „sowohl-als auch“- Verbindung abgelöst werden, da aufgrund der parallelen Verschaltung dieser Systemebenen keine isolierte Identifikation einer ursächlichen Störung vorgenommen werden kann (Egger, 2007). Von größter therapeutischer Bedeutung ist es daher zu explorieren, welches Ausmaß an Schaden die Störung auf der jeweiligen Systemebene sowie auch auf den über- und untergeordneten parallel verschalteten Regelkreisen zu bewirken imstande ist. Hierbei gilt es außerdem zu differenzieren, ob die psychosozialen Faktoren einen dominierenden, prozesssteuerenden Einfluss haben oder aber für das jeweilige Krankheitsbild als vernachlässigbar angesehen werden können (Egger, 2005).

Uexküll (2003) beschreibt in seinem Buch „Psychosomatische Medizin-Modelle ärztlichen Denkens und Handelns“ die biopsychosoziale Medizin als Lehre von Beziehungen. Dieser Begriff wird von ihm als „Entsprechung, in der sich Organismus und Umgebung gegenseitig definieren und ergänzen“(Uexküll, 2003, S.37) erläutert. Er vergleicht des Weiteren Beziehungen mit Fäden von Nachrichtennetzen, die eine Verknüpfung der lebenden Systeme mit anderen Systemen der Umwelt möglich machen. Nach den biopsychosozialen Ansätzen stellt somit die Beurteilung der Qualität dieser Beziehungen ein wesentliches diagnostisches Werkzeug dar, um den Patienten in seiner Integrität und Ganzheitlichkeit zu erfassen. Die Art und Weise, wie sich die Beziehungen eines Patienten zu seiner Familie, seinen Mitmenschen sowie auch in seinem Beruf gestalten, gibt Aufschluss über das psychische Befinden des Individuums. Um jedoch diese anamnestic sehr wertvollen Beziehungsfäden eines Patienten analysieren zu können, bedarf es einer adäquaten Kommunikation zwischen dem Patienten und dem behandelnden Arzt. Diese kann durch den Aufbau einer vertrauenswürdigen Arzt-Patienten-Beziehung hergestellt werden und beinhaltet verbale und nonverbale Nachrichten, die dem Arzt sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie als Wegweiser dienen sollen. Uexküll (2003) verdeutlicht dies anhand folgender Formulierung:

Dieser Faden hat diagnostische und therapeutische Funktionen; er hilft dem Arzt, Defekte in der Beziehungsstruktur eines Patienten zu entdecken, und er kann ihm helfen, diese auszubessern und dem Patienten einen Halt zu geben, wenn ein vitaler Faden zu reißen droht. (S. 38)

1.2. Definition von Krankheit

Da sich das biopsychosoziale ganzheitliche Modell in vielen bereits schon angeführten Gesichtspunkten von der biomedizinischen Sichtweise unterscheidet, sind demnach auch die Definitionen von Gesundheit und Krankheit überarbeitet worden. Im Gegensatz zum biomedizinischen Krankheitsverständnis, wo das Auftreten einer Krankheit als somatische Störung mit einer einhergehenden organischen Fehlfunktion angesehen wird, lässt sich Krankheit nun im biopsychosozialen Konzept als die Unfähigkeit und mangelnde Kompetenz des Organismus, Störungen auf der jeweiligen betroffenen Systemebene zu bewältigen, darstellen. Ist im Falle des Auftretens von Krankheit somit die autoregulative Kompetenz des Organismus erschöpft, ist ein Ausfall jener Regelkreise, die für die Funktionstüchtigkeit und Integrität des Individuums notwendig sind, die Folge. Da sich wie bereits verdeutlicht ein solcher Prozess aufgrund der vertikalen und horizontalen Vernetzung zwischen den Ebenen auf verschiedenen Dimensionen ereignet, werden auch die über- und untergeordneten Systeme in Mitleidenschaft gezogen. Laut Uexküll (2003) kann von einem gestörten, nicht einwandfrei funktionierenden Beziehungsgefüge gesprochen werden. Als behandelnder Arzt gilt es somit, nicht nur vorrangig den somatischen Defekt festzustellen und zu therapieren, sondern zusätzlich einen Einblick in die Beziehungen der Patienten auf physischer, psychischer und sozialer Ebene zu gewinnen, diese zu interpretieren und schließlich den Patienten dahingehend anzuleiten, eine intakte Verknüpfung der Beziehungsfäden wiederherzustellen (Ebd.).

Im Rahmen eines Krankheitsprozesses gilt es nun primär, die Auswirkungen dieser Störung auf die parallel geschalteten Ebenen zu detektieren und deren Ausmaß abzuschätzen, nicht jedoch primär den Ort der Beeinträchtigung zu fokussieren. Zusammenfassend stehen in der Auffassung dieses neuen Krankheitsbegriffes nicht nur mehr die objektivierbaren Aspekte einer Krankheit im Vordergrund, sondern kommt dem subjektiven Erleben des Krankseins eine zumindest gleich große Gewichtung zu (Egger, 2005).

1.3. Definition von Gesundheit

In Anbetracht dieser Körper-Seele-Einheitstheorie versteht man somit unter dem Begriff „Gesundheit“ nicht mehr ausschließlich die Abwesenheit von Krankheit sowie das Fehlen von pathogenen Keimen wie Bakterien oder Viren, da ja ein Gleichgewicht auf allen drei Ebenen anzustreben ist. Vielmehr lässt sich nach dieser ganzheitlichen Denkweise „Gesundheit“ als die Fähigkeit des Systems „Mensch“ bezeichnen, auftretende Störungen auf beliebigen Ebenen autoregulativ bewältigen und ausreichend kontrollieren zu können. Der Begriff „Gesundheit“ kann somit dem Vorliegen eines intakten, funktionstüchtigen Beziehungsgefüges gleichgesetzt werden und setzt eine ausreichende Vernetzung dieser Beziehungsfäden zwischen somatischer, psychischer und sozialer Ebene voraus.

Sowohl Gesundheit als auch Krankheit sind daher nicht als Zustandsbilder zu verstehen, sondern repräsentieren vielmehr einen dynamischen Prozess, der stets aktiv aufrechterhalten werden muss (Ebd.).

2. Therapeutischer Einsatz von Tieren

In unserer Gesellschaft nimmt die Haltung von Tieren mittlerweile einen sehr bedeutenden Stellenwert ein. Sei es, dass ältere Menschen in der Pflege ihrer Haustiere eine verantwortungsvolle Beschäftigung sehen und diese Lebewesen für sie zugleich einen treuen Partner an ihrer Seite darstellen oder auch dass viele junge Menschen in der Beziehung mit Tieren einen großen Halt finden und mit ihnen ihre Freizeit zu gestalten pflegen.

Aufgrund des zunehmend beobachteten positiven Einflusses des Umgangs mit Tieren auf das emotionale Wohlbefinden, auf die Bereitschaft zu gesteigerten sozialen Interaktionen und auf die Selbstwertschätzung hat sich der unterstützende Einsatz von Tieren in der Therapie von psychischen Erkrankungen in den letzten Jahren beachtlich gesteigert. Dass die tiergestützte Therapie in den letzten Jahrzehnten zunehmend erfolgreich eingesetzt worden ist, wird anhand einiger Erfahrungsberichte und Studien ersichtlich, die im Rahmen meiner Diplomarbeit vorgestellt und beleuchtet werden. Die Auswahl an in Frage kommender Tiere reicht von Kleintieren, wie zum Beispiel Kaninchen, Katzen und Vögeln bis zu größeren und massiveren Tieren wie Hunden, Pferden und auch Delphinen (Dimitrijevic, 2009).

Laut Jofre (2005, zitiert nach Dimitrijevic, 2009) zählen Hunde zu den am häufigsten therapeutisch eingesetzten Tieren. Unter der Voraussetzung, dass Tiere artgerecht gehalten, ordnungsgemäß gepflegt sowie regelmäßig geimpft werden, um einer Übertragung von infektiösen Erkrankungen gezielt entgegenzuwirken, konnte bereits in einigen amerikanischen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen eine Implementierung der tiergestützten Therapie erzielt werden, die vor allem chronisch kranken Patienten die Möglichkeit der Auseinandersetzung mit einem Tier bietet (Ebd.).

Doch auch Pferde werden bereits seit einiger Zeit nicht nur mehr im Freizeitsport eingesetzt, sondern haben sich zunehmend als geeignete Therapiepartner in der Medizin herausgestellt. Sei es, dass durch die Hippotherapie Patienten mit neurologischen Krankheitsbildern eine weiterführende Art der Physiotherapie ermöglicht wird oder dass man mit Pferden aufgrund ihrer unverfälschten und normfreien Haltung dem Menschen gegenüber auch im psychiatrischen Therapiebereich erhebliche Fortschritte erzielen kann. Es wird in verschiedenen Erfahrungsberichten gezeigt, dass die tiergestützte Therapie auf

physischer, psychischer, erzieherischer und auch auf initiativer Ebene durchaus nennenswerte Erfolge verzeichnen kann. So verbessert die Therapie die feinmotorischen Fähigkeiten, fokussiert außerdem auf die Steuerung von Aufmerksamkeit und Konzentration und kann eine Reduktion von Ängstlichkeit und Vereinsamung bewirken. Auffallend sind des Weiteren das gesteigerte Interesse an Interaktionen und Konversationen mit den Mitmenschen, das sich unter dieser spezifischen begleitenden Therapie entwickelt, sowie die Motivation, an verschiedenen sozialen Aktivitäten teilzunehmen (Dimitrijevic, 2009).

Dass die Tiertherapie im Englischen nicht ohne Hintergrund als „pet therapy“ bezeichnet wird, versucht Giovanni Ballarini (2003) in seinem Artikel „Pet therapy – Animals in human therapy“ verständlich zu machen. Der Begriff „pet therapy“ lässt sich als Verknüpfung der beiden Wörter „pet“ und „therapy“ darstellen. Um die Notwendigkeit eines engen körperlichen therapeutischen Kontakts zwischen Tier und Mensch besser verstehen zu können, muss man die Etymologie des Wortes „pet“ heranziehen. „Pet“ kann als Ableitung des Wortes „petting“, das den Austausch von Liebkosungen, Zärtlichkeiten und Streicheleinheiten ausdrückt, aufgefasst werden. Die Kombination der beiden Wörter „pet“ und „therapy“ verdeutlicht nun einmal mehr, dass die physische Nähe zu einem Tier sowie die taktilen Reize immens wichtige Bestandteile der Therapie sind.

In diesem Zusammenhang vergleicht Giovanni Ballarini (2003) den Effekt der Tiertherapie mit jenem Mechanismus, der sich im Rahmen einer Entspannungssituation einstellt. Der Umgang und die Beschäftigung mit dem Tier induzieren beispielsweise eine Verringerung des arteriellen Blutdrucks.

Aufgrund der vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten dieser neuen Therapieform in der Behandlung vieler psychiatrischer Erkrankungen wie Depressionen, Angst- und Erregungszuständen sowie Deprivation wurde seit Mai 2010 die pferdegestützte Verhaltenstherapie in das Therapieprogramm der Privatklinik St. Radegund im Rahmen der stationären psychosomatischen Rehabilitation aufgenommen.

Ziel meiner Diplomarbeit soll es sein, den Einsatz des Pferdes in der Psychotherapie aufzuzeigen, Indikationen zu beleuchten sowie schließlich diese spezifische Interventionsform anhand einer kontrollierten Studie zu evaluieren, um damit zeigen zu können, dass die Implementierung dieser spezifischen Therapie in ein multimodales

Konzept einer psychiatrischen Rehabilitation die Genesung positiv beeinflussen und beschleunigen kann.

2.1. Entwicklung der Beziehungsstruktur zwischen Mensch und Pferd

Dass erste Kontakte zwischen Mensch und Pferd bereits seit fünf Jahrtausenden stattgefunden haben, konnte anhand von Höhlenmalereien eindrücklich belegt werden. Somit kann schon seit jeher von einer Annäherung zwischen diesem auf Grund seiner Größe äußerst imponierenden Tier und dem vergleichsweise dazu klein wirkenden Menschen ausgegangen werden, lediglich der Zweck dieser Mensch-Tier-Beziehung hat sich im Laufe der Zeit deutlich gewandelt (Klüwer, 2005).

Um etwa 1700 v.Chr. wurde das Pferd sowohl als Mittel zur Fortbewegung vor den Wagen gespannt als auch aufgrund seiner hervorragenden Reaktionsfähigkeit und des enormen Potentials an Geschwindigkeit bei Wettkämpfen eingesetzt (Ebd.). Bereits zur damaligen Zeit assoziierte man die hohe Geschwindigkeit, die das Pferd zu bieten imstande ist, sowie die dafür aufzubringende Kraft mit einem Gewinn an sozialem Ansehen. Des Weiteren ist die blitzschnelle Reaktionsfähigkeit des Pferdes mit einer erschwerten Jagd auf dieses Tier in Zusammenhang zu bringen, weshalb dem Jäger eine große Ehre zuteil wird, wenn es ihm gelingen sollte, das Pferd zu erlegen. Obwohl das Pferdefleisch heutzutage in der Verwertung als Nahrungsmittel einen untergeordneten Stellenwert einnimmt, gibt es dennoch einige Liebhaber dieser Spezialität (Hartje, 2009).

Seit etwa 1000 v. Chr. wird das Pferd auch zum Reiten herangezogen, wobei sich die Hilfsmittel zur Vergabe von Befehlen und zur Herstellung einer Kommunikation von einfachen Stricken und Stöcken zu Beginn im Laufe der Entwicklung zu adäquaten Methoden wie Sattel und Zaumzeug entwickelt haben. Bei der Verwendung des Pferdes als Reittier stand der Aufbau einer nahen Beziehung zwischen Mensch und Tier zunehmend im Vordergrund. Die Grundlage dieser Partnerschaft lässt sich auf das ursprüngliche, artgemäße Bedürfnis jedes Pferdes nach sozialem Kontakt zurückführen. Erwähnenswert ist an dieser Stelle, dass es einer Akzeptanz des Menschen in der Herde von Pferden bedarf, um eine vertrauensvolle Beziehung mit diesem Tier aufbauen zu können. Da die Rangordnung in der Pferdeherde zu den wohl bedeutendsten Kerninstinkten des Pferdes zählt, wobei jedem Tier eine gewisse hierarchische Position zugeordnet ist, muss der

Mensch als ranghöheres Mitglied dieser Herde anerkannt werden, um ein partnerschaftliches, friedvolles Verhältnis zu schaffen. Unter diesen Voraussetzungen ordnet sich das Pferd dem Menschen unter und zeigt sich in der Zusammenarbeit kooperativ, ohne jedoch sein Temperament und die individuellen Eigenschaften zu verlieren (Hartje, 2009; Klüwer, 2005).

Im Laufe der Entwicklung hat das Pferd allmählich den Status eines Kultobjekts eingenommen. Aufgrund der Tatsache, dass dieses Tier viele erstrebenswerte Eigenschaften wie beispielsweise Adel, Schnelligkeit, Kraft und Macht verkörpert, gewinnt das Pferd in der Gesellschaft als kulturelles Symbol vermehrt an Interesse. Für den Menschen stellt dieses gewaltige Tier somit eine geeignete Projektionsfläche zur Verbildlichung seiner erwünschten Charaktereigenschaften dar (Hartje, 2009).

Zuletzt sei auch noch einmal der Einsatz des Pferdes als wirksames Therapeutikum erwähnt, der sich in den letzten Jahrzehnten als bereichernde, erfolgreiche, zusätzliche Maßnahme herausgestellt hat (Ebd.).

2.2. Drei Grundrichtungen des medizinisch – therapeutischen Einsatzes des Pferdes

In diesem Unterkapitel werde ich überblicksartig die breitgefächerte, vielschichtige medizinisch-therapeutische Nutzung des Pferdes aufzeigen, die sich in die folgenden drei Grundrichtungen unterteilen lässt (Hartje, 2009):

- Hippotherapie
- Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren
- Pferdegestützte Psychotherapie (Arbeit mit dem Pferd in der Psychiatrie und Psychotherapie)

Grundsätzlich gilt anzumerken, dass alle drei Therapierichtungen als ergänzende Heilmethoden angesehen werden können, die zusätzlich und unterstützend zu schulmedizinischen Verfahren ihre Anwendung finden. Die pferdevermittelten Therapieeinheiten werden somit in der Regel nicht ausschließlich eingesetzt, sondern liefern einen additiven und wertvollen therapeutischen Beitrag in der ganzheitlichen Betreuung von Patienten (Ebd.). Bei der Integration des Pferdes in ein psychotherapeutisches Setting haben sich zwei Modelle der Beziehungsgestaltung, nämlich das trianguläre Modell und das Diamant-Modell, als sinnvoll und zweckmäßig erwiesen.

Das trianguläre Modell, das auf die lateinische Bezeichnung für Dreieck (triangulum) zurückgreift, lässt sich durch die Konstellation Patient - Pferd - Therapeut und die damit einhergehenden Wechselwirkungen im Zusammenspiel aller partizipierenden Figuren darstellen (Hartje, 2009; Opgen-Rhein, 2011).

Im Diamant- Modell hingegen wird das therapeutische Dreieck zwischen Patient, Pferd und Psychotherapeut um eine weitere Person ergänzt. Hierbei wird ein professioneller Pferdetrainer hinzugezogen, der in Zusammenarbeit mit dem Psychotherapeuten die Therapieeinheit maßgeblich strukturiert (Opgen-Rhein, 2011).

Es sollen nun die unterschiedlichen Zielgruppen, Therapieinhalte und -ziele der jeweiligen Grundrichtung im Wesentlichen erläutert werden, um anschließend den Fokus meiner Diplomarbeit auf die Nutzung des Pferdes in dem Fachgebiet der Psychiatrie und der Psychotherapie zu legen.

2.2.1. Hippotherapie

Unter Hippotherapie versteht man den medizinischen Einsatz des Pferdes zur ergänzenden oder weiterführenden physiotherapeutischen Behandlung, die bei diversen neurologischen, neuropädiatrischen und orthopädischen Krankheitsbildern indiziert ist. Zu den orthopädischen Indikationsstellungen für diese spezielle und verordnungspflichtige Therapieform zählen Skoliosen, Hüft dysplasien, Haltungsschwächen sowie Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis.

Liegt der zu fördernden Bewegungsstörung jedoch eine neurologische Ursache zugrunde, so kann man hinsichtlich der Ätiopathogenese eine Gliederung in zwei Gruppen vornehmen. Zum einen können Patienten aufgrund einer prä-, peri- oder postnatalen Gehirnschädigung eine Störung in der normalen motorischen Entwicklung aufweisen. Unter diesen Krankheitsbildern sind beispielsweise die Myelomeningocele (Spina bifida), die infantile Cerebralparese oder Dismylien zu nennen. Zum anderen können motorische Defizite auch nach einem abgeschlossenen, vollständigen Reifungsprozess des Gehirns durch eine Verletzung des zentralen Nervensystems entstehen. Hierbei kommt es dann zum Verlust von bereits erlernten motorischen Fähigkeiten. Als Beispiele für derartige neurologische Krankheitsbilder sind die Encephalomyelitis disseminata, Morbus Parkinson, ein erlittenes Schädel-Hirn-Trauma, ein Zustand nach Apoplexie oder eine Querschnittssymptomatik anzuführen.¹

Die Arbeitsgrundlage der Hippotherapie beruht auf der Stimulierung der Sensomotorik. Es wird dazu in dieser Therapierichtung die Gangart „Schritt“ bevorzugt, durch deren rhythmische Bewegungen im Viertakt permanent Schwingungen auf den menschlichen Körper übertragen werden und dieser dadurch unwillkürlich gymnastiziert wird (Hartje, 2009). Außerdem wird der Patient ständig zur Aufrichtung seines Rumpfes angeregt, um das Gleichgewicht am Pferd halten zu können. Die abwechselnde und rhythmische Bewegung der beiden Körperhälften des Patienten fördert zudem die Wahrnehmung der körpereigenen Symmetrie. Im Rahmen dieser Bewegungstherapie am Rücken des Pferdes wird zusätzlich der Muskeltonus reguliert und ein wesentliches Augenmerk auf die Rumpf- und Kopfkontrolle sowie auf die durch die passive Bewegung erzielte Mobilisation von eingeschränkten Gelenken gelegt. Nicht zuletzt tragen natürlich auch das damit einhergehende gesteigerte Selbstwertgefühl und das neu gewonnene Selbstvertrauen sowie

¹ <http://www.hippotherapie.at/Wirkung.html>

die psychische Motivation an der regelmäßigen Mensch-Pferd-Interaktion zu einer verbesserten Lebensqualität bei.²

2.2.2. Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren

Charakteristisch für die Nutzung des Pferdes in diesem Therapiezweig ist die Vermittlung von sozialen Erfahrungen, die die Patienten in der Kontaktaufnahme und im Umgang mit dem Tier erleben. Das heilpädagogische Reiten und Voltigieren eignet sich vorwiegend für die individuelle Behandlung bei Behinderungen und Verhaltensauffälligkeiten, die in einem sozialen Kontext stehen und sowohl eine physische als auch psychische Ursache aufweisen können. Die Indikation zur ergänzenden Behandlung mit dieser speziellen Therapierichtung ergibt sich zudem aus motorischen Beeinträchtigungen durch eine Behinderung sowie aus mangelnden sozialen Kompetenzen, Autismus, Störungen der Wahrnehmungsverarbeitung, minimalen cerebralen Dysfunktionen sowie auch Sprachstörungen (Hartje, 2009).

Das heilpädagogische Reiten und Voltigieren lässt sich auf Erkenntnisse aus der Psychiatrie und der Erziehungswissenschaft zurückführen, wobei das Fachgebiet der Psychiatrie für die Erkennung, Detektion von Ursachen sowie die Therapie von psychischen Störungen verantwortlich ist und die Pädagogik sich vorrangig der Entwicklung und Reifung des jungen Menschen zu einem selbstbestimmten, sozial kompetenten Mitglied der Gesellschaft widmet.

Da in dieser Therapierichtung die erzieherische Führung von verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen im Vordergrund steht, stellen die wohl bedeutendsten Eigenschaften, die das Pferd in dieser Zusammenarbeit mitbringen muss, die Empfindsamkeit, Zuneigung und Beziehungsfähigkeit dar. Im Gegensatz zur Hippotherapie, wo die rhythmische Bewegungsabfolge des Pferdes größten therapeutischen Nutzen bringt, liegt der Schwerpunkt bei dem heilpädagogischen Reiten und Voltigieren bei den inneren Charaktermerkmalen dieses Tieres. Zusätzlich werden den Kindern und Jugendlichen im Rahmen dieser Therapieform die Grundkenntnisse des Reitens und Voltigierens beigebracht, weshalb auch alle drei Gangarten des Pferdes, nämlich der Schritt, Trab und Galopp, therapeutisch eingesetzt werden können. Außerdem verkörpert das Pferd für die Teilnehmer am heilpädagogischen Reiten und Voltigieren ein Vorbild, das soziale

² Ebd.

Lerninhalte vermittelt. Kinder und Jugendliche bemerken recht schnell, dass sich die Reaktion des Pferdes nach ihren entsprechenden Verhaltensmustern richtet und somit durch eine adäquate Umgangsweise steuerbar ist. Es wird jedoch im Rahmen der Therapie das Pferd nicht nur als einzelnes Wesen betrachtet, sondern es werden den Teilnehmern an dieser Therapie auch die sozialen Verhaltensweisen des Pferdes in der Herde veranschaulicht. Durch die Beobachtung der Rollenverteilung (Leitstute, Leithengst) jedes einzelnen Herdenmitglieds können Kinder und Jugendliche dazu animiert werden, die Positionen in ihren familiären Beziehungen zu reflektieren. Dadurch wird vielen Menschen die Möglichkeit eröffnet, grundlegende Fähigkeiten zur Beziehungsherstellung zu trainieren, bestehende Beziehungen unter einem neuen Aspekt wahrzunehmen oder aber eine Beziehung, wie sie mit dem Pferd aufgebaut worden ist, erstmalig zu erleben und wertzuschätzen (Ebd.).

2.2.3. Pferdegestützte Psychotherapie

Da die pferdegestützte Verhaltenstherapie im Kapitel 3 ausführlich theoretisch thematisiert wird und ohnehin im praktischen Teil der Diplomarbeit anhand der Evaluation den Kernteil der Arbeit darstellt, werde ich mich in diesem Unterkapitel nur auf die wesentlichen Unterschiede zu den anderen Therapiezeigen beschränken.

Im Gegensatz zu den beiden vorhin beschriebenen Therapierichtungen impliziert die pferdegestützte Psychotherapie nicht, wie man vielleicht meinen könnte, das Reiten des Pferdes auf seinem Rücken, sondern konzentriert sich vielmehr auf die Bodenarbeit mit diesem Tier. Die Arbeitsgrundlage in diesem Bereich ist die Herstellung einer Beziehung zwischen dem Mensch und dem Tier. Dazu ist es notwendig, die Patienten vor der ersten Kontaktaufnahme mit dem Pferd über deren grundlegende Wesensmerkmale aufzuklären. Grundsätzlich gilt, dass Pferde zur Gattung der Fluchttiere gehören, die in Gefahren- und Konfliktsituationen instinktiv die Flucht ergreifen, es sei denn, sie können sich an ihrer Leitstute orientieren, der sie in der Regel bedingungslos und vertrauensvoll folgen. Als weiteres kennzeichnendes Merkmal ist das Pferd als Lauftier zu nennen, das ein hohes Ausmaß an Bewegung, wie es das Pferd von seinem Leben in der Steppe gewohnt war, zur Aufrechterhaltung des Bewegungsapparates benötigt. Zuletzt gilt es, sich zu verinnerlichen, dass Pferde Herdentiere sind, die in sozialen Zusammenschlüssen zum Schutz jedes einzelnen Mitglieds der Herde leben. Durch diese gemeinschaftliche Lebensweise ist das Sozialverhalten unter den Pferden sehr stark ausgeprägt, das sich in

einer klar definierten Rangordnung widerspiegelt. Tonangebend ist einerseits die Leitstute, die die Herde anführt und die Verantwortung für die Gesamtheit in Fluchtsituationen übernimmt, andererseits stellt der Leithengst den Verteidiger gegen äußere, feindliche Angriffe dar und hält die Herde als Beschützer zusammen. Aus dieser hierarchischen Rangordnung unter den Pferden lässt sich ableiten, dass diese Tiere auch den Menschen eine Position verleihen, sobald sie mit ihnen in Kontakt treten. Um vom Pferd als Autoritätsperson anerkannt zu werden, muss sich der Mensch einen ranghöheren Stellenwert verschaffen (Schwaiger, 2000).

Der Ablauf in der pferdegestützten Therapie gestaltet sich in der Durchführung spezieller Bodenübungen mit dem Pferd, die auf den Prinzipien des „Natural Horsemanship“ beruhen. Diese Methode, mit Pferden entsprechend ihrer ursprünglichen Natur umzugehen, wird in den folgenden Kapiteln näher erläutert. Als Ziel dieser speziellen Therapieform ist die Übernahme der Führungsrolle, wie sie unter den Pferden von der Leitstute oder dem Leithengst ausgeübt wird, anzusehen. Dazu bedarf es einiger grundlegender Eigenschaften, die im Rahmen der Therapieeinheiten von den Patienten erlernt werden sollen und die schließlich auch eine hilfreiche Projektion dieser Verhaltensmuster in den Alltag mit Menschen erlauben.³

Gerade für psychiatrische Patienten stellt die Übernahme einer leitenden Funktion eine große Herausforderung dar, da sie meist sehr schwache Persönlichkeiten mit einem unzureichenden Durchsetzungsvermögen sind und mangelndes Selbstwertgefühl- und Selbstvertrauen aufweisen.

Dr. Karol Jane (2007), eine dissertierte klinische Psychologin und Gründerin der amerikanischen gemeinnützigen Organisation „Bear Spot Foundation To Benefit Equine Assisted Psychotherapy“, fasst das breite Wirkungsspektrum dieser pferdegestützten psychotherapeutischen Interventionen anhand der folgenden sechs wesentlichen Therapieaspekte zusammen:

- **aktuelle Erfahrung:** Die pferdegestützte Therapie orientiert sich am gegenwärtigen Zustand des Patienten und setzt im „Hier und Jetzt“ an. Durch die Interaktion mit dem Pferd können Patienten sehr bewusst erleben, wie sie im täglichen Alltag agieren.

³ <http://www.praxis-am-hof.at/Th2.html>

- **die besondere Erfahrung, eine Beziehung mit dem Pferd aufgebaut zu haben:** Diese tiefgründige Verbindung mit dem Tier schließt auch dessen Pflege und Versorgung in das therapeutische Setting mit ein, wodurch Patienten ein Gefühl der Verantwortungsübernahme entwickeln. Zudem stellt die Tatsache, dass man vom Pferd unvoreingenommen und wertfrei akzeptiert wird, eine grundlegende Basis für den Aufbau von Vertrauen und den Austausch von Streicheleinheiten dar. Somit bieten Pferde für Patienten eine sehr wichtige und oft herbeigesehnte Gelegenheit, zu lieben und geliebt zu werden.
- **therapeutische Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten**
- **nonverbale Erfahrung hinsichtlich der Kommunikation mit dem Pferd:** Im Rahmen der therapeutischen Übungen erwerben Patienten zunehmend die Kompetenz, die nonverbalen Hinweise und charakteristischen Verhaltensmuster der Pferde verstehen und interpretieren zu lernen. Außerdem werden Patienten gezielt in ihrer Ausdrucksweise und konkordanten Körpersprache geschult, indem sie sich auf die Kommunikation mit dem Pferd, die vorwiegend auf nonverbaler Basis abläuft, einlassen.
- **präverbale Erfahrungen:** Unter den präverbalen Erfahrungen sind jene taktilen und sensorischen Stimulationen zu verstehen, die ohne die Anwesenheit des Pferdes im Therapieraum nicht nachzustellen sind. Dazu zählen die Berührungen des Pferdes (z.B. des weichen Fells, der samtigen Nüstern oder der Ohren), die bewusste Wahrnehmung seines Atems sowie seiner Körperwärme.
- **Therapeutische Anwendbarkeit der Metaphern:** Im Rahmen der verschiedenen Mensch-Tier-Interaktionen lassen sich viele Metaphern eruieren, die Parallelen zwischen dem therapeutischen Geschehen und den Stressoren sowie den Problemen im alltäglichen Leben herzustellen erlauben. Diese gilt es, in der Reflexionsphase aufzugreifen und entsprechend zu thematisieren (Ebd.).

Abschließend seien noch die für diese ergänzende psychotherapeutische Intervention geeigneten psychiatrischen Krankheitsbilder angeführt, die zum Teil in den folgenden Kapiteln genauer beleuchtet werden. Mehreren klinischen Studien und Erfahrungsberichten zufolge bietet die Arbeit mit Pferden Patienten mit Angststörungen und uni- und bipolaren depressiven Störungen neue Wege aus ihrer Krankheit, ebenso stellen Pferde einen hilfreichen Begleiter bei Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen, Missbrauchserfahrungen, Essstörungen oder

auch dementiellen Zustandsbildern dar (Bradberry, Meinersmann & Roberts, 2008; Dettling, Kläschen & Opgen-Rhein, 2010).

2.3. Begründung der spezifischen Auswahl des Pferdes für die Psychotherapie

Grundsätzlich lässt sich das Pferd als normfreies und wohl bedeutendstes Medium der Selbsterfahrung und Reflexion der eigenen Person bezeichnen, da der Umgang mit diesem Lebewesen den Menschen lehrt, sich seiner Gefühle, Ängste und Unsicherheiten bewusst zu werden und diesen Erregungen kontrolliert entgegenzuwirken. Tritt man mit dem Pferd in sozialen Kontakt, spürt dieses sofort, in welcher physischen und psychischen Verfassung sich der Mensch befindet, und spiegelt die erlebten Eindrücke in Form seines Verhaltens wider. Das Pferd ist in der Lage, durch sein äußerst feines Gespür für die tatsächliche Gefühlslage des Menschen, seinem Gegenüber metaphorisch den Spiegel vor das Gesicht zu halten und somit völlig wertfrei die Gefühlswelt des Partners aufzudecken. Bereits diese einzigartige Eigenschaft spielt in der Psychotherapie mit Pferden eine erhebliche Rolle, da die Patienten auf nonverbale und vor allem nicht wertende Art und Weise ihre Schwächen und Stärken vermittelt bekommen und diese auch als solche erkennen und annehmen sowie zu modifizieren lernen. Das Pferd fungiert hierbei als Lehrmeister, der den Menschen korrigiert, jedoch nicht kritisiert (Schwaiger, 2000; Hartje, 2009).

Des Weiteren ist die äußere Erscheinung des Pferdes, wie es vom Menschen wahrgenommen wird, im therapeutischen Setting von großer Bedeutung. Das Pferd imponiert mit seiner Massivität, Größe und enormen Kraft und ruft bei der ersten Kontaktaufnahme beim Patienten meist ein Gefühl von Überlegenheit und großem Respekt hervor. Gleichzeitig wird jedoch auch von vielen Menschen berichtet, dass für sie das Pferd in seiner Struktur und Erhabenheit das Gefühl von Schutz und Sicherheit vermittelt. Da es als Ziel dieser spezifischen psychotherapeutischen Interventionsform gilt, durch eine klare und eindeutige Kommunikation eine Beziehung zu diesem Lebewesen aufzubauen und es in seiner Größe und Macht beherrschen und kontrollieren zu können, werden die Patienten vor eine große Herausforderung gestellt. Wenn es ihnen schließlich gelingt, als Arbeitspartner vom Pferd anerkannt zu werden und ihnen unmissverständlich durch ihr

Durchsetzungsvermögen Befehle erteilen zu können, bedeutet dieser Fortschritt für den Patienten eine erhebliche Stärkung seines Selbstvertrauens und Wertgefühls (Hartje, 2009).

Um noch einmal auf die erforderliche korrekte Kommunikation mit Pferden zurückzukommen, möchte ich an dieser Stelle unterstreichen, dass ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen dem Pferd und dem Mensch einer klaren, für das Tier wegweisenden Kommunikation bedarf. Unter den Voraussetzungen, dass das Pferd den Menschen als ranghöheres Mitglied in seiner Herde akzeptiert, sich ihm folglich unterordnet und klar definierte Arbeitsaufträge erteilt bekommt, wird es sich in der Zusammenarbeit kooperativ zeigen und die Befehle wunschgemäß ausführen. Der Lern- und Therapieeffekt für den Patienten besteht darin, gezielte Taten zu setzen, klare, eindeutige Anforderungen zu formulieren und sich mit seinem Vorhaben durchzusetzen. Ich kann aus meiner eigenen Erfahrung mit diesen Tieren bestätigen, dass Pferde keine Doppelbotschaften verstehen und auf aussagekräftige Kommandos angewiesen sind. Insbesondere psychiatrische Patienten, die in den meisten Fällen ein sehr zart ausgeprägtes Durchsetzungsvermögen, ein schwaches Selbstbewusstsein und eine geringe Wertschätzung der eigenen Person vorweisen, können von der Aneignung einer adäquaten Kommunikation und eines selbstsicheren, authentischen Auftretens durch den Umgang mit Pferden auch in ihrem Alltag enorm profitieren, indem sie für dieses gewaltige Lebewesen ein Leittier zu repräsentieren lernen (Ebd.).

Einen weiteren wichtigen Grund für die Wahl des Pferdes als therapeutischen Begleiter stellt die Zähmbarkeit dieses Tieres dar. Das Pferd besitzt die Eigenschaft, domestizierbar und dem Menschen zugeneigt zu sein, was eine grundlegende Voraussetzung für den therapeutischen Einsatz dieses Tieres darstellt. Durch die Bereitschaft des Pferdes, mit dem Menschen in Kontakt zu treten und gemeinsam Aufgaben zu bewältigen, zeichnet es sich vor allem durch den Willen zum Gehorsam in der therapeutischen Arbeit aus. Trotz der bereitwilligen Annahme des Menschen als Arbeitspartner behält das Pferd jedoch sein einzigartiges, charakteristisches Temperament und seine Eigenheiten bei, die es gilt, als Partner zu identifizieren und unter Anleitung und Hilfestellungen der Therapeutin entsprechend handzuhaben (Ebd.).

Die Tatsache, dass Pferde untereinander in ihrer Herde weitgehend über Körpersprache kommunizieren und im Vergleich zum Menschen kaum Laute zur Verständigung benötigen, wird die pferdegestützte Therapie zur gezielten Schulung der perzeptiven

Körpersprache genutzt. Durch die Zusammenarbeit mit dem Pferd und durch die scharfsinnige, treffsichere Interpretation unbewusst ausgelöster Signale soll der Mensch seine Körpersprache neu zu entdecken und bewusst wahrzunehmen lernen. Im Rahmen dieses Prozesses werden im Menschen Fragen und Überlegungen zum Thema, wie man mit seinem Auftreten auf andere wirkt oder wie man sich in Situationen der Unsicherheit und unter Druck präsentiert, geweckt. Außerdem lässt sich bei den Begegnungen mit diesem überaus feinfühligem Tier auch die Erkenntnis gewinnen, dass man Pferde nicht belügen oder täuschen kann. Verhält sich der Mensch nicht authentisch und ist somit der äußere Eindruck mit den verinnerlichten Anschauungen und Absichten inkongruent, wird dieses Schauspiel vom Pferd sofort erkannt und aufgedeckt. In der Arbeit und im Umgang mit diesen Vierbeinern gilt es folglich, dem Tier ein ehrliches Maß an Authentizität entgegenzubringen, da dieses sehr klar zwischen Sein und Schein zu differenzieren vermag (Schwaiger, 2000).

Eine ebenfalls für dieses Lebewesen sehr charakteristische Eigenschaft ist die konsequente und situationsgebundene Aufmerksamkeit. Da gerade psychiatrische Patienten im Rahmen einer Depression oder Angststörung unter erheblichen Konzentrationsstörungen leiden können, stellt für sie der Umgang mit diesem stets wachen und hellhörigen Tier eine weitere nennenswerte Herausforderung dar. Im Rahmen dieser pferdegestützten Therapie erleben die Patienten unmittelbar die Folgen ihrer Unaufmerksamkeit, indem das Pferd ihre Befehle nicht ausführen wird oder gar mit einem impulsiven Verhalten reagieren kann. Um die Zusammenarbeit mit dem Tier erfolgreich zu gestalten, sind die Patienten daher im Rahmen dieser Therapieeinheit dazu aufgefordert, ihre Aufmerksamkeit ausschließlich auf das Pferd zu lenken und sich mit Interesse und Konsequenz dem Tier zu widmen (Ebd.).

Abgesehen von diesen bereits angeführten kennzeichnenden Eigenschaften nimmt das Pferd aufgrund seiner spezifischen Fähigkeit, den Menschen auf art eigene Weise auf seinem Rücken zu tragen, unter allen Tieren wohl eine Sonderstellung ein. Diese außergewöhnliche Tragkraft räumt dem Pferd in seinem Einsatz in hippotherapeutischen und heilpädagogischen Behandlungen einen bedeutenden Stellenwert ein. Es sei jedoch an in diesem Zusammenhang nochmals erwähnt, dass im psychotherapeutischen Setting nicht das Erlernen der Reitkunst angestrebt wird, sondern vielmehr die Bodenarbeit mit dem Pferd im Vordergrund steht (Hartje, 2009).

Zuletzt darf bei der ausführlichen Beschreibung dieses massiven Tieres auch die Sinnesschulung im Rahmen der pferdegestützten Therapie nicht außer Acht gelassen werden. Das Pferd stimuliert nämlich durch sein flauschiges Fell, die Mähne, den Schweif und viele weitere Körperregionen beim Menschen taktile Reize. Der Patient soll in dieser spezifischen Therapie dazu angeleitet werden, sich bedacht Zeit zu nehmen, zu spüren, zu fühlen, zu tasten, zu riechen und zu hören, da diese Sinnesqualitäten in der heutigen hektischen Welt immer seltener bewusst eingesetzt werden. Diese einzigartigen Tiere bieten den Menschen die Möglichkeit, ihr Gefühl und Gespür für alltägliche Automatismen zu verfeinern und wieder neu zu entdecken. Außerdem erzeugt dieser nahe Körperkontakt mit dem Pferd das Gefühl von Körperwärme und Geborgenheit und lässt Raum für Kuschel- und Streichelphasen (Ebd.).

Um die Überlegungen und Gründe zur Frage, warum ausgerechnet das Pferd als Co-Therapeut in der Psychotherapie einen dermaßen wichtigen Stellenwert erlangt hat, abzurunden, eignet sich meiner Meinung nach das folgende Zitat von Winston Churchill:

„There is something about the outside of a horse that is good for the inside of a man.“

3. Die pferdegestützte Verhaltenstherapie

Da die pferdegestützte Verhaltenstherapie bei psychischen Erkrankungen noch ein relativ junges interdisziplinäres Arbeitsfeld darstellt, möchte ich diese Interventionsform in ihren Grundzügen vorstellen. Eingangs sollen der Überbegriff der tiergestützten Therapie definiert werden sowie die Ergebnisse der Recherche hinsichtlich der aktuell vorhandenen Institutionen und Vereine, die im Speziellen die pferdegestützte Psychotherapie anbieten, kurz dargelegt werden. Im Weiteren erscheint es mir wichtig, die Join-up-Methode des berühmten „Pferdeflüsterers“ Monty Roberts überblicksartig zu erläutern, da dieses Konzept als Grundbaustein für die wirksame Arbeit mit den Pferden anzusehen sind. Um eine konkrete Vorstellung von der Durchführung und Anwendung dieser Therapieform zu erhalten, werde ich den strukturierten Ablauf am Beispiel der pferdegestützten Therapieeinheit in St. Radegund beschreiben sowie die Indikationen und Kontraindikationen für diese Form der Verhaltenstherapie thematisieren.

3.1. Definition der tiergestützten Therapie

Grundsätzlich gilt, dass die Durchführung einer tiergestützten Therapie ausschließlich von einer Person mit einer professionellen und spezifisch therapeutischen Ausbildung vorgenommen werden darf. Es besteht prinzipiell die Möglichkeit einer Einzel- oder Gruppentherapie, wobei die Entscheidung für das jeweilige therapeutische Setting auf die individuelle psychische Situation und die Wünsche des Patienten angepasst werden sollte (Kläschen, 2011).

Um die therapeutischen Einheiten mit dem Pferd effektiv und zielführend gestalten zu können, bedarf es natürlich nicht nur einer ausreichenden fachlichen Kompetenz des Therapeuten, sondern sehr wohl auch einer adäquaten Ausbildung des Therapiepferdes. Obwohl man im therapeutischen Prozess großteils auf die angeborenen, instinktgebundenen Verhaltensweisen des Pferdes, auf die klar festgelegte Hierarchie im Herdenverband sowie auf die äußerst fein differenzierte Sensorik der Pferde zurückgreift, ist zusätzlich zu diesen natürlichen Eigenschaften der Tiere auch eine Befehlssicherheit des Pferdes für den therapeutischen Einsatz notwendig. An dieser Stelle ist anzumerken, dass die Art der Reitausbildung – sei es nach klassischen Grundsätzen oder nach den Prinzipien des Westernreitens – je nach Ausbilder individuell gewählt wird. Tatsache ist, dass es auf

diesem Gebiet eine Vielfalt an Ausbildungsmethoden und stark variierenden Reitlehren gibt und man als Ausbilder schließlich jenes Konzept wählt, das einen persönlich am meisten anspricht. In allen Ausbildungsformen herrscht jedoch Konsens darüber, dass die klassische Bodenarbeit in der Ausbildung zum Therapiepferd von großer Wichtigkeit ist. Schließlich nimmt das Führtraining im therapeutischen Prozess einen bedeutenden Stellenwert ein und eröffnet für den Patienten die Möglichkeit, vom Boden aus die körpersprachliche Resonanz zu erhalten (Kläschen, 2011).

Dass sich der therapeutische Einsatz des Pferdes bei bestimmten psychiatrischen Krankheitsbildern im deutschsprachigen und vorwiegend im angloamerikanischen Raum in bedeutender Weise etabliert hat, zeigt sich auch in der nachfolgenden Vorstellung der aktuellen Institutionen und Vereine, die diese Interventionsform anbieten. So wird auch für die Definition des Überbegriffes der tiergestützten Therapie die amerikanische Delta Society herangezogen, die diese Therapieform wie folgt beschreibt:

AAT [Animal-Assisted-Therapy] is a goal-directed intervention and/or delivered by a health/human service professional with specialized expertise, and within the scope of practice of his/her profession. AAT is designed to promote improvement in human physical, social, emotional, and/or cognitive functioning.⁴

3.2. Organisationen und Vereine

Schon lange vor der Gründung verschiedener nennenswerter, bis heute bestehender Organisationen und Vereine war der auf mehreren Ebenen wirksame Umgang mit Pferden bekannt. Dass der „heilsame Rhythmus des Pferdes“ sich nicht nur auf den physischen Zustand des Menschen, sondern sehr wohl auch auf dessen Psyche positiv auswirkt, wird bereits von dem in der Antike sehr berühmten Arzt Hippokrates beschrieben (Oser-Grote, 2004, zitiert nach Kläschen, 2011). Auch Johann Wolfgang von Goethe, selbst ein passionierter Ausreiter, sah in diesem Sport einen bewegungstherapeutischen Wert sowie auch ein regelmäßiges Kreislauftraining (Kläschen, 2011).

Wie bereits erwähnt, lässt sich im Rahmen der Recherche über die Ausübung der pferdegestützten (Psycho-)Therapie eine klare Dominanz dieses Arbeitsgebietes in

⁴ <http://www.deltasociety.org/Document.Doc?id=10>

Amerika und in Deutschland erkennen. Im Jahre 1969 wurde die North American Riding for the Handicapped Association (NARHA) gegründet, dessen anfänglicher Schwerpunkt in die Betreuung von Menschen mit körperlichen Behinderungen und Einschränkungen (Muskeldystrophien, Zerebralparesen, Amputationen von Extremitäten...) gelegt wurde, indem man ihnen eine Form der Physiotherapie am Rücken des Pferdes ermöglichte. Da der Bedarf und die Nachfrage an dieser tiergestützten Intervention stetig zunahmen und ein immer größer werdendes Interesse an der Weiterentwicklung dieses neuen Therapiefeldes gegeben war, entstand im Jahre 1996 ein spezifisches Teilgebiet der NARHA, genannt Equine-Facilitated Mental Health Association (EFMHA).⁵ Dieser erweiterte Arbeitsbereich beruht auf der pferdegestützten Psychotherapie (equine-facilitated psychotherapy) und bietet Menschen mit psychischen Leiden, wie beispielsweise Angststörungen, Depressionen oder Autismus, einen neuen therapeutischen Zugang (Masini, 2010).

Aufgrund der zunehmenden Bestätigung im klinischen Bereich wurde im amerikanischen Bundesstaat Utah im Juli 1999 eine weitere Organisation ins Leben gerufen, die sich Equine-Assisted Growth and Learning Association (EAGALA) nennt. Im Gegensatz zu den Grundprinzipien der NARHA, die auf dem therapeutischen Wert des Reitens auf dem Pferderücken basieren, konzentriert sich die EAGALA auf die Bodenarbeit mit dem Pferd (Ebd.). Diese Organisation gliedert sich in zwei Schwerpunkte, die pferdegestützte Psychotherapie einerseits und das pferdegestützte Lernen andererseits. Hier stehen beispielsweise der Erwerb von Führungsqualitäten im Sinne eines pferdegestützten Coachings oder auch die Förderung und Schulung der Resilienz im Vordergrund.⁶

In der amerikanischen Literatur scheinen im Bereich dieses Arbeitsfeldes zwei Termini auf, nämlich die equine-facilitated therapy (EFT) und die equine-assisted psychotherapy (EAP). Während der etwas allgemeinere Begriff der EFT, zu Deutsch die pferdegestützte Therapie, nicht zwingend eine psychiatrisch-therapeutische Intervention impliziert, sondern die Einsatzgebiete der Hippotherapie und des heilpädagogischen Reitens und Voltigierens umfasst, versteht man hingegen unter dem Begriff der EAP, der pferdegestützten Psychotherapie, eine spezifische Form der Psychotherapie unter der Anleitung eines ärztlichen Psychotherapeuten. Die im amerikanischen Sprachgebrauch sehr differenzierte Abgrenzung dieser neuen Psychotherapieform von anderen

⁵ <http://www.narha.org/about-narha/about-narha>

⁶ <http://www.eagala.org/de/node/3791>

tiergestützten Therapien ist im deutschen Sprachraum nicht vorzufinden, da eine einheitliche Terminologie zur Verbesserung der Professionalität noch Gegenstand aktueller Diskussionen ist (Kläschen, 2011).

Im Weiteren möchte ich nun kurz die verschiedenen Organisationen und Vereine in Deutschland auflisten. Im Jahre 1970 erfolgte die Gründung des „Deutschen Kuratoriums für therapeutisches Reiten“ (DKThR), das sich, wie in der Abbildung 1 veranschaulicht, in folgende Arbeitsbereiche unterteilen lässt.⁷

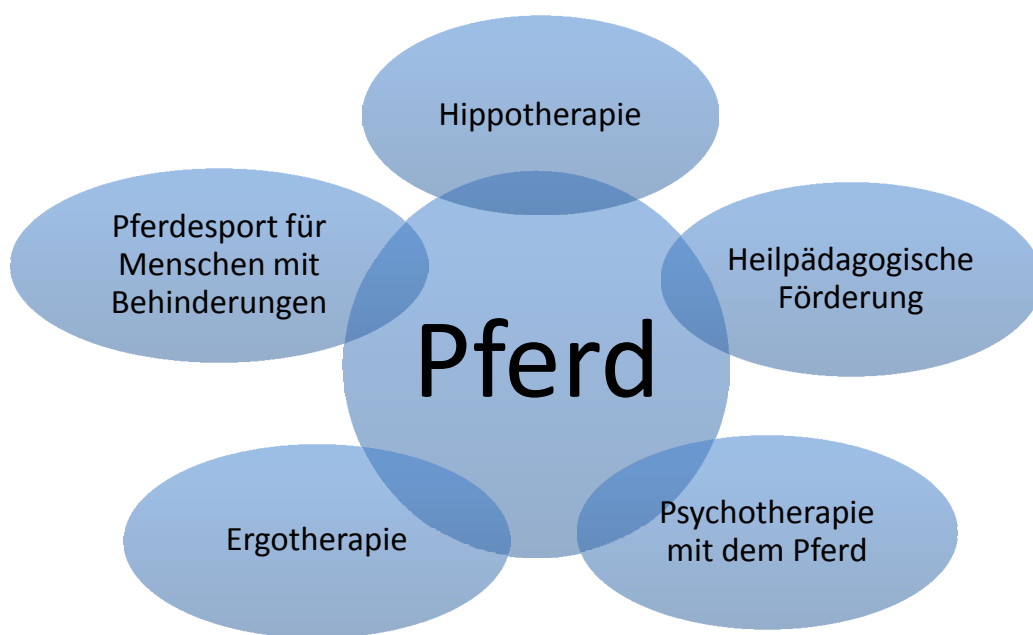


Abbildung 1: Darstellung der verschiedenen Fachbereiche des therapeutischen Reitens

Neben den bereits im vorigen Kapitel beschriebenen Therapierichtungen der Hippotherapie und des Heilpädagogischen Reitens und Voltigierens stellt die Ergotherapie mit dem Medium Pferd einen erst seit 2005 bestehenden Fachbereich dar. Ziel dieser Therapierichtung ist es, durch perzeptives, sensomotorisches und psychisches Training Menschen mit verschiedenen Störungen oder Behinderungen in ihrer Selbstversorgung, Produktivität oder auch Freizeitgestaltung zu unterstützen. Durch den Einsatz des Pferdes soll die Handlungsfähigkeit des Menschen im Alltag wiederhergestellt, eine Beteiligung am sozialen Gesellschaftsleben gefördert sowie die Lebensqualität in weiterer Folge verbessert werden.

⁷ <http://www.dkthr.de/dkthrfakten.php?n2=therapie>

Dank spezieller Hilfsmittel und besonders ausgebildeter Pferde ist auch für Menschen mit verschiedenen körperlichen Behinderungen der Reitsport zugänglich. Der Pferdesport bringt nicht nur Freude an der Bewegung und an Wettkämpfen (zum Beispiel im Rahmen der Paralympics) mit sich, sondern stärkt das Selbstvertrauen und erleichtert auch das Knüpfen von sozialen Kontakten.⁸

Eine weitere erwähnenswerte Organisation, die im Jahre 2001 durch den Zusammenschluss von Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten unterschiedlicher Richtungen und Pädagogen entstanden ist, nennt sich „Fachgruppe Arbeit mit dem Pferd in der Psychotherapie“ (FAPP). Diese Arbeitsgruppe zielt auf den fachspezifischen Erfahrungsaustausch im multiprofessionellen Team ab und ist um die Weiterentwicklung der vielfältigen praktischen Arbeit mit dem Pferd bemüht.⁹ Inzwischen besteht die FAPP aus einundzwanzig Mitgliedern. Einige davon haben ihre Erfahrungen, Reflexionen und Fallberichte zu einem Buch zusammengefasst, das im Jahre 2005 mit dem Titel „Psychotherapie mit dem Pferd - Beiträge aus der Praxis“ erschienen ist (Mehlem, 2005).

Zudem wurde im Jahre 2004 in Konstanz am Bodensee eine weitere Organisation gegründet, die den Namen „Institut für pferdegestützte Therapie“ trägt. Diese Institution wendet sich im Besonderen an Menschen mit psychischen Erkrankungen oder auch Behinderungen sowie an Kinder im Alter zwischen drei und acht Jahren, die in Bereichen der Motorik, Sensorik, Sprache oder des Sozialverhaltens förderungsbedürftig sind. Es werden auch Intensivprogramme für Eltern mit behinderten oder psychisch kranken Kindern (z.B.: Autismus, ADHS¹⁰...) angeboten, die sowohl Kindern als auch Eltern durch Ressourcenmobilisierung neue Perspektiven eröffnen können und Kinder in ihrer Entwicklung begleiten und fördern.¹¹ Neben diesen bisher genannten Therapiebereichen findet die Selbsterfahrung mit dem Pferd im Rahmen eines pferdegestützten, personenzentrierten Coachings, wie sie auch am Institut für pferdegestützte Therapie angeboten wird, immer größeren Anklang. Die Zielgruppe setzt sich hier überwiegend aus Führungskräften zusammen, die durch die Spiegelfunktion des Pferdes ihr Auftreten kritisch und objektiv hinterfragen und mit Hilfe von gezielten Boden- und Führübungen ihre Körpersprache schulen möchten. Der Schwerpunkt dieses Coachings liegt in der Vermittlung der besonderen Bedeutung der Kongruenz zwischen innerer Haltung und

⁸ Ebd.

⁹ <http://www.fapp.net/treff1.htm>

¹⁰ Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätssyndrom

¹¹ http://www.ipth.ch/aktuelle_angebote.html

äußerer Erscheinung. Im Rahmen eines reflektierenden Gespräches mit dem Therapeuten werden konkrete Erfahrungsprozesse, wie beispielsweise mangelndes Durchsetzungsvermögen, unklare Befehlsgebung, zweideutige Kommunikation oder verbesserungsbedürftiges Auftreten, aufgegriffen und Parallelen zur Alltagsproblematik im Beruf thematisiert. Das Pferd stellt sich somit als Übungspartner zur Verfügung, mit dem der Betroffene seine Führungskompetenzen trainieren kann und die Körpersprache zu präzisieren lernt (Brandes & Germing, 2009).

Im Rahmen meiner Recherche über Organisationen, die im Speziellen die pferdegestützte Psychotherapie als unterstützendes Werkzeug in der Behandlung von psychiatrischen Leiden anbieten, bin ich auf das „Projekt ganzheitliches Reiten“ in Deutschland gestoßen. Diese Institution lässt Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen die pferdegestützte Psychotherapie, wie sie auch in St. Radegund nach denselben Prinzipien durchgeführt wird, zuteil werden. Brigitta Wackerl und Simone U. Fichtl, die beiden Gründerinnen des Projekts, fassen die Wirkungsweise dieser psychotherapeutischen Interventionsform sehr prägnant und treffend zusammen:

Im Vordergrund dieser psychotherapeutischen Intervention steht das Kennenlernen eigener Fähigkeiten ohne Leistungsstress. Dabei wird der Mensch in verschiedenen Bereichen berührt: in seiner Körperlichkeit und Beweglichkeit, in seiner Wahrnehmungsfähigkeit und Sensibilität, in seiner Beziehungs- und Auseinandersetzungsfähigkeit sowie auch bezüglich der Übernahme von Eigen- und Fremdverantwortung und realitätsbezogener Selbsteinschätzung.¹²

In Österreich ist die pferdegestützte Psychotherapie ein noch relativ unbekanntes und junges Arbeitsfeld, das es gilt, wissenschaftlich zu evaluieren und mit Hilfe der dadurch gewonnenen Anerkennung forciert anzubieten. In der Steiermark hat die Privatklinik St. Radegund diese psychotherapeutische Interventionsform seit Mai 2010 in ihr rehabilitatives Konzept integriert. Frau Dr. Ursula Eichberger, Ärztin für Allgemeinmedizin mit ÖÄK-Diplomen für Psychosoziale Medizin, Psychosomatische Medizin und Psychotherapeutische Medizin, leistet auf diesem Gebiet Pionierarbeit und

¹² http://www.projekt-ganzheitliches-reiten.de/pageID_2862488.html

kann sich zu Recht durch ihr pferdegestütztes Psychotherapieangebot mit ihren eigenen, nach den Richtlinien des Westernreitens ausgebildeten Pferden profilieren.¹³

Im Jahre 2007 veröffentlichte sie einen „Erlebnisbericht“ über die pferdegestützte Verhaltenstherapie bei einem achtzehnjährigen Mädchen mit schwerer mentaler Retardierung aufgrund einer postpartalen Hypoxie, eines Hirnödems und einer Niereninsuffizienz. Zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme mit dem Mädchen und deren übervorsichtigen Mutter, die unter einer Angststörung sowie einer Depression leidet, verfügt das Mädchen lediglich über Einwortsätze. Zudem sind Stereotypen, Jaktationen und eine ausgeprägte Gang- und Wahrnehmungsstörung erkennbar. Im Rahmen einer fünfzehnmonatigen Therapie erfolgen anfangs die Kontaktaufnahme mit dem Pferd durch die Mutter, später auch eine Annäherung der Tochter an das Tier und vor allem ausgedehnte Spaziergänge mit dem Pferd, die eine wichtige Führübung für die Betroffenen darstellen. Durch diese konsequente Therapie über einen längeren Zeitraum konnten eine Verbesserung des Gangbildes des schwerstbehinderten Mädchens sowie eine Steigerung der körperlichen Kondition, ferner eine Reduktion der Stereotypen und eine erhöhte Selbstständigkeit des Mädchens erzielt werden. Zudem stellte der Zuwachs an Fähigkeiten der Tochter für die betreuende Mutter eine deutliche Entlastung dar (Eichberger, 2007).

Ebenso erscheint mir der österreichische „Verein Pferdecoaching“ noch als erwähnenswert, der seine Schwerpunkte im Bereich des pferdegestützten Coachings von Führungskräften und der systemischen Psychotherapie gesetzt hat. Dieses Coachingteam besteht aus Psychotherapeuten mit spezieller Ausbildung in systemischer Familientherapie, aus Reitinstruktoren und Reittherapeuten. Mit Hilfe von adäquat ausgebildeten Pferden als integralem Bestandteil des therapeutischen Prozesses werden dem Menschen seine Stärken und Schwächen in der Führung von Mitarbeitern vor Augen geführt. Ziel dieser Intervention ist es, sich intuitiver Reaktions- und Kommunikationsmuster bewusst zu werden und die dafür gemeinsam erarbeiteten Lösungsstrategien im Umgang mit dem Pferd zu erproben und zu trainieren.¹⁴

Im Übrigen hat sich auch die pferdegestützte psychotherapeutische Intervention bei Patienten mit Burn-out als effektiv und hilfreich erwiesen, wie ein Beitrag des ORF-Landesstudios Niederösterreich im Jänner 2011 zeigen konnte. Unter der therapeutischen

¹³ <http://www.praxis-am-hof.at/Th2.html>

¹⁴ http://www.pferdecoaching.at/fileadmin/files/Flyer_Pferdecoaching.pdf

Leitung des Psychotherapeuten Robert Koch, der selbstständig in seiner Praxis in Korneuburg und Wien als systemischer Familientherapeut arbeitet und gleichzeitig als Mitglied des Pferdecoachingteams im „Verein Pferdecoaching“ Seminare in allen Bundesländern Österreichs anbietet, hat unlängst in Stockerau ein pferdegestütztes Seminar für Patienten mit Burn-out stattgefunden.¹⁵ Betroffene schilderten, dass sie durch die Bodenarbeit mit dem Pferd ein unmittelbares Feedback über ihren Führungsstil erhalten haben, und berichteten über die Erfahrung, dass sie nur mit einer eindeutigen Körpersprache und aufrechten Haltung als „Leittier“ für das Pferd auftreten und die Führübungen erfolgreich bewältigen konnten. Des Weiteren beschrieben die Teilnehmer dieses Seminars die Anerkennung, die sie im Beruf oder in der Familie nicht erhalten haben, die ihnen jedoch durch die wertfreie Akzeptanz vom Pferd sehr wohl zuteil wurde, als besonders heilsam und wertvoll.¹⁶

Abschließend möchte ich noch kurz das „Zentrum für pferdeunterstütztes Wachstum und Lernen“ in Innsbruck anführen, worauf ich unlängst durch einen Zeitungsartikel im „Standard“ aufmerksam gemacht wurde. Carina Prantl, die diese EAGALA-zertifizierte Institution ins Leben gerufen hat, bietet verschiedene Seminare zu den Themen Selbsterfahrung mit dem Pferd, Schulung der Körpersprache in der Kindeserziehung, Persönlichkeitsbildung, Führungsqualitäten, Teamfähigkeit sowie Kommunikationstraining an.¹⁷ Zudem hat die engagierte Leiterin dieses Zentrums auch Kooperationen mit Sozialeinrichtungen ins Leben gerufen, wo gewalttätige, zum Teil arbeitslose und drogenabhängige Jugendliche in einem ambulant betreuten Wohnsetting untergebracht sind. Im Rahmen der anfänglichen Abklärungsphase ist eine Auseinandersetzung mit dem Pferd für alle Jugendlichen ein verpflichtender Bestandteil der Behandlung, um das eigene Verhalten und die Körpersprache bewusst wahrnehmen und durch die Spiegelfunktion dieses Tieres auch reflektieren zu können. In der Regel wird diese neue Form der Tiertherapie von den Betroffenen als bereichernd, aufschlussreich und vor allem wertschätzend erlebt, da Pferde den Jugendlichen unvoreingenommen begegnen und diese nicht nach ihren Vorgeschichten, Fehlern oder aktuellen Problemen beurteilen.¹⁸

¹⁵ <http://www.pferdecoaching.at/robert-koch.html>

¹⁶ <http://www.pferdecoaching.at/info/burnout-psychotherapie-mit-hilfe-von-pferden.html>

¹⁷ <http://www.carina-prantl.at/index.php?Seminare>

¹⁸ <http://www.carina-prantl.at/pdfdateien/Standard8.1.2011.pdf>

3.3. Prinzip der Join-up-Methode von Monty Roberts

Da die Join-up -Methode des international bekannten „Pferdeflüsterers“ Monty Roberts in den letzten Jahren weltweit als anzustrebende Grundlage für einen gewaltfreien, vertrauensvollen Umgang mit dem Pferd gilt und sich auch durchaus langfristig bewährt hat, möchte ich diesen bedeutenden Mann kurz vorstellen und seine einzelnen Lektionen im folgenden Kapitel darlegen.

3.3.1. Biographie

Monty Roberts wurde im Jahre 1935 als Sohn eines Pferdetrainers in Kalifornien geboren. Bereits seit seiner Kindheit beschäftigte sich der amerikanische Pferdeflüsterer mit dem Wesen der Pferde und saß schon im Alter von drei Jahren im Sattel. Monty Roberts erkannte schon sehr früh, dass er die Ansichten seines Vaters, der die Anwendung von Gewalt in der Ausbildung von Pferden als durchaus notwendiges Mittel ansah, nicht teilen kann und im Begriff ist, seine eigene Philosophie im Umgang mit diesen Tieren zu entwickeln. Doch nicht nur die divergierenden Meinungen hinsichtlich der Behandlung der Pferde, sondern auch die persönlichen Gewalterfahrungen von Seiten des eigenen Vaters trugen zu einem angespannten und schwierigen Verhältnis zwischen den beiden bei.¹⁹

Im Alter von dreizehn Jahren widmete sich Monty Roberts mit Neugierde und Geduld der Beobachtung von wild lebenden Mustangs in Nevada, wo er mit großem Interesse die Interaktionen zwischen den Pferden zu deuten und zu verstehen versuchte. Er war von der lautlosen und effektiven Kommunikation unter den Pferden anhand der Körpersprache äußerst fasziniert. Das ausgiebige Studium der Pferde in der freien Wildbahn lehrte ihn, wie präzise sich diese Tiere zu verständigen und einander Grenzen zu setzen sowie verschiedene Gefühlslagen auszudrücken imstande sind. Monty Roberts war davon überzeugt, dass die Kenntnis der „Equus“-Sprache, wie er die nonverbale Pferdesprache bezeichnete, auch eine klare Kommunikation zwischen Mensch und Pferd ermöglicht, eine Vertrauensbasis entstehen lässt, sodass Gewalt und Zwang unnötig sind.²⁰ Die von ihm entwickelte Methode, ein Pferd durch den Einsatz einer gemeinsamen Sprache zur freiwilligen Kontaktaufnahme und Annäherung an den Menschen zu bewegen, weil es in seiner Anwesenheit Sicherheit verspürt und den Menschen als „Leittier“ ansieht, ist

¹⁹ http://de.wikipedia.org/wiki/Monty_Roberts

²⁰ http://www.montyroberts.com/ab_about_monty/ab_about_monty/

mittlerweile international als „Join-up“ bekannt. Roberts definiert in seinem Buch „Die Sprache der Pferde“ das Join-up-Verfahren als eine Methode der Verständigung zwischen Mensch und Pferd, die als Basis für eine weitere Kooperation ein wegweisendes Werkzeug darstellt (Roberts, 2002).

Im Jahre 1989 wandte sich die englische Königin Elisabeth II an Monty Roberts, um ihn auf ihr Gestüt einzuladen und sich die Join-up-Methode bei ihren Pferden vorstellen zu lassen. Sein sanfter, erfolgreicher Umgang mit diesen Tieren begeisterte die Königin derart, dass sie ihn dazu animierte, sein wertvolles Wissen über die Pferdesprache zu Papier zu bringen, um seine Erfahrungen und Erkenntnisse auch der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.²¹

Der heute mittlerweile 76-jährige Pferdeflüsterer kann als anerkannter Pferdezüchter, als Bestseller-Autor sowie als Entdecker und Interpret der Gattung „Equus“ zu Recht mit Stolz auf seine Erfolge zurückblicken.

3.3.2. Grundlegendes Wissen über die Instinkte und die Natur der Pferde

Um die Konzepte des Join-up nachvollziehen und erfolgreich ausführen zu können, muss sich der Mensch im Vorfeld die Kerninstinkte und die Natur der Pferde bewusst machen und sich diese für den Umgang mit diesen Lebewesen verinnerlichen.

Grundsätzlich soll zu Beginn ein sehr bedeutender Unterschied zwischen Mensch und Pferd erklärt werden. Während der Mensch für das Pferd als Raubtier mit angeborenem Kampfinstinkt gilt, zählt das Pferd zur Spezies der Beutetiere, deren Verteidigung primär in der Flucht besteht. Diese verschiedenen Verhaltensmuster machen sich besonders in Stresssituationen und unter Druck bemerkbar, wo sich der Mensch intuitiv in die Rolle des Kämpfers begibt, der mit Zwang und aller Macht das Pferd besiegen will und sich bemühen wird, ihm den Willen zu brechen. Das Pferd hingegen wird stets nur seinen beiden Grundsätzen, nämlich zu überleben und sich fortzupflanzen, folgen. Fühlt es sich im Kontakt mit dem Menschen derart unter Druck gesetzt und in die Enge getrieben, wird es die Flucht aufgrund seiner Existenzangst ergreifen und somit einer Kooperation mit dem Menschen ausweichen. Daher ist es gerade im Join-up von großer Bedeutung, dem Pferd zu verdeutlichen, dass man entgegen seinen Vorstellungen kein Angreifer ist, sondern eine auf Vertrauen basierende und partnerschaftliche Beziehung anstrebt (Roberts, 2002).

²¹ Ebd.

Auf Basis der Tatsache, dass Pferde als Beutetiere gelten, lässt sich auch ihre vorrangig lautlose Form der Kommunikation verstehen. Um sich in der Herde untereinander möglichst unauffällig und still zu verständigen, ohne die Aufmerksamkeit eines potentiell nahenden Raubtieres zu erwecken, müssen sich Pferde fast ausschließlich über ihre Körpersprache auszudrücken wissen. Nach intensiver Beschäftigung mit der Körpersprache der Pferde ist es Monty Roberts gelungen, insgesamt 170 nonverbale Gesten zu identifizieren, denen er mit dem eigenen Körper zu antworten imstande ist. Die Grundpfeiler, auf die sich die Körpersprache der Pferde stützt, sind die Haltung, im Speziellen die des Kopfes, die Stellung und Richtung der Ohren sowie Mundbewegungen wie beispielsweise Lecken oder Kauen. Wie sich diese Ausdrucksweisen im Rahmen des Join-up zeigen und interpretieren lassen, wird in der konkreten Beschreibung dieser Methode erläutert (Ebd.).

Ebenfalls muss man sich als Partner des Tieres darüber im Klaren sein, dass Pferde in einem hierarchisch streng strukturierten Herdenverband leben. In dieser Rangordnung gilt es, die zwei führenden Positionen, die Leitstute und den Leithengst, in seinen Aufgabenbereichen zu verstehen. Wie in einem früheren Kapitel bereits kurz erwähnt, definiert sich die Leitstute als Herdenanführerin, der im Falle einer Fluchtsituation alle Mitglieder des Herdenverbandes bedingungslos folgen. Sie zeichnet sich durch eine große Verantwortungsbereitschaft, Vertrauenswürdigkeit und Erfahrung in der Führung der Gruppe aus, was sich jedoch nicht primär in nach außen hin sichtbaren Verhaltensweisen zeigt. Der Leithengst hingegen imponiert durch sein kräftiges, überlegenes und selbstsicheres Auftreten und verkörpert den Beschützer innerhalb des Verbandes. Es gehört zu seinen Aufgaben, die Herde zusammenzuhalten und sie gegen Angreifer zu verteidigen. Ferner ist es nur ihm gestattet, die Stuten zu befruchten und die Fortpflanzung als eines der beiden Ziele von Pferden zu sichern. Die Kenntnis von der Hierarchie innerhalb der Pferdeherde soll dem Menschen klarmachen, wie ausschlaggebend es im Kontakt mit diesen Tieren ist, sich als „Leittier“ zu präsentieren. Denn nur, wenn ein Pferd sich gut geführt fühlt, fasst es Vertrauen und eröffnet die Möglichkeit eines Beziehungsaufbaues (Schwaiger, 2000).

Des Weiteren legt Monty Roberts (2002) in seinem Buch „Die Sprache der Pferde“ in den einführenden Worten über die „Equus“-Sprache großen Wert auf die Tatsache, dass sich das Sehvermögen der Pferde deutlich von dem der Menschen unterscheidet. Beim Anblick des Pferdes fällt auf, dass die Augen dieser Tiere lateral positioniert sind, wohingegen die

Augen beim Menschen zentriert stehen. Daraus ergibt sich, dass Pferde über ein sehr weites und großes Gesichtsfeld (350 Grad) verfügen, wobei sie nur einen Bereich von etwa 65 Grad binokular sehen und den Rest mit dem jeweiligen Auge auf der betreffenden Seite wahrnehmen. Die zusätzliche Tatsache, dass der Großteil des Gesichtsfeldes der Pferde keine Tiefenschärfe besitzt, erklärt so manchen unerwarteten Sprung über einen banalen Bodenschatten, den Pferde genauso als Loch auffassen können. Außerdem sorgt die Struktur des Pferdeauges dafür, dass Gegenstände mit einer zirka 50-prozentigen Vergrößerung abgebildet werden, weshalb auch das Pferd im Gegensatz zum menschlichen Auge beim Anblick einer in Wirklichkeit kleinen Tüte am Boden aus Angst vor einer potentiellen Gefahr mit dem instinktiven Fluchtverhalten reagiert. Diese gesteigerte Schreckhaftigkeit soll man nicht als Böswilligkeit oder Ungehorsam des Pferdes interpretieren, sondern auf den soeben beschriebenen Mechanismus zurückführen. Im Gegensatz zu Tieren besitzen Menschen aufgrund der zentrierten Position ihrer Augen ein binokulares Gesichtsfeld, verfügen über die Fähigkeit der Nah- und Ferneinstellung, haben jedoch ein eingeschränktes laterales Sehvermögen. Das gesamte Gesichtsfeld ist natürlich dementsprechend deutlich kleiner. Wie bereits vorhin angedeutet, liefert die Haltung des Pferdekopfes aufschlussreiche Informationen. Da das Pferd nicht die Möglichkeit der Nah- und Ferneinstellung besitzt, muss es dieses Defizit bei der Betrachtung von Gegenständen in der Nähe oder in der Ferne mithilfe von Kopfbewegungen kompensieren. Indem das Pferd den Kopf zu Boden senkt, kann das Licht durch die Pupille auf den oberen Teil der Retina fallen, was dem Pferd zu einer Einstellung auf Nahsicht verhilft. Wenn das Pferd jedoch den Kopf hebt, fällt das Licht auf den unteren Teil der Retina. Dies befähigt das Pferd dazu, in die Ferne zu blicken. Nun lässt sich auch die variierende Kopfhaltung des Pferdes etwas besser nachvollziehen (Roberts, 2002).

Unter Berücksichtigung dieser beschriebenen instinktiven Verhaltensmuster und der physiologischen Gegebenheiten können die einzelnen Lektionen des Join-up verstanden und auch mit Erfolg umgesetzt werden.

3.3.3. Das Prozedere und die Ziele des Join-up

Unter dem Begriff „Join-up“, der sich aus dem Englischen ableiten lässt und „sich freiwillig melden“ bedeutet, werden all jene Strategien subsumiert, die im Rahmen eines gewaltfreien Umgangs mit dem Pferd genutzt werden. Grundsätzlich ist diese von Monty Roberts propagierte Methode sowohl für den Beritt von jungen Pferden, weshalb die

vollständige Beschreibung des Join-up auch die Gewöhnung des Pferdes an die Ausrüstungsgegenstände wie Sattel und Zaumzeug beinhaltet, als auch für die Arbeit mit problematischen Pferden geeignet. Doch ebenso bei unauffälligen, gut ausgebildeten Pferden jeglichen Alters macht die Anwendung des Join-up Sinn, da sie zur Entwicklung einer vertrauensvollen Bindung zwischen Mensch und Tier beiträgt und in weiterer Folge das Training mit dem Pferd aufgrund des sich angeeigneten Verständnisses der Pferdesprache bedeutend erleichtert (Roberts, 2002).²² Dass Pferde uns ohne Vorurteile und völlig wertfrei gegenüberstehen, jedoch sehr feinfühlig auf unsere Handlungen und körpersprachliche Ausdrucksweise reagieren, untermauert Roberts (2002) mit folgender Aussage: „Pferde nehmen mich so, wie ich bin, aber sie beurteilen mich nach dem, was ich tue“ (S. 53).

Um mit einem Pferd ein Join-up durchzuführen, empfiehlt Roberts (2002) einen eingezäunten Roundpen mit einem Durchmesser von etwa 16 Metern für ein normales, durchschnittliches Reitpferd. Prinzipiell kann man die Lektionen des Join-up zwar beinahe auf jedem Reitplatz zustande bringen, jedoch stellt ein begrenzter Roundpen mit einem optimalen Durchmesser ein wichtiges Hilfsmittel für den Trainer dar, da dieser im Vergleich zu rechteckigen oder quadratischen Reitplätzen durch die fehlenden Ecken den Fluss der Bewegung nicht unterbricht und außerdem die Fluchtdistanz des Pferdes immer konstant hält.

Zu Beginn des Join-up führt man das Pferd mit einer Longe in die Mitte des Roundpens, hält es zum Stehen an und reibt ihm die Stirn. An dieser Stelle ist es wichtig zu bedenken, dass ein direkter Augenkontakt mit dem Pferd zu vermeiden ist, da dies eine Fluchtreaktion provozieren könnte, die zu diesem Zeitpunkt noch nicht erwünscht ist. Anschließend wird dem Pferd die Möglichkeit zur Orientierung innerhalb des runden, eingezäunten Platzes gegeben, indem man es nach allen vier Himmelsrichtungen ausrichtet und es dabei jedes Mal ohne Blickkontakt an der Stirn reibt. Nach dieser kurzen Annäherungsphase eröffnet man dem Pferd die Gelegenheit zur Flucht. Diese Reaktion des Pferdes wird dadurch hervorgerufen, dass man als Trainer eine zum Tier frontale Position einnimmt und nun dem Pferd bewusst in die Augen blickt (Roberts, 2002). Das menschliche Verhalten wird vom Pferd intuitiv als aggressive Geste verstanden und veranlasst das Tier zur Flucht. Während das Pferd nun im Roundpen seine Kreise zieht, verkörpert der Trainer durch den

²² <http://de.wikipedia.org/wiki/Join-Up-Methode>

Augenkontakt und die frontale Haltung zum Pferd weiterhin die Rolle des Angreifers. Nach einigen Runden im Roundpen wird das Pferd entsprechend seines Verhaltens in der Natur versuchen, mit dem Feind Kontakt aufzunehmen. In der freien Wildbahn beträgt die durchschnittliche Fluchtdistanz eines Pferdes nämlich nur etwa 400 bis 600 Meter. Nachdem es diese Wegstrecke zurückgelegt hat und sich der potentiellen Gefahr einer völligen Erschöpfung im Falle einer Fortsetzung der Flucht durchaus bewusst ist, entscheidet sich das Pferd in dieser Phase für die Verhandlung mit dem Angreifer und verdeutlicht mit seinem Verhalten seine Kompromissbereitschaft (Roberts, 2000).

Nach dieser gezielt herbeigeführten Fluchtsituation gilt es, im Rahmen der anschließenden Kontaktaufnahme vier bedeutende Gesten anzustreben, damit die Bedingungen für das letzte Ziel, nämlich den Augenblick des Join-up geschaffen werden.

Das erste zu beobachtende Anzeichen des Pferdes für seine Verhandlungsbereitschaft gegenüber dem Feind ist die Position seiner Ohren, die – wie bereits eingangs erwähnt – meist sehr aussagekräftig und aufschlussreich ist. Das Pferd wird das dem Trainer zugewandte Ohr in dessen Richtung drehen, während das andere Ohr mit abwechselnden Vor- und Rückwärtsbewegungen die Geräusche aus der Umgebung wahrnimmt. Diese Geste ist in Abbildung 2 dargestellt und symbolisiert, dass das Pferd einen Teil seiner Aufmerksamkeit dem Trainer schenkt und ihn als Verhandlungspartner respektiert (Roberts, 2002).

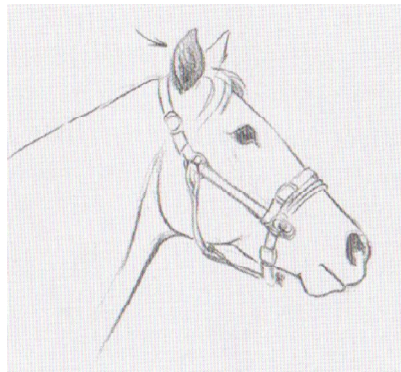


**Abbildung 2: Erste Geste der Kontaktaufnahme: Das Ohr ist dem Menschen zugewandt.
(Ebd.)**

Es folgt dann in der Regel die zweite Geste der Verständigung, die sich durch eine Verkleinerung des Zirkels im Roundpen und ebenso durch eine meist zusätzliche Drehung des Halses in Richtung des Menschen äußert (Abbildung 3). Dieser Annäherungsversuch bringt zum Ausdruck, dass das Pferd nicht mehr die Flucht ergreifen, sondern stattdessen eine für beide Parteien akzeptable Vereinbarung treffen möchte (Ebd.).

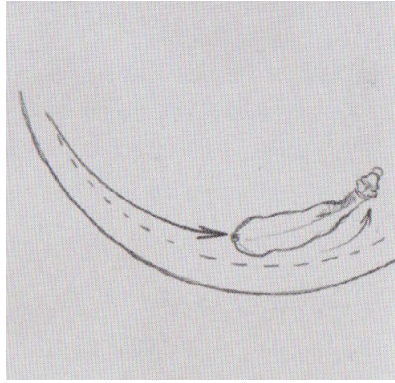


Abbildung 3: Zweite Geste der Kontaktaufnahme: Verkleinerung des Zirkels im Roundpen (Ebd.)

In dieser Phase betont Roberts (2000), dass es von großer Wichtigkeit ist, die frontale Position gegenüber dem Pferd und den direkten bewussten Augenkontakt aufrechtzuerhalten, bis die letzten beiden Symbole der Verständigung erkennbar sind.

Als dritte Geste, wie in Abbildung 4 zu sehen, lassen sich die Leck- und Kaubewegungen des Pferdes wahrnehmen. Die Tatsache, dass das Pferd mit diesem Verhalten zum Ausdruck bringen will, sich gegenwärtig der Nahrungszufuhr zu widmen, impliziert eine für das Tier entspannte Situation ohne das Vorherrschen von Angst (Roberts, 2002).



Abbildung 4: Dritte Geste der Kontaktaufnahme: Leck- und Kaubewegungen (Ebd.)

Nun wartet man als Trainer auf die vierte anzustrebende Reaktion des Pferdes. Diese sieht so aus, dass das Pferd den Hals senkt, die Nase nur knapp über dem Boden hält und sich auf diese Weise vorwärtsbewegt (Abbildung 5). Nach jahrelanger Erfahrung im nonverbalen Umgang mit Pferden und in der Beobachtung der so genannten Equus-Sprache deutet Roberts (2000, 2002) dieses Zeichen der Verständigung als Wunsch nach einer partnerschaftlichen Beziehung, wobei das Pferd mit seiner Kopfhaltung dem Trainer zu verstehen gibt, dass es ihm im Rahmen dieser Verhandlung den Vorsitz überlasse.

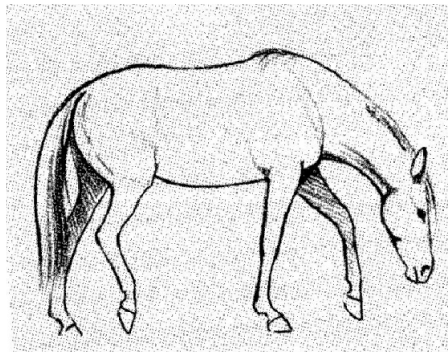


Abbildung 5: Vierte Geste der Kontaktaufnahme: gesenkter Kopf als Symbol der Kompromissbereitschaft (Roberts, 2002)

Diese vier Gesten der Verständigung dienen als Grundlage für eine zielführende Kommunikation zwischen Tier und Mensch, die für den darauffolgenden Moment des Join-up im Vorfeld erreicht werden sollten. Im Anschluss an diese vier beschriebenen Reaktionen des Pferdes besteht der nächste Schritt des Trainers darin, seinen Blick nun vom Tier abzuwenden, dezent nach unten zu blicken und anstelle der frontalen Position eine Haltung einzunehmen, bei der die Schultern in einem 45°-Winkel zur Körperachse des Pferdes stehen (Abbildung 6). Diese konkrete nonverbale Kommunikation durch den Einsatz der Körpersprache beinhaltet in diesem Fall eine Einladung zum Näherkommen.

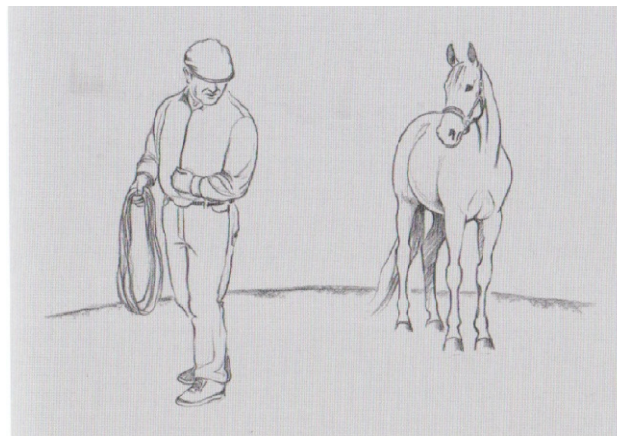


Abbildung 6: Körperhaltung als Geste der Einladung zur freiwilligen Kontaktaufnahme (Ebd.)

Das Pferd kann sich daraufhin mit seinem freien Willen entscheiden, ob es die Nähe zum Menschen sucht oder eher den Abstand bevorzugt. Es ist in dieser Phase des Trainings wiederum oberstes Gebot, den direkten Augenkontakt zu meiden, da dies das Pferd verunsichern und zu einer instinktiven Fluchtreaktion bewegen könnte, die zu diesem Zeitpunkt kontraproduktiv wäre. Wenn sich schließlich das Pferd wie in Abbildung 7 dargestellt dem Menschen annähert, den Kontakt zu ihm sucht, den Kopf vorstreckt und

sogar mit der Nase die Schultern des Trainers berührt, ist der endgültige Augenblick des Join-up erreicht (Roberts 2000, 2002).

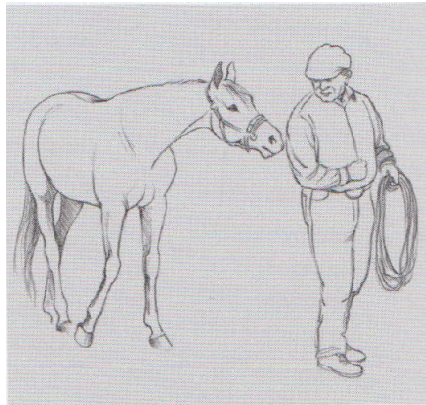


Abbildung 7: Der Augenblick des Join-up (Roberts, 2002)

Sollte dieser Schritt des freiwilligen Meldens, wie sich das Join-up übersetzen lässt, nicht sofort mit Erfolg erzielt werden können und ergreift das Pferd die Flucht, empfiehlt Monty Roberts (2002), sich vom Pferd zu distanzieren und die vorhin erläuterte passive Haltung erneut einzunehmen. Dabei sollte sich der Trainer in einem großen Kreisbogen rund um das Pferd hin und her bewegen. Dieses Verhalten signalisiert dem Pferd in seiner Equus-Sprache, dass es abermals eine Einladung zur Kontaktaufnahme erhalten hat und drückt ferner aus, dass es sich hierbei um einen sicheren Ort handle, der die Entstehung einer Partnerschaft ermöglicht. Wann immer der erfolgreiche Moment des Join-up eingetreten ist, sollte das Pferd belohnt werden, indem man sich nun langsam zu ihm umdreht und es mit Blick nach unten zwischen den Augen an der Stirn streichelt (Ebd.).

Ist dieser entscheidende Schritt des Join-up erstmals vollbracht, kann davon ausgegangen werden, dass das Pferd dem Menschen, wenn er sich jetzt wiederum vom Pferd abwendet und weggeht, folgen wird. Dieses Ziel wird als „Follow-up“ bezeichnet und in der Abbildung 8 veranschaulicht (Roberts, 2002).

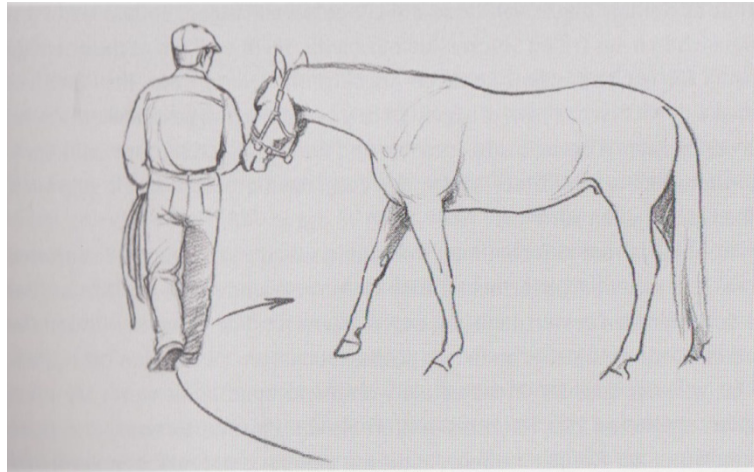


Abbildung 8: Follow-up (Ebd.)

Es empfiehlt sich nun, in Zirkeln nach rechts und links zu gehen sowie auch ein Serpentinmuster vorzugeben und zu beobachten, ob das Pferd den exakten Bewegungen des Trainers folgt. Lässt es sich im Follow-up schließlich auch in der Vorgabe von konkreten Figuren in der Reitbahn problemlos steuern, ist diese Lektion überaus zufriedenstellend erfüllt. Wie bereits erwähnt, liegt der wohl bedeutendste Unterschied zwischen Mensch und Pferd in der Tatsache, dass der Mensch als Raubtier mit intuitiver Kampfbereitschaft einzustufen ist und das Pferd hingegen ein Fluchttier repräsentiert. Unter der Berücksichtigung dieser Gegebenheit lässt sich auch das Follow-up des Pferdes nachvollziehen. Da sich ein Raubtier niemals von seiner Beute entfernen würde, versichert nämlich das Wegdrehen des Menschen dem Tier, dass der Trainer keinen Angriff plant. Somit wird die Situation vom Pferd als gefahrenlos eingeschätzt, weshalb es dem Menschen als seinem Leittier folgt (Ebd.).

Wenn die ersten beiden wesentlichen Ziele erreicht worden sind, wird überprüft, ob die bestehende Beziehung zwischen Mensch und Tier für den nächsten Schritt bereits ausreichend gefestigt ist, indem man nun die Longe am Pferdehalter einhakt. Bleibt das Pferd ohne jegliche Gewaltanwendung und Zwang bei durchhängender Longe freiwillig beim Menschen, so kann man sich der nächsten Aufgabenstellung widmen. Versucht das Tier jedoch vom Trainer zu fliehen, liefert dieses Verhalten einen Hinweis dafür, dass die Führungsqualität des Trainers noch verbesserungsbedürftig ist und das Join-up bisher in den dargelegten Grundsätzen noch nicht gut genug gelungen ist. In diesem Fall erscheint eine Wiederholung der beschriebenen Lektionen sinnvoll (Ebd.).

Als nächsten Schritt für eine Intensivierung dieser partnerschaftlichen Mensch-Tier-Beziehung sieht Monty Roberts (2000, 2002) die Annäherung an die verletzlichsten

Bereiche des Pferdes. Das Hauptaugenmerk liegt hier darauf, jene besonders empfindlichen Körperstellen des Pferdes zu berühren, die in der Regel von Raubtieren attackiert werden. Dazu gehören der Pferdehals, der Widerrist, der gesamte Rücken, die Bauchunterseite und die Flanken, die es gilt, mit beiden Händen vorsichtig zu massieren. Im Anschluss daran sollte man sich dem Anheben der Hufe widmen, indem man, auf der linken Seite des Pferdes beginnend, zuerst den Vorderfuß und dann den Hinterfuß hochhebt und danach auf die andere Seite wechselt. Nach einem erfolgreichen Durchgang auf der einen Körperseite leitet Roberts (2002) dazu an, sich wieder ein wenig vom Pferd zu distanzieren und ein paar Schritte zurückzutreten. Dieses Verhalten widerspricht sich grundlegend mit jenem von Raubtieren, da diese nach dem Angriff auf die charakteristischen Schwachstellen des Tieres ihre Beute niemals mehr loslassen würden. Somit erkennt das Pferd, dass es sich um keine feindliche Tat handelt, und es ist in der Lage, einmal mehr Vertrauen zum menschlichen Partner zu fassen. Da man als Trainer im Speziellen beim Anheben der Hinterhufe die Möglichkeit des Austretens nicht außer Acht lassen sollte, ist es ratsam, sich dieser Gefahrenzone stets von der Seite zu nähern und das Pferd durch eine vorangehende Berührung an den Flanken auf die bevorstehende Übung vorzubereiten. Bei dieser Lektion ist es von großer Wichtigkeit zu bedenken, dass die Hufe für die Pferde die einzigen Waffen gegen einen Angreifer darstellen. Lässt das Pferd nun das Anheben seiner vier Hufe freiwillig zu, spricht diese Handlung für ein in bereits sehr deutlichem Ausmaß gewonnenes Vertrauen zum Menschen (Roberts, 2000,2002).

Den Abschluss jedes Join-up bildet die positive Auszeit, die von Roberts (2002) „quality time“ genannt wird. Zu diesem Zwecke streichelt man das Pferd auf der Stirn und geht anschließend weg. Mit ziemlich hoher Wahrscheinlichkeit wird das Pferd das Bedürfnis nach einer anhaltenden Nähe zum Menschen haben und ihm deshalb folgen. Dieser durchaus wichtige abschließende Prozess des Join-up soll dem Pferd als Belohnung für die Bereitschaft zur Zusammenarbeit ein Gefühl der Entspannung gewährleisten. Zuletzt sei noch betont, dass die soeben ausführlich beschriebenen Prinzipien des Join-up für die gesamte Dauer der Mensch-Tier-Beziehung aufrechtzuerhalten sind, um eine nachhaltige Trainingsgrundlage zu schaffen (Ebd.).

Wie bereits zu Beginn dieses Kapitels erwähnt, würde die vollständige Beschreibung der Join-up-Methode auch die Konfrontation des rohen Pferdes mit Sattel und Zaumzeug beinhalten (Ebd.). Da diese Arbeitsschritte jedoch ausschließlich für den Beritt von jungen Pferden von Bedeutung sind und im Training von erfahrenen, zugerittenen Pferden sowie

im psychotherapeutischen Setting nicht zur Anwendung kommen, werde ich die Vorgänge des Aufsatteln, des Anlegens des Zaumzeugs sowie des ersten Aufsitzens des Reiters nicht näher beleuchten. Das würde auch den Rahmen meiner Arbeit sprengen.

3.4. Ablauf einer pferdegestützten Therapieeinheit am Beispiel des Settings am Pferdehof Tromper in St. Radegund

Da ich im Rahmen des empirischen Teils meiner Diplomarbeit eine klinische Studie zur Evaluierung der pferdegestützten Psychotherapie bei psychiatrischen Patienten während ihrer Rehabilitation an der Privatklinik in St. Radegund durchgeführt habe, war es mir möglich, diese neue spezielle Therapieform kennen zu lernen. In diesem Unterkapitel möchte ich den Ablauf des therapeutischen Prozesses schildern und die einzelnen Übungen, die sich an den Prinzipien der Join-up-Methode nach Monty Roberts orientieren, darlegen.

Im Rahmen der sechswöchigen psychosomatischen Rehabilitation an der Privatklinik in St. Radegund ist es für jene Patienten, die aus einem breiten, vielfältigen Therapieangebot die pferdegestützte Verhaltenstherapie wählen, insgesamt viermal möglich, bei dieser Therapie mitzumachen. Grundsätzlich sei an dieser Stelle erwähnt, dass weder die Kenntnis des Reitens noch Vorerfahrungen mit Pferden für die Teilnahme an dieser neuen psychotherapeutischen Interventionsform Voraussetzungen sind, da es im Rahmen dieser Therapie nicht – wie oft missverständlich angenommen – um den Erwerb von Reitfähigkeiten geht, sondern nur gezielte Bodenübungen mit dem Pferd im psychotherapeutischen Setting zum Einsatz kommen (U. Eichberger, persönliche Mitteilung, 5. Jänner 2011).

Frau Dr. Ursula Eichberger, Ärztin für Allgemeinmedizin mit dem ÖÄK-Diplom für psychotherapeutische Medizin, leitet gemeinsam mit einer Co-Therapeutin auf dem Pferdehof Tromper in St. Radegund diese pferdegestützten Therapieeinheiten. Zu Beginn der ersten Therapieeinheit ist es aufgrund der inhomogenen Gruppe und des dadurch bedingten unterschiedlichen Vorwissens über Pferde notwendig, die Patienten über die charakteristischen Verhaltensweisen dieser Tiere aufzuklären. Da im Kapitel 3.3.2. die typischen Wesensmerkmale der Pferde bereits ausführlich erläutert worden sind, möchte ich hier nur mehr kurz die wichtigsten Informationen zusammenfassen.

Zuerst werden die Patienten von Frau Dr. Eichberger auf die drei Kerninstinkte des Pferdes aufmerksam gemacht. Es gilt, das Pferd in seinen wesentlichen Eigenschaften als

- Herdentier
- Fluchttier und
- Lauftier

zu akzeptieren. Anhand Abbildung 9 soll noch einmal überblicksartig die hierarchische Struktur innerhalb der Pferdeherde dargestellt werden (Schwaiger, 2000).

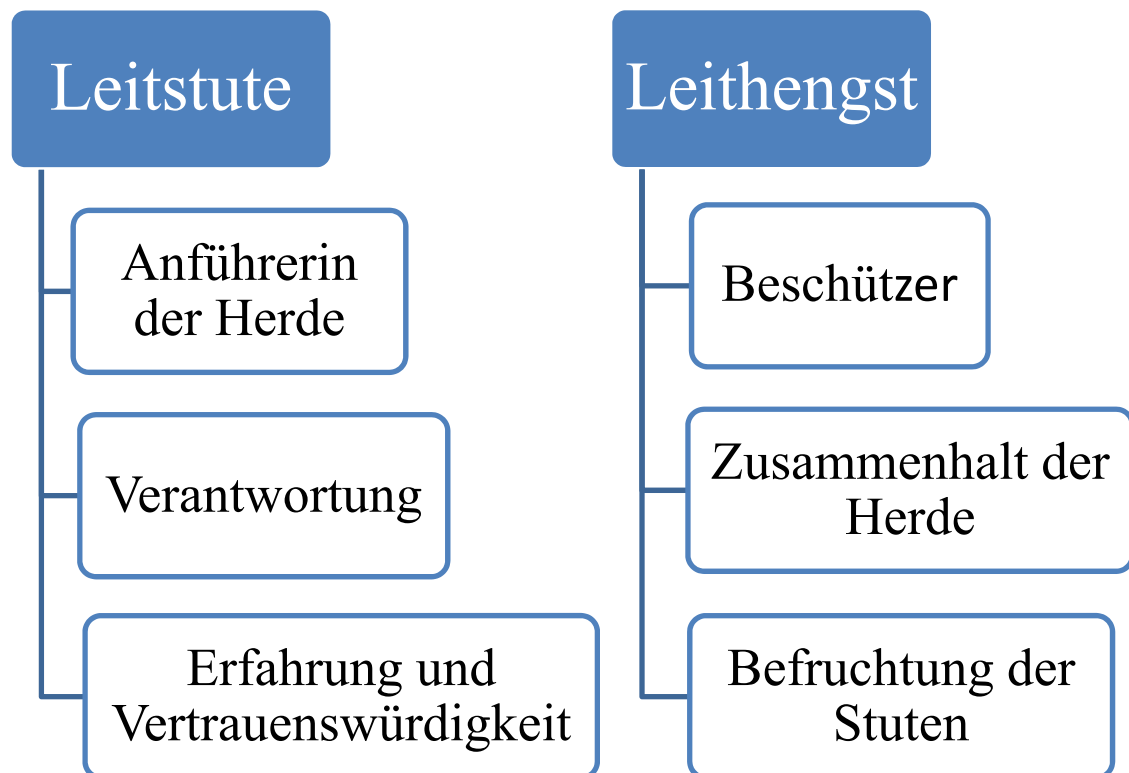


Abbildung 9: Hierarchischer Aufbau der Herde (Ebd.)

Dass Pferde zur Gattung der Fluchttiere angehören und daher in Gefahren-, Konflikt- oder Stresssituationen instinktgesteuert reagieren, wurde ebenfalls bereits in den vorherigen Kapiteln thematisiert. Die Tatsache, dass ein Pferd auch als Lauftier anzusehen ist, soll dem Menschen in der Begegnung mit diesem Lebewesen verdeutlichen, dass ein ausreichendes Maß an Bewegung zur Aufrechterhaltung seiner Gesundheit und zur Deckung seiner Bedürfnisse unbedingt notwendig ist. Dazu zählt jedoch nicht nur das tägliche einstündige Reiten, sondern vielmehr der Auslauf auf der Weide, wo sich Pferde entsprechend ihres natürlichen Laufbedürfnisses langsam über weite Strecken hinweg fortbewegen können sollen (Ebd.).

Des Weiteren wird den Patienten im Rahmen dieses informativen Einführungsvortrages näher gebracht, dass alleine schon die stille Beobachtung eines Pferdes im Herdenverband auf der Weide besonders aufschlussreich über das Sozialverhalten wie auch über die Stimmungslage dieser Tiere sein kann. Bei der Betrachtung der Pferde sollten sich die Patienten im Speziellen auf die Haltung der Ohren sowie auf die Atmung und deren Frequenz konzentrieren, da diese Merkmalsausprägungen bei der Einschätzung der Stimmungslage hilfreich und wegweisend sind (Hartje, 2009). Pferdeunerfahrenen Menschen, die zum ersten Mal Kontakt mit einem Pferd aufnehmen, muss erklärt werden, dass die Haltung der Ohren erste wichtige Rückschlüsse über die Gemütslage des Tieres erlauben. So wird ein entspanntes, aufmerksames und waches Pferd die Ohrmuscheln stets der Quelle des Interesses zuwenden. Befindet sich das Pferd jedoch in einer bedrohlichen Situation, legt es die Ohren nach hinten in Richtung Genick direkt an den Kopf an. Sollte man einem Pferd in diesem Zustand begegnen, so ist äußerste Vorsicht und Distanz geboten. Zudem lässt sich in solch einer für das Tier beängstigenden Lage auch eine erhöhte Atemfrequenz beobachten und vor allem spüren, indem man die Handfläche an den Flanken auflegt, wo man die Atembewegungen gut wahrnehmen kann (Ebd.).

Legt man als Beobachter nun sein Hauptaugenmerk nicht nur isoliert auf das einzelne Pferd, sondern auf die Gesamtheit der Pferde in ihrem Herdenverband, so lässt sich ein ausgeprägtes Sozialverhalten untereinander erkennen. Wipke C. Hartje (2009) unterteilt dieses in ihrem Buch „Therapieren mit Pferden“ in ein attraktives, kohäsives und repulsives Sozialverhalten. Unter dem attraktiven Verhalten werden all jene freundlich wirkenden und kontaktsuchenden Handlungen zusammengefasst wie beispielsweise die Begrüßung der Pferde untereinander durch ein Wiehern, die Aufnahme eines Naso-Nasalkontaktes, die Geruchskontrolle sowie auch das gegenseitige Belecken. Als Herdentier ist es für das Pferd außerdem von großer Bedeutung, stets den Zusammenhalt innerhalb des Verbandes zu wahren und sich zum Schutz des Überlebens auf der Weide in Gruppen zu formieren, was in der Fachsprache als kohäsives Sozialverhalten bezeichnet wird. Um in der Herde jedoch auch die nötige Distanz zwischen den einzelnen Pferden sichern und den Funktionen der jeweiligen Ränge in der Hierarchie gerecht werden zu können, bedient sich das Pferd ebenfalls eines repulsiven Sozialverhaltens. Durch den bewussten Einsatz von zurückweisenden Handlungen, wie zum Beispiel Austreten, Vertreiben, Verfolgen oder auch Angreifen, ist das Pferd imstande, sich in bestimmten

Situationen abzugrenzen und die rangniedrigeren Mitglieder der Herde in die Schranken zu weisen (Ebd.).

Im Anschluss an diese theoretische Einführung folgt schließlich der praktische Hauptteil der Therapie. Es ist bewusst vorgesehen, dass die Patienten das von ihnen selbst ausgewählte Pferd zunächst kurz putzen, um den Erstkontakt mit dem Tier in einer angenehmen Atmosphäre herzustellen und eine ungestörte Annäherung zwischen den beiden Interaktionspartnern zu ermöglichen. An dieser Stelle sei erwähnt, dass Frau Dr. Eichberger den Patienten grundsätzlich empfiehlt, sich für jede Therapieeinheit ein anderes Pferd auszusuchen. Aufgrund der oft stark variierenden Charaktere der Tiere und der unterschiedlichen Pferderassen hat man die Gelegenheit, mit jedem einzelnen dieser Therapiepferde einzigartige und neue Erfahrungen zu machen und Vergleiche zu ziehen. Je nach Anzahl der Teilnehmer wird entweder dem Patienten ein eigenes Pferd für die Durchführung der praktischen Übungen zugeteilt oder im Falle einer größeren Therapiegruppe ein Therapiepferd für zwei Patienten eingesetzt, wobei die Übungen dann abwechselnd vorgenommen werden (U. Eichberger, persönliche Mitteilung, 12. Jänner 2011).

Da mit dem Pferd vom Boden aus gearbeitet wird, benötigt man nur ein Halfter und einen Strick, mit deren Hilfe das Pferd nun von den Patienten an den Reitplatz geführt wird. In der nun folgenden ersten Übung werden die Patienten dazu angeleitet, das Pferd am gesamten Körper Schritt für Schritt zu berühren, sich auch den vorhin beschriebenen verletzlichen Bereichen des Tieres vorsichtig und langsam zu nähern, den Herzschlag zu suchen, den Atem zu spüren und die Frequenz zu beurteilen. Diese Übung soll dazu dienen, Vertrauen mit dem Tier aufzubauen sowie ihm zu verdeutlichen, dass man ihm keine Schmerzen zufügen wird, sondern eine partnerschaftliche Beziehung schaffen möchte. Während dieser ersten einstimmenden Aufgabe ist es besonders wichtig, dass die Patienten schweigen, zur Ruhe kommen und sich ausschließlich auf den Körper des Pferdes sowie auf die Auswirkungen dieses physischen Kontakts auf den eigenen konzentrieren. Dabei gilt es, die eigene Atmung zu beobachten, Kälte- und Wärmeempfinden zu erleben, die körperliche Nähe zum Tier zu fühlen und auch einem spontan in den Sinn kommende Assoziationen und Bilder zuzulassen. Als Therapeut sollte man bei dieser Übung in den Hintergrund treten, um diese bedeutende Phase der Wahrnehmung in keiner Weise zu beeinflussen oder gar zu unterbrechen. Hierbei nimmt der Therapeut die Rolle des stillen Beobachters ein und bespricht mit den Patienten die

gewonnenen Eindrücke in der Reflexionsrunde am Ende der Therapieeinheit (U. Eichberger, persönliche Mitteilung, 12. Jänner 2011).

Dass zwischen den gezielten therapeutischen Übungen mit dem Pferd beziehungsweise dem endgültigen Prozess des Join-up und den zwischenmenschlichen Beziehungen klare Parallelen zu ziehen sind, führt auch Monty Roberts (2000) in seinem Buch „Das Wissen der Pferde und was wir Menschen von ihnen lernen können“ beispielhaft an. So vergleicht Roberts (2000) die Berührung der besonders empfindlichen Stellen des Pferdes und den Vorgang des Anhebens der Hufe mit dem sukzessiven Aufbau von Vertrauen in einer zwischenmenschlichen Partnerschaft. Als Mensch gewinnt man genau dann Vertrauen, wenn man einer noch fremden Person seine verwundbaren Anteile offenbart und somit dem Partner indirekt die Gelegenheit einräumt, sein Gegenüber verletzen zu können, dieser jedoch die Möglichkeit der Kränkung nicht wahrnimmt. Ebenfalls ist der Prozess des Anhebens der Hufe auf die Beziehung zwischen zwei Menschen übertragbar, da es vor Beginn einer auf Vertrauen basierender Freundschaft einer „Entwaffnung“ beider Partner bedarf, um im Vorfeld feindliche Absichten auszuschließen.

Die zweite Bodenübung mit dem Pferd stellt den Einsatz einer klaren, eindeutigen Körpersprache und die Aneignung von Führungsqualitäten im Sinne einer Repräsentation des „Leittiers“ in den Mittelpunkt. Die Patienten werden dazu aufgefordert, ihr Pferd unter der Anwendung des 4-Phasen-Modells rückwärts zu richten. Diese Methode der freundlichen Druckausübung wird von der leitenden Therapeutin vorgezeigt. Zu Beginn der Übung ist es notwendig, sich aufzurichten und mit Überzeugung und Selbstvertrauen vor das Pferd zu stellen, um die Aufmerksamkeit des Pferdes zu gewinnen. Danach legt man die Hand auf die Brust des Pferdes und stellt einen Kontakt zum Fell her, setzt jedoch noch keinerlei Kraft ein. Erkennt das Pferd bereits in dieser so genannten Phase 1 die Aufforderung zum Rückwärtsrichten und führt diese Übung bereitwillig durch, wird das Pferd belohnt. Es ist jedoch im Erstkontakt mit einem Tier eher unwahrscheinlich, dass sich dieser Erfolg der Übung bereits in der Phase 1 einstellt. Reagiert das Pferd auf die sanfte Druckausübung in der Phase 1 nicht, schreitet man zur Phase 2 fort, wo durch den Fingerdruck auf die Brust des Pferdes nun ein Kontakt zur unter dem Fell liegenden Haut hergestellt werden soll. Zeigt diese Phase auch noch nicht den gewünschten Erfolg, sollte man den Druck steigern und von der Phase 3 Gebrauch machen, die nun ein Vordringen bis in die Muskelschicht des betreffenden Bereichs vorsieht. In nur seltenen Fällen wird sich das Pferd in dieser fortgeschrittenen Phase noch immer nicht kooperativ zeigen. Eine

Steigerung bis zur 4. und letzten Phase ist noch möglich, wobei hier die nun schon starke Druckanwendung den Knochen des Pferdes erreichen soll. Prinzipiell wird den Patienten erklärt, dass man stets mit der Phase 1 beginnen soll, um dem Pferd die Chance zu geben, bereits bei der sanften Aufforderung zum Rückwärtsrichten die Übung auszuführen und dadurch Komfort im Sinne einer Belohnung zu erhalten. Erst bei einer ausbleibenden Reaktion des Pferdes in dieser ersten Phase, ist es dem Menschen erlaubt, von der nächsten Stufe Gebrauch zu machen. Dieses 4-Phasen-Modell lässt sich von der Intensität her, mit welcher man das Pferd berührt, mit folgenden Tieren vergleichen: Phase 1: Fliege – Phase 2: Käfer – Phase 3: Krähe – Phase 4: Adler (U. Eichberger, persönliche Mitteilung, 12. Jänner 2011).

Bei dieser Übung wird den Patienten nahe gelegt, dass nicht mehr Druck als unbedingt notwendig, jedoch so viel wie nötig eingesetzt werden soll. Des Weiteren ist zu beachten, dass der Druck auf das Pferd sofort aufzuhören hat, sobald dieses die Aufgabe korrekt durchgeführt hat. Das Ziel dieser Aufgabenstellung ist es, sich mit freundlichem Druck, aber dennoch mit Bestimmtheit und selbstsicherem Auftreten durchzusetzen und sich dadurch Respekt beim Pferd zu verschaffen. Erst dann wird der menschliche Partner den Funktionen und Ansprüchen eines „Leittiers“ gerecht und das Pferd überlässt ihm den ranghöheren Platz und in weiterer Folge die Übernahme der Verantwortung (Ebd.).

Auf Basis dieses 4-Phasen-Modells lässt sich auch die nächste, nämlich die dritte Übung, durchführen. Den Patienten wird wieder eingangs die Aufgabe mit dem Pferd von der Therapeutin vorgeführt, um sie anschließend eigenständig zu wiederholen und zu trainieren. Nun soll das Pferd durch Anlegen der Finger an der Hinterhand des Pferdes und durch die adäquate Druckintensität seitwärts geschickt werden. Sobald das Pferd mit der Hinterhand ein paar Schritte seitwärts tritt und die Vorderhand dabei korrekterweise am selben Platz bleibt und nicht ausweicht, wird das Pferd durch sofortiges Loslassen des Drucks gelobt (Ebd.).

Die vierte Übung im Programm dieser psychotherapeutischen Intervention basiert auf den Grundprinzipien des bereits beschriebenen Follow-up. Die Patienten sollen von den Therapeuten hinsichtlich ihrer Körpersprache und ihrer Funktion als Autoritätsperson dahingehend geschult werden, dass es ihnen gelingt, vom Pferd als Führungsperson anerkannt zu werden und die Aufmerksamkeit folglich auf sich lenken zu können. Fokussiert ein Pferd im Rahmen dieser Übung den menschlichen Partner, lässt sich dies

anhand der bereits beschriebenen Position der Ohren und der aufgerichteten Haltung des Körpers erkennen (Ebd.).

Bereits die Tatsache, dass die Patienten vom Pferd Aufmerksamkeit und Respekt geschenkt bekommen, verleiht ihnen das bereichernde Gefühl, vom Gegenüber ernst und wahrgenommen zu werden und ermöglicht ihnen, die so wichtige Anerkennung, die sie beispielsweise im beruflichen oder privaten Alltag nicht erhalten, wieder einmal zu spüren (Roberts, 2000). Ohne aktiv am Führstrick zu ziehen, wird das Pferd anhand der von Roberts ausführlich dargelegten Technik dazu eingeladen, dem Menschen zu folgen. Hierbei ist es sinnvoll, nicht nur die gerade Richtung vorzugeben, sondern durchaus auch in Schlangenlinien, Kreisen und Kurven zu gehen. Bei dieser Übung kristallisiert sich auch zusätzlich zur Steuerung der Aufmerksamkeit noch ein weiterer Themenschwerpunkt heraus, nämlich die Exploration eines adäquaten Mittelmaßes zwischen Nähe und Distanz. Während dieser Übung soll das Pferd stets hinter dem Patienten bleiben und ihn keinesfalls überholen oder unaufgefordert in seine Privatsphäre eindringen. Geschieht dies jedoch, ist eine Korrektur mit Hilfe des bereits geübten Rückwärtsrichtens unbedingt notwendig. Diese beiden Themenschwerpunkte der Übung eröffnen ein breites Spektrum an Reflexions- und Diskussionsmöglichkeiten. In der psychotherapeutischen Nachbearbeitung können verschiedene in Zusammenhang stehende Fragen aufgegriffen werden wie zum Beispiel: „Fällt es mir schwer, mich abzugrenzen?“, „Lasse ich andere manchmal näher an mich heran, als es für mich gut ist?“, „Habe ich Schwierigkeiten, jemanden an mich heranzulassen?“ und „Wie viel Privatsphäre benötige ich persönlich und wie gelingt es mir, diese zu wahren (U. Eichberger, persönliche Mitteilung, 12. Jänner 2011)?“

Eine weitere Übung, die im Rahmen dieser pferdegestützten Verhaltenstherapie zum Einsatz kommt, stellt das Training des korrekten Führens des Pferdes auf beiden Seiten dar. Dabei gilt es ebenfalls besonders darauf zu achten, dass die Patienten bestimmen lernen, inwieweit das Pferd in ihre Privatsphäre eindringen darf. Im Falle einer Grenzüberschreitung sollen sie imstande sein, diesen Zustand mit Hilfe der bereits erworbenen Kompetenzen (z.B. das Pferd rückwärts richten nach dem 4-Stufen-Modell, es zum Stehen anhalten) zu korrigieren. Beim Führen des Pferdes soll dieses in einem Respektabstand hinter der jeweiligen Person bleiben. Als Faustregel kann man den Patienten erklären, dass sich der Pferdekopf etwa auf Höhe der eigenen Schulter befinden soll. Um während dieser vielleicht banal wirkenden Übung, die jedoch bei konsequenter Durchführung die Patienten durchaus in ihren Führungsqualitäten herausfordert, die

Aufmerksamkeit des Pferdes stets aufrechtzuerhalten, empfiehlt es sich, mit dem Pferd nicht nur gerade aus in der Reitbahn zu marschieren, sondern auch hier verschiedene Reitfiguren wie beispielsweise Zirkeln oder Serpentinmuster vorzugeben (Ebd.).

Wird diese nun beschriebene Übung von den Patienten bereits gut beherrscht, kann die leitende Therapeutin den Schwierigkeitsgrad dieser Aufgabe steigern, indem sie in der Reitbahn verschiedene Hindernisse platziert. Es werden nun beispielsweise Hütchen aufgestellt, wobei die Anforderung darin besteht, das Pferd derart punktgenau zu führen, dass es diese Hütchen bei den verschiedenen Reitfiguren nicht umstößt. Außerdem kommen am Boden liegende Holzbretter, die es zu überqueren gilt, sowie eine ebenfalls aus Holz gebaute Plattform zum Einsatz, die das Pferd mit allen vier Hufen besteigen soll.

Grundsätzlich werden die soeben angeführten Übungen in den ersten drei Therapieeinheiten geübt und sukzessive perfektioniert. In der letzten Therapieeinheit ist eine Einzelarbeit mit jedem Patienten vorgesehen, die schließlich auf das Erreichen des Join-up, des Moments der freiwilligen Kontaktaufnahme, abzielt. Dazu befinden sich Patient und Pferd entsprechend den Empfehlungen von Monty Roberts in einem abgegrenzten Zirkel (Roundpen). Der Patient erhält als Armverlängerung eine Gerte und soll nun unter Einsatz dieses Hilfsmittels, seiner Körpersprache sowie der dargelegten Techniken von Monty Roberts das freilaufende Pferd von sich wegschicken und es in einem von ihm gewählten Tempo und in beiden Richtungen entlang der Begrenzungen des Roundpen vorantreiben. Als positiver, erfolgsvermittelnder Abschluss dieser letzten Therapieeinheit wäre der Moment des Join-up wünschenswert, der sich natürlich nicht erzwingen lässt und daher auch nicht bei jedem einzelnen Patienten erreicht werden kann. Prinzipiell sollte jedoch versucht werden, im Anschluss an diese Phase der bewussten Provokation einer Fluchtreaktion dem Pferd den Druck zu nehmen und ihm durch diese von Roberts so eindringlich geschilderte Körperhaltung zu signalisieren, dass man es zur Kontaktaufnahme einlädt. Entscheidet sich das Pferd schließlich aus freiem Willen für das Join-up und drückt damit den Wunsch nach Nähe zum Menschen aus, bedankt sich der Patient durch das Streicheln am Kopf für die Kooperationsbereitschaft und kann die Therapie somit mit einem bewegenden Gefühl und Stolz abschließen (Ebd.).

Dass dieser Moment des Join-up auch im zwischenmenschlichen Bereich anzustreben ist und eine unabdingbare Basis für eine vertrauensvolle Bindung zwischen zwei Menschen

repräsentiert, versucht Monty Roberts (2000) anhand folgender Aussage verständlich zu machen:

Der Moment des JOIN-UP entspricht dem, was jede geglückte Konversation zwischen Menschen zu erreichen versucht. Sie bedeutet das Zusammenkommen zweier Menschen, das Zusammentreffen von Gedanken sowie von gegenseitigem Respekt und Verständnis. Es fördert den Gedanken, daß [*sic*] ich gerne bei Ihnen bin und glaube, daß [*sic*] unsere gemeinsame Zeit für beide Seiten ein Genuß [*sic*] ist. (S. 43)

Das Ende jeder eineinhalbstündigen Therapieeinheit bildet die Reflexion innerhalb der Gruppe über die Erfahrungen im Umgang mit dem Pferd. Unter der psychotherapeutischen Führung von Frau Dr. Eichberger werden sowohl vom Patienten selbst erlebte als auch von den beiden Therapeuten beobachtete Phänomene diskutiert und durch die Beiträge der einzelnen Teilnehmer von verschiedenen Seiten beleuchtet und erörtert.

4. Indikationsstellungen zur pferdegestützten Psychotherapie

Bei der Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen haben sich moderne integrative Therapiekonzepte, die auf die individuelle Symptomkonstellation sowie auf die Ressourcen und Defizite jedes einzelnen Patienten ausgerichtet sind, als besonders effektiv erwiesen. Dieses multimodale Behandlungskonzept stützt sich auf drei Säulen, nämlich auf die pharmakologische Basistherapie, die psychotherapeutische Intervention und auf das Training von psychosozialen Kompetenzbereichen. Unter der Voraussetzung, dass der zu behandelnde Patient psychisch weitgehend stabilisiert ist, eine Selbst- oder Fremdgefährdung auszuschließen ist und sich keine akut psychotischen Zustände zeigen, ist der begleitende therapeutische Einsatz von Pferden bei einer Reihe von psychiatrischen Störungsbildern wie zum Beispiel bei depressiven Störungen, Burn-out, Angststörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Abhängigkeitserkrankungen, Essstörungen, aber auch bei dementiellen Zustandsbildern möglich (Dettling, Kläschen & Opgen-Rhein, 2011).

Im Rahmen meiner Diplomarbeit möchte ich mich jedoch auf die Beschreibung jener beiden Krankheitsbilder beschränken, die im Speziellen bei der Durchführung meiner klinischen Studie vorgekommen sind.

4.1. Affektive Störungen

Unter dem Begriff der affektiven Störungen werden im Allgemeinen all jene Zustandsbilder verstanden, die durch eine krankhafte Veränderung der Stimmung (Affektivität) gekennzeichnet sind. Dazu zählen die Depression, die Manie, die Zylothymia sowie die Dysthymie (Laux, 2009). Die herkömmliche nosologische Gliederung der Depressionszustände beruhte auf einer Unterteilung in endogene, psychogene und somatogene Depressionen (Rothenhäusler & Täschner 2007). Da man jedoch aktuellen Forschungsergebnissen zufolge erkannt hat, dass eine strikte Trennung in psychogene, endogene und somatogene Ursachen für eine Depression nicht länger haltbar ist und man daher von einer multifaktoriellen Ätiopathogenese ausgeht, ist diese traditionelle Einteilung obsolet (Laux, 2009).

Stattdessen richtet sich die derzeit gültige Klassifikation der verschiedenen Depressionsformen nach den folgenden klinischen Kriterien (Rothenhäusler & Täschner 2007):

- Polarität
- Zeitfaktor
- Schweregrad der Symptomatik und
- Verlauf

Tabelle 1 soll die aktuelle Einteilung der affektiven Störungen in der ICD-10 ²³ veranschaulichen.

Krankheitsbilder	Merkmale
Manische Episode • Hypomanie • Manie ohne psychotische Elemente • Manie mit psychotischen Elementen	Differenzierung zwischen Hypomanie und Manie • Hypomanie: Dauer von mindestens 4 Tagen • Manie: Dauer von mindestens 1 Woche
Bipolar affektive Störung	• Bipolar I: Wechsel zwischen manischen und depressiven Episoden • Bipolar II: Wechsel zwischen hypomanen und depressiven Episoden; keine manischen Episoden nachweisbar
Depressive Episode • leichte depressive Episode • mittelgradige depressive Episode • schwere depressive Episode mit oder ohne psychotische/n Elementen	• Dauer mindestens 2 Wochen • Kennzeichen von psychotischen Symptomen: Wahnideen, depressiver Stupor, Halluzinationen

Tabelle 1: Einteilung der affektiven Störungen in der ICD-10 (Laux, 2009; Rothenhäusler & Täschner, 2007)

²³ ICD 10= International Classification of Diseases 10. Revision

Krankheitsbilder	Merkmale
Rezidivierende depressive Störung • leicht • mittelgradig • schwer mit oder ohne psychotische/n Elementen	• Rezidivierend: mindestens 2 Episoden innerhalb von 5 Jahren • Dauer der einzelnen Episoden: einige Wochen bis zu mehreren Jahren
Anhaltende affektive Störungen • Zykllothymia • Dysthymia	• Zykllothymia: mindestens 2 Jahre lang andauernder Verstimmungszustand mit wechselnden Perioden von leichten Depressionen und dezent gehobener Stimmung • Dysthymia: chronische, mindestens 2 Jahre lang anhaltende depressive Verstimmung leichteren Grades
Sonstige affektive Störungen • SAD (seasonal affected disorder)	• Saisonal bedingte Depression („Winterdepression“)
Organische affektive Störung	• Nachweis einer zugrundeliegenden organischen Ursache

Fortsetzung von Tabelle 2: Einteilung der affektiven Störungen in der ICD-10 (Laux, 2009; Rothenhäusler & Täschner, 2007)

Unter den soeben dargelegten affektiven Störungen nehmen die depressiven Erkrankungen wohl den bedeutendsten Stellenwert ein, da sie heutzutage zu den häufigsten psychischen Leiden zählen und gemeinsam mit den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die meist genannte Ursache für Rentenbegehren sind. Genaue Angaben zur Prävalenz variieren je nach Land und Kulturkreis. In Deutschland beträgt beispielsweise die Häufigkeitsrate von Depressionen 5-10% (Laux, 2009).

An dieser Stelle gilt zusätzlich zu beachten, dass die Hälfte der an Depressionen Erkrankten keinen Arzt konsultiert. Kommt es zu einem ärztlichen Erstkontakt, so repräsentiert der Allgemeinmediziner die erste Ansprechperson, dessen Aufgabe es sein sollte, bei Verdacht auf ein depressives Zustandsbild die Diagnose mittels gezielter Schlüsselfragen zu sichern und im weiteren Sinne das potentielle Suizidrisiko zu explorieren. Unglücklicherweise wird jedoch nur die Hälfte jener Personen, die an einer ernst zu nehmenden Depression leiden, auch tatsächlich vom Allgemeinmediziner als psychisch erkrankt eingestuft (Laux, 2009; Rothenhäusler & Täschner, 2007).

Daraus kann man schließen, dass bei den Angaben von Prävalenzen stets eine nicht zu unterschätzende Dunkelziffer mitbedacht werden sollte. Auffallend ist jedoch die Tatsache,

dass die Prävalenz von behandlungsbedürftigen unipolaren Depressionen bei Frauen, unabhängig von der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Kulturkreis, doppelt so hoch ist wie bei Männern. Im Gegensatz dazu lässt sich diese Geschlechterdominanz bei bipolaren Krankheitsbildern nicht nachweisen (Ebd.).

Ein weiterer charakteristischer Unterschied zwischen der unipolaren und der bipolaren Störung ist das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt der Erstmanifestation. Während sich eine bipolare Erkrankung bereits in frühen Jahren – etwa zwischen dem 20. und 35. Lebensjahr – abzeichnet, liegt das Ersterkrankungsalter bei unipolaren Störungen durchschnittlich zwischen 30 und 45 Jahren (Laux, 2009).

Empirischen Untersuchungen zufolge wird der Entstehung von affektiven Störungen eine multifaktorielle Ätiopathogenese zugeschrieben, wobei diese auf Basis des „Vulnerabilitäts-Stress-Modells“ zu verstehen ist (Rothenhäusler & Täschner, 2007). Dieses Konzept geht davon aus, dass die durch genetische Faktoren bedingte individuelle Disposition eines Menschen über die depressiogene Wirksamkeit von einschneidenden Lebensereignissen – so genannten „life events“ – sowie von chronischen Belastungen entscheidet (Ebd.). Die Pathogenese von affektiven Erkrankungen lässt sich folglich in diesem Modell auf die Interaktion zwischen der veranlagten Anfälligkeit für eine überschießende Reaktion auf Stressoren und den psychosozialen Belastungsfaktoren zurückführen (Pschyrembel, 2007). Der Einfluss von genetischen Faktoren auf die Entwicklung einer affektiven Störung konnte im Speziellen bei der Genese von bipolaren Erkrankungen nachgewiesen werden, weshalb der biologischen Komponente bei dieser Form der affektiven Psychosen eine besonders große Bedeutung zukommt.

Eine weitere Überlegung zur Ätiologie affektiver Störungen stützte sich lange Zeit auf die „Amindefizit-Hypothese“, die einen Zusammenhang zwischen dem depressiven Zustandsbild und den im Vergleich zu Gesunden verminderten Noradrenalin- und Serotoninkonzentrationen im synaptischen Spalt beschreibt (Laux, 2009). Diese Annahme wird ferner durch die Kenntnis der Wirkmechanismen der eingesetzten Antidepressiva erhärtet. Denn die Medikamentengruppe der Selektiven-Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (SSRI) und jene der Serotonin-Noradrenalin-Reuptake-Inhibitoren (SNRI) bewirkt durch die Hemmung der Wiederaufnahme dieser beiden Neurotransmitter eine erhöhte Aminkonzentration im synaptischen Spalt (Küfferle & Lenz, 2002). Derselbe Effekt wird auch durch die Gruppe der MAO-Hemmer hergestellt, wobei hier durch die Hemmung des

Enzyms Monoaminoxidase, das die biogenen Amine wie Serotonin und Noradrenalin abbaut, eine Anreicherung dieser beiden Neurotransmitter im synaptischen Spalt erzielt wird.²⁴ Heutzutage hat man sich von der isolierten Serotonin-und Noradrenalin-Hypothese distanziert und dieses Erklärungsmodell dahingehend modifiziert, dass von einer Dysbalance verschiedener, beteiligter Neurotransmitter und zugleich von einer Veränderung hinsichtlich der Dichte und Empfindlichkeit von postsynaptischen Rezeptoren ausgegangen wird (Laux, 2009).

Des Weiteren konnte bei Patienten mit depressiver Symptomatik eine Dysregulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse entdeckt werden, die sich in Form eines erhöhten Cortisolspiegels und bei 50% der Patienten eines pathologischen Dexamethason-Suppressionstests äußert (Herold, 2008; Laux, 2009). Im Rahmen dieses Provokationstests wird den Patienten eine kleine Menge des künstlichen Glukokortikoids Dexamethason verabreicht und in weiterer Folge eine Kortisolbestimmung im 24h-Urin durchgeführt. Durch die Applikation von Dexamethason wird ein erhöhter Kortisolspiegel im Blut hervorgerufen. Der gesunde Organismus ist über negative Feedback-Mechanismen imstande, die Ausschüttung von ACTH (Adrenocorticotropem Hormon) aus dem Hypophysenvorderlappen zu unterdrücken (Herold, 2008).²⁵ Einen Überblick über die Regulation der Cortisolsekretion soll die Abbildung 10 gewährleisten.

²⁴ <http://de.wikipedia.org/wiki/Monoaminoxidase-Hemmer>

²⁵ <http://de.wikipedia.org/wiki/Dexamethason-Suppressionstest>

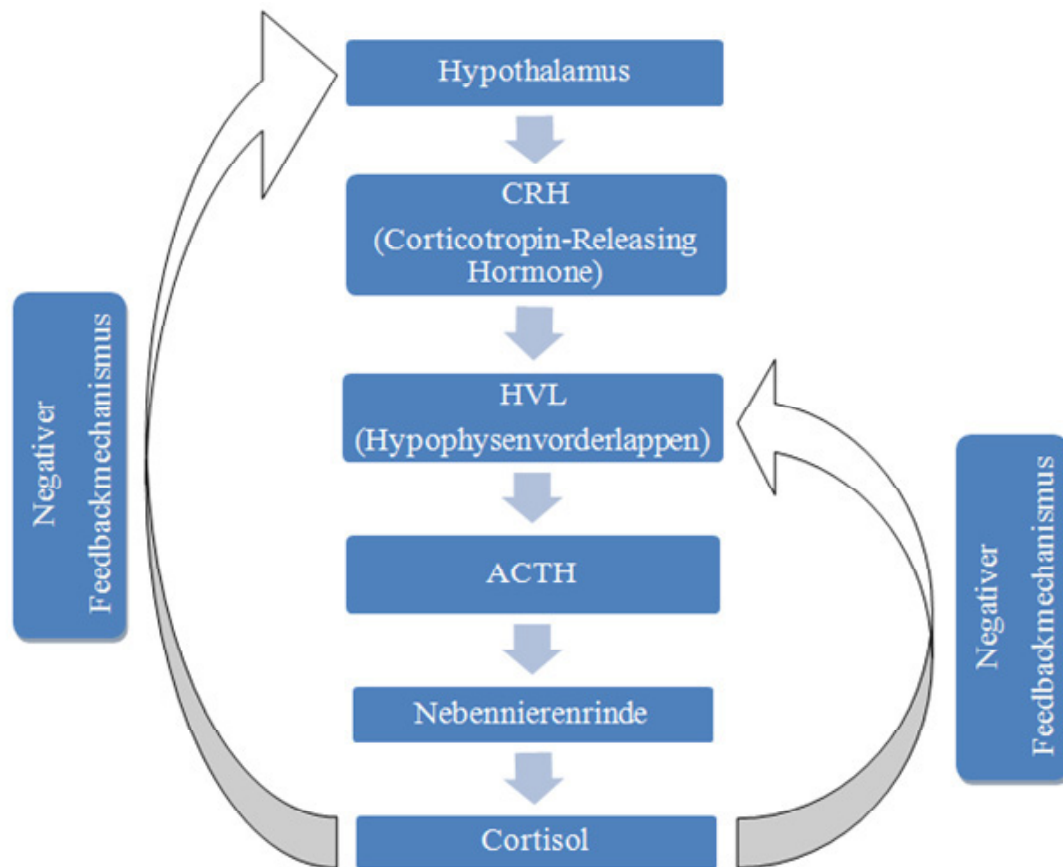


Abbildung 10: Regulation der Cortisolsekretion (Pschyrembel, 2007)

Bei depressiven Patienten stellte sich jedoch heraus, dass bei knapp 50% der Betroffenen durch die Verabreichung von Dexamethason keine rückkoppelungsvermittelte Suppression der endogenen Cortisolsekretion erzielt werden kann (Rothenhäusler & Täschner, 2007). An dieser Stelle muss man jedoch erwähnen, dass sich der soeben beschriebene Dexamethasontest nicht als diagnostisch wegweisendes Hilfsmittel für depressive Erkrankungen etabliert hat, da der Test auch bei anderen psychiatrischen Krankheitsbildern positiv ausfiel (Küfferle & Lenz, 2002).

Im Rahmen der Ursachenforschung von affektiven Erkrankungen zeigten sich auch chronobiologische Faktoren von besonderer Relevanz für die Entwicklung einer solchen Störung (Rothenhäusler & Täschner, 2007). Anhand der Interpretation von Schlaf-EEGs konnte bei depressiven Patienten eine deutlich verkürzte REM (rapid eye movement)-Latenz festgestellt werden, worunter man jene „Zeit zwischen [dem] Einschlafen und [dem] Auftreten der ersten REM-Schlafperiode“ (Laux, 2009, S.83) versteht. Aus dieser Vorverlagerung der ersten REM-Phase ergibt sich in weiterer Folge eine gegenüber dem physiologischen Schlaf-Wach-Rhythmus Verlängerung dieser gesamten ersten REM-

Schlafperiode (Rothenhäusler & Täschner, 2007). Dass ein geregelter Ablauf der einzelnen Schlafphasen einen bedeutsamen Einfluss auf das psychische Befinden von Patienten hat, wird durch den nachweisbaren stimmungsaufhellenden Effekt der Schlafentzugsbehandlung verdeutlicht. Während dieses Verfahrens sind die Patienten dazu aufgefordert, die ganze Nacht über sowie auch an dem darauffolgenden Tag wach zu bleiben. Dadurch kann die übliche Position der Schlafphasen wiederhergestellt werden, die sich bei etwa 50%igem Ansprechen auf diese Therapie in Form einer deutlichen Besserung der Affektivität auswirkt (Laux, 2009; Rothenhäusler & Täschner, 2007).

Zudem müssen bei der Exploration jeder affektiven Störung auch somatische Faktoren und Einflüsse, aber auch potentiell depressiogen wirksame Medikamente und Substanzen berücksichtigt werden. Eine Reihe von neurologischen Erkrankungen – wie beispielsweise Morbus Parkinson, Epilepsien, Hirntumore, apoplektischer Insult oder Endokrinopathien im Sinne einer Hypo-/Hyperthyreose, eines Morbus Cushing oder Morbus Addison – können als organische Ursache für die Entstehung einer depressiven Symptomatik herangezogen werden und müssen daher im Rahmen der Abklärung dieser Erkrankung ausgeschlossen werden. Ebenso können bestimmte Medikamentengruppen – wie zum Beispiel Antihypertensiva (Reserpin, Clonidin, Bupranolol, Alprenolol...), Neuroleptika (Haloperidol), Steroide und Antiepileptika – eine pharmakogen bedingte Depression auslösen. Die Einnahme von psychotropen Substanzen im Sinne einer Intoxikation oder eines Entzuges von Alkohol, Amphetaminen oder Kokainen sollte in diesem Zusammenhang desgleichen eruiert werden.

Wie bereits bei der Darstellung des „Vulnerabilitäts-Stress-Modells“ erwähnt, spielen psychosoziale Faktoren und kritische Lebensereignisse, wie beispielsweise der Tod eines nahe stehenden Menschen, das Auftreten einer schwerwiegenden körperlichen Erkrankung, der Verlust des Arbeitsplatzes, Scheidungen, Entwurzelungsprozesse sowie Traumatisierungen wie sexueller Missbrauch, eine entscheidende Rolle in der Entwicklung und Unterhaltung von affektiven Störungen (Laux, 2009; Rothenhäusler & Täschner, 2007).

Zuletzt sollte noch auf die konstitutionelle Persönlichkeitsstruktur von depressiv Erkrankten hingewiesen werden, die Züge des nach Tellenbach benannten „Typus melancholicus“ aufweist. Zu dieser Primärpersönlichkeit zählen Personen mit stets geregelten Beziehungen, einem hohen Maß an Ordnung, einem ziemlich großen Anspruch

an die persönlichen Leistungen und mit dem damit verbundenen Ehrgeiz und Pflichtbewusstsein. Ferner sind bei Depressiven auch asthenische Charakterzüge beobachtet worden, die sich in Form von Antriebsarmut, mangelndem Durchsetzungsvermögen und Selbstbewusstsein, einer geringen Belastbarkeit sowie einer Abhängigkeit von Mitmenschen äußern (Rothenhäusler & Täschner, 2007).²⁶

Einen zusammenfassenden Überblick über die ursächlichen Faktoren, die in individuellem Ausmaß bei der Entwicklung einer Depression beteiligt sind, bietet die Abbildung 11.

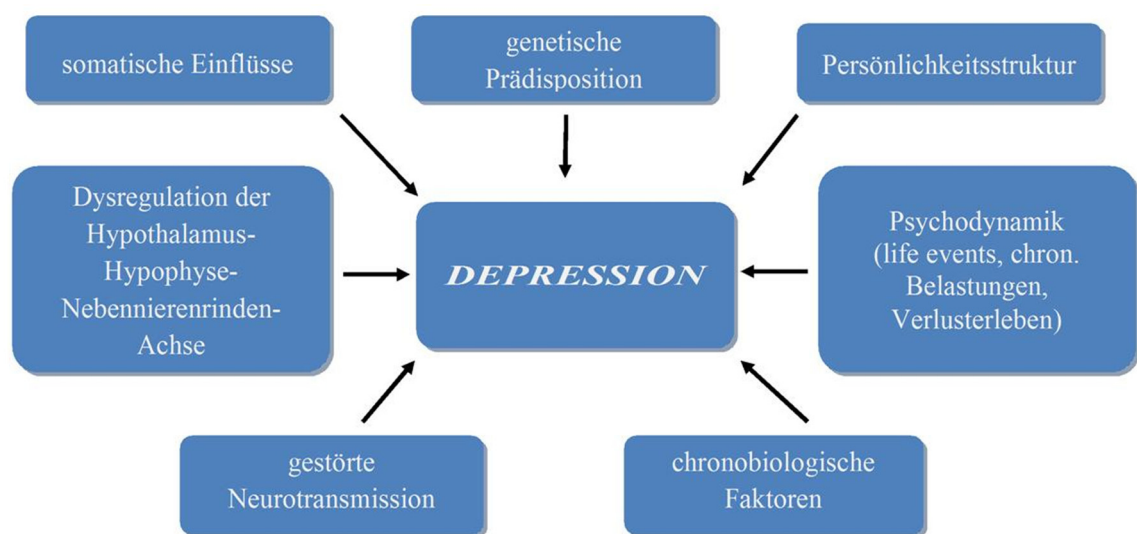


Abbildung 11: Modellvorstellung zur Ätiologie von depressiven Erkrankungen (Laux, 2009)

4.1.1. Klinik der unipolaren affektiven Störungen

Unipolare affektive Störungen weisen im Gegensatz zu den bipolaren Erkrankungen ausschließlich depressive Symptome auf. Das klinische Bild einer Depression kann sich sehr vielgestaltig präsentieren, prinzipiell jedoch ist eine Unterteilung der charakteristischen Symptome in die drei folgenden Gruppen möglich:

- psychische Symptome
- psychomotorische Krankheitszeichen und
- somatische Merkmale (Rothenhäusler & Täschner, 2007).

Zu den seelischen depressionstypischen Phänomenen zählen eine deutlich gedrückte Stimmung mit eingeschränkter Schwingungsfähigkeit, Traurigkeit, eine pessimistische Grundhaltung, Insuffizienz- und Schuldgefühle, Entscheidungsunfähigkeit, ein

²⁶ http://de.wikipedia.org/wiki/Abhängige_Persönlichkeitsstörung

vermindertes Selbstwertgefühl sowie innere Unruhe. Besonders eindrücklich fallen bei depressiven Patienten die so genannten „Losigkeits-Symptome“, wie zum Beispiel die Interessens- und Initiativlosigkeit, die Anhedonie (Freudlosigkeit), Mut- und Hoffnungslosigkeit, Lustlosigkeit, Hilflosigkeit, Wertlosigkeit, Teilnahmslosigkeit und Energielosigkeit, auf (Laux, 2009; Rothenhäusler & Täschner, 2007). Des Weiteren ist in den meisten Fällen der Bereich der Kognition durch ausgeprägte Konzentrationsstörungen eingeengt, ebenso das formale Denken der betroffenen Patienten retardiert, das sich oft im Sinne von Antwortlatenzen auf eine gestellte Frage, einer Denkhemmung und einer Grübelneigung bemerkbar macht (Dettling, Kläschen & Opgen-Rhein, 2011). Im Rahmen einer psychotischen Depression kann es auch zu inhaltlichen Denkstörungen mit Wahnideen (Verarmungs-, Versündigungs- und Schuldwahn, nihilistischer Wahn) und Halluzinationen in Gestalt von anklagenden, vorwurfsvollen Stimmen kommen (Küfferle & Lenz, 2002; Laux, 2009; Rothenhäusler & Täschner, 2007). Das Ausmaß der depressiven Symptomatik kann von einer leicht gedrückten Stimmung bis zu Lebensüberdruß mit Suizidgedanken, konkreten Suizidtendenzen und auch Suizidhandlungen reichen (Küfferle & Lenz, 2002). Als besonders belastend wird von den Patienten das Gefühl der Gefühllosigkeit erlebt, wo die Betroffenen von einer Affektstarre (Unmöglichkeit der Stimmungsaufhellung durch normalerweise erfreuliche Ereignisse und Umweltbedingungen) sowie von dem Gefühl, versteinert zu sein und keine Emotionen mehr empfinden zu können, geplagt werden (Küfferle & Lenz, 2002; Laux, 2009). Weitere sehr häufig auftretende psychische Symptome dieser Erkrankung stellen Angstzustände dar, wobei die Betroffenen über Sorgen hinsichtlich der Bewältigung des Alltags und über Zukunfts- und Erwartungsängste klagen (Rothenhäusler & Täschner, 2007).

Die psychomotorischen Krankheitszeichen der unipolaren Depression können sich einerseits in Form einer typischen Antriebsarmut, eines Energiemangels, Einsilbigkeit, einer auffallenden Ermüdbarkeit und körperlichen Bewegungshemmung zeigen. Prima vista fallen Hypomimie mit erstarrtem Gesichtsausdruck, herabgesetzte Gestik und tief liegenden, verschattete Augen auf (Laux, 2009; Rothenhäusler & Täschner, 2007). Bei schweren Depressionen kann sich die Extremform der psychomotorischen Hemmung, nämlich ein depressiver Stupor, einstellen. Im Rahmen dieses Starrezustandes des gesamten Körpers führt der Betroffene kaum oder nur noch äußerst verlangsamt körperliche Bewegungen aus und verharrt in einem teilnahms- und ausdruckslosen Stadium, wo sich eine Kommunikation aufgrund eines zusätzlich gehemmten

Sprechantriebes bis hin zu mutistischen Zügen als schwierig und oft unmöglich herausstellt. Zudem bedarf es in der Betreuung dieser stuporösen Patienten aufgrund der Verweigerung jeglicher Nahrungsaufnahme einer intensiven pflegerischen Hilfe (Küfferle & Lenz, 2002; Laux, 2009).²⁷ Andererseits können auf psychomotorischer Ebene auch Verfassungen mit einer gesteigerten motorischen Aktivität in Form von rastloser Unruhe, ängstlicher Getriebenheit, Agitiertheit bis hin zu einem leeren, ungezielten Produktionsdrang und hektischen Umherirren auftreten (Küfferle & Lenz, 2002; Rothenhäusler & Täschner, 2007).

Schließlich können im Rahmen einer Depression auch klassische somatische Störungen beobachten werden. Dazu zählen Tagesschwankungen hinsichtlich der Befindlichkeit und des Antriebs mit einem charakteristischen Morgentief sowie Ein- und Durchschlafstörungen als nahezu obligates Symptom dieser Erkrankung. Auf somatischer Ebene finden sich außerdem häufig vegetative Merkmale wie zum Beispiel Appetitlosigkeit mit einhergehendem Gewichtsverlust, Obstipation, Libido- und Potenzstörungen, Menstruationsunregelmäßigkeiten, Xerostomie, hypotone Blutdrucksituation, trockene, blasse Haut, Ohrgeräusche und eine Photophobie (Ebd.). Dass ein depressives Zustandsbild auch die Vitalfunktionen des Körpers zu beeinträchtigen imstande ist, zeigt sich in Form von Kraftlosigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel und Erschöpfungsgefühl. Ferner geben Betroffene an, dass sie eine Dyspnoe als Folge eines quälenden Atemkorsetts, Enge- und Globusgefühl, Druckgefühl oder Schmerzen im Bereich des Herzens, gastrointestinale Symptome sowie Unterleibsbeschwerden verspüren (Laux, 2009; Rothenhäusler & Täschner, 2007).

4.1.2. Klinik der bipolaren affektiven Störung

Wie bereits bei der Einteilung der affektiven Störungen kurz erwähnt, zeichnet sich die bipolare Erkrankung durch einen Wechsel zwischen depressiven und manischen (Bipolar I-Störung) bzw. depressiven und hypomanen Episoden (Bipolar II-Störung) aus. Da die Klinik einer depressiven Phase bereits im vorigen Kapitel ausführlich beschrieben worden ist, möchte ich in diesem Unterkapitel nun die Kennzeichen einer Manie thematisieren.

Als Leitsymptome der Manie gelten eine inadäquat gehobene Stimmung, die mit der aktuellen Situation des Betroffenen nicht in Einklang zu bringen ist, ein enorm gesteigerter

²⁷ <http://de.wikipedia.org/wiki/Stupor>

Antrieb, eine massive Selbstüberschätzung mit zugleich auftretender Kritiklosigkeit sowie eine charakteristische Ideenflucht. Diese euphorische Grundstimmung der Patienten, die in seltenen Fällen auch als dysphorisch-gereizt zu beobachten ist, geht zudem mit einer psychomotorischen Enthemmung einher, die die Betroffenen in Form einer gesteigerten psychischen und physischen Aktivität, eines exorbitant hohen Rededrangs (Logorrhoe), einer maßlosen Kontaktfreudigkeit und Distanzlosigkeit im Umgang mit dem sozialen Umfeld ausleben. Auffallend ist des Weiteren, dass die Patienten sich in diesem Zustand überhaupt nicht krankheitseinsichtig zeigen können und jegliches subjektive Krankheitsgefühl fehlt. Stattdessen beschreiben sich die Betroffenen selbst in dieser Phase als besonders leistungsfähig und sind von ihrem Ideen- und Einfallsreichtum regelrecht beeindruckt, auch wenn das Umfeld diese als unsinnig bezeichnet. Diese grenzenlose Fehleinschätzung der eigenen Person und die dominierende Ideenflucht können durchaus auch in einen Größenwahn mit fehlender Urteilsfähigkeit ausarten. So sind unnötige Einkäufe mit leichtsinnigen, äußerst hohen Geldausgaben und daraus resultierenden Verschuldungen bei Manikern keine Seltenheit (Küfferle & Lenz, 2002; Laux, 2009; Rothenhäusler & Täschner, 2007). Ein zusätzliches Kennzeichen einer manischen Episode stellen die gesteigerte Libido einhergehend mit einer Hypersexualität sowie ein verstärktes Verlangen nach Alkoholkonsum dar. Besonders typisch für manische Stimmungszustände sind außerdem ein herabgesetzter Appetit und ein vermindertes Schlafbedürfnis. Trotz nur weniger Stunden Schlaf oder oft sogar tagelanger Schlaflosigkeit fühlen sich die Patienten energiegeladen und leistungsfähig wie kaum zuvor (Ebd.).

Erst zum Zeitpunkt des Abklingens der Manie, das häufig mit depressiven Nachschwankungen assoziiert ist, erlangen die Betroffenen ihr Realitätserleben wie auch ihre Kritik- und Urteilsfähigkeit wieder und sind mit den oft fatalen finanziellen Sorgen sowie familiären und beruflichen Folgen ihres manischen Verhaltens konfrontiert.

Sind diese soeben beschriebenen Symptome in geringerer Ausprägung vorhanden und von kürzerer Dauer (etwa 4 Tage), so spricht man von einem hypomanen Zustandsbild. Im Gegensatz zum enthemmten Maniker ist der hypomane Patient in der Regel dazu in der Lage, sein soziales Verhalten auf adäquate Art und Weise eigenständig zu kontrollieren (Rothenhäusler & Täschner, 2007).

4.1.3. Ganzheitliche therapeutische Ansätze bei affektiven Störungen

Grundsätzlich gliedert sich das Behandlungskonzept einer affektiven Störung in folgende Phasen:

- Akutbehandlung
- Langzeittherapie
 - Erhaltungstherapie (6-12 Monate)
 - eventuell Rezidivprophylaxe (mehrere Jahre bis lebenslang)

Zu allererst gilt es, sich als zuständiger Arzt ein Bild über den Schweregrad der vorliegenden Störung zu machen und das aktuelle Suizidrisiko abzuschätzen, um entscheiden zu können, ob die Behandlung stationär oder ambulant erfolgen soll (Küfferle & Lenz, 2002). In diesem Zusammenhang ist es von besonderer Wichtigkeit, eine grundlegende Vertrauensbasis für das diagnostische und in weiterer Folge auch therapeutisch stützende ärztliche Gespräch mit dem Betroffenen zu schaffen (Laux, 2009). Das heutzutage etablierte multiprofessionelle und multimodale Therapiekonzept stützt sich bei der Behandlung von depressiven Zustandsbildern auf mehrere Säulen, nämlich die initiale Einstellung auf ein für die jeweilige Depressionsform geeignetes Antidepressivum, weiters auf das präferierte Psychotherapieverfahren (kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie oder Psychoanalyse nach Freud), auf nichtmedikamentöse zur Verfügung stehende biologische Therapieverfahren (Schlafentzug, Lichttherapie, Elektrokrampftherapie) sowie auf das Angebot der verschiedenen speziellen Therapien wie zum Beispiel Ergotherapie, Musik- und Tanztherapie, Sporttherapie, tiergestützte Psychotherapie und auch die unterstützende Betreuung durch die Sozialarbeiter (Ebd.). Bei der Wahl des Antidepressivums kommen prinzipiell verschiedene Substanzgruppen in Frage (Pschyrembel, 2007):

- Trizyklische Antidepressiva
(NSMRI=nicht selektive Monoaminreuptakeinhibitoren)
- Nichttrizyklische bzw. tetrazyklische Antidepressiva
- Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI)
- Selektive Noradrenalinwiederaufnahmehemmer (SNRI)
- Selektive Serotonin- und Noradrenalinwiederaufnahmehemmer (SSNRI) bzw. selektiv noradrenerg-serotonerge Psychopharmaka mit dualen Wirkmechanismus
- Monoaminoxidasehemmer

- Phytopharmaka

Im Rahmen der Einleitung einer antidepressiven Therapie muss der Patient unbedingt im Vorfeld darauf hingewiesen werden, dass sich die vollständige Wirkung dieser Psychopharmaka erst nach durchschnittlich zwei Wochen einstellt. Eine gewissenhafte Medikamenteneinnahme und Kooperationsbereitschaft von Seiten des Patienten (Compliance) beeinflusst den Effekt der Therapie maßgeblich; daher ist eine genaue Aufklärung des Betroffenen über die Art der Erkrankung, das geplante therapeutische Prozedere sowie die Wirklatenz der eingesetzten Medikamente und deren potentiellen Nebenwirkungen für die Entstehung einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung von wesentlicher Bedeutung (Laux, 2009; Rothenhäusler & Täschner, 2007).

Tabelle 2 soll einen Überblick über die verschiedenen Substanzgruppen zur Behandlung einer Depression, deren Einsatzgebiet und deren Nebenwirkungen geben.

Substanzgruppe	Indikation	Nebenwirkungen
Trizyklische Antidepressiva	• gehemmte Depression (z.B.: Nortriptylin) • agitierte Depression (sedierendes Antidepressivum wie z.B.: Amitriptylin) • Zwangsstörung (z.B.: Clomipramin)	• Erhöhtes Switch-Risiko bei bipolaren Störungen • anticholinerge NW: Mundtrockenheit, Obstipation, Akkomodations- und Miktionsstörungen, Tachycardie und Hypotonie
Nichttrizyklische Antidepressiva (Trazodon)	• Depressive Episode • Angststörung • Posttraumatische Belastungsstörung	• Müdigkeit • Kopfschmerzen • Schwindel • Übelkeit
Tetrazyklische Antidepressiva • Maprotilin • Mianserin • Mirtazapin (NaSSA: noradrenerg und spezifisch serotonerg wirkendes Antidepressivum)	• Depressive Störung	• Maprotilin: anticholinerge NW • Mianserin: Knochenmarksdepression, geringe anticholinerge NW • Mirtazapin: Müdigkeit, Gewichtszunahme, Ödeme, Hypotonie

Tabelle 3: Überblick über die verschiedenen Substanzgruppen der Antidepressiva (Anditsch, Fasching, Psota, Rainer&Walter, 2009; Laux, 2009; Psyhyrembel, 2007; Rothenhäusler & Täschner, 2007)

Substanzgruppe	Indikation	Nebenwirkungen
SSRI • Escitalopram • Citalopram • Fluoxetin • Paroxetin • Sertralin • Fluvoxamin	• Depressive Störung • Angststörung • Zwangsstörung	• Übelkeit • Schwindel • Kopfschmerzen • Unruhe
SSNRI bzw. dual wirksame Antidepressiva • Duloxetin • Venlafaxin	• Depressive Störung • Angststörung • Panikstörung • Schmerzen bei diabetischer Polyneuropathie • Chronisches Schmerzsyndrom	• Übelkeit, Erbrechen • Appetitlosigkeit • Schlafstörungen • Hypertonie • QT-Verlängerung (Venlafaxin) • sexuelle Dysfunktion (Venlafaxin)
MAO-Hemmer • Tranylcypromin²⁸ (irreversibler MAO-Hemmer) • Moclobemid (MAO-A-Hemmer: selektiver Abbau von Dopamin, Noradrenalin und Serotonin)	• Tranylcypromin²⁸: therapieresistente Depression • Moclobemid: Depressive Störung, soziale Phobie	• Tranylcypromin²⁸: nichtselektive Hemmung des Abbaus von körpereigenen, in der Nahrung vorkommenden Aminen → Diätrestriktionen; kein Mittel der Wahl bei Depression • Allgemeine NW: Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Übelkeit, RR-Veränderungen
Phytopharmaka • Johanniskraut (<i>Hypericum perforatum</i>)	• leichte depressive Episode • psychovegetative Störung • Angst- und Unruhezustände	• Phototoxische Hautreaktionen (Sonnenbrandneigung) • Potentielle Interaktionen mit anderen Medikamenten wie z.B.: Kontrazeptiva

Fortsetzung von Tabelle 4: Überblick über die verschiedenen Substanzgruppen der Antidepressiva (Anditsch, Fasching, Psota, Rainer&Walter, 2009; Laux, 2009; Pschyrembel, 2007; Rothenhäusler & Täschner, 2007)

Stehen im Rahmen einer depressiven Störung ausgeprägte Schlafstörungen sowie eine erhebliche innere Unruhe, ängstliche Spannung und Agitiertheit im Vordergrund, kann zusätzlich eine temporäre Verordnung eines Benzodiazepins in Kombination mit einem niedrigpotenten Neuroleptikum erforderlich sein.

²⁸ <http://de.wikipedia.org/wiki/Tranylcypromin>

Im Gegensatz zur Gruppe der Antidepressiva, die weder eine physische noch eine psychische Abhängigkeit hervorrufen können, muss bei der Verschreibung von Benzodiazepinen darauf hingewiesen werden, dass diese nur zeitlich begrenzt als Akutmaßnahme bei extremer Unruhe und Schlaflosigkeit eingesetzt werden dürfen, da diese Medikamentengruppe bei dauerhafter Einnahme ein nicht zu unterschätzendes Suchtpotential birgt (Laux, 2009; Rothenhäusler & Täschner, 2007). Um einen nachhaltigen Erfolg in der Behandlung von depressiven Zustandsbildern zu erreichen, muss die antidepressive medikamentöse Therapie im Sinne einer Erhaltungstherapie für weitere sechs bis zwölf Monate nach der Akutintervention fortgesetzt werden. Im Falle eines abrupten Absetzens der Medikamente ist die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einem „Relapse“ (Rückfall) kommt, sehr hoch. Zudem kann man mit einer längerfristigen Psychotherapie, im Speziellen bei chronischen Verläufen, eine optimale Betreuung und Begleitung im Alltag der Betroffenen ermöglichen (Küfferle & Lenz, 2002; Laux, 2009).

Was nun die Therapie einer manischen Episode betrifft, ist anzumerken, dass im Rahmen dieses akuten Zustandsbildes aufgrund des fehlenden subjektiven Krankheitsgefühls, der gefährlichen Selbstüberschätzung und der damit verbundenen Selbstschädigung in der Regel ein stationärer Krankenhausaufenthalt – meist im geschützten Bereich – notwendig ist. Als initiale medikamentöse Intervention zur Stabilisierung des Betroffenen eignen sich atypische Neuroleptika (z.B. Olanzapin oder Haloperidol i.m.) und zur vorübergehenden Sedierung die Applikation von Benzodiazepinen. Liegt eine klassische euphorische Manie vor, so ist die Wahl des antimanischen Stimmungsstabilisierers Lithium als Goldstandard in der Therapie dieser Erkrankung anzusehen. Handelt es sich hingegen um ein dysphorisch-gereiztes Zustandsbild, empfiehlt sich alternativ die Verabreichung von atypischen Neuroleptika (z.B. Risperidon, Quetiapin, Aripiprazol, Ziprasidon etc.) sowie von Antikonvulsiva (z.B. Valproinsäure, Carbamazepin). Bei einer Manie mit psychotischen Elementen ist eine Kombinationstherapie von Stimmungsstabilisierern (Lithium) und atypischen Antipsychotika indiziert (Rothenhäusler & Täschner, 2007).

Nach der Akutbehandlung einer Manie ist es von besonderer Wichtigkeit, eine Erhaltungstherapie mit Antidepressiva fortzusetzen. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Gruppe der SSRI den trizyklischen Antidepressiva aufgrund des geringeren Risikos für ein so genanntes „switch“-Phänomen (Umschlagen in eine neuerliche manische Phase) vorzuziehen ist. Zusätzlich bedarf es bei häufig wiederkehrenden manischen Episoden standardmäßig einer Rezidivprophylaxe mit

Stimmungsstabilisierern wie Lithium, Carbamazepin, Valproinsäure oder Olanzapin. Besteht bei einer Frau mit bipolarer Störung ein Kinderwunsch, so muss die Phasenprophylaxe mit Lithium langsam über einige Monate ausgeschlichen werden, da diese Substanz eine teratogene Wirkung aufweist. Ergänzend zur medikamentösen Rückfallprophylaxe kommt auch bei der Manie die stützende Psychotherapie (kognitiv-verhaltenstherapeutische und systemische Ansätze) zum Einsatz (Laux, 2009; Rothenhäusler & Täschner, 2007).

Insgesamt spielt die psychotherapeutische Behandlung von depressiven Patienten sowohl in der Akutphase als auch in der Rückfallprophylaxe eine bedeutende Rolle. In Anbetracht der Theorie der kognitiven Verhaltenstherapie, die besagt, dass sich bei den Betroffenen starre Denkmuster, geprägt von negativen Erfahrungen, Selbstentwertung und Perspektivenlosigkeit, verinnerlicht haben, bietet das noch relativ junge interdisziplinäre Arbeitsfeld der pferdegestützten Psychotherapie neue Möglichkeiten der Aufwertung des Selbstwertgefühls. Im Speziellen bei leicht- bis mittelgradigen depressiven Störungen wird diese neue psychotherapeutische Interventionsform als bereichernde ergänzende Behandlung angesehen. Im Rahmen der Bodenarbeit mit dem Pferd wird der Schwerpunkt auf die gezielte Verbesserung der Selbstwirksamkeit gelegt, indem die Patienten dazu aufgefordert werden, ihr Pferd punktgenau zu führen und klar formulierte und eindeutig gestikulierte Befehle zu erteilen. Zudem wird im Umgang mit dem Pferd durch dessen Aufforderungscharakter die Handlungsbereitschaft des depressiven Menschen wieder geweckt, da der Betroffene vom Pferd indirekt dazu motiviert wird, aus seiner passiven Rolle zu schlüpfen und stattdessen selbst aktiv Taten zu setzen, um eine gute Zusammenarbeit mit dem Tier überhaupt erst in die Wege leiten zu können. Erlebt sich der Patient in dieser Mensch-Tier-Interaktion als erfolgreich, kommt es durch diese Therapieform zum Wiedererleben von positiven Erfahrungen sowie zur Steigerung des Selbstbewusstseins und des Selbstwertgefühls (Dettling, Kläschen & Opgen-Rhein, 2011).

Da der Umgang und die Arbeit mit diesem Lebewesen außerdem den depressiven Patienten mittels der taktilen Stimulation ein Gefühl von Geborgenheit, Zuwendung und Wärme vermittelt und Pferde ferner eine Quelle für Lebenskraft, Energie und Freude repräsentieren, wird diese Form der Therapie auch als ein spezielles Genusstraining propagiert (Weiger, 2005).

4.2. Das Burnout-Syndrom

Da im Rahmen meines klinischen Forschungsprojektes die affektiven Störungen und das Burnout-Syndrom die häufigsten Krankheitsbilder darstellen, möchte ich nun noch kurz einige wesentliche Aspekte des Burnout-Syndroms beleuchten.

4.2.1. Definition und Ätiologie des Burnout-Syndroms

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass noch keine einheitliche und allgemein anerkannte Definition für dieses Krankheitsbild existiert (Schmiedel, 2010). In der Fachliteratur finden sich verschiedene Begriffsbestimmungen für dieses Syndrom. Aufgrund der Abstammung des Begriffes vom englischen Verb „to burn out“, was wörtlich übersetzt „ausbrennen“ bedeutet, lässt sich dieses Krankheitsbild als ein länger anhaltender Zustand körperlicher und emotionaler Erschöpfung erklären (Ebd.). Laut Psychrembel (2007) versteht man unter dem Begriff „Burnout-Syndrom“ die Kombination aus einem emotionalen Erschöpfungszustand mit einer deutlich herabgesetzten Leistungsfähigkeit sowie einer Depersonalisation, die sich auf die Diskrepanz zwischen der eigenen hohen Erwartungshaltung und der ernüchternden Realität zurückführen lässt. Des Weiteren kann dieses Krankheitsbild als Reaktion auf eine chronische übermäßige psychische und berufliche Belastung angesehen werden, die sich zunächst in Form von idealistischer Begeisterung für bestimmte Tätigkeiten äußert, jedoch allmählich durch desillusionierende Frustrationserlebnisse in Apathie umschlägt (Psychrembel, 2007; Schmiedel, 2010).

Trotz der bestehenden Vielfalt an Definitionen für dieses Krankheitsbild gilt anzumerken, dass keine Begriffsbestimmung alleine imstande ist, das Burnout-Syndrom umfassend und eindeutig zu beschreiben, sondern dass man diese Definitionen vielmehr als gegenseitige Ergänzung betrachten soll (Schmiedel, 2010).

Angesichts der Tatsache, dass das Burnout-Syndrom nicht mehr – wie noch vor einigen Jahren – fast ausschließlich bei den sozialen, den so genannten „helfenden“ Berufen wie beispielsweise bei Ärzten, Pflegepersonal, Sozialarbeitern oder Lehrern auftritt, sondern mittlerweile als generalisiertes, in allen Berufen gefürchtetes Zustandsbild bezeichnet werden kann, ist es umso bedeutender, eine professionelle Beratung über die ursächlichen Faktoren sowie die therapeutischen und präventiven Maßnahmen anbieten zu können (Blomeyer, 2011).

Da es sich beim Burnout-Syndrom meist um ein multikausales Geschehen handelt, ist es bei der ganzheitlichen Exploration dieses Zustandsbildes von besonderer Wichtigkeit, die ätiologisch relevanten Faktoren auf psychischer, physischer und auch sozialer Ebene zu erfassen (Schmiedel, 2010).

Folgende potentielle körperliche Ursachen für ein Burnout-Syndrom sind bei der Diagnostik dieses Krankheitsbildes anamnestisch und laborchemisch abzuklären (Ebd.):

- Anämie: gesteigerte Müdigkeit, Erschöpfung, eingeschränkte körperliche Belastbarkeit, verminderte Ausdauerleistung, Belastungsdyspnoe, Konzentrationsstörungen und Blässe
 - durch eine zugrunde liegende organische Erkrankung (Tumoranämie)
 - durch eine Hypermenorrhoe bei Frauen
 - als Folge einer schweren Operation oder eines Unfalls
 - durch eine gastrointestinale Blutung
 - als Folge einer mangelhaften Ernährung (Eisenmangelanämie)
- Hypothyreose: Müdigkeit, Abgeschlagenheit, verminderter Antrieb, Depression, Konzentrationsstörungen, Muskel- und Gelenksbeschwerden, Gewichtszunahme, Obstipation, Kälteintoleranz, Xerosis cutis und Zyklus- und Libidostörungen
- Hyperthyreose: Nervosität, Unruhe, erhöhte Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Tachycardie, Tremor, gesteigertes Schwitzen, Wärmeintoleranz, Gewichtsverlust, feuchte und warme Haut, erhöhte Stuhlfrequenz und Zyklusunregelmäßigkeiten
- Infektionen
- Malignome
- Schlafapnoesyndrom
- Elektrolytstörungen:
 - Hypomagnesiämie: Erschöpfungszustände, Unruhe, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, erhöhte Reizbarkeit, Ängste, Depressionen, Energielosigkeit, Muskelkrämpfe und Herzrhythmusstörungen
 - Hypokaliämie: Adynamie, Erschöpfung, Apathie, Muskelschwäche, Obstipation, Appetitverlust, Übelkeit und Herzrhythmusstörungen
- Zink- und Vitamin B₆-Mangel: Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Schlafstörungen, Depression und erhöhte Reizbarkeit

Wie soeben aus den Aufzählungen ersichtlich, kann eine Reihe von körperlichen Ursachen für die Entwicklung beziehungsweise für die Aufrechterhaltung eines Burnouts verantwortlich sein. Anhand einer gezielten Anamnese und einer Blutbilduntersuchung sollen diese potentiellen physischen Faktoren eruiert und gegebenenfalls therapiert werden.

Zusätzlich zu körperlichen Ursachen müssen natürlich auch psychosoziale Komponenten bei der Entstehung dieses Krankheitsbildes in Erwägung gezogen und bei der Therapie berücksichtigt werden. Dazu zählen:

- nicht zufriedenstellende Arbeitsbedingungen: quantitativ und qualitativ enorm hohe Arbeitsanforderungen und Belastungen, hoher Leistungsdruck, mangelnde oder fehlende Anerkennung der erbrachten Leistungen und Wertschätzung der eigenen Person, keine Aufstiegschancen, schlechtes Arbeitsklima, fehlende Teamarbeit und Unterstützung durch Arbeitskollegen, Konflikte am Arbeitsplatz, Hierarchieprobleme, Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes (Blomeyer, 2011; Schmiedel, 2010)
- prädestinierende persönliche Charaktereigenschaften: Perfektionismus, überdurchschnittlich hohe Einsatzbereitschaft, großes Engagement, Rigidität, hohe persönliche Ansprüche, Idealismus, Zurückstellung und Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse und Wünsche zugunsten der anderen, Definition der eigenen Person durch die Arbeit, Unfähigkeit zur Delegation, geringe Frustrationstoleranz, hoher Bedarf an Anerkennung, Wertschätzung und Bestätigung durch andere sowie geringe oder fehlende Entspannungsmöglichkeiten (Ebd.)
- Mehrfachbelastungen und Doppelrolle der Frauen: Erfüllung mehrerer Funktionen (berufliche Karriere, Mutter, Hausfrau, Partnerin) (Schmiedel, 2010)
- Chronische private Belastungsfaktoren: Beziehungsprobleme, aufopfernde Pflege von Angehörigen, Krankheits- und Todesfälle in der Familie, finanzielle Sorgen etc. (Ebd.)

4.2.2. Klinik und Verlauf des Burnout-Syndroms

Da sich wie bereits erwähnt die für die Entstehung des Burnouts verantwortlichen Faktoren auf verschiedenen Ebenen finden lassen, präsentiert sich auch die Klinik dieses Krankheitsbildes sehr vielfältig. Zunächst soll anhand Tabelle 3 ein Überblick über die

wegweisenden Symptome, die sich im Rahmen eines Burnout-Syndroms bemerkbar machen, gegeben werden. An dieser Stelle muss jedoch berücksichtigt werden, dass diese angegebenen Krankheitszeichen nicht für die Allgemeinheit gültig sind, sondern nur als grobe Orientierung dienen, da die Ausprägung der Symptome sehr individuell sein kann (Blomeyer, 2011; Schmiedel, 2010).

Körperliche Beschwerden	Mentale Auffälligkeiten	Emotionale Symptome
• Funktionelle Herzbeschwerden (Palpitationen, pektanginöse Beschwerden, Schwitzen, Zittern) • Verdauungsstörungen (Diarrhoe und/oder Obstipation) • Muskelverspannungen • Wirbelsäulenbeschwerden • Erschöpfungsgefühl • Kopfschmerzen • erhöhte Infektanfälligkeit	• Konzentrationsstörungen • Abbau von Motivation und Kreativität • Entscheidungsschwäche • Abnahme der Belastbarkeit und der kognitiven Leistungsfähigkeit • Schlafstörungen	• Innere Unruhe • Nervosität • Depressionen • Ängste • Lust- und Antriebslosigkeit • Innere Leere • Pessimismus • Reduziertes Selbstwertgefühl

Tabelle 5: Überblick über die verschiedenen Symptome des Burnouts (Ebd.)

Obwohl sich der Verlauf des Burnout-Syndroms ebenfalls sehr individuell gestalten kann, eignet sich laut den aktuellsten Forschungen auf diesem Gebiet für die Beschreibung der Entwicklung dieses Krankheitsbildes das so genannte Drei-Phasen-Modell, das sich in die folgenden Burnout-Stufen gliedert (Schmiedel, 2010):

- Aktivierungsphase
- Widerstandsphase und
- Erschöpfungsphase

Es hat sich gezeigt, dass sich Betroffene zunächst in einer besonders aktiven Phase befinden, in der sie sich durch überdurchschnittlich hohes Engagement, großen Leistungswillen, Ideenreichtum, einen deutlich ausgeprägten Arbeitseinsatz sowie durch eine gesteigerte Initiative auszeichnen. Die für diese Phase typische temporäre Ausschüttung der Stresshormone Adrenalin, Noradrenalin und Kortisol ermöglicht den Patienten, den privaten und beruflichen Anforderungen gerecht zu werden und die

erwünschten Höchstleistungen zu erbringen (Blomeyer, 2011). Diese erste Burnoutstufe, auch Aktivierungsphase genannt, ist charakteristischerweise assoziiert mit Begleitreaktionen wie vermehrtem Schwitzen, Zittern, Palpationen, verstärktem Harndrang, innerer Unruhe und einem auffallenden Rededrang. Die soeben genannten Symptome können als Ausdruck der stressbedingt vermehrt zur Verfügung stehenden Energie verstanden werden, die kompensatorisch in Form von körperlichen Tätigkeiten teilweise abzubauen versucht wird. Da sich ein gewisses Maß an Stress und Belastung im Alltag grundsätzlich nicht ganz vermeiden lässt, ist diese beschriebene Phase vielen bekannt. Der wesentliche Unterschied zur Abgrenzung eines beginnenden Burnouts besteht jedoch darin, dass normalerweise auf Stresssituationen entsprechende Regenerationsphasen folgen. Ist der gesunde Wechsel zwischen Belastung und Entlastung einmal nicht mehr gegeben, ist dies als Warnsignal für eine bedrohliche Stressspirale im Rahmen eines beginnenden Burnout-Syndroms anzusehen (Schmiedel, 2010).

Setzt sich dieser Kreislauf fort, so geraten Betroffene sehr rasch in die zweite Burnoutstufe. Die so genannte Widerstandsphase ist gekennzeichnet durch eine dauerhafte Erhöhung der Stresshormone Adrenalin, Noradrenalin und Kortisol, die mit einer Reihe von spürbaren Krankheitszeichen einhergeht. Klassischerweise werden eine Erhöhung des Blutdrucks und des Blutzuckers, ein gestörtes Sexualleben, Schwindel sowie Schlafstörungen beobachtet. Zudem bleiben die bereits beschriebenen Symptome der Aktivierungsphase aufgrund der permanenten Hormonausschüttung in der Regel bestehen. Im Gegensatz zur ersten Burnoutstufe, in der man sich subjektiv noch besonders aktiv und leistungsfähig fühlt, erleben Betroffene in der darauffolgenden Krankheitsphase einen beginnenden unangenehmen Erschöpfungszustand. Außerdem stellt sich eine zunehmende Abneigung gegenüber bestimmten Tätigkeiten und auch gegenüber Personen einhergehend mit einem sozialen Rückzug sowie ein gesteigertes Aggressionspotential ein. In dieser Phase des Burnout-Syndroms besteht dringender Handlungsbedarf und es empfiehlt sich die Konsultation eines vertrauensvollen Arztes (Ebd.).

In der letzten Phase des Burnout-Syndroms steht der Zustand der psychischen und physischen Erschöpfung im Vordergrund, der durch den Abfall der Hormonausschüttung zusätzlich begünstigt wird. Aufgrund der zahlreichen die Lebensqualität einschränkenden Symptome realisieren die Betroffenen spätestens zu diesem Zeitpunkt, dass sie an einem ernst zu nehmenden Problem leiden. Patienten berichten von funktionellen Herzbeschwerden, Verdauungsstörungen und einer verminderten Immunabwehr mit

gehäuft auftretenden Infekten, die die körperliche Leistungsfähigkeit meist stark beeinträchtigen. Weiters werden Patienten von Depressionen, Verzweiflung, Ängsten bis hin zu Suizidgedanken heimgesucht (Blomeyer, 2011; Schmiedel, 2010).

Anhand Abbildung 12 soll nochmals kurz der Verlauf des Burnout-Syndroms in Form des 3-Phasen-Modells zusammengefasst werden.

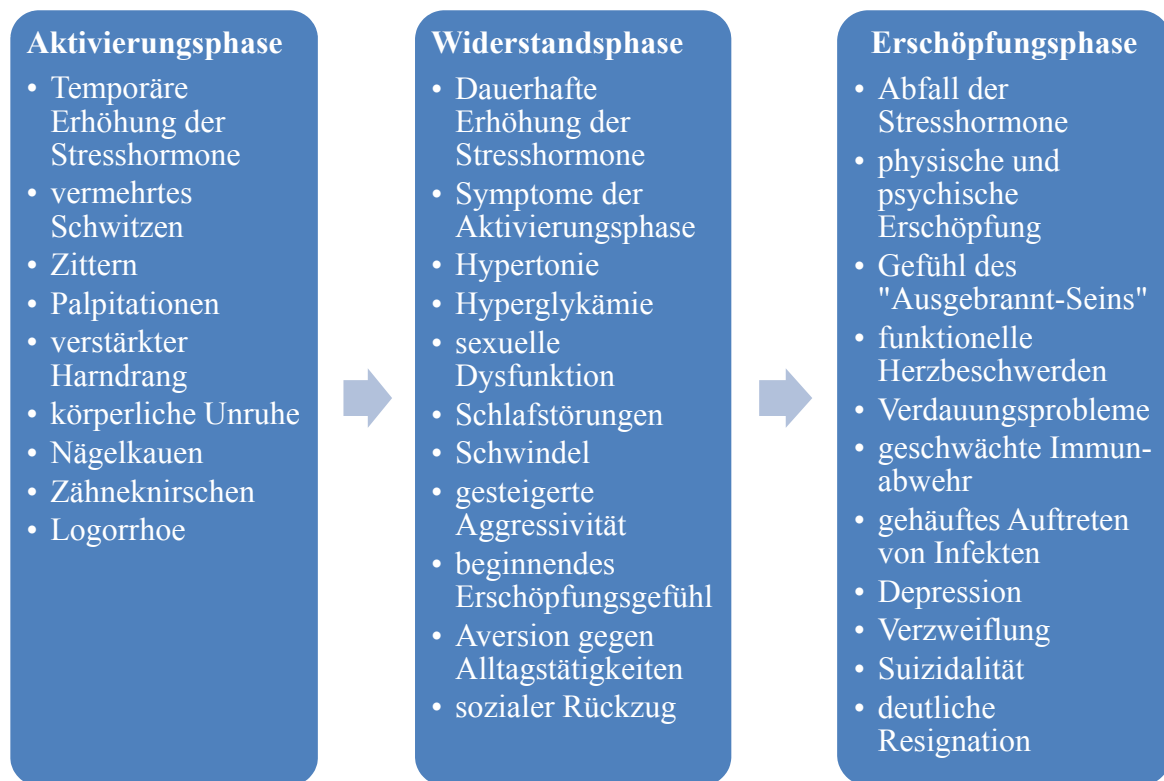


Abbildung 12: Zusammenfassung der typischen Symptome im Verlauf des Burnouts (Schmiedel, 2010)

4.2.3. Ganzheitliche therapeutische Ansätze beim Burnout-Syndrom

Für die Therapie eines Burnout-Syndroms stehen – wie auch bei den affektiven Störungen – vielfältige Therapiemaßnahmen zur Verfügung. Grundsätzlich richtet sich die Wahl der Therapiemöglichkeiten nach dem aktuellen Zustand des Betroffenen, der anhand des soeben erläuterten 3-Stufen-Modells primär einzuschätzen ist.

Befindet sich der Betroffene in der ersten Burnoutstufe, in der so genannten Aktivierungsphase, ist von einer guten Prognose auszugehen, sofern der Betroffene rechtzeitig die nötige Krankheitseinsicht zeigt und den Handlungsbedarf erkennt. Laut Schmiedel (2010) ist der Betroffene in dieser Krankheitsphase selbst dazu in der Lage, entsprechende therapeutische Maßnahmen zu setzen. Um dem Fortschreiten dieses Zustandes erfolgreich entgegenzuwirken, empfiehlt es sich, sich bewusst ausreichende

Regenerations- und Entspannungsphasen zu schaffen, auf eine regelmäßige sportliche Betätigung als Ausgleich zu Alltagsproblemen zu achten sowie auf eine gesunde, ausgewogene Ernährung mit einem zurückhaltenden Genuss von Suchtmitteln (Koffein, Alkohol, Nikotin) Wert zu legen. Einen weiteren wichtigen präventiven Aspekt stellt die genaue Reflexion der eigenen Einstellungen und Werte dar, die man gegebenenfalls angesichts der Auswirkungen anpassen und ändern sollte (Ebd.).

Als geeignete therapeutische Schritte in der Widerstandsphase sind neben den bereits genannten Maßnahmen in der ersten Krankheitsphase noch die erweiterte Ursachenabklärung auf allen Ebenen und die Kontaktaufnahme mit Freunden und professionellen Ansprechpartnern wie zum Beispiel mit einem vertrauenswürdigen Hausarzt, einem Psychologen, einem Burnoutberater oder einem darin erfahrenen Psychiater zu nennen (Ebd.).

Aufgrund des fortgeschrittenen, zweifellos ernst zu nehmenden Zustandes in der dritten Burnoutphase ist eine professionelle Hilfe durch Psychiater, Psychologen und/oder Burnoutberater unabdingbar, um den Weg aus diesem Erschöpfungszustand bewerkstelligen zu können. In den meisten Fällen ist eine ambulante Behandlung, oft sogar ein stationärer Aufenthalt in einer dafür spezialisierten Klinik notwendig. Das Ziel dieser professionellen Intervention besteht darin, den Patienten aus seinem gewohnten Umfeld zu holen und anfänglich alltägliche Tätigkeiten für ihn zu übernehmen, was für den Betroffenen vorerst eine große Entlastung bedeutet. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt dann jedoch in den psychotherapeutischen Einzelgesprächen, in denen die ursächlichen Faktoren für die Entstehung dieses Krankheitsbildes gemeinsam erarbeitet und Lösungsansätze generiert werden. Weiters gelten Gruppentherapien in der Verarbeitung und Reflexion der eigenen Erkrankung als sehr wertvoll und unterstützend, da der Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen einerseits das subjektive Leid mindert und man sich andererseits durch die verschiedenen Ansichtsweisen und Bewältigungsmechanismen gegenseitig bereichern kann (Ebd.). Zuletzt seien noch die vielfältigen Therapieangebote (Ergotherapie, Musik- und Tanztherapie, Entspannungs- und Meditationsverfahren, Sporttherapie, tiergestützte Psychotherapie) in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik wie beispielsweise in der Privatklinik St. Radegund bei Graz zu erwähnen, die bei der Genesung des Burnout-Syndroms einen durchaus entscheidenden

Beitrag liefern.²⁹ Was die Wirksamkeit der tiergestützten Psychotherapie bei Burnout-Patienten betrifft, kann diese zusätzlich zu meinen persönlichen Erfahrungen durch die Beobachtung dieser Therapie in St. Radegund auch anhand eines Beitrages im Niederösterreichischen Fernsehen vom Jänner 2011 über Seminare zum Thema „Burnout-Prävention und Therapie“ mit Hilfe von Pferden belegt werden. Laut dem Leiter dieser Seminare, dem Psychotherapeuten Robert Koch, ist die Arbeit mit Pferden bei Burnout-Patienten insofern sehr wertvoll, als dass die Betroffenen durch das Tier jene Anerkennung und Wertschätzung erhalten, die sie in der Arbeitswelt oder der Familie sehr oft entbehren müssen.³⁰ Außerdem fungiert das Pferd als Spiegel der persönlichen Stärken und Schwächen, was als Anlass zur Reflexion über die individuellen Fähigkeiten sowie auch über verbesserungswürdige Verhaltensweisen dienen kann. Berichten von Betroffenen zufolge, die diese Therapie bereits erprobt haben, hilft diese neue tiergestützte Therapieform besonders gut dabei, seine eigenen Grenzen zu erkennen und auch die bewusste Abgrenzung der eigenen Privatsphäre gegenüber äußeren Einflüssen zu erlernen. Dies impliziert vor allem die Fähigkeit, „Nein sagen“ zu können, die im Berufsleben als Burnout-Prävention einen wichtigen Stellenwert einnimmt (Ebd.).

Zusammenfassend sind in der Therapie des Burnout-Syndroms folgende Punkte zu beachten (Schmiedel, 2010):

- Körperliche Ursachensuche und gegebenenfalls Behandlung einer organischen Störung
- Modifikation von psychosozialen Faktoren
- Inanspruchnahme einer professionellen Psychotherapie
- Ausgewogene, gesunde Ernährung mit zurückhaltendem Genuss von Suchtmitteln
- Regelmäßige sportliche Betätigung
- Anwendung von Entspannungsverfahren wie zum Beispiel autogenem Training, progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Yoga, Tai Chi, Qi Gong oder Meditation
- Ambulante oder stationäre psychosomatische Rehabilitation an einer spezialisierten Klinik

²⁹ <http://www.privatklinik-stradegund.at/home/radegund/leistungen/Therapeutisches-Konzept.php>

³⁰ <http://www.pferdecoaching.at/info/burnout-psychotherapie-mit-hilfe-von-pferden.html>

5. Stationäre psychosomatische Rehabilitation

In diesem Kapitel möchte ich die stationäre psychosomatische Rehabilitation im Allgemeinen kurz beschreiben, deren Indikationen und Kontraindikationen beleuchten und die Rehabilitationsziele aufzeigen. Im Anschluss daran sollen im Speziellen das therapeutische Konzept, das multiprofessionelle Team und die verschiedenen Säulen der Therapie an der Privatklinik in St. Radegund vorgestellt werden.

Heutzutage nehmen psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen in der Gesellschaft einen an Bedeutung stetig zunehmenden Stellenwert ein. Dies spiegelt sich vor allem in der Häufigkeit von Krankenständen, die auf psychische Leiden zurückzuführen sind, wider. Demnach wird laut Berechnungen des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger bereits jeder 16. Krankenstandtag aufgrund von psychischen Problemen wie Depressionen, Burn-out oder Alkoholabusus in Anspruch genommen.³¹ Während man bei der Anzahl von Arbeitsunfällen einen erfreulichen Rückgang in den letzten Jahren verzeichnen konnte, dominieren stattdessen psychisch bedingte Krankenstände, die in den meisten Fällen als Folgen eines chronischen Leistungsdrucks im Beruf, der vorherrschenden Angst um den Erhalt des Arbeitsplatzes, einer fehlenden privaten Abgrenzung zu beruflichen Angelegenheiten mit daraus resultierenden privaten Problemen sowie einer ständigen Erreichbarkeit und Verfügbarkeit im Beruf anzusehen sind (Ebd.).

Da psychische Erkrankungen häufig mit Chronifizierungen, rezidivierenden Exazerbationen und einem breiten Komorbiditätsspektrum assoziiert sind, benötigt man meist eine regelmäßige ärztliche Behandlung und eine begleitende langfristige Psychotherapie. Führt eine ambulante ärztliche Betreuung jedoch nicht zum gewünschten Therapieerfolg, so sollen mit Hilfe einer stationären psychosomatischen Rehabilitation der psychische Zustand stabilisiert und soziale und berufliche Kompetenzen wiedererlangt werden. Zugleich wird dem Problem der gehäuften psychisch bedingten Krankenstände und Frühpensionierungen entgegengewirkt (Schmid-Ott et al., 2008).

Grundsätzlich ist eine stationäre psychosomatische Rehabilitation immer dann in Erwägung zu ziehen, wenn eine Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit droht, eine ausgeprägte psychische Erkrankung mit gleichzeitig bestehenden somatischen Beschwerden vorliegt

³¹ <http://derstandard.at/1271376589150/Krankenstaende-Psychische-Erkrankungen-am-Vormarsch>

und wenn diese funktionellen Probleme im Rahmen einer kurativ-medizinischen Versorgung nicht ausreichend behandelt werden können (Ebd.).

Folgende psychiatrische Krankheitsbilder und spezielle Situationen stellen eine Indikation zu einer nachhaltigen, stationären psychosomatischen Rehabilitation dar (Ebd.):

- affektive Störungen
- schizoaffektive Störungen
- Erschöpfungszustände (Burn-out)
- Angststörungen
- posttraumatische Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen
- somatoforme Störungen
- Persönlichkeitsstörungen
- körperliche Erkrankungen mit schwerwiegender psychischer Komponente
- Nachbehandlung nach akutpsychiatrischer Intervention
- Nachbehandlung nach seelischen Krisen

Zu den Kontraindikationen einer stationären psychosomatischen Rehabilitation zählen (Ebd.):

- gegenwärtig akut psychotische Prozesse
- chronische psychotische Zustandsbilder
- akute Selbst- oder Fremdgefährdung
- hirnorganische Störungen
- hohes Maß an Pflegebedürftigkeit
- unzureichende Motivation und Integration in das therapeutische Setting
- Alkohol- und Drogenabhängigkeitserkrankungen aufgrund der Verfügbarkeit von dafür spezialisierten Institutionen

Im Rahmen dieses stationären Rehabilitationsaufenthaltes sollen mit dem Patienten unter Ausschöpfung aller therapeutischen Möglichkeiten sowie mit Hilfe eines multiprofessionellen Teams konkrete Therapieziele erarbeitet und verfolgt werden. Zunächst ist es die Aufgabe des zuständigen Facharztes, den Patienten hinsichtlich seiner Erkrankung, der zugrundeliegenden ursächlichen Faktoren und ebenso der zur Verfügung stehenden Therapieoptionen aufzuklären und ausführlich zu informieren. Diese äußerst wichtige Psychoedukation, die den Patienten zum Experten seiner eigenen Krankheit

machen soll, liefert eine wichtige Basis für das Verständnis des individuellen psychischen Leidens. Gelingt es dem behandelnden Arzt, die Entstehungsmechanismen sowie die aufrechterhaltenden Faktoren der Erkrankung gemeinsam mit dem Patienten zu explorieren, den Umgang mit der Krankheit durch den Erwerb von gezielten Bewältigungsstrategien zu erleichtern und schließlich den Patienten im Sinne einer Sekundär- und Tertiärprävention zu einem gesteigerten Gesundheitsbewusstsein und in weiterer Folge zu einer Verhaltensmodifikation zu motivieren, sind die edukativen Zieldimensionen weitgehend erfüllt (Ebd.).³²

Weiters orientieren sich die umfassenden therapeutischen Behandlungskonzepte und der gezielte Einsatz von Psychopharmaka an der Stabilisierung des psychischen Zustands des Patienten. Das vielfältige Therapieangebot, Einzel- sowie Gruppentherapien und die interdisziplinäre Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen im Rehabilitationsteam zielen auf die individuelle Ressourcenaktivierung ab und leiten den Patienten zur Auseinandersetzung mit seiner Krankheit und zum Erwerb von Bewältigungs- und Kompensationsstrategien an. Ein sehr bedeutender Schwerpunkt der Rehabilitation liegt in der Wiedererlangung von Autonomie und beruflichen und sozialkommunikativen Kompetenzen, um in weiterer Folge eine bestmögliche Reintegration ins berufliche und soziale Umfeld (*restitutio ad optimum*) zu bewerkstelligen (Schmid-Ott et al., 2008).³³

Schließlich wird Patienten im Rahmen der stationären Rehabilitation ebenfalls der beachtliche Stellenwert eines regelmäßigen körperlichen Trainings nahe gelegt. Ein breites Angebot von verschiedenen Sporttherapien macht es den Rehabilitanden möglich, während des Aufenthalts an Kraft, Ausdauer, Koordination und Beweglichkeit zu gewinnen und dadurch das Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit zurückzuerlangen (Ebd.).

³² <http://de.wikipedia.org/wiki/Psychoedukation>

³³ <http://www.privatklinik-stradegund.at/home/radegund/leistungen/Therapeutisches-Konzept.php>

5.1. Vorstellung der Privatklinik St. Radegund

Die heute als Rehabilitationsanstalt genutzte Klinik wurde bereits im Jahre 1900 in St. Radegund erbaut und diente damals Jugendlichen als Erholungsheim. Seit 2000 ist die Krankenanstalt nun im Besitz der Sanlas Holding GmbH, eines bedeutenden, namenhaften steirischen Unternehmens in der Gesundheitsbranche mit langjähriger Erfahrung in der Versorgung von psychisch kranken Menschen. Nach einer Generalsanierung und dem Zubau der Klinik konnte schließlich im Jahre 2007 die Sonderkrankenanstalt für psychiatrische Rehabilitation unter der ärztlichen Leitung von Univ. Prof. Dr. Stix und des Geschäftsführers der Sanlas Holding GmbH MR Primarius Dr. Nebel wiedereröffnet werden.³⁴

Nicht ohne Hintergedanken hat man den von Graz ca. 15km entfernten Ort St. Radegund als Kurort für eine psychiatrische Rehabilitation ausgewählt. Dank der ruhigen Lage mitten im Grünen und den vielfältigen Sport- und Freizeitgestaltungsmöglichkeiten eignet sich St. Radegund als optimaler, idyllischer Kurort, um neue Kraft und Energie zu tanken.³⁵

Das therapeutische Konzept dieser Rehabilitationsklinik basiert auf dem bereits eingangs beschriebenen biopsychosozialen Modell funktionaler Gesundheit. Unter dem Motto „Wir begleiten Sie ins Leben“ sollen Patienten während des sechswöchigen stationären Aufenthalts mit der Unterstützung von einem multiprofessionellen Team dazu befähigt werden, in einem geregelten Berufsleben wieder Fuß zu fassen und sich in ein funktionales soziales Netz einzufinden. Um nicht nur medizinische Fakten eines Rehabilitanden anhand der ICD-10- Klassifikation darzulegen, sondern auch die Funktionsfähigkeit und Behinderung als Folge von körperlichen Problemen sowie die Gesundheit jedes Individuums in einer international gültigen und einheitlichen Sprache aufzeigen zu können, greift die Rehabilitationsklinik in St. Radegund auf die so genannte ICF (internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit) zurück. Durch die parallele Verwendung von ICD-10 und ICF-Klassifikationen eröffnet sich ein ganzheitliches und mit einem höheren Informationsgehalt versehenes Bild über den Zustand des Patienten.^{36,37}

³⁴ http://www.privatklinik-stradegund.at/home/radegund/ueber_uns/ueber_uns.php

³⁵ http://www.privatklinik-stradegund.at/home/radegund/ueber_uns/der-kurort.php

³⁶ http://www.pantucek.com/diagnose/ICF/icf_kuzreinfuehrung.pdf

³⁷ <http://www.privatklinik-stradegund.at/home/radegund/leistungen/Therapeutisches-Konzept.php>

Wie bereits erwähnt zeichnet sich das betreuende Rehabilitationsteam in dieser Klinik durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit der einzelnen Fachkräfte aus den unterschiedlichen Berufsgruppen aus, worin sich einmal mehr das ganzheitliche therapeutische Konzept widerspiegelt. Das multiprofessionelle Team an der Privatklinik St. Radegund gliedert sich in:³⁸

- Fachärzte für Psychiatrie und Ärzte für Allgemeinmedizin mit den ÖÄK-Diplomen für psychotherapeutische Medizin
- klinische Psychologen
- Psychotherapeuten
- diplomiertes Pflegepersonal
- Ergotherapeuten
- Sport- und Bewegungstherapeuten
- diplomierte Sozialarbeiter
- Masseur
- Ernährungsberater

Das therapeutische Konzept dieser Rehabilitationsklinik stützt sich auf sechs Säulen, nämlich auf die Psychotherapie, auf den Einsatz von geeigneten Psychopharmaka, auf die Ergotherapie, auf kreative Therapien, auf die sportliche Betätigung sowie auf den Bereich der Sozialarbeit. Zu Beginn der Rehabilitation wird ein individuelles, meist sehr umfangreiches Therapieprogramm für den Patienten erstellt und gleichzeitig werden spezifische Rehabilitationsziele gemeinsam mit dem Betroffenen definiert. Bereits zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme teilt man jedem einzelnen Patienten einen Bezugsarzt bzw. Therapeuten zu, der während des gesamten Aufenthaltes an der Klinik die Einzelgesprächstherapien durchführt, als Ansprechpartner für den Rehabilitanden fungiert und ferner die jeweiligen Therapien koordiniert.

Im Rahmen der **Psychotherapie** wird eine Verringerung des psychischen Leidensdrucks durch den gezielten Einsatz sprachlicher Kommunikation angestrebt, wobei in den Einzeltherapien die gemeinsame Aufarbeitung von einschneidenden Lebensereignissen und der Erwerb von Copingstrategien im Mittelpunkt stehen. In den Gruppentherapien hingegen konzentriert man sich vorrangig auf den Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen derselben Erkrankung, was von den Patienten meist als emotionale Entlastung

³⁸ http://www.privatklinik-stradegund.at/home/radegund/ueber_uns/unser_team.php

erlebt wird. Beachtliche psychotherapeutische Wirkungen entfalten sich beispielsweise im Rahmen der angebotenen tiergestützten Psychotherapien (pferdegestützte Psychotherapie, Hundetherapie).³⁹

Die zweite Therapiesäule repräsentiert die Gruppe der **Psychopharmaka**, deren Einsatz als unterstützende Basismaßnahme in der Regel unverzichtbar ist. Hierbei wird auf die Substanzgruppe der Neuroleptika, der Antidepressiva, der Stimmungsstabilisatoren und der Schlaf- und Entspannungsmedikamente zurückgegriffen (Ebd.).

Das Ziel der **Ergotherapie** ist es, die Patienten in der Ausübung von bestimmten alltäglichen Tätigkeiten zu trainieren und in weiterem Sinne die Teilnahme am soziokulturellen Leben damit zu fördern. Neben lebenspraktischen Übungen werden die Patienten auch dazu angeleitet, handwerklich tätig zu werden und das in ihnen versteckte kreative Potenzial neu zu entdecken. Dieser Arbeitsprozess vom Beginn bis zur Fertigstellung eines Werkstückes oder einer Tätigkeit verlangt von den Patienten ein hohes Maß an Antrieb, Konzentration und Ausdauer (Ebd.).

Das Angebot hinsichtlich **kreativer Therapien** gestaltet sich sehr vielfältig und variabel. Das Musizieren, Tanzen, Malen sowie der Einsatz von begleitender Musik spielen hier eine maßgebliche Rolle und verhelfen den Patienten, neue Lebensfreude zu entdecken (Ebd.).

Aufgrund der Tatsache, dass ausreichende **körperliche Betätigung** und der Aufenthalt in der Natur ebenfalls zu einem gesteigerten psychischen Wohlbefinden beitragen, stellt das körperliche Training einen wichtigen Bestandteil der Rehabilitation dar. Daher zählen Morgenaktivität, Gymnastik, gezielte und professionell überwachte Sporttherapien, aber auch Entspannungsbäder, Massagen, Meditations- und Konzentrationsübungen im Rahmen von Qi Gong und Tai Chi zu den diesbezüglichen Angeboten (Ebd.).

Die letzte Therapiesäule orientiert sich an der gegenseitigen Hilfe unter den einzelnen Rehabilitanden. Erfahrungsgemäß schließen sich Patienten mit demselben psychischen Leiden oder zumindest mit ähnlichen Problemen und Krisen zu Kleingruppen zusammen, um sich wechselseitiges Verständnis entgegenbringen und sich durch den Erfahrungsaustausch stützen und bereichern zu können. Aus diesem Grunde ist es im Rahmen der Rehabilitation in St. Radegund vorgesehen, die Patienten in Kleingruppen von

³⁹ <http://www.privatklinik-stradegund.at/home/radegund/leistungen/die-sechs-saeulen.php>

etwa 12 Personen zu unterteilen und so ein familienartiges Umfeld zu schaffen. Zu guter Letzt sei auch noch der Bereich der **Sozialarbeit** erwähnt, dessen Hauptaufgaben es sind, die weiterführende Versorgung des Patienten nach dem rehabilitativen Aufenthalt zu organisieren und einen bestmöglichen Wiedereinstieg ins Berufsleben zu unterstützen (Ebd.).

Abschließend sei noch angemerkt, dass die psychiatrische Rehabilitation sehr forciert auf die Ermächtigung und Ressourcenwahrnehmung jedes einzelnen Patienten abzielt. Diese Bestrebungen lassen sich unter dem Begriff „Empowerment“ zusammenfassen, der die Hilfe zur Selbsthilfe verkörpert (Ebd.).

6. Empirische Untersuchung

Im empirischen Teil meiner Arbeit habe ich ein klinisches Forschungsprojekt an der Privatklinik St. Radegund durchgeführt, das den Therapieeffekt der pferdegestützten Psychotherapie bei einem definierten Patientenkollektiv im Rahmen der stationären Rehabilitationsbehandlung evaluieren soll.

6.1. Fragestellungen

Diese klinische Studie beschäftigt sich mit der Kernfrage, inwieweit die pferdegestützte psychotherapeutische Behandlung den Therapieerfolg bei psychiatrischen Patienten während einer sechswöchigen stationären psychosomatischen Rehabilitation zu beeinflussen imstande ist. Zu diesem Zwecke wurde an der Privatklinik St. Radegund bei Graz eine explorative kontrollierte Studie mit einem Stichprobenumfang von 60 Personen durchgeführt. Als Ziel dieser Untersuchung gilt es, den Therapieeffekt der pferdegestützten Behandlung während der stationären psychosomatischen Rehabilitation zu beurteilen. Dieses Forschungsprojekt soll dazu beitragen, eine relativ neue und wissenschaftlich noch ungenügend überprüfte Therapieform anhand einer quantitativen und qualitativen Analyse zu evaluieren.

Mit Hilfe dieser Studie sollten folgende Fragestellungen untersucht werden.

- Welchen Beitrag leistet eine pferdegestützte psychologische Behandlung zum Therapieerfolg bei stationären Rehabilitationspatienten?
- Ist es zweckmäßig, bei ausgewählten Krankheitsbildern wie zum Beispiel beim Burnout-Syndrom, bei affektiven Störungen und Angststörungen diese spezielle psychotherapeutische Interventionsform in das rehabilitative Behandlungsprogramm zu integrieren?

Als primäre Hypothese dieses klinischen Forschungsprojektes wurde folgende Hypothese formuliert:

Rehabilitanden, die an der pferdegestützten Therapie teilnehmen, zeigen im Vergleich zur Kontrollgruppe eine positive Veränderung hinsichtlich ihrer Selbstkonzepte und ihres Umgangs mit Angst und depressiven Verstimmungen.

6.2. Studiendesign

Das Forschungsprojekt wurde im Zeitraum von Februar bis August 2011 als explorative kontrollierte Studie durchgeführt, wobei ein Stichprobenumfang von insgesamt 60 Patienten festgelegt worden ist. Daraus ergeben sich eine Therapiegruppe mit einer Anzahl von 30 Patienten und eine Kontrollgruppe mit derselben Anzahl von Patienten.

Jene Patienten, die der Interventionsgruppe angehören, nehmen zusätzlich zum regulären rehabilitativen Therapieangebot einmal wöchentlich an dieser pferdegestützten Psychotherapie am Pferdehof Tromper in St. Radegund à 90 Minuten teil.

Die Kontrollgruppe besteht aus ebenfalls 30 Personen, die im Rahmen ihres stationären Rehabilitationsaufenthaltes das gewöhnliche Therapieangebot an der Privatklinik nutzen, sich jedoch bei der Wahl der fakultativen Therapieangebote nicht für die pferdegestützte Psychotherapieform entscheiden.

Die Zuteilung zu den jeweiligen Zusatztherapien erfolgt nach eigenem Wunsch der Rehabilitanden, da diese selbst entscheiden können, welche wahlfreien Therapieangebote sie in Anspruch nehmen möchten.

Das Studiendesign sieht außerdem vor, das gesamte Patientenkollektiv im Umfang von 60 Patienten zu zwei Messzeitpunkten (t_1 , t_2) zu testen, wobei t_1 den Beginn des rehabilitativen stationären Aufenthaltes repräsentiert und t_2 das Ende. Das Ziel dieser Studie ist es, anhand der statistischen Auswertung die Interventionsgruppe mit der Kontrollgruppe über einen Zeitraum von 6 Wochen hinsichtlich verschiedener Merkmale wie beispielsweise der Veränderung des Selbstkonzepts (Hauptzielgröße) oder in Bezug auf Angst- und Depressionswerte (Nebenzielgrößen) zu vergleichen. Im Speziellen sollen potentiell signifikante Unterschiede im Therapieerfolg zwischen den beiden Gruppen eruiert werden.

6.3. Studienteilnehmer

Die Rekrutierung der Studienteilnehmer erfolgt in enger Kooperation mit den zuständigen Fachärzten für Psychiatrie und dem ärztlichen Leiter Prof. Dr. Stix. Im Rahmen des Aufnahmegesprächs zu Beginn der Rehabilitation werden jene Patienten, die diese neue tiergestützte psychotherapeutische Interventionsform auswählen, von ihrem jeweiligen

Bezugsarzt auf diese offene, klinische Studie aufmerksam gemacht und zur Teilnahme motiviert. Ebenso klärt man sie in Kürze über den Ablauf der Studie auf und informiert sie im Falle einer Einwilligung darüber, wann die erste Testung stattfinden wird. Im Anschluss daran wählen die zuständigen Oberärzte für jede Person aus der Therapiegruppe eine weitgehend analoge Person für die Kontrollgruppe aus. Diese Paarbildung soll eine frühzeitige Selektion von erkennbaren Störvariablen ermöglichen und gleichzeitig eine vergleichbare Ausgangslage schaffen, indem die Teilnehmer der Interventionsgruppe mit jenen der Kontrollgruppe in gewissen Kriterien übereinstimmen.

Es gilt somit, bei der Bildung dieser so genannten „matched pairs“ auf die folgenden zu parallelisierenden Merkmale zu achten:

- Übereinstimmung in der klinischen Diagnose
- Zugehörigkeit zur selben Altersgruppe
- Übereinstimmung im Geschlecht

Zu den Einschlusskriterien für die Teilnahme an der klinischen Studie zählen außerdem:

- männliche und weibliche Teilnehmer im Alter zwischen 18 und 80 Jahren
- Verständnis der deutschen Sprache
- ausreichende Compliance
- freie Auswahl dieses zusätzlichen pferdegestützten Psychotherapieangebotes
- Interesse an der Arbeit mit dem Pferd
- regelmäßige Teilnahme an den vier Therapieeinheiten während des rehabilitativen stationären Aufenthalts.

Als Ausschlusskriterium gilt das Vorliegen spezifischer, nicht therapiegeeigneter Krankheitsbilder wie zum Beispiel eine schwere Persönlichkeitsstörung. Ebenso sind Patienten mit einer gegenwärtigen psychotischen Symptomatik sowie einer Selbst- oder Fremdgefährdung nicht für die Teilnahme an dieser Studie geeignet. Jedoch sind diese eben angeführten Zustände ohnedies als Kontraindikationen für den Antritt einer Rehabilitation im vorigen Kapitel beschrieben worden.

6.4. Untersuchungsmaterialien

Die Datengenerierung erfolgt mittels ad hoc spezifisch erstellter und standardisierter Fragebögen sowie durch strukturierte Interviews, wobei das Datenmaterial im Anschluss qualitativ und quantitativ ausgewertet wird.

Anhand der beiden spezifisch ad hoc erstellten Fragebögen sollen insbesondere die Motivation für die Teilnahme an der pferdegestützten Psychotherapie, eventuelle Ängste und Befürchtungen, Therapieerkenntnisse und ebenso die persönliche Einschätzung des Benefits aus dieser Behandlung erhoben werden. Die beiden selbstentwickelten Fragebögen zur Evaluierung dieser neuen Therapieform, die in Zusammenarbeit mit Frau Dr. Eichberger, der Leiterin dieser Therapiegruppe, erstellt wurden, sind im Anhang vollständig einsehbar.

Als standardisierte Testverfahren kommen der HADS-D (Hospital Anxiety and Depression Scale) und die FSKN (Frankfurter Selbstkonzeptskalen) zum Einsatz.

Der **HADS-D** stellt ein Diagnosewerkzeug zur Ermittlung von bestehenden Spannungs- und Angstzuständen wie auch von depressiven Verstimmungen dar. Dieses Messinstrument findet als Screeningverfahren seine Anwendung, wird aber sehr wohl auch zur Verlaufsbeurteilung und Bestimmung des Schweregrads bei bereits bekannten Depressionen oder Angststörungen eingesetzt. Mit Hilfe dieses standardisierten Fragebogens soll die Ausprägung depressiver und ängstlicher Symptomatik innerhalb der letzten Woche erfasst werden. Der Fragebogen besteht aus insgesamt zwei Subskalen (Angstskala und Depressivitätsskala), die anhand von je 7 Items ermittelt werden können.⁴⁰

⁴⁰ <http://www.testzentrale.de/programm/hospital-anxiety-and-depression-scale-deutsche-version.html>

Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen bestehen aus zehn eindimensionalen Skalen zur Bestimmung der jeweiligen Selbstkonzepte, die das Individuum in essentiellen Bereichen des Selbst von der eigenen Person entwickelt hat. Die **FSKN** erlauben eine Selbstbeschreibung hinsichtlich der folgenden Eigenschaften: ⁴¹

- Leistungsfähigkeit (FSAL)
- Problembewältigung (FSAP)
- Verhaltens - und Entscheidungssicherheit (FSVE)
- Selbstwertschätzung (FSSW)
- Empfindlichkeit und Gestimmtheit (FSEG)
- Standfestigkeit (FSST)
- Soziale Kontakt - und Umgangsfähigkeit (FSKU)
- Wertschätzung durch andere (FSWA)
- Irritierbarkeit durch andere (FSIA)
- Gefühle und Beziehungen zu anderen (FSGA)

Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen dienen der Erfassung eines Systems von Einstellungen zur eigenen Person, die als Aspekte der Identität der Person interpretiert werden können. Die verschiedenen Selbstkonzepte einer Person zeigen eine unterschiedliche starke Interaktion miteinander, weshalb sie sich auch als dynamisches System darstellen lassen. Diese Einstellungen zur eigenen Person eignet man sich u.a. durch den sozialen Vergleich mit der Umwelt an. Im Laufe der Entwicklung werden diese differenzierter. Die entstehende Selbststruktur wird als ein organisiertes, relativ konsistentes, aber durchaus änderbares Konzeptmuster jedes Individuums zur eigenen Person verstanden, bei dem die emotionale Komponente einen wesentlichen Stellenwert einnimmt. Die Art der Selbstbeschreibung mit Hilfe der FSKN-Skalen gibt Hinweise auf die psychische Gesundheit oder auf etwaige Störungen der Probanden (Ebd.).

Als geeignetes Erhebungsinstrument zur Erfassung von subjektiver Beeinträchtigung und zur Ermittlung des psychosozialen Betreuungsbedarfs bei stationären Patienten wird das Hornheide-Graz-Screening-Instrument (HGSI) gewählt, das von Prof. Dr. Egger, Prim. Dr. Stix und Dr. Strittmatter zusammengestellt wurde. Das **HGSI** hat sich als bestes Verfahren zur Erkennung des Krankheitserlebens von stationären Patienten und von subjektiven Beeinträchtigungen erwiesen. Daher soll das HGSI im klinischen Routinebetrieb als

⁴¹ <http://www.testzentrale.de/programm/frankfurter-selbstkonzeptskalen.html>

praktikabler Leitfaden zum professionellen biopsychosozialen ärztlichen Gespräch dienen. Dieses Instrument zur Erfassung des psychosozialen Betreuungsbedarfs legt inhaltlich folgende Schwerpunkte fest:

- Befindlichkeit/Stimmungslage
- krankheits- oder krankenhausbegleitende Ängste
- sozialer Rückhalt und zwischenmenschliche Beziehungen
- Qualität der Informationsvermittlung über die eigene Erkrankung
- Beschaffenheit der Arzt-Patienten-Beziehung
- Therapiezufriedenheit
- subjektive Krankheitstheorie
- subjektiver und objektivierbarer psychosozialer Betreuungsbedarf

Diese strukturierten Interviews werden daher unter Verwendung dieses Leitfadens durchgeführt und anschließend quantitativ anhand der Summe der einzelnen Items wie auch qualitativ ausgewertet (Egger, Schmidt & Stix, 2002).

6.5. Untersuchungsdurchführung

Zu Beginn der Studiendurchführung stelle ich mich als Untersuchungsleiterin den Patienten vor, kläre sie ausführlich über den zeitlichen Ablauf und den Zweck dieses Forschungsprojekts auf und weise sie darauf hin, dass die Teilnahme an der klinischen Studie freiwillig und eigenverantwortlich erfolgt. Außerdem wird den Studienteilnehmern versichert, dass aufgrund der ausschließlichen Verwendung von nicht-invasiven Messinstrumenten – also der Vorgabe von psychologischen Tests – keine Risiken oder unerwünschten Nebenwirkungen zu erwarten sind. Zudem wird den Patienten eingangs klargemacht, dass ein Abbruch der Untersuchung jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, möglich ist, ohne dass man negative Auswirkungen hinsichtlich der medizinischen Behandlung zu befürchten hat. Im Rahmen dieses persönlichen Aufklärungsgesprächs soll schließlich das Ziel der klinischen Studie verdeutlicht werden und ebenso in einigen Worten die Auswertung der erhobenen Daten dargelegt werden. Außerdem werden noch ausständige offene Fragen gemeinsam mit den Studienteilnehmern besprochen. Auch die Möglichkeit der Rückmeldung über die Resultate der klinischen Untersuchung wird in diesem Rahmen erwähnt. Als besonders wichtig gilt zuletzt die

Auskunft über die ausnahmslose Verschwiegenheitspflicht der Untersuchungsleiterin. Es soll eindrücklich betont werden, dass alle gesammelten Daten streng vertraulich unter Wahrung des Datenschutzgesetzes behandelt und in weiterer Folge von der Untersuchungsleiterin anonymisiert digitalisiert werden. Zu diesem Zwecke wird eine Chiffrierung vorgenommen, wobei jedem Studienteilnehmer ein VP-Code (VP1-VP60) zugeordnet wird. Jene Aufzeichnungen, auf denen der Name des Patienten und sein entsprechender Code ersichtlich sind, bleiben der Untersuchungsleiterin vorbehalten. Im Anschluss an diese mündliche Vorstellung des Projekts und Aufklärung der Teilnehmer wird die „Patienteninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der klinischen Prüfung“⁴² (Version 2.1. vom 24.11.2010) gemäß den Richtlinien der Ethikkommission vorgelegt.

Danach ist die einmalige Vorgabe eines „Case-Report-Form“- Bogens zum Zeitpunkt t_1 vorgesehen, mit dessen Hilfe die soziodemographischen Daten (Alter, Familienstand, Wohnsituation, höchste abgeschlossene Schulbildung, Beruf) und die der Rehabilitation zugrunde liegenden psychischen Erkrankung abgefragt werden.

Nach der Unterzeichnung der Einwilligungserklärung und der Bearbeitung der Case-Report-Form werden die Studienteilnehmer gebeten, die Testabfolge bestehend aus den folgenden Punkten zu absolvieren.

- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D; 2-5 Min.)
- Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN; 15-25 Min.)
- spezifisch ad hoc erstellter Fragebogen [Anfang] (5 Min.)
- spezifisch ad hoc erstellter Fragebogen [letzte Therapieeinheit] (5 Min.)
- strukturiertes Interview (Hornheide Graz Screening Instrument HGSI; 10 Min.)

⁴² http://www.meduni-graz.at/ethikkommission/index_dwnld.html

Anhand der Tabelle 4 soll der Einsatz der ausgewählten psychometrischen Testverfahren zu den beiden Messzeitpunkten t_1 und t_2 veranschaulicht werden.

Fragebogen	Dauer [min]	t1 Beginn der Therapie	t2 Ende der Therapie
HADS-D	5	X	X
FSKN	25	X	X
Ad hoc erstellter Fragebogen (Anfang)	5	X	
Ad hoc erstellter Fragebogen (Ende)	5		X
Strukturiertes Interview (HGSi)	10		X

Tabelle 6: Überblick über den Einsatz der verschiedenen psychologischen Testverfahren

Tabelle 5 und Tabelle 6 sollen schließlich noch den Unterschied im Untersuchungsablauf und im zeitlichen Aufwand zwischen den beiden gegenübergestellten Gruppen verdeutlichen.

Therapiegruppe (30 Probanden)

t ₁ (=Beginn der Rehabilitation)	t ₂ (=Ende der Rehabilitation)
Aushändigung der Einwilligungserklärung	spezifisch ad hoc erstellter Fragebogen [letzte Therapieeinheit]
Erhebung der soziodemographischen Daten (Case Report Form)	HADS-D
spezifisch ad hoc erstellter Fragebogen [Anfang]	FSKN
HADS-D	Durchführung des strukturierten Interviews (HGSi)
FSKN	
Gesamtdauer: ca. 35 Minuten	Gesamtdauer: ca. 45 Minuten

Tabelle 7: Untersuchungsablauf in der Therapiegruppe

Kontrollgruppe (30 Probanden)

t₁ (=Beginn der Rehabilitation)	t₂(Ende der Rehabilitation)
Aushändigung der Einwilligungserklärung	HADS-D
Erhebung der soziodemographischen Daten (Case Report Form)	FSKN
HADS-D	Durchführung des strukturierten Interviews (HGSI)
FSKN	
Gesamtdauer: 30 Minuten	Gesamtdauer: 40 Minuten

Tabelle 8: Untersuchungsablauf in der Kontrollgruppe

Nach erfolgter Datenerhebung werden die Daten anonymisiert digitalisiert und in Abhängigkeit der Fragestellung sowohl qualitativ als auch quantitativ ausgewertet.

7. Ergebnisse

Um die primäre Hypothese der Studie und die damit verbundenen Erwartungen statistisch auf ihre Gültigkeit überprüfen zu können, wurden vorerst die Rohdaten der psychometrischen Testverfahren in das Statistikprogramm PASW Statistics (Version 18) eingegeben und im Anschluss mithilfe dieser Statistiksoftware ausgewertet. Für die statistische Signifikanzprüfung wurde a priori das Alpha-Niveau auf .05 festgelegt. Da die meisten statistischen Testverfahren das Vorliegen einer Normalverteilung für deren Anwendung voraussetzen, wurde zunächst mit Hilfe des Kolmogorov-Smirnov-Tests die Überprüfung der Normalverteilung vorgenommen. Diese Normalverteilungsvoraussetzung ist mit Ausnahme des „HADS-Depressivitätssummenwertes zum Zeitpunkt t_2 “ bei allen Prüfgrößen erfüllt. Nach Bortz (2005) ist jedoch diese einzige Verletzung der Normalverteilungsannahme in Anbetracht der Stichprobengröße ($n=60$) und der gleich großen Gruppen (Therapie- vs. Kontrollgruppe) zu vernachlässigen.

In der anschließenden Ergebnisdarstellung wird zunächst die gesamte Stichprobe anhand der erhobenen soziodemographischen Daten beschrieben, wobei das Augenmerk auf der Gegenüberstellung zwischen der Therapie- und der Kontrollgruppe liegt. In weiterer Folge wird mit Hilfe von Varianzanalysen sowie Korrelationsbestimmungen der Therapieeffekt der pferdegestützten Psychotherapie in Hinblick auf den Umgang mit Angst- und Erregungsstörungen sowie auf die Veränderung des eigenen Selbstkonzeptes und des subjektiven psychosozialen Betreuungsbedarfes vorgestellt. Zuletzt wird auf die qualitative Auswertung der spezifisch ad hoc erstellten Fragebögen zur Evaluierung der pferdegestützten Therapie eingegangen. Dabei werden insbesondere die Motivation für die Teilnahme an der Therapie, eventuelle Ängste und Befürchtungen, die Umsetzung von Therapieerkenntnissen im Alltag sowie die persönliche Einschätzung des Benefits aus dieser Behandlung dargelegt.

7.1. Stichprobenbeschreibung

Im Folgenden sollen die erhobenen soziodemographischen Daten der Studienteilnehmer dargestellt und veranschaulicht werden.

Betrachtet man die gesamte Stichprobe von insgesamt 60 Personen, die an dieser klinischen Studie teilnahmen, so waren ein Drittel Männer (33%) und zwei Drittel (67%) Frauen. Es füllten also 20 Männer und 40 Frauen die Fragebögen zu beiden Messzeitpunkten aus, wobei an dieser Stelle zu erwähnen ist, dass es erfreulicherweise keine Studienabbrecher gab.

Stellt man nun hinsichtlich der Geschlechterverteilung die Therapiegruppe der Kontrollgruppe gegenüber, so wird aus dem Diagramm in Abbildung 13 ersichtlich, dass die Therapiegruppe zu 77% aus Frauen und 23% aus Männern bestand. Im Vergleich dazu wies die Kontrollgruppe einen Frauenanteil von 57% und einen Männeranteil von 43% auf.

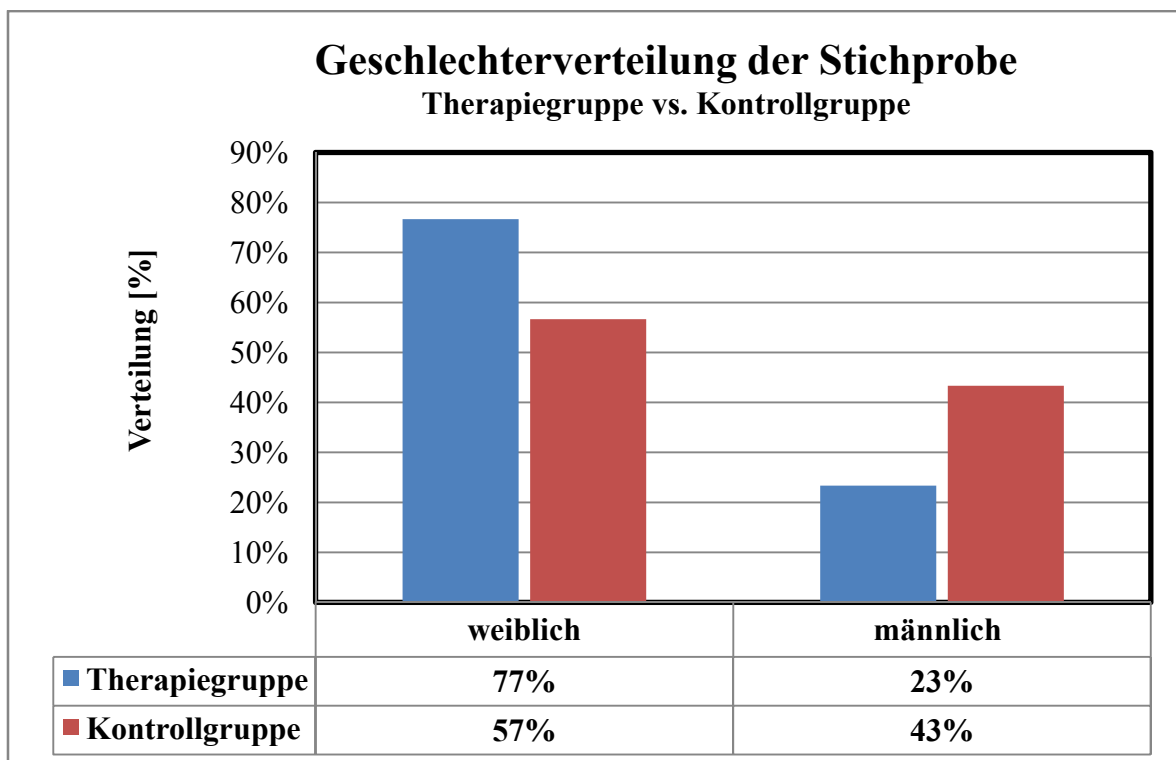


Abbildung 13: Geschlechterverteilung der Stichprobe

Außerdem wurde im Rahmen des Case Report Forms das Alter der Studienteilnehmer erhoben. Der jüngste Proband war 23 Jahre und der älteste 58 Jahre alt. Vergleicht man die Altersmittelwerte beider Gruppen, so lag das durchschnittliche Alter in der Therapiegruppe bei 43,9 Jahren und in der Kontrollgruppe bei 47,0 Jahren. Aufgrund der sich

überschneidenden Konfidenzintervalle kann in Abbildung 14 gezeigt werden, dass kein signifikanter Altersunterschied zwischen den beiden Gruppen bestand und dass es sich somit bezüglich des Alters um homogene Gruppen handelte.

Hinsichtlich des Alters ergab sich in der Therapiegruppe folgende Verteilung: 10% der Probanden befanden sich zwischen 20 und 30 Jahren, 26,7% zwischen 30 und 40 Jahren, 30% zwischen 40 und 50 Jahren und 33,3% zwischen 50 und 60 Jahren.

Betrachtet man nun die Altersverteilung in der Kontrollgruppe, so ist in Abbildung 15 folgende Zusammensetzung erkennbar: 3,3% der Probanden aus der Kontrollgruppe waren zwischen 20 und 30 Jahre alt und 10% der Kontrollpersonen waren zwischen 30 und 40 Jahre alt. Die Altersgruppe „40-50 Jahre“ beziehungsweise „50-60 Jahre“ war in der Kontrollgruppe mit einem Prozentanteil von je 43,3% vertreten.

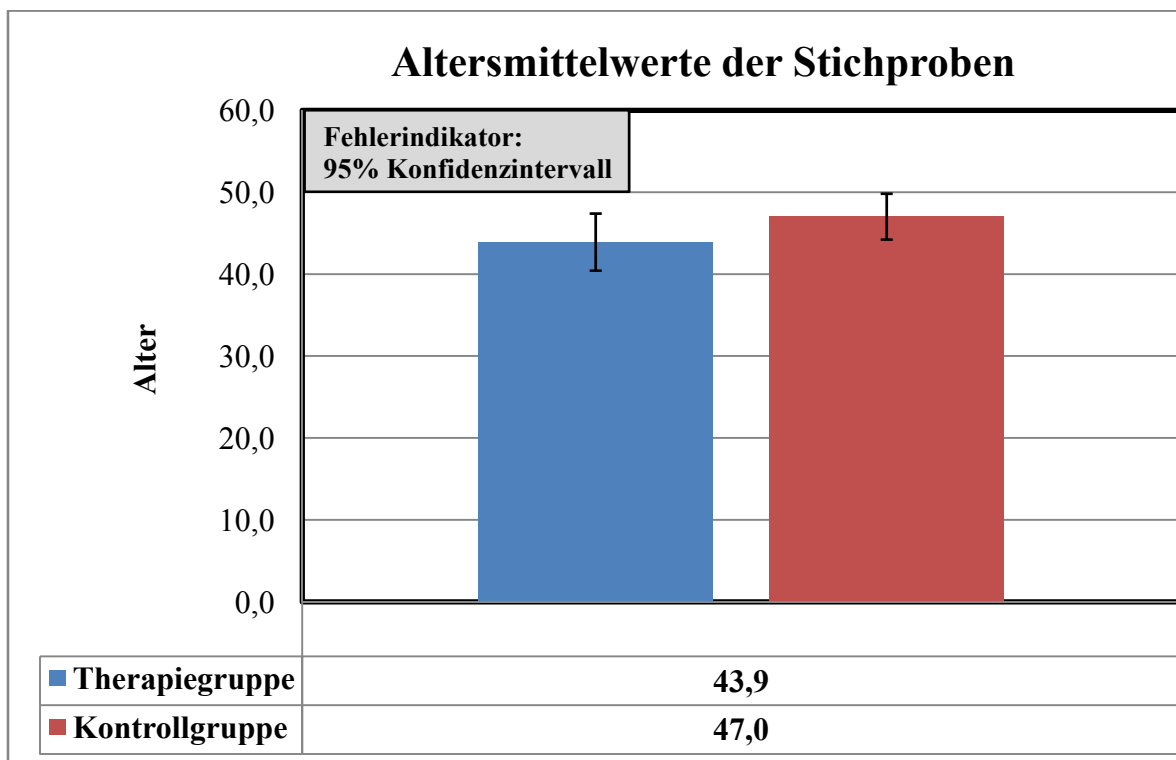


Abbildung 14: Altersmittelwerte der beiden Gruppen

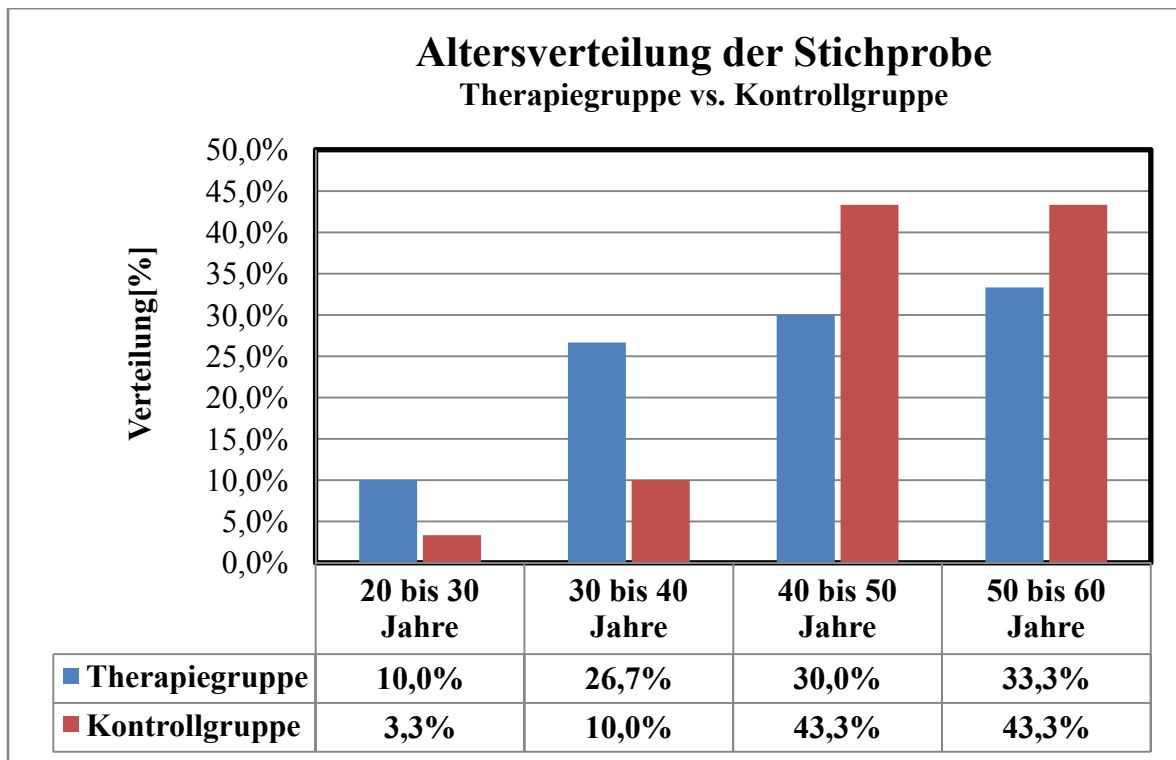


Abbildung 15: Altersverteilung der Stichprobe

Obwohl bei der Durchführung der klinischen Studie die Bildung von „matched pairs“, die eine Übereinstimmung in Geschlecht, Alter und klinischer Diagnose vorsieht, erfolgen sollte, lässt sich in Abbildung 13 und Abbildung 15 erkennen, dass die Stichprobe hinsichtlich des Geschlechts und des Alters nicht immer parallelisiert werden konnte. Als Erklärung dafür können die klinischen Rahmenbedingungen herangezogen werden. Des Weiteren sei an dieser Stelle erwähnt, dass ich auf diese Paarbildung keinen Einfluss hatte, da diese von Seiten der Oberärzte an der Privatklinik St. Radegund vollzogen wurde. Die Priorität bei der Auswahl von geeigneten Teilnehmerpaaren lag vielmehr in der Übereinstimmung in den psychiatrischen Krankheitsbildern.

Bezüglich des Familienstandes konnte erfasst werden, dass zum Zeitpunkt der Studiendurchführung von den insgesamt 60 Patienten 13 Personen ledig ohne Partner waren (22%), sich 16 Personen in einer festen Partnerschaft befanden (27%), 15 Personen verheiratet waren (25%), 12 Personen geschieden waren (20%), 3 Personen vom Partner getrennt lebten (5%) und eine Person verwitwet war (2%).

Vergleicht man anschließend wiederum die Therapie- mit der Kontrollgruppe, so gaben innerhalb der Therapiegruppe 20% an, ledig zu sein, 27% befanden sich in einer festen Partnerschaft, 17% waren verheiratet, 27% geschieden und 3% verwitwet. Mit einem

Prozentsatz von 7% konnte der Anteil jener Studienteilnehmer beschrieben werden, die von ihrem Partner getrennt lebten.

Der Prozentanteil von ledigen Probanden betrug in der Kontrollgruppe vergleichsweise 23%, der Anteil an Patienten, die in einer festen Partnerschaft waren, machte ebenso wie in der Therapiegruppe 27% aus. Die Kontrollgruppe wies hingegen mit 33% einen größeren Anteil an verheirateten Personen und mit 13% einen geringeren Anteil an geschiedenen Personen auf. Des Weiteren gaben 3% der Personen aus der Kontrollgruppe an, von ihrem Partner getrennt zu leben. Die soeben erläuterte Gegenüberstellung zwischen Therapie- und Kontrollgruppe hinsichtlich des Familienstandes ist in Abbildung 16 veranschaulicht.

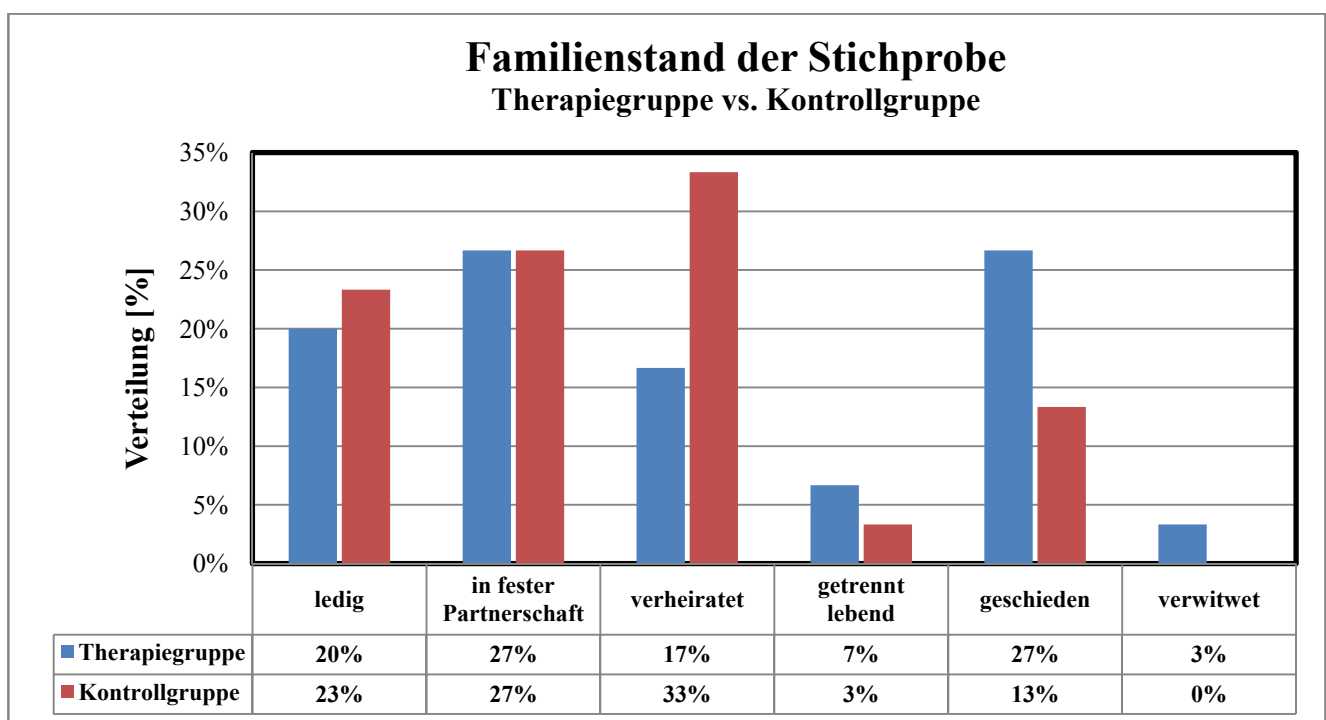


Abbildung 16: Angaben zum Familienstand

Bei der Befragung der Patienten zu ihrer aktuellen Wohnsituation gaben insgesamt 22 Personen an, dass sie alleine leben. Dies entspricht einem Prozentsatz von 37%. Des Weiteren waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung 8 Personen mit ihren Kindern alleinlebend (13%). Weiters lebten von den insgesamt 60 Probanden 15 mit ihren Partnern/Ehepartnern (25%) und 12 mit Partnern und Kindern (20%). Die Antwortmöglichkeit „Sonstiges“ wurde von drei Personen gewählt (5%), wovon 2 Personen angaben, bei ihren Eltern zu wohnen und eine Person gemeinsam mit ihrer Schwester lebte.

Um eine Gegenüberstellung der beiden zu vergleichenden Gruppen gewährleisten zu können, wurden in Abbildung 17 die jeweiligen Prozentsätze der unterschiedlichen Antwortmöglichkeiten eigens für beide Gruppen errechnet und angegeben.

In der Therapiegruppe wohnten 33% zum Zeitpunkt der Datenerhebung alleine, 17% alleine mit Kindern, 27% mit ihren (Ehe-)Partnern, 13% mit ihren (Ehe-)Partnern und Kindern. 10% der Personen aus der Therapiegruppe wählten die Antwortmöglichkeit „Sonstiges“.

Im Vergleich dazu wurde in der Kontrollgruppe deutlich, dass 40% alleine, 10% alleine mit ihren Kindern, 23% mit (Ehe-)Partnern und 27% mit (Ehe-)Partnern und Kindern lebten.

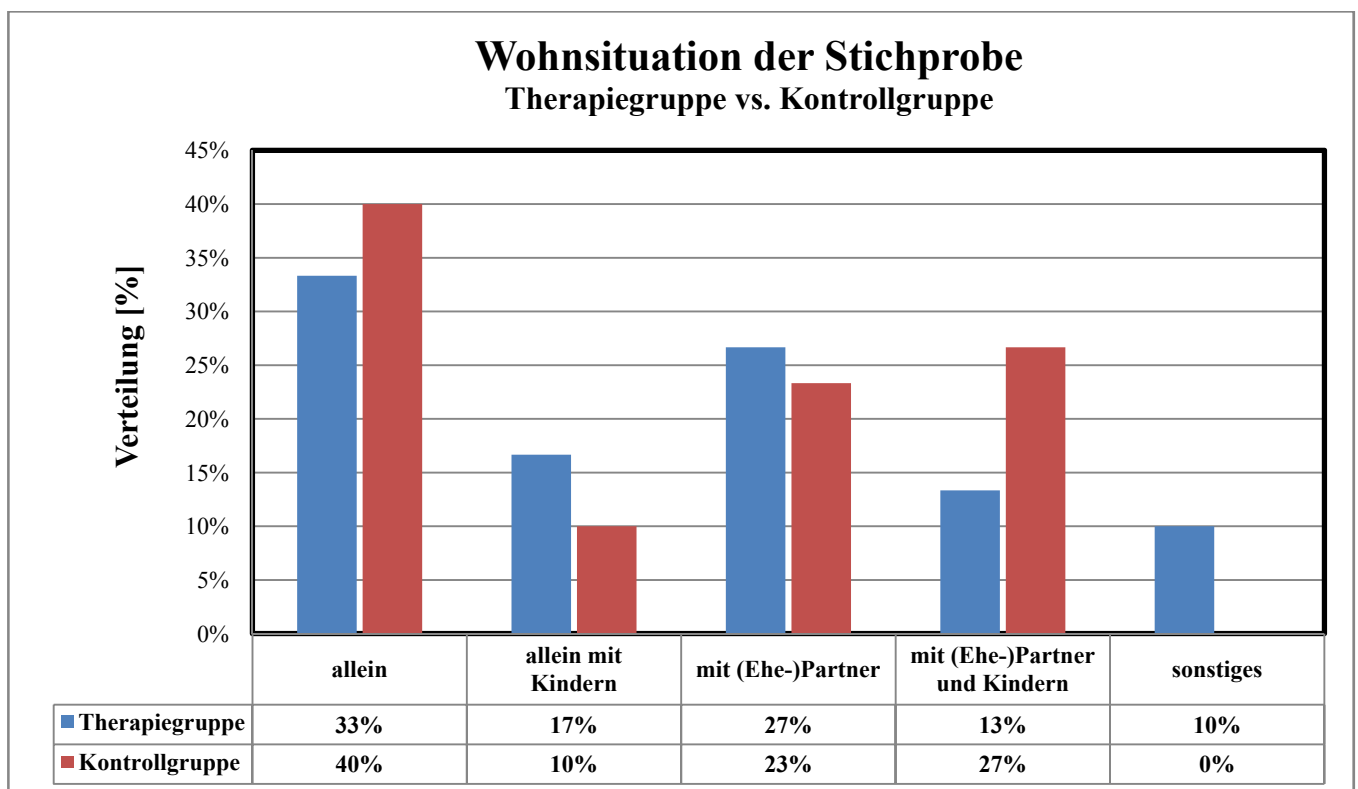


Abbildung 17: Angaben zur aktuellen Wohnsituation

Die Erhebung der soziodemographischen Daten umfasste außerdem die Frage nach der höchsten abgeschlossenen Schulbildung. Hier zeigte sich, dass von den insgesamt 60 Probanden 29 Personen einen Hauptschulabschluss aufweisen (48%) und 22 Personen die Absolvierung der Mittelschule als höchsten Bildungsabschluss angaben (37%). Nur eine Person führte die Volksschule als einzigen Bildungsweg an. (2%). Schließlich kreuzten 8

Personen an, ein Studium an einer Universität oder an einer Fachhochschule absolviert zu haben (13%).

Anhand des Diagramms in Abbildung 18 wird die höchste abgeschlossene Schulbildung in beiden Gruppen gegenübergestellt. Sowohl in der Therapie- als auch in der Kontrollgruppe zeigte sich mit 23% in der Therapiegruppe und 25% in der Kontrollgruppe eine Mehrheit von Personen, die den Hauptschulabschluss als höchsten Bildungsweg angab. Weiters führten 20% der Probanden aus der Therapiegruppe und 17% aus der Kontrollgruppe die Absolvierung der Mittelschule als höchste abgeschlossene Schulbildung an. Schließlich gaben 2% der Patienten aus der Kontrollgruppe an, nur die Volksschule abgeschlossen zu haben. Zuletzt zeigte sich, dass der Anteil an Universitäts-oder Fachhochschulabgängern mit je 7% in beiden Gruppen vertreten war.

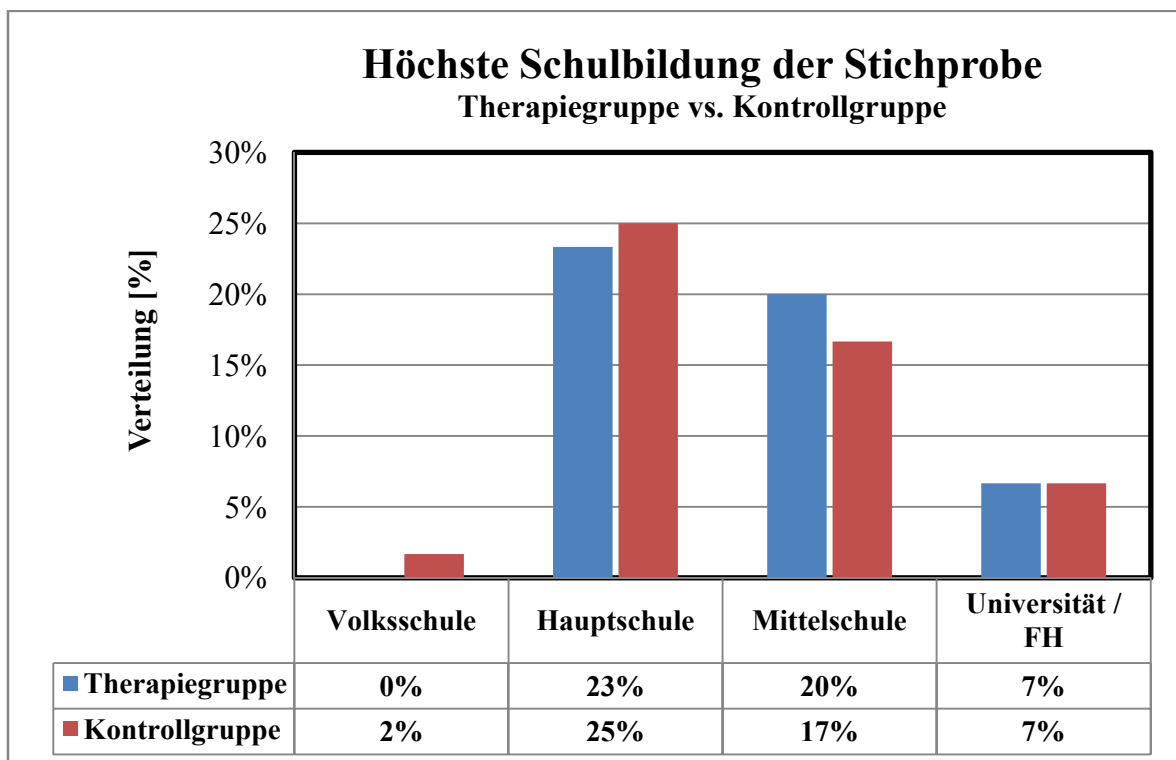


Abbildung 18: Angaben zu der höchsten abgeschlossenen Schulbildung

Einen weiteren Punkt im Case Report Form stellte die Befragung nach der Ausübung des aktuellen Berufes dar. Um die gegebenen Antworten anschaulich und einheitlich darstellen zu können, wurde eine Kategorisierung in die Gruppen „arbeitslos“, „Lehrling“, „Angestellter“, „Arbeiter“, „Pensionist“ und „selbstständig“ vorgenommen.

In der Therapiegruppe gaben 13% an, arbeitslos und 3 % Pensionist zu sein. Zudem waren 3% der Personen aus der Therapiegruppe als Lehrling, 67% als Angestellter und 13% als Arbeiter beschäftigt.

Betrachtet man vergleichsweise die Kontrollgruppe, so ist aus dem Diagramm in Abbildung 19 ersichtlich, dass 7% der Personen aus dieser Gruppe zum Zeitpunkt der Datenerhebung arbeitslos und ebenfalls 3% Pensionisten waren. Auffallend ist, dass sowohl in der Therapie-als auch in der Kontrollgruppe die Berufsgruppe der Angestellten die Mehrheit repräsentiert. In der Kontrollgruppe waren die Angestellten mit 73% vertreten. Außerdem fand sich in der Kontrollgruppe mit 13% der gleich große Anteil an Arbeitern. Die Gruppe der Selbstständigen schien nur in der Kontrollgruppe mit einem Anteil von 3% auf.

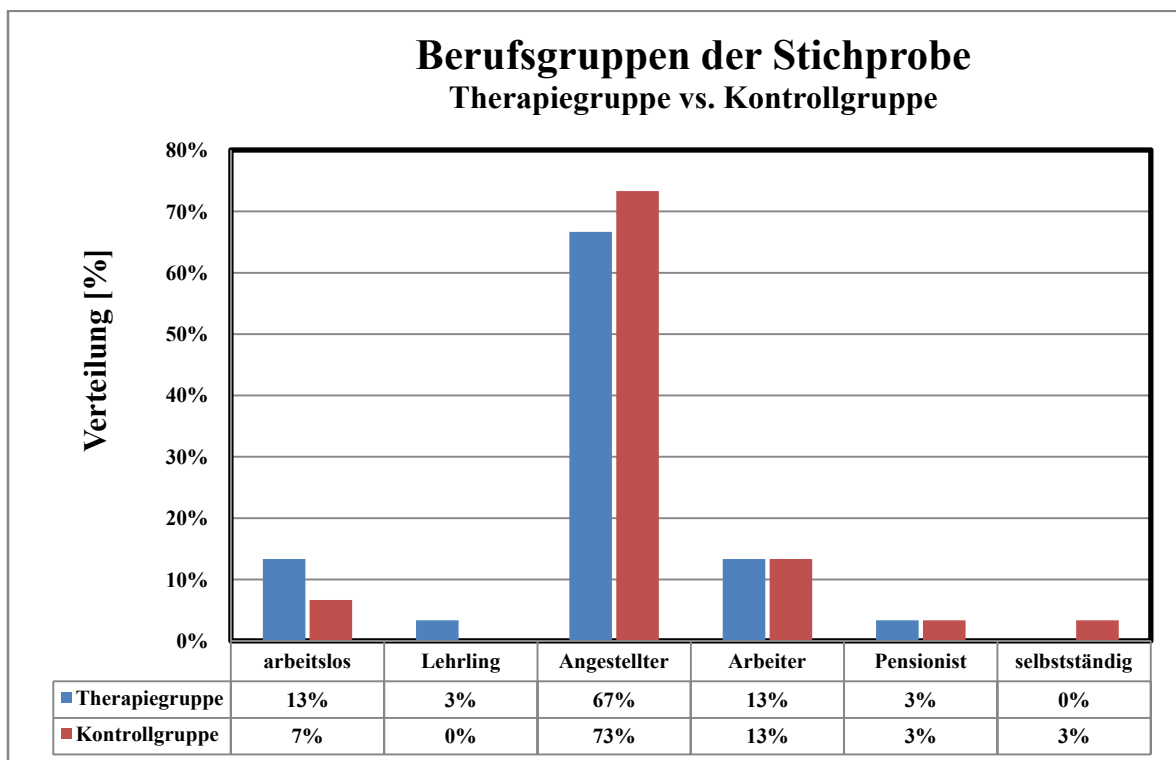


Abbildung 19: Berufsgruppen der Stichprobe

Die Erhebung der soziodemographischen Daten beinhaltete zuletzt auch noch die Klassifizierung der Patienten nach ihren Krankheitsbildern. Dabei konnte festgestellt werden, dass von den insgesamt 60 Personen 37 Probanden unter einer Depression litten. Mit einem entsprechenden Prozentsatz von 62% repräsentierte dieses Krankheitsbild in der gesamten Stichprobe eine deutliche Mehrheit. Die Anzahl von Probanden in der Gesamtpopulation, die als zugrundeliegende Erkrankung für die aktuelle Rehabilitation ein

Burnout-Syndrom beschrieben, betrug 18 (30%). Weiters gaben 4 Patienten an, eine bipolare affektive Störung zu haben. (7%). Nur eine Person wies eine Borderline-Störung als psychiatrische Erkrankung auf (2%).

Vergleicht man nun das Vorkommen der einzelnen Krankheitsbilder innerhalb der beiden Gruppen, so fällt im Diagramm in Abbildung 20 auf, dass die Depression sowohl in der Therapiegruppe (63%) als auch in der Kontrollgruppe (62%) die am häufigsten vorkommende Erkrankung darstellte. Ein gleicher Prozentanteil von 7% fand sich in beiden Gruppen bei der bipolar affektiven Störung. Weiters zeigte sich, dass auch die Häufigkeit an Burn-out-Fällen sowohl in der Therapiegruppe als auch in der Kontrollgruppe einen vergleichbaren Prozentsatz (Therapiegruppe: 27%; Kontrollgruppe: 30%) aufwies. Das Krankheitsbild der Borderline-Störung fand sich mit 2% ausschließlich in der Kontrollgruppe.

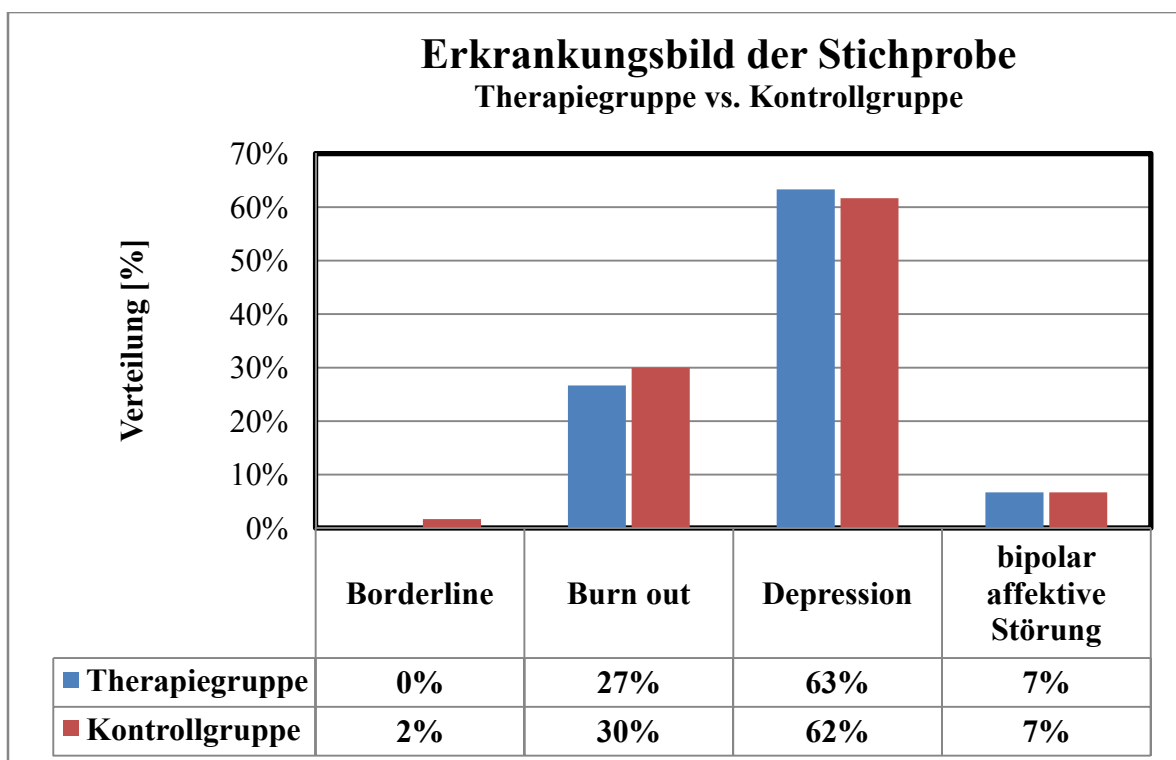


Abbildung 20: Erkrankungsbild der Stichprobe

Abschließend sei erwähnt, dass zum Zeitpunkt der Durchführung meines Forschungsprojektes bei keinem der insgesamt 60 Studienteilnehmer eine parallele Teilnahme an einer anderen klinischen Studie zu erheben war.

7.2. Analyse der Veränderung der Angst- und Depressivitätswerte

Zur Realisierung der dieser Arbeit zugrundeliegenden Zielsetzung, nämlich die pferdegestützte Psychotherapie auf ihre Effektivität hin zu überprüfen, wurde die Bildung einer Therapie- und einer Kontrollgruppe vorgenommen, die sich nur durch die Teilnahme an dieser psychotherapeutischen Behandlung unterschied. Um zuerst den Therapieeffekt hinsichtlich einer Veränderung in der Ausprägung von ängstlicher und depressiver Symptomatik analysieren zu können, wurde der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) in beiden Gruppen zum Zeitpunkt t_1 und t_2 vorgelegt.

Die erste diesbezügliche Hypothese lautet:

H₁: Rehabilitanden, die an der pferdegestützten Psychotherapie teilnehmen, zeigen im Vergleich zur Kontrollgruppe eine positive Veränderung hinsichtlich des Umgangs mit Angst und depressiven Verstimmungen.

Zur statistischen Identifizierung eines bedeutsamen Therapieeffektes im Sinne einer Änderung in den Angstwerten wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung auf einem Faktor berechnet. Dabei wurden als „between-subject-factor“ die *Gruppe* (Therapiegruppe, Kontrollgruppe) und als „within-subject-factor“ der *Messzeitpunkt* (t_1 , t_2) herangezogen. Im Rahmen der Analyse des Therapieeffektes liegt das besondere Interesse hierbei in der Wechselwirkung dieser genannten Faktoren.

Aus dieser Berechnung wurde ersichtlich, dass zwischen den beiden Messzeitpunkten t_1 und t_2 bezogen auf die gesamte Stichprobe ein Unterschied in den Angstmittelwerten besteht. Dieser äußert sich in Form einer Reduktion der Angstmittelwerte und ist in Tabelle 7 nachzuvollziehen.

		Mittelwert	Standard- abweichung	Personenanzahl
HADS_Angst_t₁	Therapiegruppe	8,53	2,45	30
	Kontrollgruppe	9,93	2,52	30
	Gesamt	9,23	2,56	60
HADS_Angst_t₂	Therapiegruppe	7,10	2,16	30
	Kontrollgruppe	9,17	2,23	30
	Gesamt	8,13	2,41	60

Tabelle 9: Deskriptive Statistik (HADS_Angst)

Wie bereits erwähnt liegt jedoch das Hauptaugenmerk auf einer möglichen Interaktion der between-subject-factors (Therapiegruppe, Kontrollgruppe) und der within-subject-factors (Messwiederholungsfaktoren). Damit kann festgestellt werden, ob sich die Therapiegruppe tatsächlich von der Kontrollgruppe zwischen den beiden Messzeitpunkten hinsichtlich der Angstwerte unterscheidet. Mit Hilfe der Berechnung mit ANOVA stellte sich jedoch hierbei keine signifikante Wechselwirkung ($F_{58,1} = 1,47$; ns.; $\eta^2 = .02$) zwischen den beiden Faktoren heraus.

Der Haupteffekt des Faktors *Messzeitpunkt* erwies sich wie bereits erwähnt hingegen als bedeutsam ($F_{58,1} = 16,03$; $p < .05$; $\eta^2 = .22$).

Wie mit Hilfe eines t-Tests errechnet worden ist ($t_{58} = -2,18$; $p < .05$), sind die Angstmittelwerte in den beiden Gruppen zum Zeitpunkt t_1 unterschiedlich. Somit kann eine inhomogene Ausgangslage der Angstwerte zum ersten Messzeitpunkt festgestellt werden. Bei der Betrachtung der deskriptiven Statistik fällt auf, dass der Angstmittelwert in der Therapiegruppe zum ersten Messzeitpunkt 8,53 betrug, während der Angstmittelwert in der Kontrollgruppe bei der ersten Testung 9,93 ergab. Dies spricht dafür, dass die beiden zu vergleichenden Gruppen zum ersten Messzeitpunkt somit nicht homogen waren, da die Therapiegruppe zum Zeitpunkt t_1 bereits geringere Angstwerte als die Kontrollgruppe aufwies.

Um das statistische Ergebnis hinsichtlich der Interaktion zwischen dem Messzeitpunkt und der Therapiegruppe zusätzlich abzusichern, wurde entsprechend des Ausgangswertgesetzes von Wilder (1958) eine weitere Analyse durchgeführt, die es ermöglicht, gänzlich ausschließen zu können, dass der Therapieeffekt durch den Vorabunterschied zwischen den beiden untersuchten Gruppen zum ersten Messzeitpunkt beeinflusst wird. Zu diesem Zwecke wurde eine Kovarianzanalyse (ANCOVA) zwischen den Werten des zweiten Messzeitpunktes berechnet. Nach Tabachnik und Fidell (2007) handelt es sich dabei um eine häufig angewandte Methode, Veränderungsmessungen unabhängig vom

Ausgangswert durchzuführen. In dieser Berechnung wurden nun als unabhängige Variable die Gruppe (Therapiegruppe; Kontrollgruppe) und als abhängige Variable der Angstmittelwert des zweiten Messzeitpunktes bestimmt. Der Angstmittelwert zum ersten Messzeitpunkt stellt hierbei die Kovariate dar.

Die ANCOVA lieferte hier schließlich einen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Angstwerte zwischen der Therapie- und der Kontrollgruppe ($F_{57,1} = 7,77$; $p < .05$). Dieses Ergebnis zeigt, dass sich die Therapiegruppe im Gegensatz zur Kontrollgruppe unabhängig vom Ausgangswert nach der Teilnahme an der pferdegestützten Therapie bezüglich ihrer Angstwerte deutlich verbesserte.

Nachdem durch die Vorgabe des Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) nicht nur die aktuellen Angstwerte, sondern auch die Ausprägung der depressiven Symptomatik erfasst worden waren, wurde zur Analyse des Therapieeffekts in Hinblick auf eine Veränderung der Depressivitätswerte erneut eine zweifaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung auf einem Faktor durchgeführt. Als „between-subject-factor“ diente wiederum die Gruppe (Therapiegruppe, Kontrollgruppe) und als „within-subject-factor“ fungierte der Messzeitpunkt (t_1 , t_2). Hierbei stellte sich heraus, dass der Haupteffekt des Faktors Messzeitpunkt signifikant ist ($F_{58,1} = 15,30$; $p < .05$; $\eta^2 = .21$). Dies kann in der deskriptiven Statistik anhand der Reduktion der Depressivitätsmittelwerte zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt bezogen auf die gesamte Stichprobe erkannt werden. Wie in Tabelle 8 anhand der Depressivitätsmittelwerte in beiden Gruppen veranschaulicht, unterscheiden sich die Therapie- und die Kontrollgruppe zum Zeitpunkt t_1 nicht, weil der Depressivitätsmittelwert in der Therapiegruppe ($M = 10,20$; $SD = 2,47$) mit jenem in der Kontrollgruppe ($M = 10,90$; $SD = 1,83$) vergleichbar ist. Der Haupteffekt des Faktors Gruppe ist außerdem nicht signifikant ($F_{58,1} = 3,07$; ns.). Somit sind keine Unterschiede in den Mittelwerten zwischen Therapie- und Kontrollgruppe eruierbar.

Überdies können mit Hilfe eines t-Tests für unabhängige Variablen die Homogenität der zu vergleichenden Gruppen zum Zeitpunkt t_1 geprüft und vorab eventuelle Unterschiede zwischen der Therapie- und der Kontrollgruppe aufgedeckt werden. Das Ergebnis des t-Tests für unabhängige Variablen weist ebenfalls keine Signifikanz ($t_{58} = -1,25$; ns.) auf. Demnach kann von einer homogenen Ausgangslage zum ersten Messzeitpunkt hinsichtlich der Depressivitätswerte gesprochen werden.

		Mittelwert	Standard- abweichung	Personenanzahl
HADS_Depressivität_t₁	Therapiegruppe	10,20	2,47	30
	Kontrollgruppe	10,90	1,83	30
	Gesamt	10,55	2,18	60
HADS_Depressivität_t₂	Therapiegruppe	9,17	1,37	30
	Kontrollgruppe	9,83	1,46	30
	Gesamt	9,50	1,44	60

Tabelle 10: Deskriptive Statistik (HADS_Depressivität)

Im Rahmen der Analyse der Veränderung der Depressivitätswerte liegt der Fokus jedoch wiederum auf einer möglichen Interaktion der between-subject-factors (Therapiegruppe, Kontrollgruppe) und der within-subject-factors (Messwiederholungsfaktoren). Mit Hilfe der Berechnung mit ANOVA stellte sich hierbei keine signifikante Wechselwirkung ($F_{58,1} = .00$; ns.; $\eta^2 = .00$) zwischen den beiden Faktoren heraus. Demnach erfahren die Personen aus der Therapiegruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe keinen signifikanten Unterschied in der Veränderung ihrer depressiven Symptomatik.

In Anbetracht der Tatsache, dass sich zwischen der Therapie- und der Kontrollgruppe zwar hinsichtlich der Angstwerte, nicht jedoch bezüglich der Depressivitätswerte ein signifikanter Unterschied zeigte, kann die zu Beginn formulierte Hypothese nur teilweise bestätigt werden.

Kurzzusammenfassung:

Aus den statistischen Berechnungen geht hervor, dass innerhalb der Therapiegruppe das Ausmaß des angstbesetzten Verhaltens stärker reduziert wurde als innerhalb der Kontrollgruppe. Die Analyse des Therapieeffektes in Hinblick auf die Veränderung der depressiven Symptomatik zeigt jedoch, dass die Personen aus der Therapiegruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe diesbezüglich keinen signifikanten Unterschied aufweisen.

7.2.1. Analyse des Therapieeffektes in Abhängigkeit der Erkrankung

Da sich in Hinblick auf die Auswertung dieses Fragebogens (HADS-D) ferner die interessante Frage stellt, ob der Therapieeffekt von dem vorliegenden Krankheitsbild beeinflusst wird, wurde eine Zusatzanalyse durchgeführt. Als Ziel dieser statistischen Berechnung galt es, zu untersuchen, ob innerhalb der Therapiegruppe ein spezielles Krankheitsbild mit einem bedeutsamen therapeutischen Ansprechen auf die pferdegestützte Therapie im Sinne einer signifikanten Reduktion der Angst- beziehungsweise

Depressivitätswerte assoziiert ist. Zu diesem Zwecke erfolgte eine ANOVA mit Messwiederholung, wobei die Angstwerte als abhängige Variable fungierten und der Messzeitpunkt (t_1 , t_2) sowie die diagnostizierte Erkrankung die unabhängige Variable darstellten. Weiters war eine Umpolung der vorliegenden Krankheitsbilder (Depression, Burn out, bipolare affektive Störung, Borderline – Störung) in entsprechende numerische Variablen für die Durchführung der statistischen Analyse nötig. Mit Hilfe der Einrichtung eines Filters, der für diese statistische Berechnung nur die Personen aus der Therapiegruppe heranzog, konnte herausgefunden werden, ob die Art der psychiatrischen Erkrankung eine wegweisende Rolle für den Therapieeffekt in Hinblick auf die Veränderung von ängstlichem und depressivem Verhalten spielt. Die durchgeführte Varianzanalyse zeigte unter Ausschluss der Kontrollgruppe jedoch weder hinsichtlich der Angst- noch der Depressivitätswerte eine bedeutsame Wechselwirkung zwischen den angegebenen Variablen. Demnach kann dem psychiatrischen Krankheitsbild in Hinblick auf den Therapieerfolg keine wesentliche Bedeutung zugeschrieben werden. In Tabelle 9 sowie Tabelle 10 sind diese beschriebenen Ergebnisse einsehbar.

HADS_Angst	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Wechselwirkung Messzeitpunkt * Erkrankung	1,73	3,00	25,00	,19	,17

Tabelle 11: Darstellung der nicht signifikanten Wechselwirkung zwischen dem Messzeitpunkt und der Erkrankung bezogen auf die Veränderung der Angstwerte

HADS_Depressivität	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Wechselwirkung Messzeitpunkt * Erkrankung	,53	3,00	25,00	,67	,06

Tabelle 12: Darstellung der nicht signifikanten Wechselwirkung zwischen dem Messzeitpunkt und der Erkrankung bezogen auf die Veränderung der Depressivitätswerte

Kurzzusammenfassung:

Die Art der psychiatrischen Erkrankung hat keinen wesentlichen Einfluss auf den Therapieerfolg hinsichtlich der Veränderung des Angstverhaltens und der depressiven Symptomatik.

7.3. Analyse der Veränderung des Selbstkonzeptes

In der vorliegenden Arbeit wurde als nächste Analyse die Wirksamkeit der pferdegestützten Therapie auf die verschiedenen Selbstkonzepte untersucht. Dazu wurden die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) in der Therapie- und in der Kontrollgruppe zu beiden Messzeitpunkten vorgegeben. Da laut Prof. Dr. Deusinger (1986) die Selbstkonzeptskalen nach zwei verschiedenen Gesichtspunkten ausgewertet werden können, gilt es, an dieser Stelle zu erwähnen, dass in dieser Arbeit die Methode der summierten Bewertungen (nach Likert) für die einzelnen Skalen angewandt wurde.

Zur Prüfung einer eventuellen signifikanten positiven Veränderung des jeweiligen Selbstkonzeptes durch die Teilnahme an der pferdegestützten Therapie wurde abermals für jede einzelne Skala eine zweifaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung auf einem Faktor berechnet. Als within-subject-factor fungierte wiederum der *Messzeitpunkt* (t_1 , t_2) und als between-subject-factor die *Gruppe* (Therapiegruppe, Kontrollgruppe).

7.3.1. Frankfurter Selbstkonzeptskala zur allgemeinen Leistungsfähigkeit (FSAL)

Die zweite diesbezügliche Hypothese lautet:

H₂: Rehabilitanden, die an der pferdegestützten Psychotherapie teilnehmen, zeigen im Vergleich zur Kontrollgruppe eine positive Veränderung hinsichtlich ihres Selbstkonzeptes zur allgemeinen Leistungsfähigkeit.

Mit Hilfe des bereits angeführten Berechnungsmodus konnte bei der Auswertung der Frankfurter Selbstkonzeptskala zur allgemeinen Leistungsfähigkeit festgestellt werden, dass der Haupteffekt des Faktors *Messzeitpunkt* signifikant ist ($F_{58,1} = 41,07$; $p < .05$; $\eta^2 = .41$). Demnach kann von einem Unterschied zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt im Sinne einer Veränderung der Mittelwerte hinsichtlich der allgemeinen Leistungsfähigkeit bezogen auf die gesamte Stichprobe gesprochen werden. Überdies war eine signifikante Wechselwirkung zwischen dem Faktor *Gruppe* (Therapiegruppe, Kontrollgruppe) und dem Faktor *Messzeitpunkt* erkennbar ($F_{58,1} = 6,41$; $p < .05$; $\eta^2 = .10$). Der Haupteffekt des Faktors *Gruppe* stellte sich als nicht signifikant heraus ($F_{58,1} = .02$; ns.). Zur Prüfung der Homogenität der gesamten Stichprobe zum ersten Messzeitpunkt

wurde erneut ein t-Test für unabhängige Variablen durchgeführt. Mit Hilfe dieses statistischen Tests kann die Frage, ob sich die Therapie- und die Kontrollgruppe vorab hinsichtlich ihrer allgemeinen Leistungsfähigkeit unterscheiden, beantwortet werden. Das nicht signifikante Ergebnis des t-Tests ($t_{58} = -,70$; ns.) spricht dafür, dass zum Zeitpunkt t_1 eine Homogenität in der gesamten Stichprobe hinsichtlich der allgemeinen Leistungsfähigkeit gegeben war. Betrachtet man die deskriptive Statistik, so lässt sich in Tabelle 11 erkennen, dass sich die Mittelwerte für die allgemeine Leistungsfähigkeit innerhalb der Therapiegruppe zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt in deutlicherem Ausmaß steigerten als jene innerhalb der Kontrollgruppe. Zudem wird in Abbildung 21 graphisch veranschaulicht, inwiefern sich die Mittelwerte hinsichtlich dieser Selbstkonzeptskala zwischen den beiden Messzeitpunkten in der Therapie – und Kontrollgruppe verändern.

		Mittelwert	Standard- abweichung	Personenanzahl
FSAL_Summe_t₁	Therapiegruppe	37,77	9,62	30
	Kontrollgruppe	39,57	10,32	30
	Gesamt	38,67	9,93	60
FSAL_Summe_t₂	Therapiegruppe	45,07	7,39	30
	Kontrollgruppe	42,73	7,57	30
	Gesamt	43,90	7,51	60

Tabelle 13: Deskriptive Statistik (FSAL)

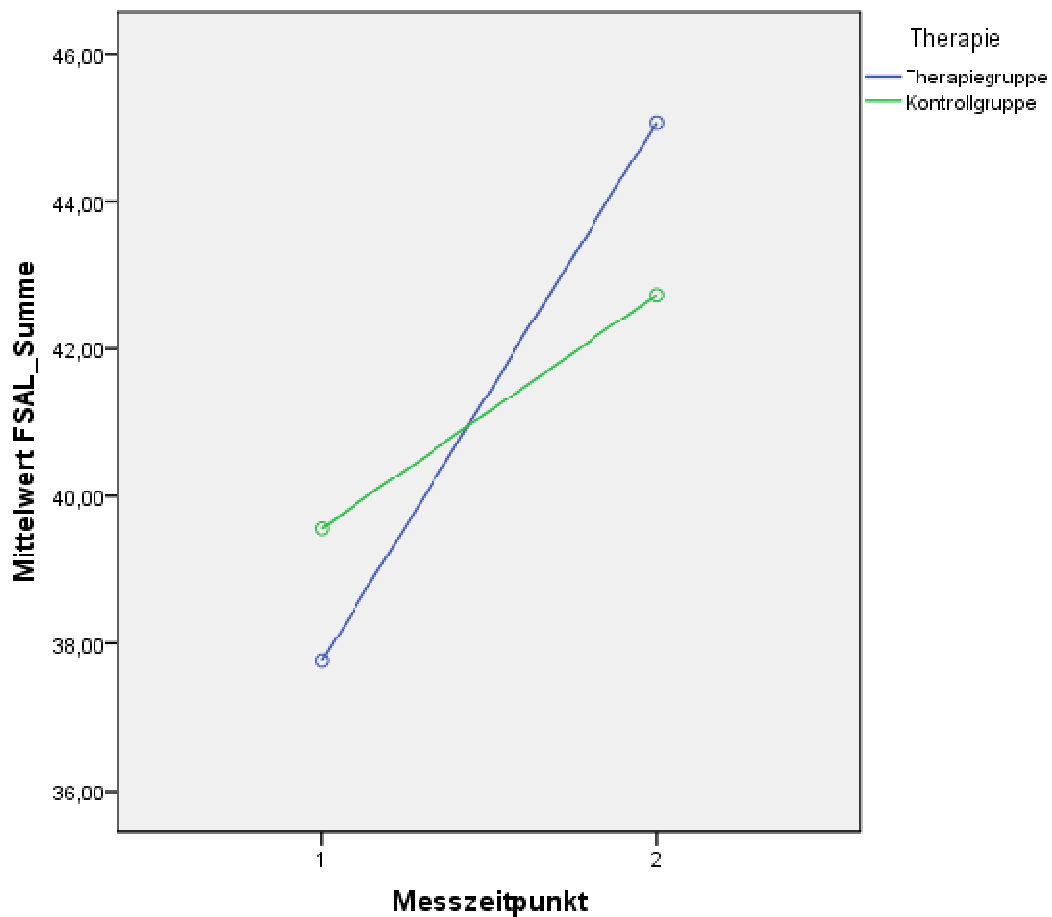


Abbildung 21: Graphische Darstellung der Veränderung der Mittelwerte hinsichtlich der allgemeinen Leistungsfähigkeit zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt in der Therapie- und in der Kontrollgruppe (FSAL)

Bezugnehmend auf die soeben präsentierten Ergebnisse kann daher die zu Beginn dieses Unterkapitels formulierte Hypothese (H₂) bestätigt werden.

Kurzzusammenfassung:

Ein bedeutsamer Effekt der pferdegestützten Therapie besteht unter anderem darin, dass sich die allgemeine Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden signifikant verbessert.

7.3.2. Frankfurter Selbstkonzeptskala zur allgemeinen Problembewältigung (FSAP)

Die dritte diesbezügliche Hypothese lautet:

H₃: Rehabilitanden, die an der pferdegestützten Psychotherapie teilnehmen, zeigen im Vergleich zur Kontrollgruppe eine positive Veränderung hinsichtlich ihres Selbstkonzepts zur allgemeinen Problembewältigung.

Auch die Auswertung für die Selbstkonzeptskala zur allgemeinen Problembewältigung wurde unter Zuhilfenahme des eingangs beschriebenen Berechnungsmodus vorgenommen. Bei dieser Varianzanalyse zeigten sich ebenfalls ein signifikanter Messzeitpunkt ($F_{58,1} = 42,96$; $p < .05$ $\eta^2 = .43$) und eine ebenso signifikante Interaktion zwischen den beiden untersuchten Faktoren ($F_{58,1} = 7,82$; $p < .05$; $\eta^2 = .12$). Demzufolge kann zum einen ein Unterschied zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt im Sinne einer Veränderung des Mittelwerts hinsichtlich der allgemeinen Problembewältigung bezogen auf die gesamte Stichprobe beobachtet werden; zum anderen kann man eine im Vergleich zur Kontrollgruppe deutlichere Verbesserung in dieser Selbstkonzeptskala innerhalb der Therapiegruppe feststellen. Der Haupteffekt des Faktors *Gruppe* war hier nicht signifikant ($F_{58,1} = 1,24$; ns.). Auch hier erfolgte zudem eine Homogenitätsprüfung für die gesamte Stichprobe zum Zeitpunkt t_1 , die aufgrund eines nicht signifikanten Ergebnisses im t-Test für unabhängige Variablen ($t_{58} = -0,3$; ns.) positiv ausfiel. Die Tatsache, dass die beiden zu untersuchenden Gruppen zum ersten Messzeitpunkt eine vergleichbare Ausgangslage hinsichtlich ihrer Mittelwerte für die allgemeine Problembewältigung aufwiesen, wird ferner aus der deskriptiven Statistik in Tabelle 12 ersichtlich. Der Mittelwert in der Therapiegruppe zum Zeitpunkt t_1 betrug 39,0 und jener in der Kontrollgruppe ergab 39,07.

		Mittelwert	Standard- abweichung	Personenanzahl
FSAP_Summe_t ₁	Therapiegruppe	39,00	7,94	30
	Kontrollgruppe	39,07	9,28	30
	Gesamt	39,03	8,56	60
FSAP_Summe_t ₂	Therapiegruppe	46,13	6,67	30
	Kontrollgruppe	41,93	6,87	30
	Gesamt	44,03	7,04	60

Tabelle 14: Deskriptive Statistik (FSAP)

In Abbildung 22 wird wiederum anhand einer graphischen Darstellung die Veränderung der Mittelwerte bezüglich der allgemeinen Problembewältigung zwischen beiden Messzeitpunkten in den zwei untersuchten Gruppen verdeutlicht.

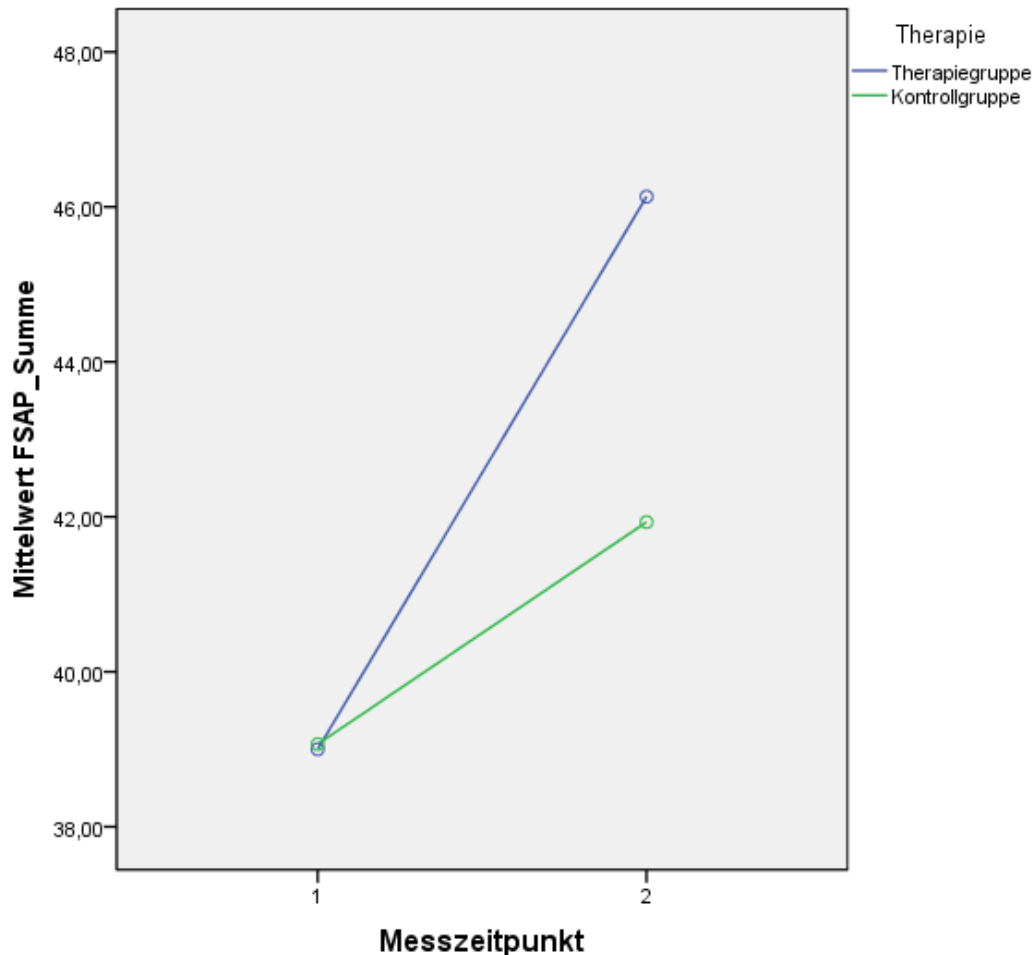


Abbildung 22: Graphische Darstellung der Veränderung der Mittelwerte hinsichtlich der allgemeinen Problembewältigung zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt in der Therapie- und in der Kontrollgruppe (FSAP)

In Anbetracht der dargelegten Ergebnisse kann die zu Beginn dieses Unterkapitels formulierte Hypothese (H_3) bestätigt werden.

Kurzzusammenfassung:

Anhand der statistischen Berechnungen konnte festgestellt werden, dass Personen aus der Therapiegruppe eine deutlichere Verbesserung ihrer Fähigkeiten, Probleme zu bewältigen, erfahren als jene aus der Kontrollgruppe, was sich auch in einer gesteigerten Lebenszuversicht äußert.

7.3.3. Frankfurter Selbstkonzeptskala zur Empfindlichkeit und Gestimmtheit (FSEG)

Die vierte diesbezügliche Hypothese lautet:

H₄: Rehabilitanden, die an der pferdegestützten Psychotherapie teilnehmen, zeigen im Vergleich zur Kontrollgruppe eine positive Veränderung hinsichtlich ihres Selbstkonzepts zur Empfindlichkeit und Gestimmtheit.

Die Auswertung für die Selbstkonzeptskala zur Empfindlichkeit und Gestimmtheit wurde analog zu den bisher in diesem Kapitel beschriebenen statistischen Auswertungsverfahren durchgeführt. Anhand der Varianzanalyse konnte bei dieser Selbstkonzeptskala wiederum ein signifikanter Messzeitpunkt ($F_{58,1} = 10,09$; $p < .05$; $\eta^2 = .15$) ermittelt werden. Der Haupteffekt des Faktors *Gruppe* stellte sich wiederum als nicht signifikant heraus ($F_{58,1} = 1,17$; ns.). In diesem Fall wurde zudem die Interaktion zwischen dem Faktor *Messzeitpunkt* und dem Faktor *Gruppe* (Therapiegruppe, Kontrollgruppe) als nicht bedeutsam eingestuft ($F_{58,1} = .23$; ns.; $\eta^2 = .00$). Diese berechneten Ergebnisse lassen darauf schließen, dass zwar in der gesamten Stichprobe eine Veränderung der Mittelwerte hinsichtlich der Empfindlichkeit und Gestimmtheit zwischen den beiden Testungen vorlag, sich jedoch im Gruppenvergleich kein signifikanter Unterschied präsentierte. Des Weiteren erfolgte mit Hilfe eines t-Tests für unabhängige Variablen eine Homogenitätsprüfung für die gesamte Stichprobe zum Zeitpunkt t_1 . Hier kann aufgrund eines nicht signifikanten Ergebnisses ($t_{58} = .77$; ns.) auf eine vergleichbare Ausgangslage zwischen den beiden untersuchten Gruppen geschlossen werden. Außerdem wird bei genauer Betrachtung der deskriptiven Statistik in Tabelle 13 die homogene Ausgangslage anhand der Mittelwerte in beiden Gruppen zum Zeitpunkt t_1 verdeutlicht. So betrug der Mittelwert in der Therapiegruppe zum Zeitpunkt t_1 19,17 und jener in der Kontrollgruppe 18,3.

		Mittelwert	Standard- abweichung	Personenanzahl
FSEG_Summe_ t_1	Therapiegruppe	19,17	3,64	30
	Kontrollgruppe	18,30	4,96	30
	Gesamt	18,73	4,33	60
FSEG_Summe_ t_2	Therapiegruppe	20,70	3,06	30
	Kontrollgruppe	19,43	4,66	30
	Gesamt	20,07	3,96	60

Tabelle 15: Deskriptive Statistik (FSEG)

Angeichts der Tatsache, dass die statistische Berechnung keine signifikante Wechselwirkung zwischen dem Faktor *Messzeitpunkt* und dem Faktor *Gruppe* lieferte und somit kein bedeutsamer Unterschied hinsichtlich der Empfindlichkeit und Gestimmtheit innerhalb der beiden untersuchten Gruppen zu belegen war, muss die vierte Hypothese (H_4) verworfen werden.

Kurzzusammenfassung:

Die Auswertung der Selbstkonzeptskala zur Empfindlichkeit und Gestimmtheit lieferte keine signifikanten Unterschiede in dem Grad der Sensibilität und Verletzbarkeit zwischen den beiden untersuchten Gruppen. Demnach kann in Hinblick auf dieses Selbstkonzept von keinem bedeutsamen Therapieeffekt gesprochen werden.

7.3.4. Frankfurter Selbstkonzeptskala zur Verhaltens- und Entscheidungssicherheit (FSVE)

Bezugnehmend auf diese Selbstkonzeptskala wurde die fünfte Hypothese folgendermaßen formuliert:

H_5 : Rehabilitanden, die an der pferdegestützten Psychotherapie teilnehmen, zeigen im Vergleich zur Kontrollgruppe eine positive Veränderung hinsichtlich ihres Selbstkonzepts zur Verhaltens- und Entscheidungssicherheit.

Mit Hilfe des bereits eingangs angeführten Berechnungsmodus konnte bei dieser Auswertung gezeigt werden, dass der Haupteffekt des Faktors *Messzeitpunkt* signifikant ist ($F_{58,1} = 56,40$; $p < .05$; $\eta^2 = .49$). Demnach kann man von einem Unterschied zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt im Sinne einer Erhöhung des Mittelwerts hinsichtlich der Verhaltens- und Entscheidungssicherheit bezogen auf die gesamte Stichprobe sprechen. Überdies war eine sehr signifikante Wechselwirkung zwischen dem Faktor *Gruppe* (Therapiegruppe, Kontrollgruppe) und dem Faktor *Messzeitpunkt* ($F_{58,1} = 8,59$; $p < .05$; $\eta^2 = .13$) festzustellen. Der Haupteffekt des Faktors *Gruppe* war hier nicht signifikant ($F_{58,1} = .33$; ns.). Zur Analyse der Gruppenvergleichbarkeit zum Zeitpunkt t_1 wurde wiederum ein t-Test für unabhängige Variablen vorgenommen, wobei das nicht signifikante Ergebnis ($t_{58} = -.34$; ns.) das Vorliegen einer homogenen Stichprobe zum ersten Messzeitpunkt belegte. Anhand der deskriptiven Statistik, die in Tabelle 14 dargelegt ist, lässt sich erkennen, dass sich die Personen sowohl in der Therapie- als auch

in der Kontrollgruppe im Sinne einer Zunahme des Mittelwerts der Skala für Verhaltens- und Entscheidungssicherheit verbesserten; der größere Erfolg war jedoch in der Therapiegruppe zu verzeichnen, wie auch anhand der graphischen Darstellung in Abbildung 23 deutlich wird.

		Mittelwert	Standard- abweichung	Personenanzahl
FSVE_Summe_t₁	Therapiegruppe	23,30	5,24	30
	Kontrollgruppe	23,80	6,21	30
	Gesamt	23,55	5,70	60
FSVE_Summe_t₂	Therapiegruppe	27,63	3,66	30
	Kontrollgruppe	25,70	4,88	30
	Gesamt	26,67	4,39	60

Tabelle 16: Deskriptive Statistik (FSVE)

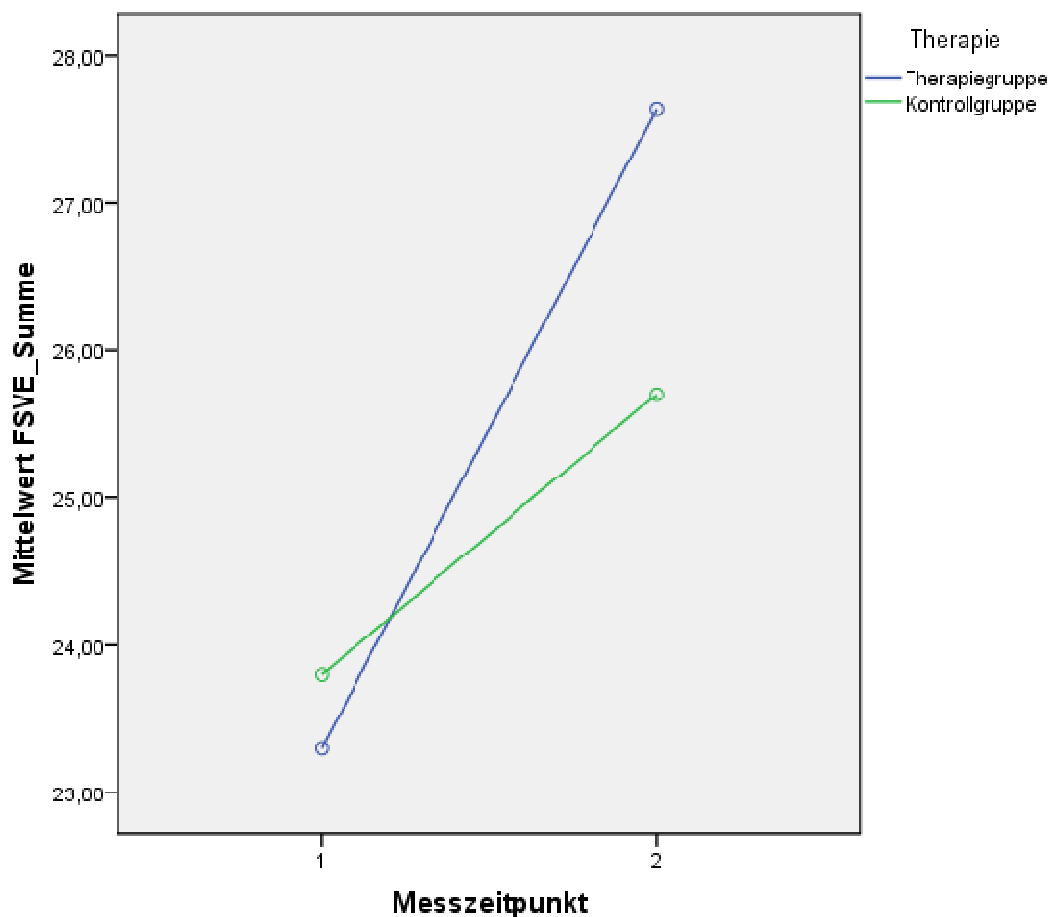


Abbildung 23: Graphische Darstellung der Veränderung der Mittelwerte hinsichtlich der Verhaltens- und Entscheidungssicherheit zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt in der Therapie- und in der Kontrollgruppe (FSVE)

Aufgrund der soeben dargelegten Ergebnisse kann die zu Beginn dieses Unterkapitels formulierte Hypothese (H₅) verifiziert werden.

Kurzzusammenfassung:

Bei der Auswertung dieser Selbstkonzeptskala konnte bei den Teilnehmern an der pferdegestützten Therapie im zeitlichen Verlauf ein größerer Fortschritt hinsichtlich der Entscheidungssicherheit und einer positiven Bewertung des eigenen Verhaltens festgestellt werden als bei den Kontrollpersonen.

7.3.5. Frankfurter Selbstkonzeptskala zur allgemeinen Selbstwertschätzung (FSSW)

In Hinblick auf das Selbstkonzept zur allgemeinen Selbstwertschätzung war es unter anderem das Ziel dieser klinischen Studie, folgende Hypothese auf ihre Gültigkeit zu prüfen.

H₆: Rehabilitanden, die an der pferdegestützten Psychotherapie teilnehmen, zeigen im Vergleich zur Kontrollgruppe eine positive Veränderung hinsichtlich ihres Selbstkonzepts zur allgemeinen Selbstwertschätzung.

Die Berechnung mittels einer zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor ergab bei dieser Selbstkonzeptskala wiederum sowohl einen signifikanten Messzeitpunkt ($F_{58,1} = 49,92$; $p < .05$; $\eta^2 = .46$) als auch eine bedeutsame Interaktion zwischen den within-subject-factors und den between-subject-factors ($F_{58,1} = 7,85$; $p < .05$; $\eta^2 = .12$). Die Tatsache, dass der Messzeitpunkt als signifikant eingestuft werden kann, lässt sich dahingehend interpretieren, dass relevante Unterschiede im Sinne einer Erhöhung der Mittelwerte hinsichtlich der persönlichen Wertschätzung zwischen der ersten und der zweiten Testung existieren. Wie bereits erwähnt, ist jedoch die Frage nach einer potentiellen Interaktion zwischen der abhängigen und der unabhängigen Variablen bei jeder Auswertung von größtem Interesse. Die hierfür in diesem Fall gegebene Signifikanz spiegelt die entdeckten Unterschiede zwischen den beiden verglichenen Gruppen bezogen auf eine gesteigerte Selbstachtung und Wertschätzung der eigenen Person über die Zeit wider. Wie aus Tabelle 15 aus den Vergleichen der Mittelwerte innerhalb der Therapie- und Kontrollgruppe zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt ersichtlich, machen die

Personen aus der Therapiegruppe mehr Fortschritte als jene aus der Kontrollgruppe. Der Haupteffekt des Faktors *Gruppe* stellte sich hier wiederum als nicht signifikant heraus ($F_{58,1} = .20$; ns.) Des Weiteren sei erwähnt, dass die durchgeführte Homogenitätsprüfung für die beiden untersuchten Gruppen zum Zeitpunkt t_1 positiv ausfiel ($t_{58} = -.53$; ns.) und somit eine vergleichbare Ausgangslage bestand. In Abbildung 24 ist ferner die Veränderung der Mittelwerte hinsichtlich der allgemeinen Selbstwertschätzung zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt in beiden Gruppen dargestellt. Die Graphik zeigt sehr eindrücklich die stärkere Zunahme der allgemeinen Wertschätzung in der Therapiegruppe im Sinne einer deutlicheren Veränderung der Mittelwerte im Vergleich zur Kontrollgruppe.

		Mittelwert	Standard- abweichung	Personenanzahl
FSSW_Summe_t₁	Therapiegruppe	39,77	10,74	30
	Kontrollgruppe	41,33	12,15	30
	Gesamt	40,55	11,39	60
FSSW_Summe_t₂	Therapiegruppe	49,10	7,60	30
	Kontrollgruppe	45,37	9,03	30
	Gesamt	47,23	8,49	60

Tabelle 17: Deskriptive Statistik (FSSW)

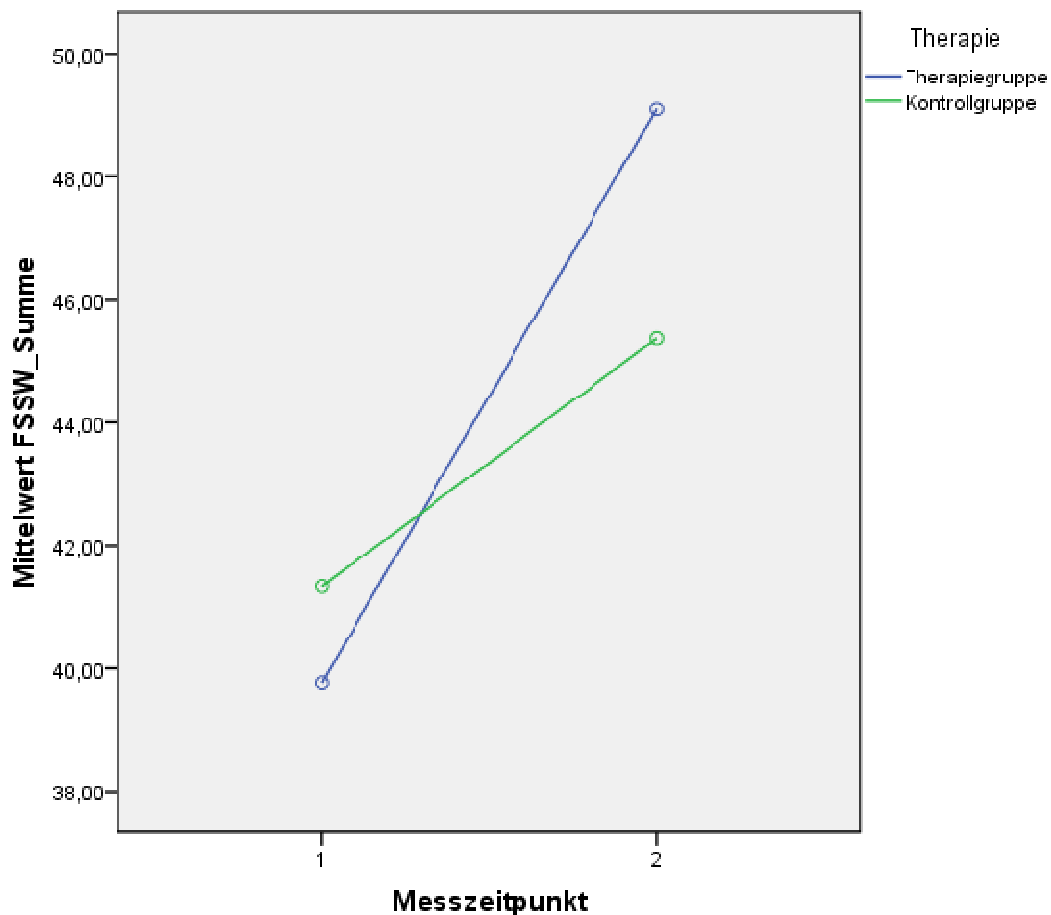


Abbildung 24: Graphische Darstellung der Veränderung der Mittelwerte hinsichtlich der allgemeinen Selbstwertschätzung zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt in der Therapie- und in der Kontrollgruppe (FSSW)

In Anbetracht der vorliegenden statistischen Ergebnisse hinsichtlich einer bedeutsamen Veränderung der persönlichen Wertschätzung in der Therapiegruppe kann die diesbezügliche Hypothese (H_6) bestätigt werden.

Kurzzusammenfassung:

In Hinblick auf das Selbstkonzept zur allgemeinen Selbstwertschätzung konnte ein signifikanter Erfolg der pferdegestützten Therapie belegt werden. Im Gruppenvergleich zeigte sich eine deutlichere Steigerung der persönlichen Selbstachtung und Wertschätzung innerhalb der Therapiegruppe.

7.3.6. Frankfurter Selbstkonzeptskala zur Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen anderen (FSST)

Da laut Hartje (2009) im Umgang mit Pferden das Durchsetzungsvermögen der Patienten gefordert und aus diesem Grunde zugleich gestärkt wird, soll anhand der Analyse dieses Fragebogens der Therapieeffekt der pferdegestützten Therapie bezüglich einer eventuellen Veränderung in der Standfestigkeit in sozialen Auseinandersetzungen überprüft werden.

Die siebente Hypothese lautet daher:

H₇: Rehabilitanden, die an der pferdegestützten Psychotherapie teilnehmen, zeigen im Vergleich zur Kontrollgruppe eine positive Veränderung hinsichtlich ihres Selbstkonzepts zur Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen anderen.

Die zu diesem Zwecke durchgeführte statistische Berechnung lieferte zwar erneut einen signifikanten Messzeitpunkt ($F_{58,1} = 31,40$; $p < .05$; $\eta^2 = .35$), jedoch keine bedeutsame Interaktion zwischen dem Faktor *Gruppe* (Therapiegruppe, Kontrollgruppe) und dem Faktor *Messzeitpunkt* ($F_{58,1} = 2,23$; ns.; $\eta^2 = .04$). Dies bedeutet, dass sich zwar wie in Tabelle 16 ersichtlich eine Veränderung der Mittelwerte hinsichtlich der Standfestigkeit und des Durchsetzungsvermögens über die Zeit bezogen auf die gesamte Stichprobe fand, jedoch eine kennzeichnende Wechselwirkung zwischen den beiden genannten Faktoren nicht zu belegen war. Der Haupteffekt des Faktors *Gruppe* ist bei der Auswertung dieser Selbstkonzeptskala als nicht signifikant einzustufen ($F_{58,1} = .25$; ns.). Außerdem konnten eventuelle Vorabunterschiede in den beiden zu vergleichenden Gruppen zum ersten Messzeitpunkt durch eine positive Homogenitätsprüfung mittels t-Test ($t_{58} = .07$; ns.) ausgeschlossen werden.

		Mittelwert	Standard- abweichung	Personenanzahl
FSST_Summe_t ₁	Therapiegruppe	44,23	12,90	30
	Kontrollgruppe	44,00	14,60	30
	Gesamt	44,12	13,66	60
FSST_Summe_t ₂	Therapiegruppe	50,73	11,06	30
	Kontrollgruppe	47,77	12,58	30
	Gesamt	49,25	11,84	60

Tabelle 18: Deskriptive Statistik (FSST)

Auf Basis dieser errechneten statistischen Ergebnisse muss die zu Beginn dieses Unterkapitels formulierte Hypothese (H₇) verworfen werden.

Kurzzusammenfassung:

Die statistische Analyse dieses Selbstkonzepts lieferte keinen objektivierbaren bedeutsamen Therapieeffekt hinsichtlich der Entwicklung von Durchsetzungsvermögen, Standfestigkeit sowie Selbstsicherheit. Demnach unterschied sich die Therapiegruppe in der Veränderung dieser Verhaltensweisen nicht maßgeblich von der Kontrollgruppe.

7.3.7. Frankfurter Selbstkonzeptskala zur Kontakt- und Umgangsfähigkeit (FSKU)

Zur Analyse eines potentiellen Therapieeffektes in Hinblick auf die Kontakt- und Umgangsfähigkeit von Patienten wurde erneut eine zweifaktorielle ANOVA mit dem between-subject-factor *Gruppe* (Therapiegruppe, Kontrollgruppe) und dem Messwiederholungsfaktor *Messzeitpunkt* (t₁, t₂) durchgeführt. Die diesbezügliche Hypothese wurde vorab wie folgt formuliert:

H₈: Rehabilitanden, die an der pferdegestützten Psychotherapie teilnehmen, zeigen im Vergleich zur Kontrollgruppe eine positive Veränderung hinsichtlich ihres Selbstkonzepts zur Kontakt- und Umgangsfähigkeit.

Hierbei stellte sich ein signifikanter Messzeitpunkt ($F_{58,1} = 22,63$; $p < .05$; $\eta^2 = .28$) heraus. Überdies wurde der zu überprüfende Therapieeffekt durch eine bedeutsame Interaktion zwischen den beiden genannten Faktoren sichtbar ($F_{58,1} = 8,05$; $p < .05$; $\eta^2 = .12$). Demnach erfuhren jene Personen, die während der Rehabilitation an der pferdegestützten

Therapie teilnahmen, im Vergleich zu Personen aus der Kontrollgruppe eine deutlichere Verbesserung in der Fähigkeit zur Kontaktaufnahme beziehungsweise in der Aufrechterhaltung von sozialen Beziehungen. Der Haupteffekt des Faktors *Gruppe* kann hier als nicht signifikant angegeben werden ($F_{58,1} = .28$; ns.). Wie bei jeder der einzelnen Skalen wurde auch hier wieder eine Prüfung auf eine vorab bestehende Homogenität in den zu untersuchenden Gruppen zum ersten Messzeitpunkt vorgenommen. Der t-Test für unabhängige Variablen zeigte auch in diesem Fall ein nicht signifikantes Ergebnis ($t_{58} = -.48$; ns.), weshalb man von einer vergleichbaren Ausgangslage in beiden Gruppen sprechen kann. Bei der Betrachtung der deskriptiven Statistik in Tabelle 17 sowie der graphischen Darstellung in Abbildung 25 fällt auf, dass sich die Mittelwerte in der Therapiegruppe über die Zeit in größerem Ausmaß im Sinne eines bedeutenderen Zuwachses an sozialen Kompetenzen verbessert haben als in der Kontrollgruppe.

		Mittelwert	Standard- abweichung	Personenanzahl
FSKU_Summe_t₁	Therapiegruppe	24,60	4,68	30
	Kontrollgruppe	25,20	5,05	30
	Gesamt	24,90	4,84	60
FSKU_Summe_t₂	Therapiegruppe	27,77	3,84	30
	Kontrollgruppe	26,00	4,59	30
	Gesamt	26,88	4,29	60

Tabelle 19: Deskriptive Statistik (FSKU)

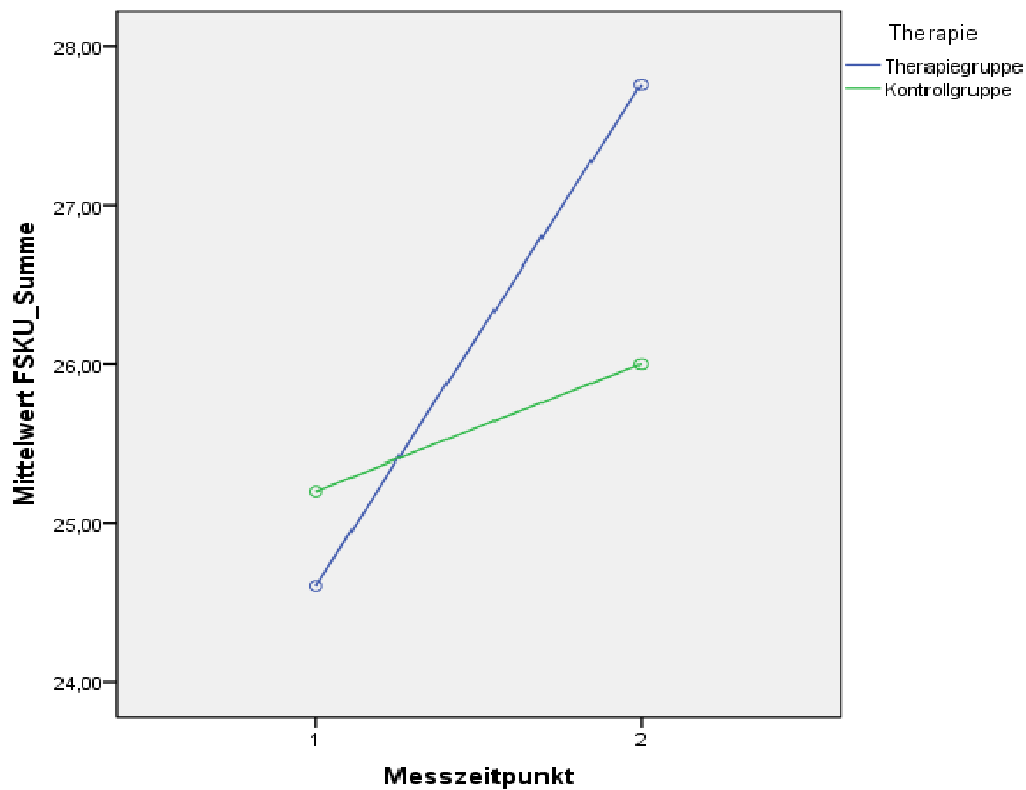


Abbildung 25: Graphische Darstellung der Veränderung der Mittelwerte hinsichtlich der Kontakt- und Umgangsfähigkeit zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt in der Therapie- und in der Kontrollgruppe (FSKU)

Aufgrund der soeben dargelegten statistisch signifikanten Ergebnisse kann die zu dieser Selbstkonzeptskala formulierte Hypothese (H_8) bestätigt werden.

Kurzzusammenfassung:

Anhand der statistischen Berechnungen konnte gezeigt werden, dass sich die Teilnehmer an der pferdegestützten Therapie in der Kontaktfähigkeit und Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten in deutlicherem Ausmaß steigerten als die entsprechenden Kontrollpersonen. Somit kann von einem bedeutsamen Therapieerfolg hinsichtlich der Entwicklung sozialer Kompetenzen gesprochen werden.

7.3.8. Frankfurter Selbstkonzeptskala zur Wertschätzung durch andere (FSWA)

Bezugnehmend auf diese Selbstkonzeptskala ist im Rahmen der Planung der klinischen Studie folgende Hypothese aufgestellt worden.

H₉: Rehabilitanden, die an der pferdegestützten Psychotherapie teilnehmen, zeigen im Vergleich zur Kontrollgruppe eine positive Veränderung hinsichtlich ihres Selbstkonzepts zur Wertschätzung durch andere.

Mit Hilfe des eingangs beschriebenen statistischen Berechnungsmodus, der bei der Auswertung der einzelnen Selbstkonzeptskalen Anwendung findet, konnte festgestellt werden, dass der Haupteffekt des Faktors *Messzeitpunkt* signifikant ist ($F_{58,1} = 34,44$; $p < .05$; $\eta^2 = .37$). Somit war eine Veränderung der Mittelwerte zwischen erster und zweiter Testung innerhalb der gesamten Stichprobe zu beobachten. Einen Überblick über die diesbezüglichen deskriptiven Daten soll die Tabelle 18 gewährleisten. Der Haupteffekt des Faktors *Gruppe* war hier wiederum nicht signifikant ($F_{58,1} = 1,03$; ns.). Wie bereits erwähnt legt man jedoch das Hauptaugenmerk der statistischen Auswertung auf die Frage, ob sich ein bedeutsamer Therapieeffekt im Sinne einer signifikanten Wechselwirkung zwischen den between-subject-factors und den within-subject-factors widerspiegelt. Die statistische Berechnung mittels ANOVA lieferte hier eine Tendenz ($F_{58,1} = 2,84$; $p < .10$; $\eta^2 = .05$). Um die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen zum ersten Messzeitpunkt prüfen zu können, wurde ein t-Test für unabhängige Variablen angewandt. Das nicht signifikante Ergebnis ($t_{58} = .42$; ns.) erlaubt es, eine Aussage zur vorab bestehenden Homogenität zu treffen.

		Mittelwert	Standard- abweichung	Personenanzahl
FSWA_Summe_t₁	Therapiegruppe	23,30	6,83	30
	Kontrollgruppe	22,60	6,03	30
	Gesamt	22,95	6,40	60
FSWA_Summe_t₂	Therapiegruppe	27,03	6,26	30
	Kontrollgruppe	24,67	5,41	30
	Gesamt	25,85	5,92	60

Tabelle 20: Deskriptive Statistik (FSWA)

In Abbildung 26 soll wiederum anhand einer Graphik das unterschiedliche Ausmaß der Veränderung der Mittelwerte hinsichtlich der Wertschätzung durch andere in beiden Gruppen im zeitlichen Verlauf dargestellt werden.

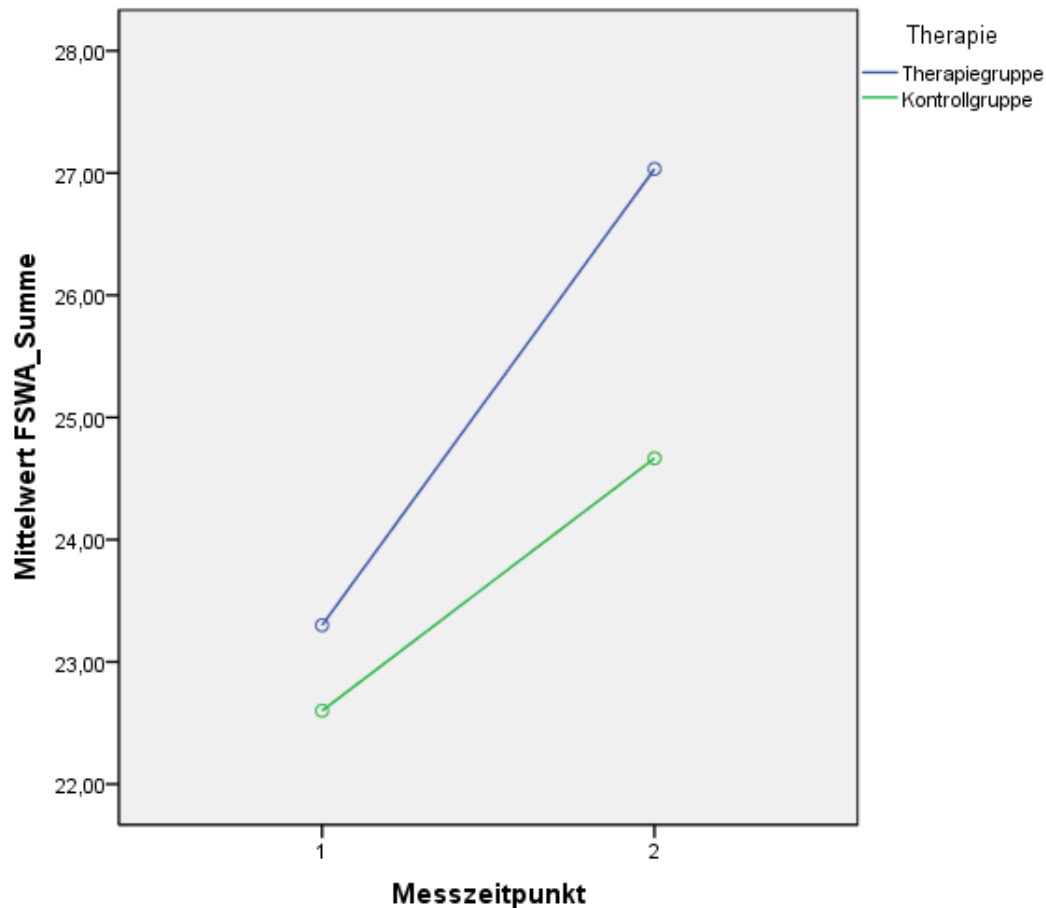


Abbildung 26: Graphische Darstellung der Veränderung der Mittelwerte hinsichtlich der Wertschätzung durch andere zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt in der Therapie- und in der Kontrollgruppe (FSWA)

Da die Interaktion zwischen dem Faktor *Messzeitpunkt* und dem Faktor *Gruppe* nur eine Tendenz ergab, kann die zu Beginn dieses Kapitels formulierte Hypothese nur partiell bestätigt werden.

Kurzzusammenfassung:

Anhand des statistisch tendenziellen Ergebnisses kann die Aussage getroffen werden, dass hinsichtlich der zeitlichen Veränderung des Selbstkonzepts zur Wertschätzung durch andere zwischen den beiden untersuchten Gruppen möglicherweise ein Unterschied bestehen könnte. Ein objektivierbarer Therapieerfolg kann damit jedoch nicht belegt werden.

7.3.9. Frankfurter Selbstkonzeptskala zur Irritierbarkeit durch andere (FSIA)

Um einen möglichen Therapieeffekt in Hinblick auf die persönliche Irritierbarkeit und Beeinflussbarkeit durch andere herauszufinden, wurde wiederum eine zweifaktorielle ANOVA mit dem between-subject-factor *Gruppe* (Therapiegruppe, Kontrollgruppe) und dem Messwiederholungsfaktor *Messzeitpunkt* (t_1 , t_2) berechnet. Die diesbezügliche Hypothese wurde vorab wie folgt festgelegt.

H₁₀: Rehabilitanden, die an der pferdegestützten Psychotherapie teilnehmen, zeigen im Vergleich zur Kontrollgruppe eine positive Veränderung hinsichtlich ihres Selbstkonzepts zur Irritierbarkeit durch andere.

Die statistische Berechnung lieferte hier zum einen abermals einen signifikanten Messzeitpunkt ($F_{58,1} = 19,21$; $p < .05$; $\eta^2 = .25$), zum anderen jedoch keine kennzeichnende Interaktion zwischen den beiden Faktoren ($F_{58,1} = 1,61$; ns.; $\eta^2 = .03$). Demnach existieren zwar, wie in Tabelle 19 einsehbar, wiederum Unterschiede in den Mittelwerten zwischen erster und zweiter Testung bezogen auf die gesamte Stichprobe, allerdings konnte kein bedeutsamer Therapieeffekt hinsichtlich dieses Selbstkonzeptes eruiert werden. Der Haupteffekt des Faktors *Gruppe* stellte sich hier als nicht signifikant ($F_{58,1} = .74$; ns.) heraus. Die mittels t-Test durchgeführte Homogenitätsprüfung zeigte ein nicht signifikantes Ergebnis ($t_{58,1} = .39$; ns.). Dies bedeutet, dass sich die beiden Gruppen hinsichtlich ihrer Ausgangswerte bei der ersten Testung nicht maßgeblich unterschieden und somit zu diesem Zeitpunkt eine Vergleichbarkeit der Gruppen gegeben war.

		Mittelwert	Standard- abweichung	Personenanzahl
FSIA_Summe_t₁	Therapiegruppe	20,50	4,82	30
	Kontrollgruppe	19,90	6,78	30
	Gesamt	20,20	5,84	60
FSIA_Summe_t₂	Therapiegruppe	23,10	5,03	30
	Kontrollgruppe	21,33	5,61	30
	Gesamt	22,22	5,36	60

Tabelle 21: Deskriptive Statistik (FSIA)

Angesichts der Tatsache, dass die statistischen Berechnungen keinen bedeutsamen Therapieeffekt hinsichtlich der Irritierbarkeit und Beeinflussbarkeit durch andere zeigten, muss die vorab aufgestellte Hypothese verworfen werden.

Kurzzusammenfassung:

Die Therapiegruppe hob sich hinsichtlich der zeitlichen Veränderung des Selbstkonzepts zur Irritierbarkeit durch andere von der Kontrollgruppe nicht maßgeblich ab. Daher kann festgehalten werden, dass die viermalige Teilnahme an der pferdegestützten Therapie keinen nachhaltigen Einfluss auf die persönliche Beeinflussbarkeit durch andere Personen oder Meinungen hat.

7.3.10. Frankfurter Selbstkonzeptskala zu Gefühlen und Beziehungen zu anderen (FSGA)

Bezugnehmend auf diese Selbstkonzeptskala wurde folgende Hypothese formuliert.

H₁₁: Rehabilitanden, die an der pferdegestützten Psychotherapie teilnehmen, zeigen im Vergleich zur Kontrollgruppe eine positive Veränderung hinsichtlich ihres Selbstkonzepts zu Gefühlen und Beziehungen zu anderen.

Die Auswertung für die Selbstkonzeptskala zu Gefühlen und Beziehungen zu anderen wurde analog zu den bisher in diesem Kapitel beschriebenen statistischen Auswertungsverfahren vorgenommen. Anhand der Varianzanalyse konnte bei dieser Selbstkonzeptskala wiederum ein signifikanter Messzeitpunkt ($F_{58,1} = 26,11$; $p < .05$; $\eta^2 = .31$) ermittelt werden. Betrachtet man jedoch die Interaktion zwischen dem Faktor *Messzeitpunkt* und dem Faktor *Gruppe* (Therapiegruppe, Kontrollgruppe), die für die Prüfung der Hypothese auf ihre Gültigkeit am wichtigsten ist, zeigt sich, dass der Therapieeffekt in Hinsicht auf diese Selbstkonzeptskala als nicht bedeutsam eingestuft werden kann ($F_{58,1} = 2,53$; ns.; $\eta^2 = .04$). Ebenso erwies sich der Haupteffekt des Faktors *Gruppe* als nicht signifikant ($F_{58,1} = .40$; ns.). Diese berechneten Ergebnisse lassen darauf schließen, dass zwar in der gesamten Stichprobe eine Veränderung des Mittelwerts hinsichtlich der Gefühle und Beziehungen zu anderen zwischen den beiden Testungen vorlag, jedoch im Gruppenvergleich kein signifikanter Unterschied herauszulesen war. In

Tabelle 20 sind zur näheren Veranschaulichung die Veränderungen der Mittelwerte gekennzeichnet. Des Weiteren wurde mit Hilfe eines t-Tests für unabhängige Variablen eine Homogenitätsprüfung für die gesamte Stichprobe zum Zeitpunkt t_1 durchgeführt. Hier zeigte sich ein nicht signifikantes Ergebnis ($t_{58} = -1,11$; ns.), weshalb man von einer vergleichbaren Ausgangslage zwischen den beiden untersuchten Gruppen sprechen kann.

		Mittelwert	Standard- abweichung	Personenanzahl
FSGA_Summe_t ₁	Therapiegruppe	23,37	5,01	30
	Kontrollgruppe	24,90	5,67	30
	Gesamt	24,13	5,36	60
FSGA_Sume_t ₂	Therapiegruppe	26,67	3,62	30
	Kontrollgruppe	26,63	5,24	30
	Gesamt	26,65	4,47	60

Tabelle 22: Deskriptive Statistik (FSGA)

Aufgrund der soeben dargelegten Ergebnisse muss die zu Beginn dieses Unterkapitels formulierte Hypothese (H_{11}) verworfen werden.

Kurzzusammenfassung:

Es konnte anhand der statistischen Berechnungen herausgefunden werden, dass sich durch die Teilnahme an der pferdegestützten Therapie keine wesentlichen Effekte hinsichtlich der Beziehungsfähigkeit, Vertrauenswürdigkeit und des Umgangs mit eigenen Schwächen und Fehlern abgebildet haben. Demnach konnte diesbezüglich im Gruppenvergleich kein bedeutsamer Unterschied eruiert werden, da sich die Studienteilnehmer aus beiden untersuchten Gruppen in einem annähernd gleichen Ausmaß gesteigert haben.

7.4. Analyse des Hornheide-Graz-Screening-Instruments (HGSI)

Da sich laut Egger, Schmidt und Stix (2002) das Hornheide-Graz-Screening-Instrument einerseits als optimales Verfahren zur Erfassung des Krankheitserlebens von stationären Patienten sowie zur Ermittlung des psychosozialen Betreuungsbedarfs eignet und andererseits dieses Werkzeug auch einen praktikablen Leitfaden zum professionellen biopsychosozialen ärztlichen Gespräch darstellt, wurde dieses Erhebungsinstrument in dieser klinischen Studie zum zweiten Messzeitpunkt eingesetzt. Dadurch sollte anhand von neun Items die Berechnung des HGSI-Scores ermöglicht werden, der in der Folge eine

Einschätzung des körperlichen und seelischen Befindens sowie des individuellen weiteren psychischen Betreuungsbedarfs vor der Entlassung erlaubt. Einen Überblick über die inhaltlichen Themen dieses ersten Teils des Abschlussinterviews bietet das im Anhang einsehbare Hornheide-Graz-Screening-Instrument.

Zur Berechnung des HGSI-Scores wurden die für jede Antwort pro Item vorgegebenen Punkte (0-2 Punkte) addiert. Erreichte die Summe der einzelnen Punkte den so genannten „Schwellenwert“ (größer beziehungsweise gleich 8 Punkte), so konnte dieses Ergebnis dahingehend interpretiert werden, dass ein ernst zu nehmender psychischer Behandlungsbedarf besteht und die Inanspruchnahme einer psychologischen Hilfe in jedem Fall zu empfehlen ist.

Um nun der Fragestellung nachgehen zu können, ob sich die Therapiegruppe in Hinblick auf den errechneten Score am Ende der Rehabilitation von der Kontrollgruppe unterscheidet, wurde ein t-Test für unabhängige Variablen angewandt. Dieses statistische Verfahren lieferte ein signifikantes Ergebnis ($t_{38}=-3,60$; $p<.05$), weshalb die Aussage getroffen werden kann, dass sich die beiden zu vergleichenden Gruppen hinsichtlich ihres HGSI-Scores maßgeblich unterscheiden. Dementsprechend fällt bei der Betrachtung der deskriptiven Statistik in Tabelle 21 auf, dass die Therapiegruppe am Ende der Rehabilitation einen deutlich geringeren Mittelwert dieses Scores aufweist als die Kontrollgruppe. So betrug der Mittelwert des errechneten Scores in der Therapiegruppe 3,93, jener in der Kontrollgruppe hingegen 6,37.

		Personenanzahl	Mittelwert	Standardabweichung
HGSI_Score	Therapiegruppe	30	3,93	2,66
	Kontrollgruppe	30	6,37	2,57

Tabelle 23: Deskriptive Statistik (HGSI)

Kurzzusammenfassung:

Anhand eines statistisch signifikanten Ergebnisses bei der Analyse des Hornheide-Graz-Screening-Instruments kann die Aussage getroffen werden, dass sich die beiden untersuchten Gruppen in Hinblick auf ihren psychosozialen Betreuungsbedarf sowie ihre subjektive Beeinträchtigung durch die psychische Erkrankung maßgeblich unterscheiden. Dementsprechend schätzen die Teilnehmer an der pferdegestützten Therapie ihr körperliches und seelisches Befinden vor der Entlassung als deutlich gebessert ein und

weisen einen wesentlich geringeren psychischen Betreuungsbedarf auf als die Kontrollpersonen.

7.5. Korrelationsanalysen

Da es des Weiteren von Interesse war, potentielle Zusammenhänge zwischen den erhobenen soziodemographischen Daten und den Angst – und Depressivitätswerten sowie den Summenwerten der FSKN-Skalen zu untersuchen, wurden Pearson - Korrelationen durchgeführt. Mit Hilfe dieser Berechnungen sollte geprüft werden, inwieweit das Geschlecht, der Familienstand, die höchste abgeschlossene Schulbildung und die Wohnsituation mit den Angst- und Depressivitätswerten und den FSKN-Summenwerten miteinander in Beziehung stehen. Anhand der Tabelle 22, Tabelle 23, Tabelle 24, Tabelle 25 und Tabelle 26 lässt sich erkennen, dass keine Zusammenhänge zwischen den soziodemographischen Daten und den Angst- und Depressivitätswerten sowie den FSKN-Summenwerten ausfindig gemacht werden konnten.

Kurzzusammenfassung:

Bei der Berechnung von Pearson-Korrelationen konnten keine Zusammenhänge zwischen den soziodemographischen Daten (Familienstand, Geschlecht, Schulbildung und Wohnsituation) und den Angst- und Depressivitätswerten sowie den FSKN-Summenwerten eruiert werden. Demzufolge wird der Therapieeffekt der pferdegestützten Psychotherapie von den soziodemographischen Ausgangsdaten der Teilnehmer nicht beeinflusst.

Correlations			
		HADS_Angst_t ₂	HADS_Depressivität_t ₂
Familienstand	Pearson Correlation	-,12	-,06
Geschlecht	Pearson Correlation	,02	,20
Schulbildung	Pearson Correlation	-,23	-,25
Wohnsituation	Pearson Correlation	-,07	,05

Tabelle 24: Darstellung der Korrelationen zwischen den soziodemographischen Daten und den Angst- und Depressivitätswerten (HADS)

Correlations				
		FSAL_Summe_t ₂	FSAP_Summe_t ₂	FSEG_Summe_t ₂
Familienstand	Pearson Correlation	-,01	,10	,03
Geschlecht	Pearson Correlation	,14	-,03	,14
Schulbildung	Pearson Correlation	,19	,14	,00
Wohnsituation	Pearson Correlation	,04	-,07	,08

Tabelle 25: Darstellung der Korrelationen zwischen den soziodemographischen Daten und den Summenwerten der FSAL, FSAP und FSEG

Correlations				
		FSVE_Summe_t ₂	FSSW_Summe_t ₂	FSST_Summe_t ₂
Familienstand	Pearson Correlation	-,01	,02	,12
Geschlecht	Pearson Correlation	-,03	,08	,14
Schulbildung	Pearson Correlation	,07	,15	,03
Wohnsituation	Pearson Correlation	-,16	-,02	-,03

Tabelle 26: Darstellung der Korrelationen zwischen den soziodemographischen Daten und den Summenwerten der FSVE, FSSW und FSST

Correlations			
		FSKU_Summe_t ₂	FSWA_Summe_t ₂
Familienstand	Pearson Correlation	,178	,289
Geschlecht	Pearson Correlation	-,064	,060
Schulbildung	Pearson Correlation	,189	,083
Wohnsituation	Pearson Correlation	-,021	,065

Tabelle 27: Darstellung der Korrelationen zwischen den soziodemographischen Daten und den Summenwerten der FSKU und FSWA

Correlations			
		FSIA_Summe_t ₂	FSGA_Summe_t ₂
Familienstand	Pearson Correlation	,14	,04
Geschlecht	Pearson Correlation	,16	,02
Schulbildung	Pearson Correlation	,01	,19
Wohnsituation	Pearson Correlation	,03	-,14

Tabelle 28: Darstellung der Korrelationen zwischen den soziodemographischen Daten und den Summenwerten der FSIA und FSGA

7.6. Qualitative Analyse der spezifisch ad hoc erstellten Fragebögen zur pferdegestützten Therapie

Im Folgenden werden die Ergebnisse der qualitativen Auswertung der beiden spezifisch ad hoc erstellten Fragebögen zur pferdegestützten Therapie dargestellt. Die Antworten auf die einzelnen offen gestellten Fragen wurden vorerst stichwortartig inhaltlich zusammengefasst und nach Durchsicht aller Fragebögen einer geeigneten Kategorie zugeordnet. Weiters wurde die Anzahl der Nennungen in der jeweiligen Kategorie notiert, um Unterschiede in den Häufigkeiten erkennen zu können. Grundsätzlich sei erwähnt, dass in den meisten Fällen Mehrfachnennungen pro Antwort vorhanden waren und die Gesamtheit der Nennungen daher logischerweise nicht immer mit der Anzahl der

Patienten, die den Fragebogen ausfüllten, übereinstimmen kann. Daher ergab die Summe der berechneten Prozentanteile nicht zwangsweise 100%.

Der erste spezifisch erstellte Fragebogen wurde vor der ersten Teilnahme an der pferdegestützten Therapie den Patienten aus der Therapiegruppe vorgegeben und beinhaltete fünf Fragen.

1) Was stellen Sie sich unter pferdegestützter Therapie vor?

Diese erste Frage zielte darauf ab herauszufinden, welche Vorstellungen die Patienten von dieser neuen psychotherapeutischen Interventionsform im Vorfeld entwickeln. Im Rahmen der qualitativen Auswertung dieser Frage zeigte sich, dass die Antworten von 43% der Befragten der Kategorie „Arbeit mit dem Pferd als Projektionsfläche für den Umgang mit Menschen“ zugeordnet worden sind. Aus dieser am häufigsten gegebenen Antwort kann geschlossen werden, dass die meisten Patienten sich durch die Teilnahme an dieser Therapie einen Nutzen im sozialen Bereich vorstellen. Die nächste Kategorie stellt mit 30% die „Förderung von sozialen Kompetenzen und Führungsqualitäten“ dar. Demnach erhoffen sich die Patienten durch die Schulung des Durchsetzungsvermögens und die Einnahme einer Leitfunktion für das Pferd ebenfalls einen Vorteil im beruflichen Bereich. Je 13% der Patienten drücken durch ihre Antworten die Erwartung aus, dass dadurch zum einen die nonverbale Kommunikation und die Körpersprache präzisiert werden und zum anderen Raum für den Wiederaufbau von Vertrauen und dem Gefühl von Liebe gegeben wird. Weiters gaben 10% der Befragten an, Pferde als sehr sensible Tiere einzuschätzen, die besonders feinfühlig auf die gegenwärtige Stimmung und Verfassung des menschlichen Gegenübers reagieren. Aus diesem Grunde stellen sich die Patienten vor, dass sie durch die Arbeit mit diesem Tier auf ihre Gefühle, Stärken und Schwächen anhand der prompten Reaktion des Pferdes aufmerksam gemacht werden. Je 7% der Antworten entfielen außerdem bei dieser Frage auf die Kategorie „Erkennen eigener Grenzen und Fähigkeit zur Abgrenzung“ ebenso wie auf „Angstüberwindung vor diesem Tier“. Weitere 7% der Teilnehmer konnten bei der Frage nach den Vorstellungen von dieser neuen Therapieform keine konkreten Angaben machen. Zuletzt gab eine Person bei der Beantwortung dieser Frage an, dass sie mit der genannten Therapie einen Aufenthalt in der freien Natur assoziiere. Diese einzige Nennung entspricht 3%. In Abbildung 27 sind die beschriebenen Ergebnisse zu dieser Frage veranschaulicht.

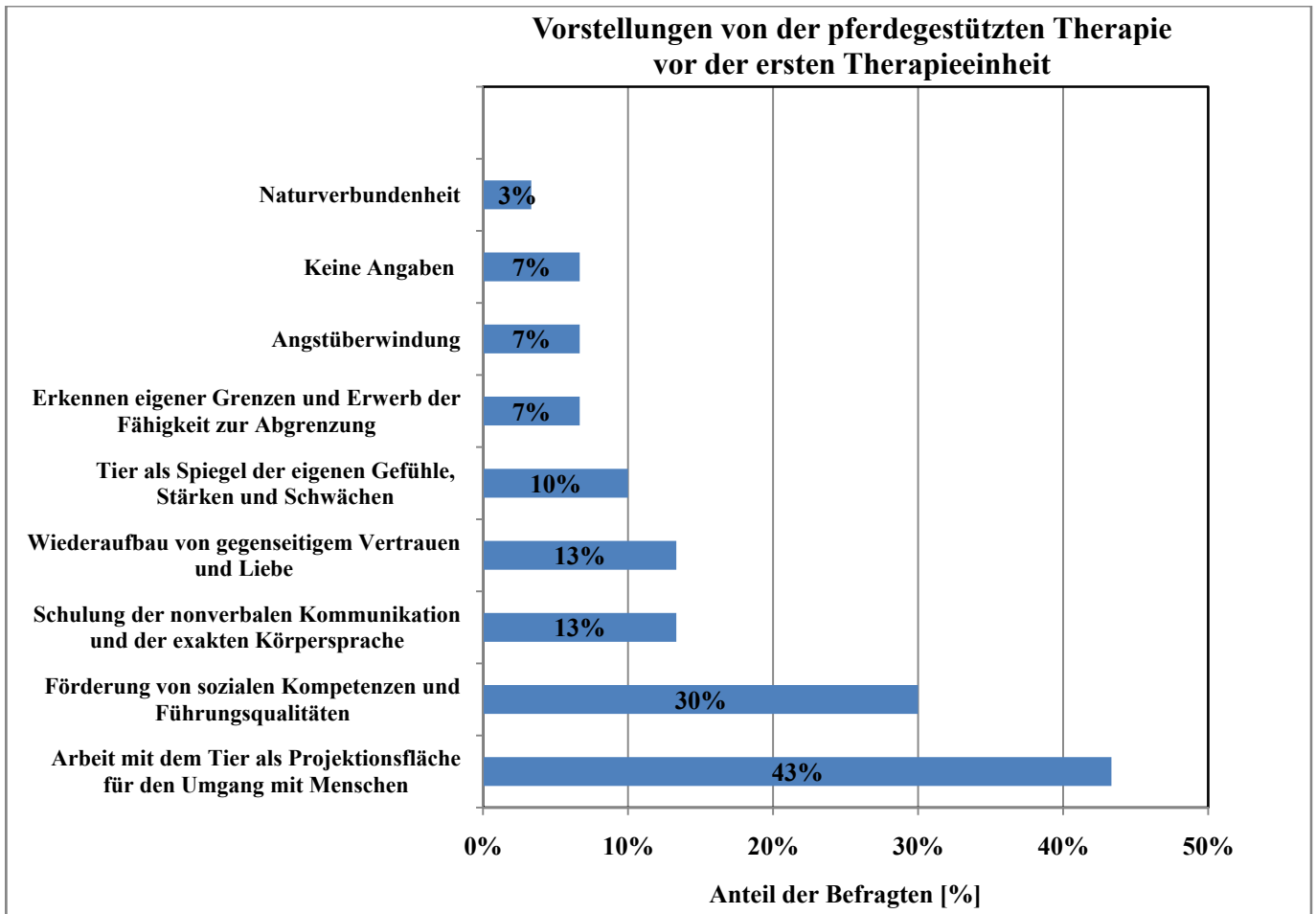


Abbildung 27: Vorstellungen von der pferdegestützten Therapie vor der ersten Therapieeinheit

Kurzzusammenfassung:

Bei der Befragung der Patienten über ihre Vorstellungen von der pferdegestützten Therapie stellte sich heraus, dass sich die Teilnehmer durch die Arbeit mit dem Pferd hauptsächlich einen erleichterten Umgang mit Menschen erwarten. Zudem wurde in einem fast ebenso großen Ausmaß der Wunsch nach einem gesteigerten Durchsetzungsvermögen sowie nach verbesserten Führungskompetenzen sichtbar.

2) Was motiviert Sie, an dieser Gruppe teilzunehmen?

Anhand der zweiten Frage sollte nun die Motivation für die Teilnahme an dieser neuen Therapieform erhoben werden. Mit 57% stellt die Tierliebe den am meisten genannten Grund dafür dar, dass sich die Rehabilitanden für die pferdegestützte Therapie entschieden. An zweiter Stelle (43%) werden das Interesse an Neuem sowie die Neugierde hinsichtlich dieses Therapieangebotes als motivierende Faktoren beschrieben. Zudem gaben 10% der Befragten an, dass diese Therapie ihnen als sehr erfolgsversprechend erscheint und sie auf

einen dementsprechenden Therapieeffekt hoffen. Als weitere Antwortkategorien, die mit je 7% vertreten waren, sind die positiven Vorerfahrungen mit Pferden und die bewusste Konfrontation mit der Angst vor diesem gewaltigen Tier zu nennen. Schließlich führte eine Person (3%) an, mit der Erprobung dieser Therapie und der gleichzeitigen Teilnahme an dieser klinischen Studie die Forschung unterstützen zu wollen. Von 2 Personen (7%) wurde diese Frage nicht beantwortet. In Abbildung 28 sind die Antwortkategorien zu dieser Frage graphisch dargestellt.

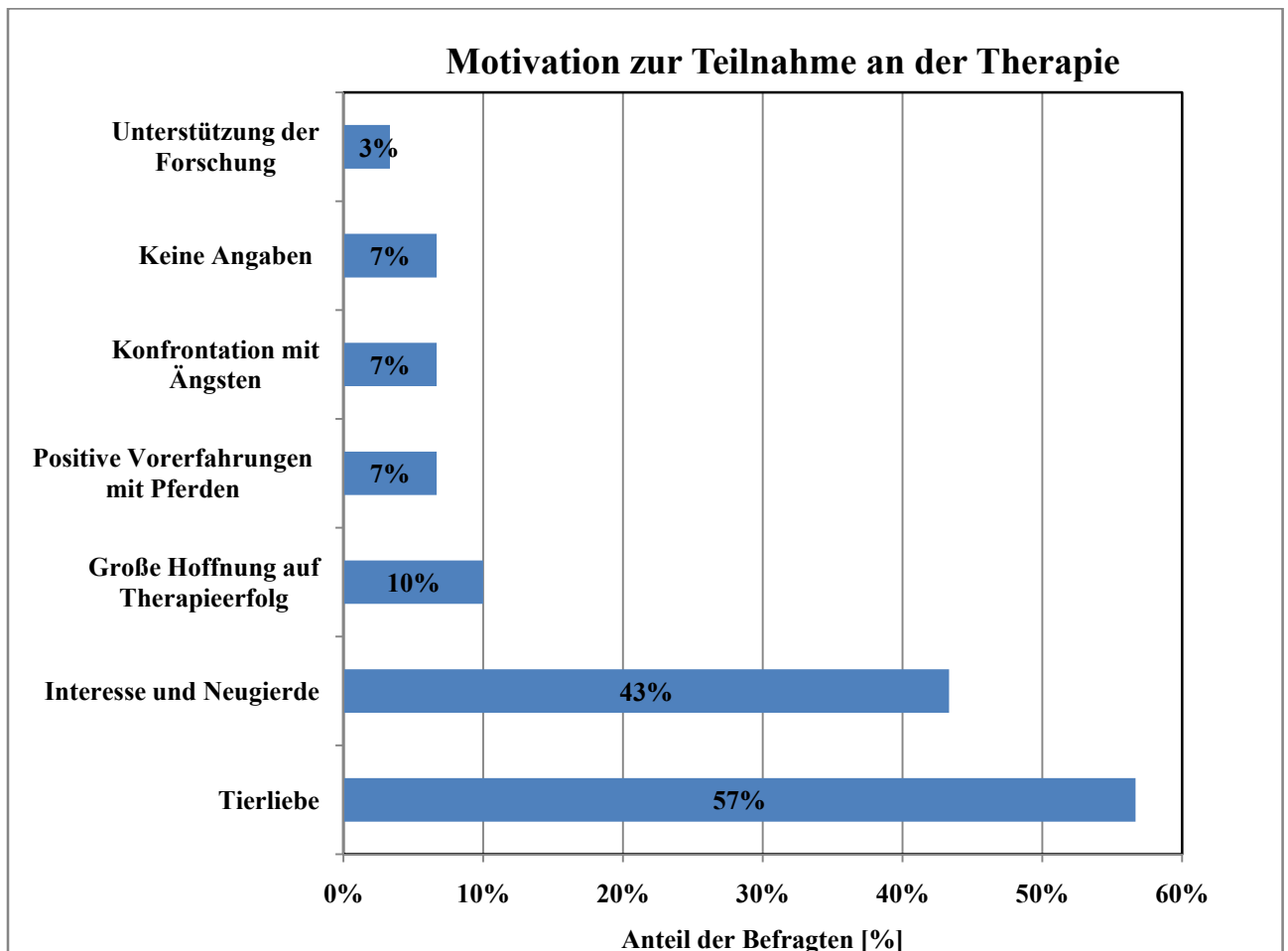


Abbildung 28: Motivation zur Teilnahme an der Therapie

Kurzzusammenfassung:

Als vorrangige Gründe für die Motivation zur Teilnahme an der pferdegestützten Therapie nannte der Großteil der Befragten ihre große Tierliebe und das Interesse an neuen Behandlungsmöglichkeiten.

3) Gibt es etwas im Rahmen dieser Therapie, das Ihnen möglicherweise Sorgen bereitet?

Zweck der dritten Frage war es, vorab bestehende Ängste oder Sorgen in Hinblick auf die pferdegestützte Therapie ausfindig zu machen. Die Befragung der Teilnehmer ergab, dass die Mehrheit der Patienten (80%) zu diesem Zeitpunkt keine Ängste oder Sorgen hinsichtlich der Therapie hegt. Weitere 13% der Teilnehmer äußerten ihre Angst vor dem unmittelbaren Kontakt mit diesem Tier. Überdies drückten 7% der Befragten ihre Bedenken, dass möglicherweise keine vertrauensvolle Beziehung mit dem Pferd entstehen kann, aus. Anhand der Abbildung 29 sollen die beschriebenen Ergebnisse graphisch veranschaulicht werden.

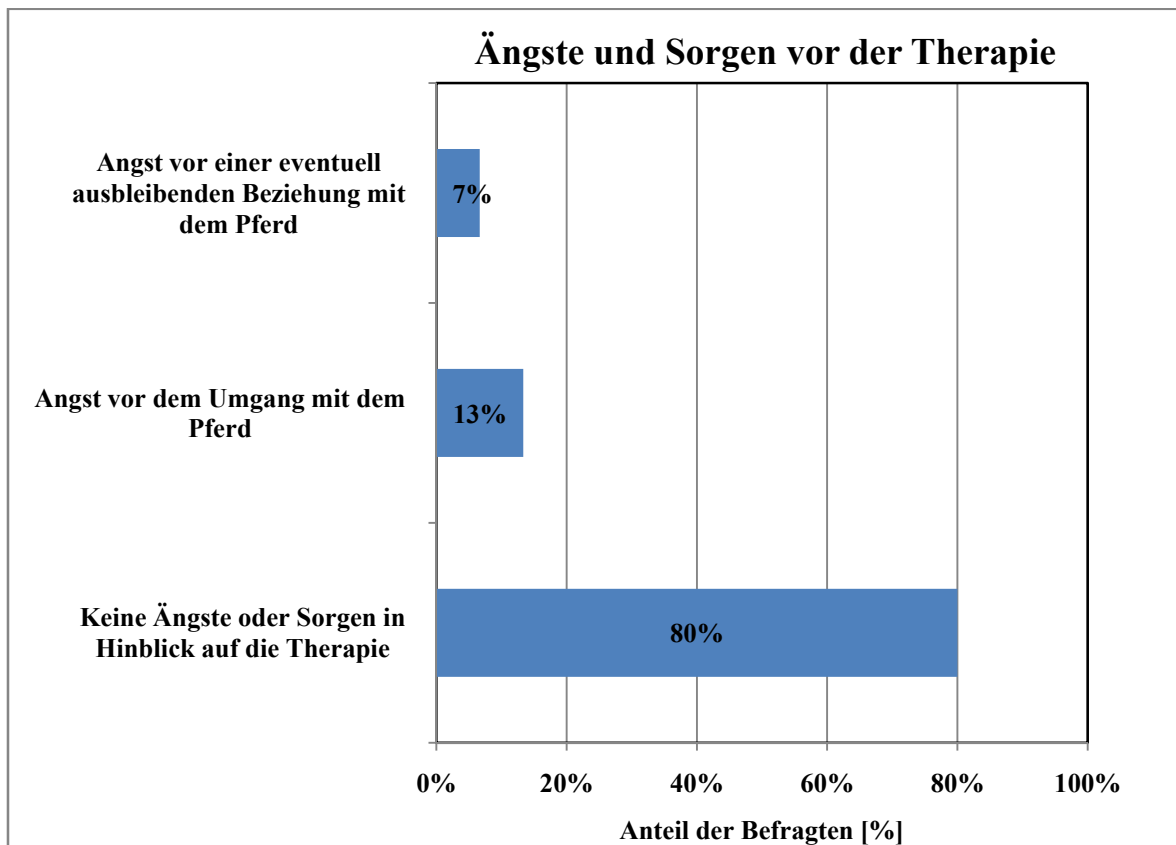


Abbildung 29: Ängste und Sorgen vor der Therapie

Kurzzusammenfassung:

Die Befragung der Patienten zu vorab bestehenden Sorgen in Hinblick auf diese Therapieform zeigte sehr klar, dass die Mehrheit der Teilnehmer (80%) keine Ängste hinsichtlich des Umgangs mit diesem Tier angab.

4) Wobei könnte Ihnen diese Therapie helfen? Wem würden Sie sie weiterempfehlen?

Die Auswertung des ersten Teils der Frage zeigte hier zwei führende Kategorien mit je 40%, die die wichtigsten Erwartungen an diese Therapie deutlich machen. Zum einen waren die Patienten der Meinung, dass die Zusammenarbeit mit dem Pferd ihr persönliches Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein zu stärken imstande ist und zum anderen gehen Patienten davon aus, dass sie unter professioneller Anleitung ihre Körpersprache kritisch zu hinterfragen und deuten lernen. Auf die Frage, wobei diese Therapieform jedem einzelnen helfen könnte, antworteten 27% außerdem, dass sie sich einen erleichterten Zugang zur persönlichen Gefühlswelt erhoffen. Patienten gaben in diesem Zusammenhang den Wunsch an, dass sie durch den Umgang mit dem Pferd wieder Gefühle zulassen und diese auch bewusst spüren lernen. Ferner führten 20% an, dass sie sich einen Nutzen sowohl im beruflichen als auch im sozialen Umfeld erwarten. Durch eine gesteigerte Selbstwirksamkeit und ein gestärktes Durchsetzungsvermögen soll ein sichererer Umgang mit Vorgesetzten geschaffen werden. Doch auch im Zusammenleben mit anderen Menschen soll sich laut den Befragten die pferdegestützte Therapie als bereichernd erweisen, da Pferde ebenso wie Menschen sehr sensible Wesen repräsentieren. Anhand von 2 Nennungen (7%) wurde der Wunsch nach der Wiedererlangung der inneren Balance durch die Arbeit mit dem Tier artikuliert. Schließlich entzogen sich 27% einer Meinungsäußerung zu dieser Frage. Diese präsentierten Ergebnisse sind in Abbildung 30 einsehbar.

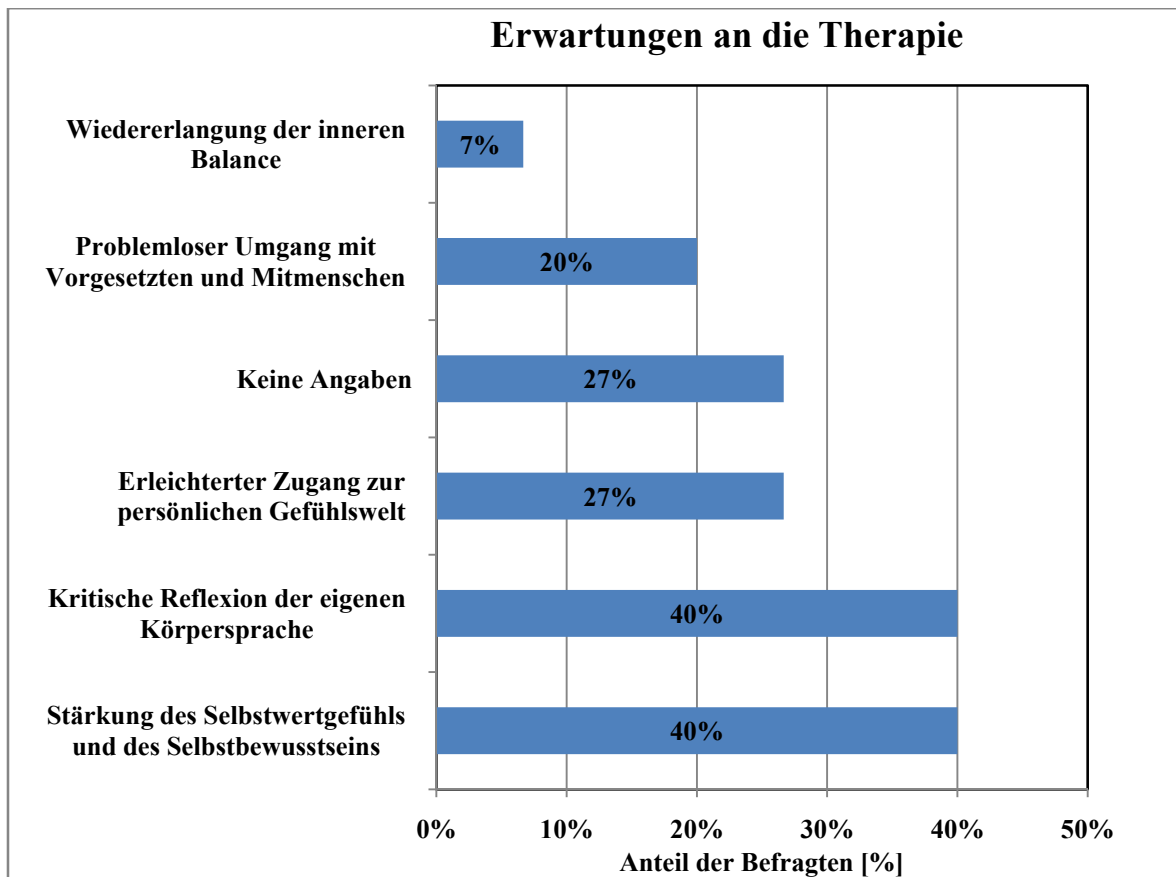


Abbildung 30: Erwartungen an die Therapie

Die Patienten wurden außerdem im zweiten Teil dieser Frage gebeten, sich zu überlegen, wie eine adäquate Zielgruppe für diese Therapieform aussehen könnte. Wie die Abbildung 31 klar zeigt, gab die Hälfte der Befragten (50%) keine Antwort zu diesem Thema ab. An zweiter Stelle liegt die Gruppe jener Personen, die anführte, dass sie die Therapie erst nach der Teilnahme an mehreren Therapieeinheiten beurteilen und in weiterer Folge weiterempfehlen könne. Diese Gruppe war mit 30% vertreten. Ansonsten waren 7% der befragten Patienten der Meinung, dass depressive und tierliebende Menschen von dieser Therapie profitieren könnten. Eine einzige Nennung (3%) entfiel zuletzt auf einsame, alte Menschen, die laut diesem Patienten für die Therapie gut geeignet wären.

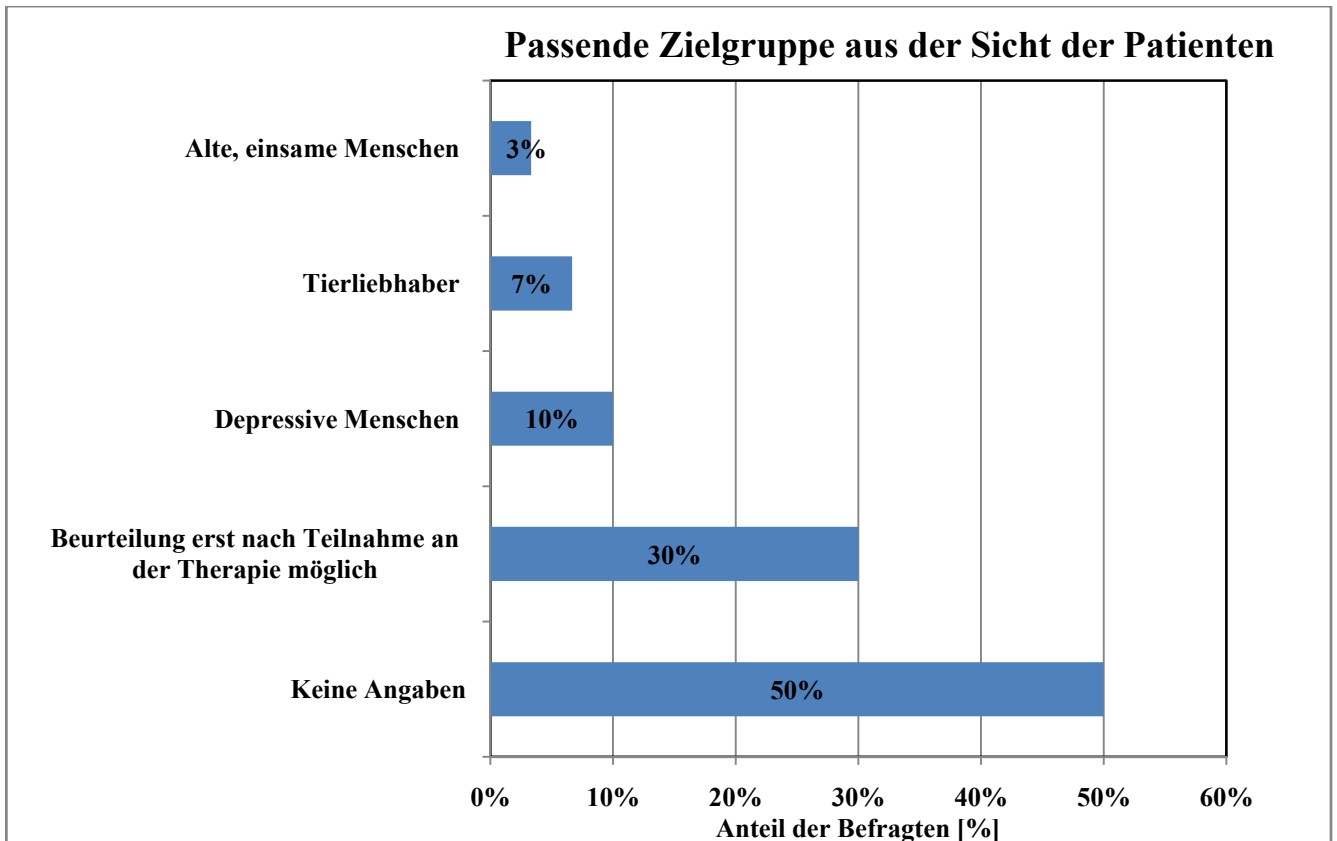


Abbildung 31: Passende Zielgruppe aus der Sicht der Patienten

Kurzzusammenfassung:

Die beiden führenden Antwortkategorien auf die Frage, wobei diese Therapie den Patienten helfen könnte, spiegelten zum einen den Wunsch nach einem gestärkten Selbstbewusstsein und zum anderen nach einer Präzision der eigenen Körpersprache wider. Weiters wurde der Erwartungshaltung, in der Zusammenarbeit mit dem Pferd Gefühle wieder zulassen und bewusst erleben zu können, ein bedeutsamer Stellenwert zugeschrieben.

Die Frage nach der Zusammensetzung einer adäquaten Zielgruppe für die pferdegestützte Therapie wurde von der Hälfte der Befragten nicht beantwortet. Etwa ein Drittel der Patienten erachteten eine Beantwortung dieser Frage erst nach der persönlichen Teilnahme an mehreren Therapieeinheiten als sinnvoll.

5) Wie groß sind Ihre Erwartungen, dass Ihnen die pferdegestützte Therapie helfen wird?

Um die Quantifizierung der Erwartungen zu vereinfachen, wurden die Antwortmöglichkeiten in diesem Falle vorgegeben und die Patienten dazu aufgefordert, die zutreffendste Antwort anzukreuzen. Wie aus der Abbildung 32 erkennbar wird, stufen 40% der Patienten die Hoffnung auf Erfolg durch die Therapie als „gut“ ein, gefolgt von 33%, die von einem mittelmäßigen Therapieeffekt ausgehen. Der Anteil jener Patienten, die in Hinblick auf diese Therapieform sehr große Hoffnung äußerten, beträgt 17%. Schließlich gaben 7% an, keine Erwartungen dazu zu haben, und 3% der Teilnehmer kreuzten an, sich davon nur wenig zu erhoffen.

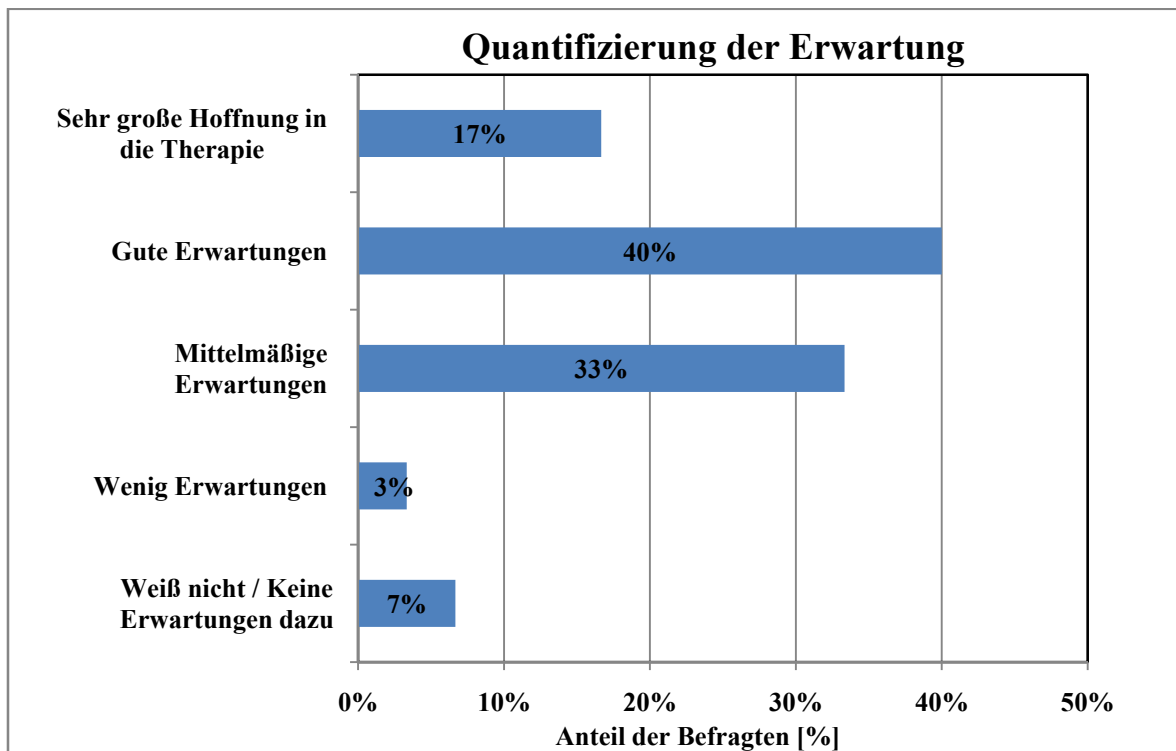


Abbildung 32: Quantifizierung der Erwartung

Kurzzusammenfassung:

Der überwiegende Anteil der Patienten schätzt die Erfolgserwartungen an die Therapie als gut (40%) beziehungsweise als mittelmäßig (33%) ein. Weitere 17% der Befragten stufen ihre Hoffnung in diese neue Therapieform als sehr groß ein.

Der zweite selbst erstellte Fragebogen wurde am Ende der Rehabilitation vorgelegt und diente einer abschließenden Beurteilung dieser neuen Therapieform.

1) Wobei konnte Ihnen die pferdegestützte Therapie helfen?

Rückblickend betrachteten 37% der Teilnehmer die pferdegestützte Therapie insofern als besonders wichtig, als dass sie durch die Pferde das Gefühl von Liebe und wertfreier Anerkennung vermittelt bekamen. Weitere 33% gaben an, dass sie sich durch diese Therapie ein gestärktes Selbstbewusstsein aneignen konnten. Mit einem Anteil von 23% wurde die Wirksamkeit der eigenen Körpersprache auf die Umwelt als besonders hilfreich beschrieben. Des Weiteren entfielen 20% der Nennungen auf die Kategorie „gesteigerte Durchsetzungskraft“, die die Patienten im Rahmen der Arbeitsaufträge an das Pferd benötigten. Zusätzlich führten 17% der Teilnehmer an, dass sie durch die Zusammenarbeit mit dem Pferd ihre ursprüngliche Angst vor diesem Tier abbauen konnten. Außerdem schilderten 10% der Befragten, dass sie im Rahmen der Therapie lernten, sich im Umgang mit dem Tier eine Privatsphäre zu schaffen, in die das Pferd nicht eindringen darf. Mit je 7% der Nennungen sind die Antwortkategorien „Atemkontrolle“, „innere Balance“ und die Betrachtung der Therapie als „neue Freizeitgestaltungsmöglichkeit“ zu nennen. Eine Person (3%) hielt fest, dass sie durch die Konzentration auf das Hier und Jetzt von ihren Problemen und Sorgen abgelenkt wurde. In Abbildung 33 sind die beschriebenen Ergebnisse graphisch dargestellt.

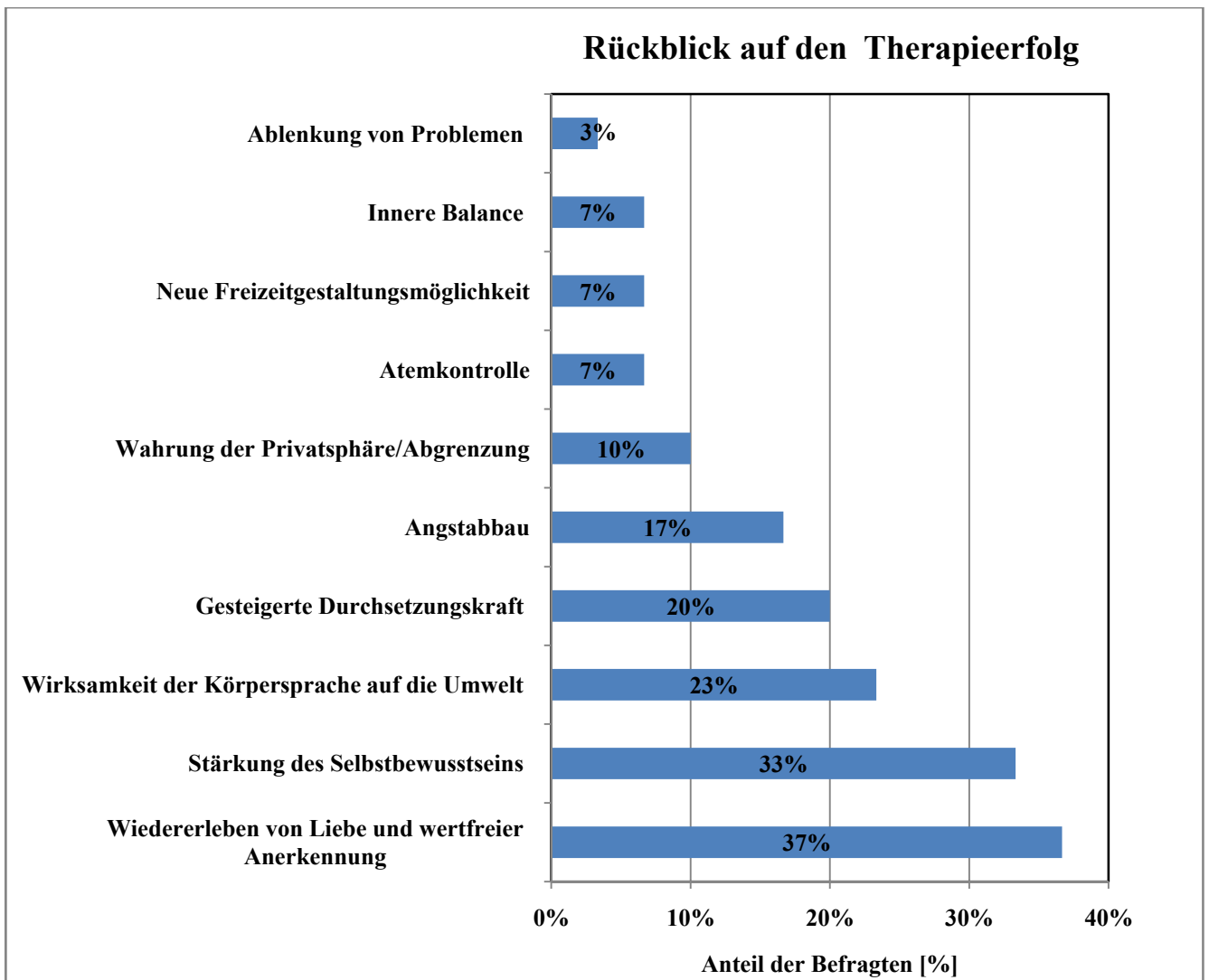


Abbildung 33: Rückblick auf den Therapieerfolg

Kurzzusammenfassung:

Der rückblickend subjektiv beurteilte Therapieerfolg bestand vorrangig darin, dass Patienten durch den Kontakt zu den Pferden das Gefühl von Liebe, Anerkennung und Wertschätzung wieder neu erleben konnten. Als nahezu gleich wertvolle Therapieeffekte beschrieben die Teilnehmer die Stärkung ihres Selbstbewusstseins und die Wirksamkeit einer gezielten Körpersprache auf die Umwelt.

2) Welche Erfahrungen haben Sie persönlich mit dieser Therapie gemacht?

Die Abbildung 34 zeigt sehr deutlich, dass bei der Beantwortung dieser Frage zwei Kategorien mit je 37% führend waren. Zu den häufigsten Erlebnissen zählten einerseits die Wiedererlangung von Ruhe, Ausgeglichenheit und Entspannung sowie andererseits die Entdeckung persönlicher Führungsqualitäten. Mit einem Anteil von 20% drückten die

Teilnehmer ferner ihre Erfahrungen aus, dass es in der Zusammenarbeit mit Pferden besonders wichtig ist, eine starke Präsenz zu zeigen und die Aufmerksamkeit ausschließlich auf das Hier und Jetzt zu lenken. Außerdem beschrieben 33% der Befragten das Gefühl von Nähe, Wärme und Zuneigung als für sie wesentliche Momente in der Therapieeinheit. Schließlich machten 3 Personen (10%) keine konkreten Angaben zu dieser Frage.

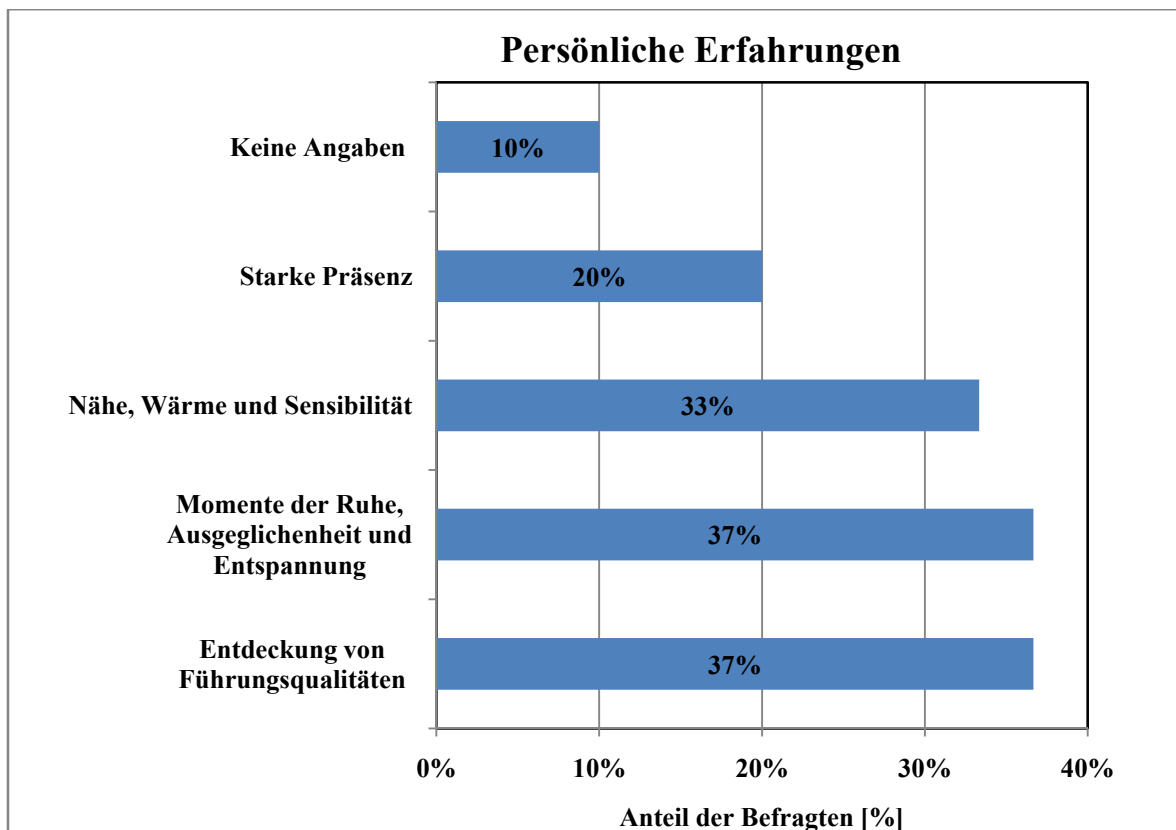


Abbildung 34: Persönliche Erfahrungen

Kurzzusammenfassung:

Zu den häufigsten Therapieerlebnissen zählten die Entdeckung von persönlichen Führungsqualitäten sowie die Wiedererlangung von Ruhe und Ausgeglichenheit. Als ebenso besondere Erfahrung erachteten die Teilnehmer die taktilen Stimulationen und das damit einhergehende Gefühl von Nähe und Wärme.

3) Wie gut wurden Ihre Erwartungen an diese Therapie erfüllt?

Für die Beantwortung dieser Frage wurden wiederum fixe Antwortmöglichkeiten („gar nicht“, „wenig“, „etwas“, „ziemlich“ und „voll erfüllt“) vorgegeben. Die Auswertung zeigte, dass die Mehrheit der Patienten (53%) mit der Therapie äußerst zufrieden war und ihre Erwartungen als voll erfüllt beurteilte. An zweiter Stelle folgte mit 43% die Antwortmöglichkeit „ziemlich erfüllt“. Schließlich kreuzte nur eine Person (3%) an, dass ihre Erwartungen nur zum Teil – im Sinne der Antwortmöglichkeit „etwas“ – erfüllt wurden. Anhand der graphischen Darstellung in Abbildung 35 können die Antworthäufigkeiten bei dieser Frage eingesehen werden.

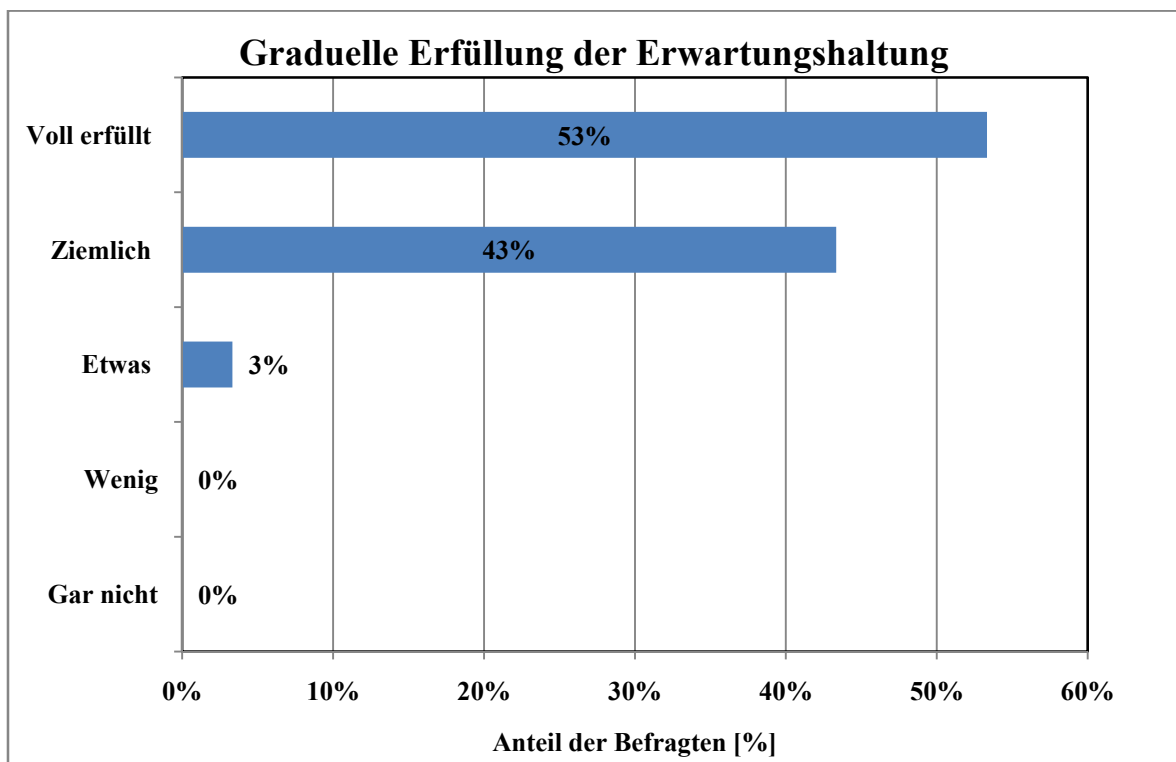


Abbildung 35: Graduelle Erfüllung der Erwartungshaltung

Kurzzusammenfassung:

Bei der Frage über die graduelle Erfüllung der Erwartungshaltung zeichnete sich mit einem Anteil von 53% eine überwiegende völlige Zufriedenheit mit dieser Therapieform ab. Weitere 43% führten an, dass ihre Erwartungen in Bezug auf die Therapie ziemlich erfüllt worden sind.

4) Was war für Sie besonders wichtig?

Diese Frage zielte darauf ab, jene für die Patienten als besonders wichtig empfundenen Therapieelemente herauszufinden. An erster Stelle findet sich, wie in Abbildung 36 veranschaulicht, die Antwortkategorie „Einzelarbeit mit dem Pferd“ (43%), die laut Angaben der Patienten die Möglichkeit zur eigenständigen Durchführung der einzelnen Übungen bietet. Im Übrigen beschrieben 37% der Befragten die Stärkung der Selbstwirksamkeit als bedeutsamsten Effekt. Weitere 27% der Teilnehmer an dieser Therapie erachteten die abschließende Reflexion und den Erfahrungsaustausch innerhalb der Gruppe als äußerst aufschlussreich und interessant. Hier kommt der psychotherapeutischen Aufarbeitung einzelner Verhaltensweisen eine besondere Bedeutung zu. Außerdem berichteten 7% der Befragten, dass die exakten Anweisungen und Hilfestellungen von Seiten der Ärztin und deren Co-Therapeutin für sie sehr wertvoll waren und für die Ausführung der verschiedenen Übungen mit dem Pferd eine wichtige Grundlage darstellten. Eine Person hielt es für sehr wichtig, dass der Anschluss zu den anderen Kollegen durch die gemeinsamen Erfahrungen erleichtert wurde und es sogar zur Entstehung von Freundschaften kam. Eine andere Nennung entfiel auf die Kategorie „Join-up“, das diesem Patienten laut eigenen Angaben als besonderes Erfolgserlebnis in Erinnerung bleiben wird. Diese beiden zuletzt genannten Kategorien waren mit je 3% vertreten.

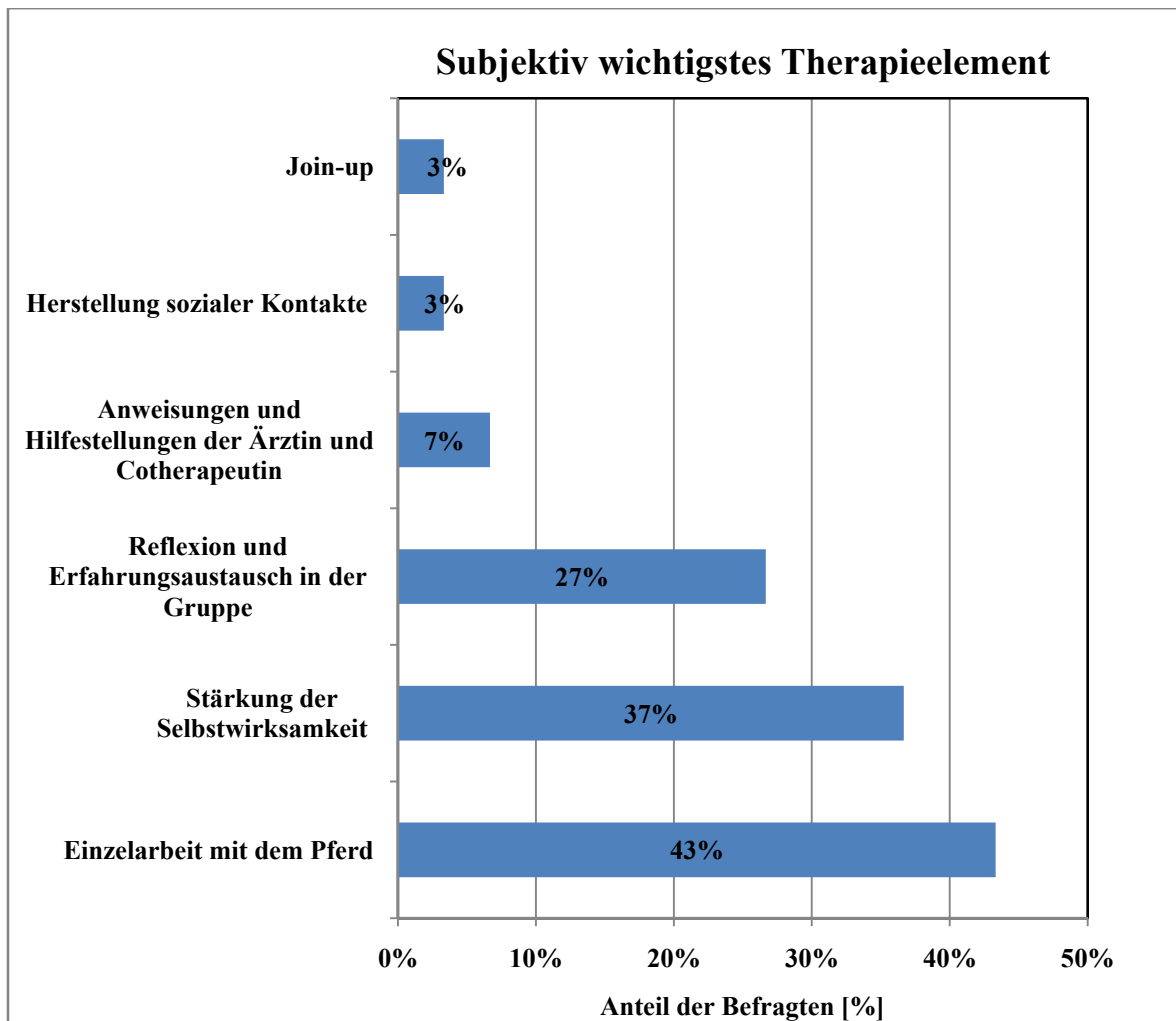


Abbildung 36: Subjektiv wichtigstes Therapieelement

Kurzzusammenfassung:

Als subjektiv wichtigstes Therapieelement stellte sich die Einzelarbeit mit dem Pferd heraus, die den Teilnehmern die Möglichkeit zur eigenständigen Durchführung der verschiedenen Bodenübungen bot und ihnen ferner die entscheidenden Erfolgserlebnisse vermittelte. Neben der gleichfalls bedeutsamen Stärkung der Selbstwirksamkeit beschrieben die Patienten die abschließende Reflexion und psychotherapeutische Aufarbeitung der persönlichen Therapieerfahrungen als sehr aufschlussreich und sinnvoll.

5) Wie gut nutzbar sind diese Therapieerfahrungen für den Alltag?

Bei der qualitativen Auswertung dieser Frage zeigte sich, dass 50% der Befragten glauben, die gesammelten Therapieerfahrungen im sozialen Kontext, also im Umgang mit ihren Mitmenschen, sehr gut integrieren zu können. 33% der Patienten behaupteten jedoch, dass es zum Zeitpunkt der zweiten Testung noch zu früh sei, um die Anwendbarkeit der Therapieerkenntnisse im Alltag beurteilen zu können, da sie sich laut ihren Angaben während der Rehabilitation in einem so genannten „geschützten Rahmen“, der nicht mit dem Leben zuhause vergleichbar sei, befänden. Aus der Abbildung 37 ist ersichtlich, dass 30% der Patienten aus der Teilnahme an der Therapie ihrer Meinung nach mit Sicherheit einen Nutzen im Berufsleben ziehen können. Eine Person (3%) führte an, dass die erlernte regelmäßige, ruhige Atmung in alltäglichen Stresssituationen zum Einsatz kommen wird. Schließlich enthielt sich bei dieser Frage eine Person (3%) der Meinungsäußerung.

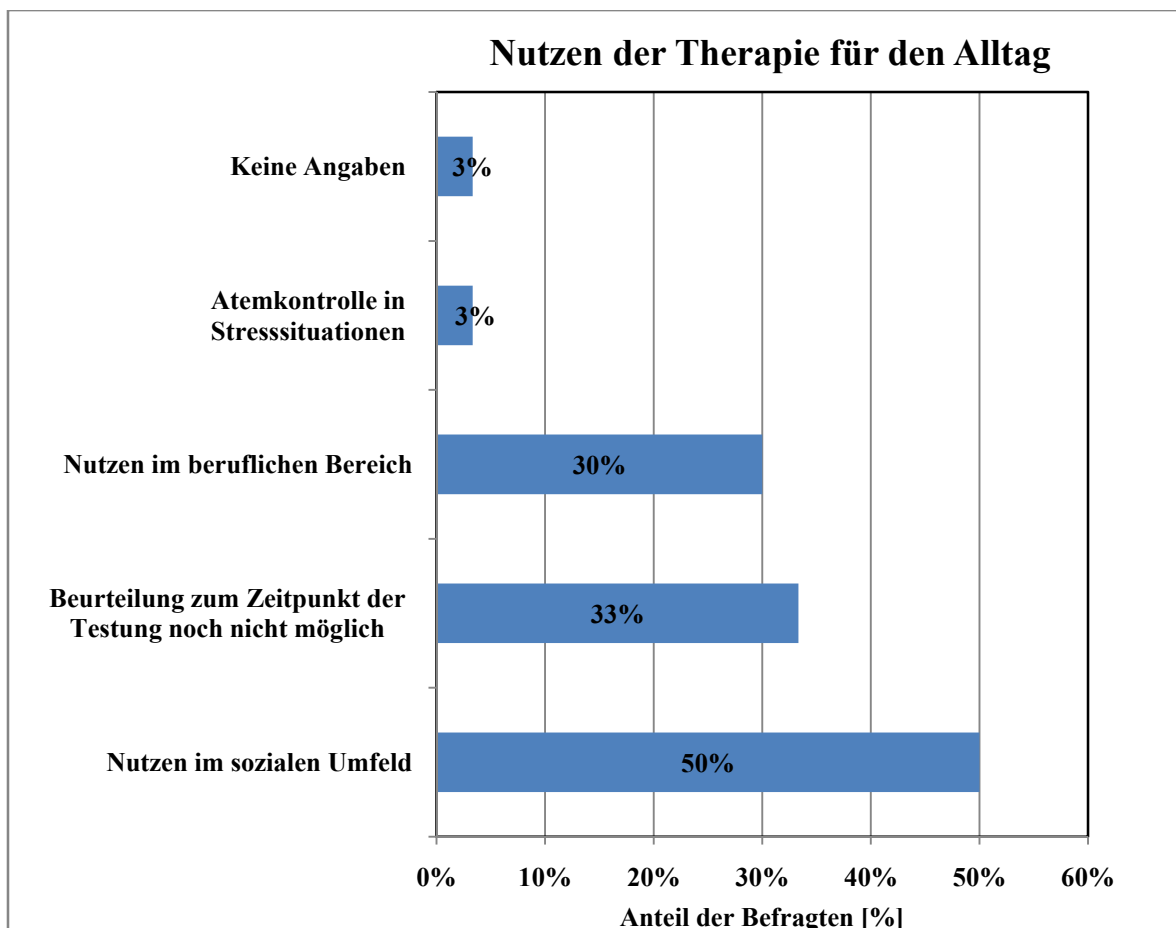


Abbildung 37: Nutzen der Therapie für den Alltag

Kurzzusammenfassung:

Die Befragung über den Nutzen der Therapieerkenntnisse für den Alltag sowie deren Implementierungsmöglichkeiten zeigte sehr deutlich, dass die Patienten durch die Teilnahme an dieser Therapieform vorrangig einen Vorteil im sozialen und beruflichen Bereich sehen. Jedoch hielten weitere 33% der Patienten die Beurteilbarkeit des Therapieeffektes für den Alltag für noch nicht möglich, da sie sich zum Zeitpunkt der Testung noch im geschützten Rahmen der Rehabilitation befanden.

6) Für wie wichtig halten Sie diese Form der Therapie?

Um die Antworten auf diese Frage vorweg vereinheitlichen zu können, wurden auch hier die drei Antwortmöglichkeiten „ganz unwichtig“, „mittelmäßig“ und „sehr wichtig“ vorgegeben. Bei der Durchsicht der einzelnen Fragebögen war ich jedoch mit angekreuzten Antworten, die eine Mittelstellung zwischen den beiden markierten Punkten „mittelmäßig“ und „sehr wichtig“ einnahmen, konfrontiert. Daher führte ich eine zusätzliche Antwortkategorie mit der Bezeichnung „wichtig“ ein. Bei der Auswertung dieser Frage wurde erkennbar, dass die Kategorie „sehr wichtig“ mit Abstand am häufigsten (67%) gewählt wurde. 27% der befragten Patienten hielten die neue Therapieform für wichtig, wohingegen 7% der Patienten dieser Therapie nur einen durchschnittlichen Stellenwert beimaßen. Die soeben dargelegten Antworten zu dieser Frage scheinen zudem in ihren Prozentanteilen in Abbildung 38 auf.

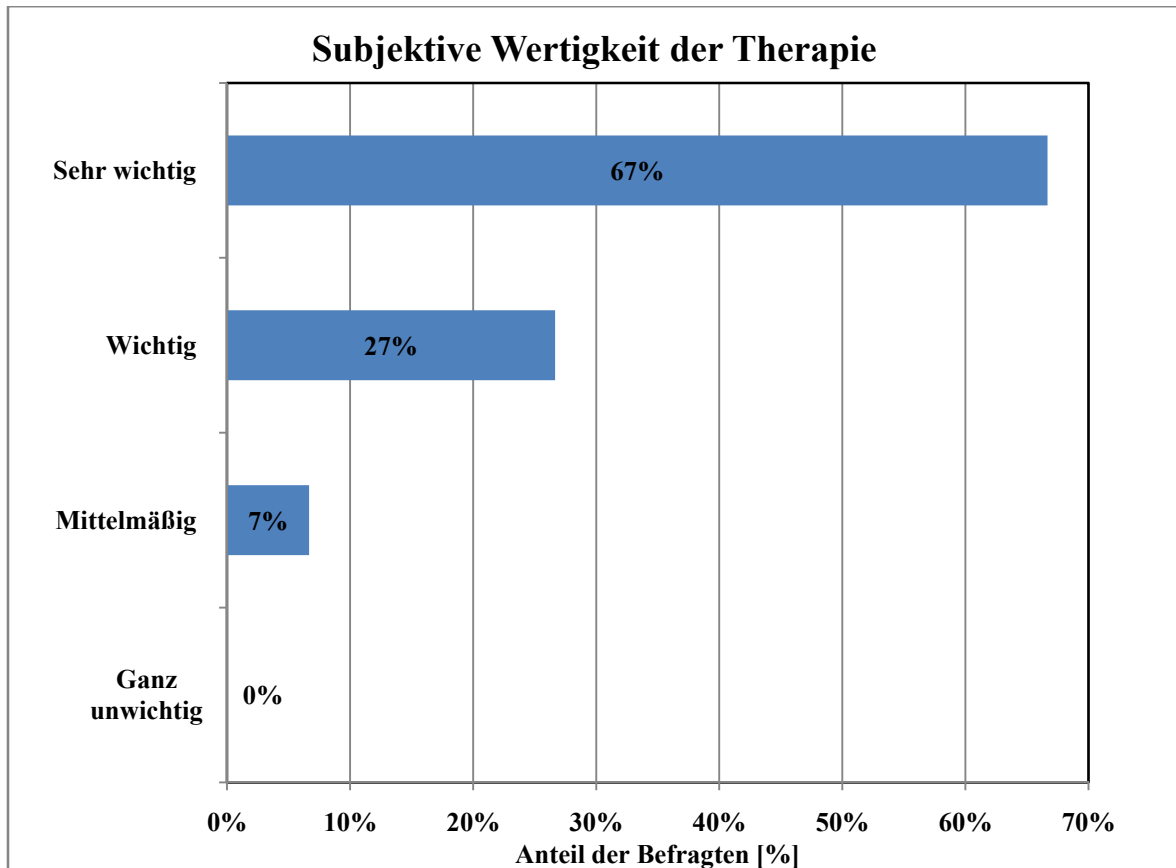


Abbildung 38: Subjektive Wertigkeit der Therapie

Kurzzusammenfassung:

Die Antworten auf die Frage über die subjektive Wertigkeit dieser Therapie lassen sehr eindrücklich erkennen, dass die deutliche Mehrheit der Patienten die pferdegestützte Therapie für sehr wichtig hält.

7) Was gibt es Ihrerseits noch an Anregungen, Ideen und Kritik zu dieser Therapieform?

Dass 43% der Befragten von der Möglichkeit, Verbesserungsvorschläge und konstruktive Kritik an dieser Stelle vorzubringen, nicht Gebrauch machten, geht aus Abbildung 39 deutlich hervor. Bei der Auswertung der übrigen Nennungen stellte sich jedoch heraus, dass sich 50% der Befragten eine Erhöhung der Anzahl und Dauer der Therapieeinheiten wünschen würden. Anstelle einer einmal wöchentlichen Abhaltung der Therapie wäre es laut den Angaben der Patienten sinnvoll, diese mindestens zweimal pro Woche anzubieten, um die Therapieerkenntnisse besser verinnerlichen zu können. Überdies wurde eine Verlängerung der Therapieeinheit von 1,5 Stunden auf 2 Stunden vorgeschlagen, um für die abschließende Reflexionsrunde in der Gruppe mehr Zeit zu gewinnen. 7% der

Rehabilitanden würden das Reiten auf dem Pferd für ein interessantes, bereicherndes zusätzliches Therapieelement halten. Eine Teilnehmerin (3%) brachte als Kritikpunkt die in ihren Augen zu starke Fluktuation der Teilnehmer vor, die einen Störfaktor für eine kontinuierlich aufbauende Arbeit mit dem Tier darstellt. Da die wöchentlich neu Hinzukommenden in der Gruppe mit den Abläufen erst vertraut gemacht werden mussten, fühlte sich diese Patientin in ihrem Therapiefortschritt ein wenig behindert. Sie würde stattdessen eine Unterteilung in mehrere Gruppen vorschlagen, die sich an der bereits absolvierten Anzahl an Therapieeinheiten orientiert. Als weiterer Verbesserungsvorschlag wurden von einer Patientin (3%) die abwechslungsreichere Gestaltung der einzelnen Einheiten und die Erweiterung des Therapieprogrammes genannt. Zuletzt gaben 7% der Befragten an, dass sie aufgrund des vielseitigen Therapieerfolges eine verpflichtende Teilnahme an dieser Therapie für jeden Rehabilitanden befürworten würden. Zudem wäre eine Vergrößerung der Ressourcenzuteilung wünschenswert, um die Wahlmöglichkeit für dieses derzeit noch optionale Therapieangebot für jeden zugänglich zu machen.

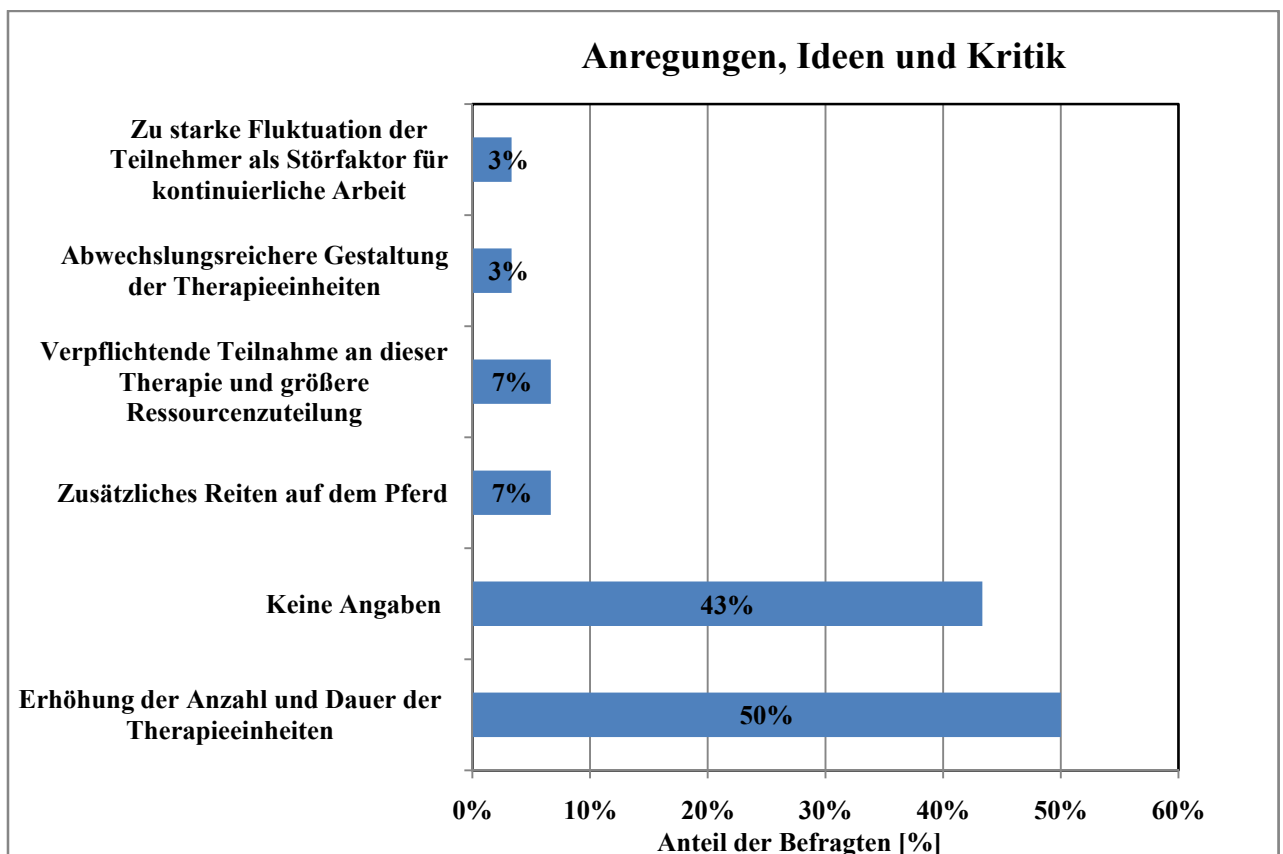


Abbildung 39: Anregungen, Ideen und Kritik

Kurzzusammenfassung:

Als bedeutsamster Optimierungsvorschlag wurde die Erhöhung der Anzahl und Dauer der Therapieeinheiten genannt, um den therapeutischen Nutzen für die Patienten entsprechend erhöhen zu können.

7.7. Qualitative Analyse des strukturierten Interviews

Wie bereits erläutert wurde zum zweiten Messzeitpunkt in Anlehnung an das Hornheide-Graz-Screening-Instrument (HGSI) ein strukturiertes Interview mit allen 60 Studienteilnehmern durchgeführt. Der erste Teil dieses Abschlussgespräches wurde anhand des HGSI-Summenscores quantitativ ausgewertet. In Kapitel 7.4. sind die diesbezüglichen Ergebnisse bereits näher beleuchtet worden. Im zweiten Teil des Interviews stellte ich allen Studienteilnehmern drei offene Fragen, die zum einen die Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung während der Rehabilitation, die unterschiedlichen subjektiven Krankheitstheorien und zum anderen die individuellen Beiträge zur Krankheitsbewältigung erfassen sollten.

Analog zu der qualitativen Auswertung der spezifisch erstellten Fragebögen zur pferdegestützten Therapie wurde die Analyse dieser Fragen ebenso mit Hilfe einer Kategorisierung vorgenommen. An dieser Stelle sei wiederum erwähnt, dass auch hier des Öfteren Mehrfachnennungen zu verzeichnen waren, weshalb die Summe der einzelnen Prozentanteile nicht zwangsweise 100% ergab.

1) Wie empfanden Sie die ärztliche Betreuung während der Rehabilitation?

Bei der Beantwortung der Frage nach der Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung während der Rehabilitation lässt sich anhand der Abbildung 40 sehr eindrücklich erkennen, dass die mit Abstand führende Kategorie (95%) die gute Arbeit der betreuenden Ärzte widerspiegelt. Zu den am häufigsten genannten Gründen, mit denen die Patienten ihre vollkommene Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung untermauerten, zählten die als besonders effektiv empfundenen Einzelgesprächstherapien, die informativen Aufklärungen über das jeweilige Krankheitsbild, über die Wirkungen und Nebenwirkungen der zum Einsatz kommenden Medikamente sowie die fachliche Kompetenz und professionelle Teamarbeit. Aufgrund der Tatsache, dass die Einzelgesprächstherapien von den

Rehabilitanden als sehr wertvoll und hilfreich erachtet wurden, äußerten 12% der Befragten den Wunsch nach einer gesteigerten Anzahl an Einzelgesprächen. Von den insgesamt 60 Studienteilnehmern gaben nur 3 Personen (5%) bekannt, dass sie mit ihrem zuständigen Oberarzt keine zweckmäßige, zufriedenstellende Beziehung und Gesprächsbasis herstellen konnten und ihre diesbezüglichen Erwartungen demnach nicht erfüllt wurden.

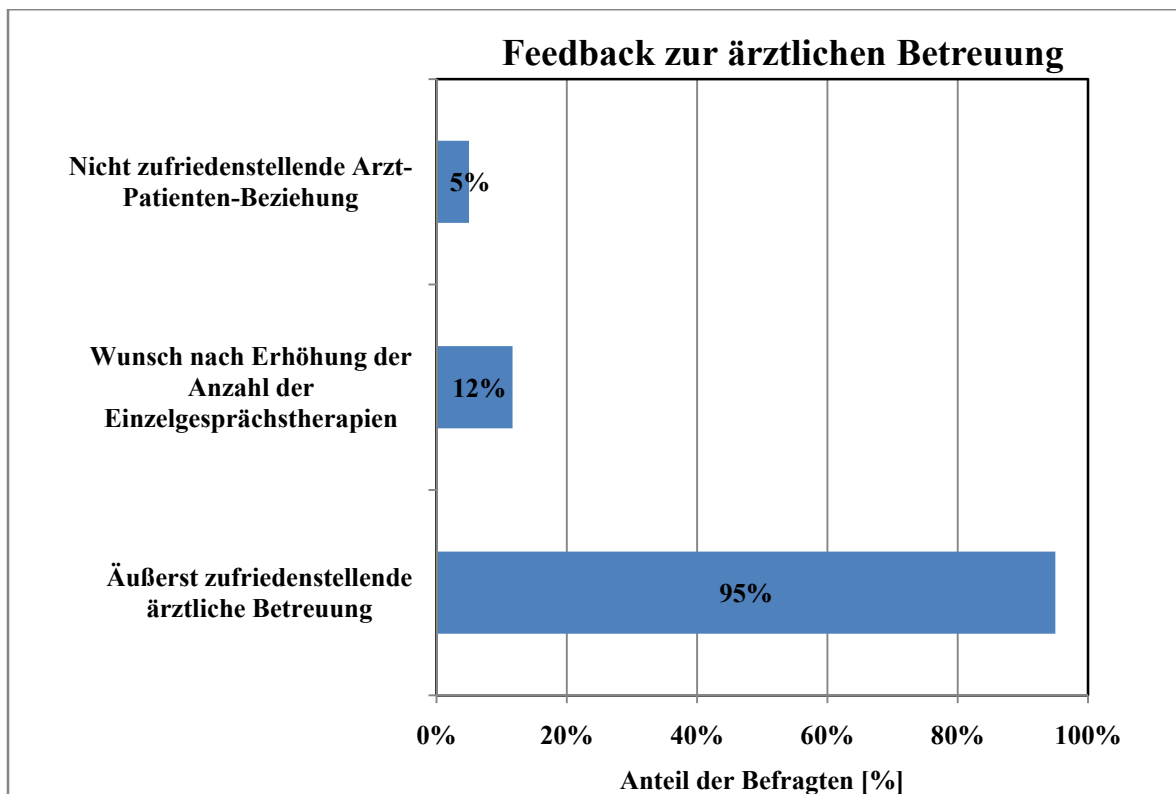


Abbildung 40: Feedback zur ärztlichen Betreuung

Kurzzusammenfassung:

Anhand der Antworten auf die Frage nach der Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung kann diese bei nahezu allen Rehabilitanden (95%) als sehr hoch eingestuft werden. Als besonders effektiv wurden die Einzelgesprächstherapien mit dem zuständigen Oberarzt beziehungsweise dem Therapeuten empfunden, weshalb der Wunsch nach einer gesteigerten Frequenz dieser Interventionen ausgedrückt wurde.

2) Wie erklären Sie sich die Entstehung Ihrer Erkrankung im Lebenskontext?

Im Rahmen des Abschlussinterviews war außerdem auch die subjektive Vorstellung über die Entstehung der eigenen Krankheit im Lebenskontext ein wichtiges Thema. Als besonders interessant stellte sich für mich die Tatsache heraus, dass manche Patienten

bereits vor Antritt der Rehabilitation eine sehr konkrete persönliche Krankheitstheorie vertraten, andere hingegen jedoch erst im Laufe des sechswöchigen Turnus durch die Einzeltherapien die verschiedenen ursächlichen Faktoren für die Entstehung der Erkrankung erarbeiteten. Bei der Beantwortung dieser Frage war besonders auffällig, dass in den meisten Fällen ein multikausales Geschehen für die Entwicklung der psychischen Erkrankung verantwortlich gemacht werden konnte. Somit waren bei dieser Frage Mehrfachangaben besonders häufig zu finden. Anhand der Abbildung 41 ist ersichtlich, dass die chronische berufliche Überlastung einerseits und Beziehungs-/und Eheprobleme andererseits die beiden am häufigsten genannten Gründe für die Entwicklung des psychischen Leidens darstellen. Zudem sahen 17% der Studienteilnehmer ein Verlusterlebnis einer nahestehenden Person als ausschlaggebenden Faktor für die psychische Entgleisung. Im Interview mit depressiven Patienten zeigte sich überdies eine genetische Belastung (15%), die der Entstehung der Erkrankung zugrunde lag. Als weitere dominierende Belastungen empfand man die langjährige, aufopfernde Pflege chronisch kranker Angehöriger, finanzielle Sorgen und auch das Mobbing am Arbeitsplatz oder in Vereinen. Mit einem Anteil von 7% war ferner die Kategorie „negative Kindheitserfahrungen“ vertreten. Unter diesem Begriff wurden die von Patienten beschriebene geringe Wertschätzung der eigenen Person durch die Eltern, Gewalterfahrungen sowie eine äußerst autoritäre und konservative Erziehung subsumiert. Bei ebenfalls 7% der Befragten kam es im Zuge einer schweren organischen Erkrankung zur Entwicklung einer begleitenden psychischen Problematik. Eine Person von den insgesamt 60 Studienteilnehmern schilderte eine langjährig bestehende Alkoholabhängigkeit, die in weiterer Folge mit psychischen, organischen und auch finanziellen Auswirkungen verbunden war. Schließlich gilt es zu erwähnen, dass 10% der Patienten zu dieser Frage keine näheren Angaben machen wollten.

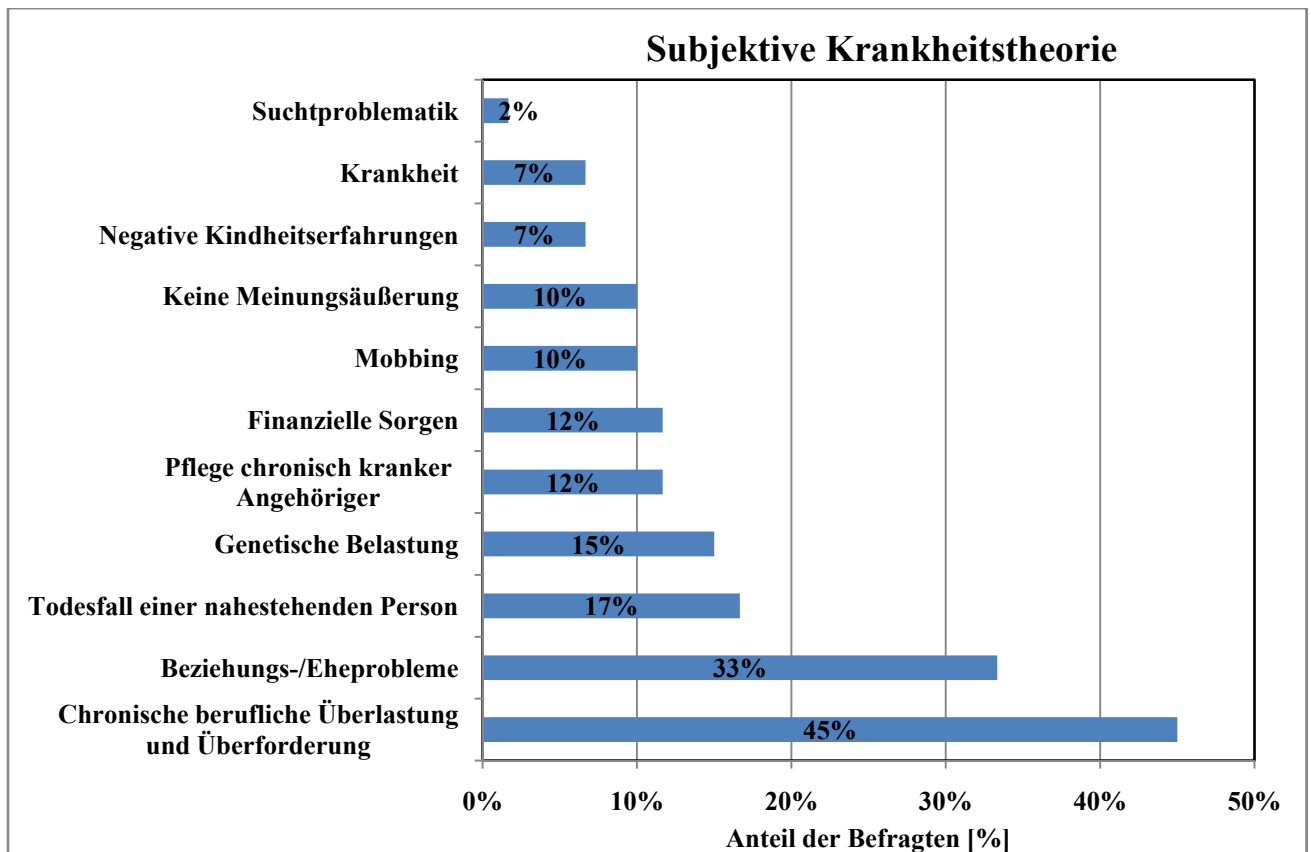


Abbildung 41: Subjektive Krankheitstheorie

Kurzzusammenfassung:

Die Durchführung der Interviews ließ in den meisten Fällen ein multikausales Geschehen für die Entwicklung der psychischen Erkrankung erkennen. Die subjektiven Krankheitstheorien stützten sich in erster Linie auf eine chronische berufliche Überlastung sowie auf Krisen im persönlichen Umfeld.

3) Welche Möglichkeiten sehen Sie, ihren Krankheitsverlauf mitzubestimmen, zu kontrollieren oder positiv zu beeinflussen?

Wie in Abbildung 42 veranschaulicht stellt für den Großteil der Patienten (93%) die langfristige Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Begleitung den bedeutungsvollsten Beitrag zur Krankheitsbewältigung dar. Weiters gaben 33% der Befragten an, die konsequente Arbeit an der eigenen Persönlichkeit für besonders wichtig zu halten, da die Umsetzung der erlernten Bewältigungsstrategien und die bewusste Änderung verinnerlichter Verhaltensweisen ihrer Meinung nach nur durch die eigene Person erfolgen kann. Als zusätzliche Möglichkeiten, den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen zu können, nannten außerdem 18% der Patienten die Fortsetzung der neuen

Therapien und Entspannungsverfahren auch zuhause, wie beispielsweise Yoga, Qi Gong, Tai Chi oder die pferdegestützte Therapie. 17% der Befragten sind zudem der Meinung, dass die Compliance des Patienten im Sinne einer gewissenhaften Medikamenteneinnahme und der regelmäßige Besuch beim Psychiater wesentlich zur Stabilisierung des Krankheitsbildes beitragen. Um die Situation am Arbeitsplatz verbessern zu können, fassen 13% der Rehabilitanden eine Stundenreduktion und 7% sogar eine völlige berufliche Neuorientierung ins Auge. Da die Patienten laut ihren eigenen Angaben während der Rehabilitation durch die regelmäßige körperliche Betätigung ein gesteigertes Gefühl an Vitalität wiedererlangten, erachteten 13% der Befragten die Fortsetzung der Sportausübung als sinnvolle Ergänzung. Weitere 12% vertrauen auf die unterstützende Anwendung von komplementärmedizinischen Heilmethoden, wie sie die Homöopathie bietet. Mit dem gleichen prozentuellen Anteil war die Antwortkategorie „Teilnahme an Selbsthilfegruppen“ vertreten. Zuletzt sei noch erwähnt, dass 2 Personen (3%) den Umgang mit ihrer psychischen Erkrankung dadurch erleichtern wollen, dass sie entsprechende Fachbücher und Ratgeber zu diesem Thema lesen.

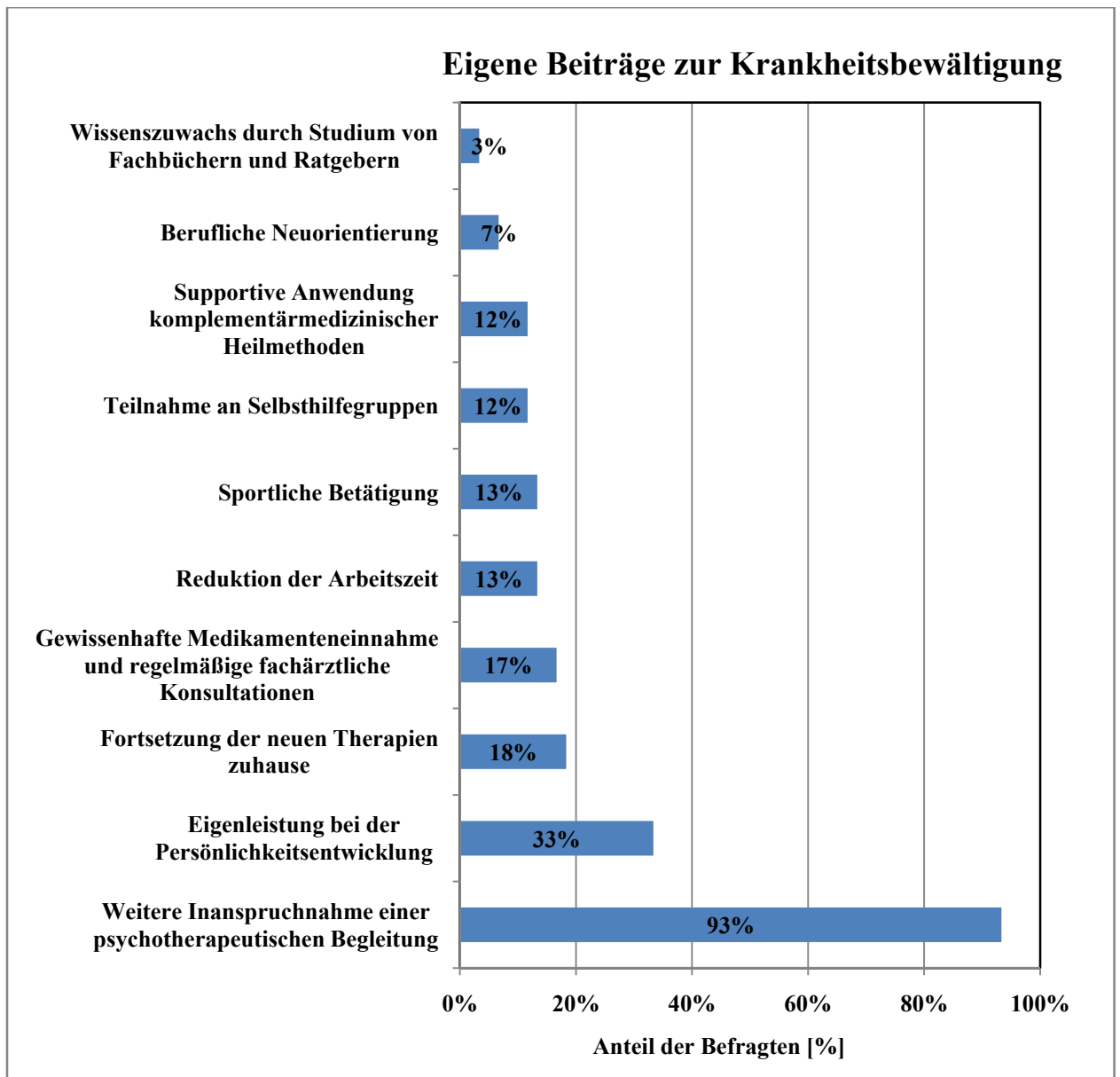


Abbildung 42: Eigene Beiträge zur Krankheitsbewältigung

Kurzzusammenfassung:

Laut den Abschlussgesprächen mit den Rehabilitanden besteht der für sie wichtigste und erfolgversprechendste Beitrag zu einem positiven Krankheitsverlauf in der langfristigen Inanspruchnahme einer Gesprächstherapie. Außerdem wird die konsequente Arbeit an den verinnerlichten Verhaltensweisen durch den Betroffenen selbst als besonders wesentlich empfunden. Neben weiteren vielfältigen Bewältigungsstrategien sehen Patienten in der Compliance hinsichtlich der psychiatrischen Behandlung sowie in der Fortsetzung der an der Klinik erprobten Therapien eine Möglichkeit, ihre Erkrankung positiv zu beeinflussen und zu kontrollieren.

8. Interpretation und Diskussion der Untersuchungsergebnisse

Die pferdegestützte Psychotherapie als relativ junges interdisziplinäres Arbeitsfeld eröffnet dem Patienten in der Zusammenarbeit mit dem Pferd neue Möglichkeiten der Selbsterfahrung und der kritischen Reflexion der eigenen Person. Da das Pferd metaphorisch als Spiegel der persönlichen Gefühle, Schwächen und Stärken fungiert und diese Abbilder dem Gegenüber anhand entsprechender Reaktionen wertfrei präsentiert, werden Menschen in der Arbeit mit diesem Tier unweigerlich mit ihrer seelischen Innenwelt konfrontiert. Der verhaltenstherapeutische Ansatz dieser Methode besteht hauptsächlich darin, die eigenen Verhaltensweisen und Emotionen kennen zu lernen und sich an der Seite des vierbeinigen Lehrmeisters die Fähigkeit anzueignen, diese zu modifizieren und zu regulieren (Schwaiger, 2000; Hartje, 2009).

Gegenstand dieser Arbeit war es nun, mit Hilfe von standardisierten und spezifisch ad hoc erstellten Fragebögen sowie anhand eines Interviews diese neue spezielle psychotherapeutische Interventionsform zu evaluieren und ihren Therapieeffekt zu erfassen.

Im Rahmen der zu diesem Zwecke durchgeführten kontrollierten Studie an der Privatklinik St. Radegund konnte gezeigt werden, dass sich Patienten nach der Teilnahme an der pferdegestützten Therapie in vielen Lebensbereichen positiv von den entsprechenden Kontrollpersonen abheben.

Als umfangreichster Fragebogen zur Erfassung verschiedener Selbstkonzepte kamen die zehn Frankfurter Selbstkonzeptskalen zum Einsatz. Die diesbezügliche statistische Auswertung zeigte sehr eindrucksvoll, dass die pferdegestützte Therapie einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung der allgemeinen Leistungsfähigkeit ($F_{58,1} = 6,41$; $p < .05$; $\eta^2 = .10$) sowie zur persönlichen Problembewältigung ($F_{58,1} = 7,82$; $p < .05$; $\eta^2 = .12$) liefert. Nach Deusinger (1986) kann im Rahmen dieser beiden Selbstkonzeptskalen ein Summenwert von größer gleich 40 als positives Selbstkonzept interpretiert werden. Wie aus der deskriptiven Statistik dieser beiden Skalen abzuleiten ist, weist zu Beginn der Rehabilitation sowohl die Therapie- als auch die Kontrollgruppe verbesserungsbedürftige Selbsteinschätzungen auf, da die Mittelwerte über den Summenwerten der jeweiligen Skala zum ersten Messzeitpunkt einen Wert geringer als 40 ausmachen. Im Gegensatz dazu verzeichnen beide getesteten Gruppen zum zweiten Messzeitpunkt eine Steigerung

der Summenscores, weshalb die Effekte der sechswöchigen Rehabilitation prinzipiell als zielführend und wertvoll einzustufen sind. Legt man jedoch den Fokus auf die Einflussgröße der pferdegestützten Therapie, so geht aus den Ergebnisdarstellungen hervor, dass Patienten aus der Therapiegruppe im Vergleich zu Kontrollpersonen eine bedeutsamere Zunahme ihrer Summenwerte für diese beiden Selbstkonzepte erfahren. Da laut Schwaiger (2000) und Hartje (2009) die Beherrschung des Pferdes im Sinne der Übernahme einer Leitfunktion den Patienten ein großes Erfolgserlebnis vermittelt, distanzieren sich Patienten möglicherweise zunehmend von ihren Vorstellungen als Versager und schätzen sich durch die erzielten Erfolge mit dem Tier als leistungsfähiger und für den Alltag tauglicher ein als zuvor. Zugleich werden die Patienten auf diesem Wege dazu ermutigt, durch den Erwerb von Eigenverantwortung und durch das Gefühl, selbst etwas bewegen zu können, die zukünftigen Probleme und Schwierigkeiten des Lebens leichter zu lösen.

Ein weiterer Aspekt, der in der statistischen Auswertung sehr klar zum Ausdruck kommt, ist der günstige Einfluss der pferdegestützten Therapie auf die Entwicklung der Verhaltens- und Entscheidungssicherheit. Diese Aussage stützt sich auf eine im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikante Veränderung dieses Selbstkonzeptes ($F_{58,1} = 8,59$; $p < .05$; $\eta^2 = .13$). Dies bedeutet, dass sich jene Personen, die an der pferdegestützten Therapie teilnahmen, am Ende der Rehabilitation in der Beurteilung und Rechtfertigung des eigenen Verhaltens sowie in der Entscheidungsfähigkeit in größerem Ausmaß gefestigt erleben als die Kontrollpersonen. Dieser Therapieerfolg könnte auf die Tatsache, dass man in der Interaktion mit dem Pferd stets eine starke Präsenz zeigen und ebenso sicher, überzeugend und schnell auf das gegenwärtige Verhalten des Pferdes reagieren muss, zurückzuführen sein.

Laut Deusinger (1986) sind die Selbstkonzepte der allgemeinen Leistungsfähigkeit, der Problembewältigung sowie der Verhaltens- und Entscheidungssicherheit sehr eng mit der Ausprägung der allgemeinen Selbstwertschätzung assoziiert. Aufgrund der positiven Bewertungen und Einstellungen zu den soeben beschriebenen Skalen (FSAL, FSAP, FSVE) innerhalb der Therapiegruppe kann folglich von einer soliden Selbstachtung und ebenso von einem Gefühl von Zufriedenheit mit der eigenen Person ausgegangen werden (Ebd.). Diese Annahme bestätigen wiederum im Speziellen jene Personen, die an der pferdegestützten Therapie teilnahmen, da sich bei der statistischen Auswertung der eigens konzipierten Selbstkonzeptskala zur allgemeinen Selbstwertschätzung eine signifikante

Änderung ($F_{58,1} = 7,85$; $p < .05$; $\eta^2 = .12$) zwischen den beiden Messzeitpunkten erkennen ließ.

Die statistische Analyse der „Frankfurter Selbstkonzeptskala zur Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen anderen“ lieferte insofern ein unerwartetes Ergebnis, als dass es in der Gegenüberstellung beider Gruppen keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich der Durchsetzungskraft eigener Vorstellungen und Meinungen und des adäquaten Umgangs mit Autoritätspersonen aufzeigte. Obwohl Brandes und Germing (2009) der Auffassung sind, dass in ihren pferdegestützten personenzentrierten Coachings die Vermittlung von selbstsicherem Auftreten und die Stärkung von Führungskompetenzen und Durchsetzungsvermögen gelingen, kann diese Aussage anhand der quantitativen Ergebnisse meiner klinischen Studie nicht geteilt werden. Rein spekulativ lässt sich an dieser Stelle vermuten, dass die Anzahl der Therapieeinheiten für eine nachhaltige Veränderung dieses Verhaltens als zu gering anzusehen ist und erst eine längerfristige Arbeit mit dem Pferd einen objektivierbaren Erfolg in diesem Bereich zu verzeichnen imstande ist. Aus der Sicht der Patienten wurde jedoch im Rahmen der Therapie sehr wohl eine gesteigerte Durchsetzungskraft erlangt, wie aus den spezifisch erstellten Fragebögen zu einem Prozentsatz von 20% erkennbar wurde.

Dass die Zusammenarbeit mit dem Tier des Weiteren als Projektionsfläche für den Umgang mit Menschen zu verstehen ist und die Fähigkeit zur Kontaktaufnahme beziehungsweise zur Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten verbessert, wird aus der signifikanten Interaktion ($F_{58,1} = 8,05$; $p < .05$; $\eta^2 = .12$) zwischen dem Messzeitpunkt und der Therapie deutlich. Ebenso beobachtete Dimitrijevic (2009), dass sich durch die Zusammenarbeit mit einem Tier ein gesteigertes Interesse an Interaktionen und Konversationen mit den Mitmenschen entwickelte und auch die Motivation, an verschiedenen sozialen Aktivitäten teilzunehmen, zunahm. Auffallend ist hier, dass dieses Selbstkonzept des Weiteren im Rahmen der selbst erstellten Fragebögen sowohl bei den Fragen zu den Vorstellungen von der pferdegestützten Therapie als auch zur Anwendbarkeit der Therapieerfahrungen im Alltag aufschien. Somit geht das objektivierbare quantitative Ergebnis dazu mit der subjektiven Beurteilung der Therapie durch die Patienten konform.

Der Einfluss der pferdegestützten Therapie auf die Selbstkonzeptskala zur Wertschätzung durch andere ist aufgrund eines tendenziellen Ergebnisses bei der statistischen Berechnung

($F_{58,1} = 2,84$; $p < .10$; $\eta^2 = .05$) nur mit Vorsicht zu interpretieren. Bei der Betrachtung der Mittelwerte zu dieser Skala lässt sich erkennen, dass sich sowohl die Personen aus der Therapiegruppe als auch jene aus der Kontrollgruppe zum ersten Messzeitpunkt als eher unzureichend geliebt und wertgeschätzt von anderen, im Speziellen von der eigenen Familie, fühlen. Im Vergleich zur Ausgangssituation kann in beiden Gruppen beim zweiten Messzeitpunkt von einer positiv empfundenen Veränderung der Wertschätzung gesprochen werden, da die Mittelwerte der Summenscores in beiden Gruppen auf größer gleich 24 anstiegen. Bei dieser Selbstkonzeptskala ist laut Deusinger (1986) nämlich ab einem Summenwert, der größer gleich 24 ist, von einem günstigen Selbstkonzept auszugehen. Obwohl die statistische Analyse zu diesem Thema nur eine Tendenz ergab, könnten die vom Pferd entgegengebrachte Wertschätzung, Anerkennung und Zuneigung möglicherweise als Ersatz für das mangelnde Ansehen innerhalb der Familie oder des sozialen Umfelds gedient haben und für den angedeuteten Perspektivenwechsel verantwortlich gewesen sein.

Bei der Darlegung der Hauptergebnisse dieses klinischen Forschungsprojektes soll außerdem die signifikante Reduktion der Angstwerte ($F_{57,1} = 7,77$; $p < .05$) innerhalb der Therapiegruppe nicht unerwähnt bleiben. Demnach erfuhren jene Patienten, die an der pferdegestützten Therapie teilnahmen, eine im Vergleich zur Kontrollgruppe bedeutsamere Veränderung ihres ängstlichen Verhaltens. Dieses Ergebnis spiegelt sich interessanterweise auch in den qualitativ ausgewerteten Fragebögen wider, wo 17% der Patienten angaben, durch die Arbeit mit diesem mächtigen Tier ihre Ängstlichkeit besser in den Griff bekommen zu haben.

Was mir des Weiteren als besonders spannend und eindrücklich erscheint, ist die Tatsache, dass bei Patienten aus der Therapiegruppe am Ende der Rehabilitation ein wesentlich geringerer psychosozialer Betreuungsbedarf besteht als bei den entsprechenden Kontrollpersonen. Dies lässt sich anhand eines signifikanten Ergebnisses aus dem durchgeführten t-Test für unabhängige Variablen ($t_{58} = -3,60$; $p < .05$) belegen. Ebenso aussagekräftig stellen sich die errechneten Mittelwerte des HGSI-Summenscores dar. Während der Mittelwert des errechneten Scores in der Therapiegruppe nur 3,93 betrug, ergab jener in der Kontrollgruppe hingegen 6,37. Dass sich Patienten aus der Therapiegruppe vor der Entlassung deutlich weniger betreuungsbedürftig und durch den Erwerb verschiedener Copingstrategien in geringerem Ausmaße von ihrer Erkrankung

subjektiv beeinträchtigt fühlen, könnte meiner Meinung nach mit den bereits erörterten Fortschritten in den verschiedenen Lebensbereichen in Verbindung gebracht werden.

Schließlich soll bei der Zusammenfassung der Hauptergebnisse natürlich auch den qualitativen Auswertungen der spezifisch ad hoc erstellten Fragebögen ein wichtiger Stellenwert beigemessen werden. Die Teilnehmer an der pferdegestützten Therapie erlebten diese neue psychotherapeutische Interventionsform mit dem Tier nahezu geschlossen als äußerst bereichernde und positive Erfahrung, die in vielen Bereichen des Alltags als gut integrierbar und umsetzbar erachtet wird. Das Erlebnispotential der Therapie schien angesichts der dargelegten Ergebnisse hoch genug gewesen zu sein, um signifikante Therapieeffekte in verschiedenen Bereichen des Selbstkonzepts abbilden zu können. Dennoch würden sich Patienten eine Erhöhung der Anzahl und Dauer der Therapieeinheiten wünschen, um einen noch nachhaltigeren Nutzen daraus zu ziehen.

Die verschiedenen Antworten der Patienten auf die offen gestellten Fragen zu den Vorstellungen und Erfahrungen die Therapie betreffend stimmen bis auf einen Punkt geradezu vollständig mit den Ansichten über das breite Wirkspektrum dieser Therapie, wie sie die klinische Psychologin Dr. Karol Jane (2007) beschreibt, überein. Im Rahmen der Arbeit mit dem Pferd ist die aktuelle Erfahrung, die eine starke Präsenz voraussetzt, von besonderer Wichtigkeit, da sich die Therapie am gegenwärtigen Zustand des Patienten orientiert und die Aufmerksamkeit auf das Hier und Jetzt lenkt (Ebd.). Außerdem sehen Patienten die Beziehung mit dem Tier als neue Möglichkeit, wieder Vertrauen und Zuneigung spüren zu können. Für Karol Jane (2007) bestehen weitere Schwerpunkte der Therapie in der Förderung der nonverbalen Kommunikation und in den präverbalen Erfahrungen, worunter das Gefühl von Nähe und Wärme sowie die taktile Stimulation zu verstehen sind. Diese Wirkweisen der Therapie spiegeln sich ebenfalls sehr deutlich in den Antwortkategorien der selbst erstellten Fragebögen wider. Als nächsten Punkt beschreibt Karol (2007) die therapeutische Anwendbarkeit der Metaphern im alltäglichen Leben. Dieser Aspekt ist ebenfalls in den Antwortkategorien der untersuchten Patienten zu finden. Der Vergleich der Wirkweisen, wie sie Karol (2007) beschreibt, mit jenen, wie sie von den Rehabilitanden in St. Radegund erlebt wurden, macht deutlich, dass eine Übereinstimmung nur in einem einzigen Punkt nicht gegeben war. Die Bedeutung einer therapeutischen Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten wurde von Seiten der Rehabilitanden nicht im Speziellen erwähnt. Dies könnte in erster Linie daran liegen, dass die Therapie in St. Radegund nicht im Sinne einer Einzeltherapie, wo ausschließlich der Patient, das Pferd und

der zuständige Therapeut interagieren, abgehalten werden kann, sondern vielmehr eine gleichzeitige Betreuung von etwa zehn oder mehr Patienten durch nur zwei Therapeuten erfolgen muss.

Natürlich ist es nötig, bei der umfassenden Darstellung und Interpretation der Ergebnisse auch die Grenzen dieser Therapie aufzuzeigen und die Tragweite des Behandlungseffektes kritisch zu hinterfragen. In diesem Zusammenhang muss festgehalten werden, dass der Einsatz der pferdegestützten Therapie nicht bei jedem psychiatrischen Patienten unüberlegt erfolgen kann. Eine wichtige Voraussetzung für die Anwendung dieser begleitenden Therapieform stellt eine weitgehende psychische Stabilisierung des Patienten dar. Eine Selbst- oder Fremdgefährdung des Patienten sowie akut psychotische Zustände wären nämlich in der Arbeit mit dem Pferd absolut kontraindiziert (Dettling, Kläschen & Opgen-Rhein, 2011). Außerdem muss an dieser Stelle betont werden, dass diese Therapie zwar eine äußerst wirkungsvolle und interessante begleitende Behandlungsform darstellt, jedoch nicht das umfassende Konzept einer psychiatrischen Betreuung ersetzen kann. Vielmehr soll dieses Therapieangebot als unterstützendes und ergänzendes Verfahren gesehen werden und dabei nicht auf die Notwendigkeit einer medikamentösen und gesprächstherapeutischen Intervention vergessen werden.

Unter der Berücksichtigung aller soeben diskutierten Ergebnisse stellt sich nun die Frage, ob es zweckmäßig ist, bei ausgewählten Krankheitsbildern, wie zum Beispiel affektiven Störungen, Angststörungen oder Burn-out, diese spezielle psychotherapeutische Interventionsform in das rehabilitative multimodale Behandlungsprogramm zu implementieren. Da sowohl anhand von quantitativen Ergebnissen die Therapieeffekte auf die verschiedenen Selbstkonzepte belegt werden konnten als auch die qualitative Auswertung der Fragebögen eine sehr große Bestätigung der Erwartungen zeitigte und eine Hilfe im Umgang mit den persönlichen Problemen darstellte, kann zweifelsohne von einem objektivierbaren Therapieerfolg gesprochen werden. Aus diesem Grunde wäre eine fixe Verankerung dieser Therapieform im rehabilitativen Konzept als durchaus sinnvoll und fortschrittlich zu beurteilen. Wie im theoretischen Teil aufgezeigt gibt es bereits einige Vorreiter auf diesem Gebiet in Österreich wie zum Beispiel die Privatklinik St. Radegund, das psychosomatische Zentrum Waldviertel, der Verein Pferdecoaching oder das Zentrum für pferdeunterstütztes Wachstum und Lernen. Um entsprechend den Wünschen der Patienten die Ressourcenzuteilungen zu vergrößern und das Angebot in den verschiedenen Bundesländern zu erweitern, damit auch eine private Fortsetzung der erprobten Therapie in

der eigenen Umgebung möglich wird, bedarf es meiner Meinung nach noch einer verstärkten Werbung für diese Therapie und ebenso weiterer wissenschaftlicher Evaluierungen. Mit dieser Arbeit soll ein wesentlicher Schritt zur Anerkennung der Wirksamkeit dieser Therapieform gesetzt werden.

Literaturverzeichnis

- Anditsch, M., Fasching, P., Psota, G., Rainer, M. & Walter, A. (2009). *Psychopharmaka Austria 2010. IFPA Interdisziplinäres Forum für Psychopharmako-Therapie im Alter*. Wien: Verlag: k. A.
- Ballarini, G. (2003). Pet therapy. Animals in human therapy. *Acta Bio Medica*, 74, 97-100.
- Blomeyer, F. C. (2011). *Burnout. Warum läßt Du Dich verheizen?*. Radeberg: Zeitenwende.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bradberry, J., Meinersmann, K. M. & Roberts, F. B. (2008). Equine-facilitated psychotherapy with adult female survivors of abuse. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 46, 36-42.
- Brandes, P. & Germing, C. (2009). Bewegt und berührt. Pferdegestütztes Personenzentriertes Coaching. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 40(1), 34-36.
- Dettling, M., Kläschen, M. & Opgen-Rhein, C. (2011). Praxis Pferdegestützter Therapie bei psychischen Störungen. In M. Dettling, M. Kläschen, K. Krüger & C. Opgen-Rhein (Hrsg.), *Pferdegestützte Therapie bei psychischen Erkrankungen* (77-146). Stuttgart: Schattauer.
- Deusinger, I. M. (1986). *Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe
- Dimitrijevic, I. (2009). Animal-assisted therapy – a new trend in the treatment of children and adults. *Psychiatria Danubina*, 21(2), 236-241.
- Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Forschung und Lehre*, 16(2), 3-12.
- Egger, J. W. (2007). Der lange Weg von der Psychosomatik zur biopsychosozialen Medizin. *Psychologische Medizin*, 18(1), 2-4.

- Egger, J. W. (2008). Grundlagen der „Psychosomatik“. Zur Anwendung des biopsychosozialen Krankheitsmodells in der Praxis. *Psychologische Medizin*, 19(2), 12-22.
- Egger, J. W., Schmidt, U. K. & Stix, P. (2002). Dokumentation von psychosozialen Belastungen bei stationären Patienten und Ermittlung des psychosozialen Betreuungsbedarfs im klinischen Routinebetrieb. *Psychologische Medizin*, 13, 18-29.
- Eichberger, U. (2007). Natur- und Pferde-gestützte Verhaltenstherapie – ein Erlebnisbericht. *Psychologische Medizin*, 18(2), 73-76.
- Grohmann, S. & Paar, G. H. (2008). Stationäre psychosomatische Rehabilitation. In C. Jacobi, F. Lamprecht, R. Meermann, G. H. Paar, G. Schmid-Ott & S. Wiegand-Grefe (Hrsg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen. Behandlungsangebote. Qualitätsmanagement* (55-73). Stuttgart: Schattauer.
- Hartje, W. C. (2009). *Therapieren mit Pferden. Heilpädagogik – Hippotherapie – Psychiatrie*. Filderstadt-Bernhausen: Ulmer.
- Herold, G. (2008). *Innere Medizin*. Köln: Herold.
- Karol, J. (2007). Applying a traditional individual psychotherapy model to Equine-facilitated Psychotherapy (EFP): theory and method. *Clinical child psychology and psychiatry*, 12, 77-90.
- Kläschen, M. (2011). Historie der Pferdegestützten Therapie. In M. Dettling, M. Kläschen, K. Krüger & C. Opgen-Rhein (Hrsg.), *Pferdegestützte Therapie bei psychischen Erkrankungen* (3-9). Stuttgart: Schattauer.
- Kläschen, M. (2011). Ausbildung des Therapiepferdes. In M. Dettling, M. Kläschen, K. Krüger & C. Opgen-Rhein (Hrsg.), *Pferdegestützte Therapie bei psychischen Erkrankungen* (37-53). Stuttgart: Schattauer.
- Klüwer, B. (2005). Selbsterfahrung auf dem Pferd. Mensch und Pferd – eine Beziehung mit Jahrtausende alter Geschichte. In M. Mehlem (Hrsg.), *Psychotherapie mit dem Pferd. Beiträge aus der Praxis* (10-19). Warendorf: FNverlag.
- Küfferle, B. & Lenz, G. (2002). *Klinische Psychiatrie*. Wien: Facultas Universitätsverlag.

Laux, G. (2009). Affektive Störungen. In A. Deister, G. Laux & H. - J. Möller (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie 4. Auflage* (76-110). Stuttgart: Thieme Verlag KG.

Masini, A. (2010). Equine-assisted psychotherapy in clinical practice. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 48, 30-34.

Mehlem, M. (2005). Gründung und Entwicklung der Fachgruppe Arbeit mit dem Pferd in der Psychotherapie. In M. Mehlem (Hrsg.), *Psychotherapie mit dem Pferd. Beiträge aus der Praxis* (4-6). Warendorf: FNverlag.

Opgen-Rhein, C. (2011). Wirkweisen Pferdegestützter Therapie. In M. Dettling, M. Kläschen, K. Krüger & C. Opgen-Rhein (Hrsg.), *Pferdegestützte Therapie bei psychischen Erkrankungen* (11-22). Stuttgart: Schattauer.

Pschyrembel, W. (2007). *Klinisches Wörterbuch Pschyrembel 261. Auflage*. Berlin: Walter de Gruyter GmbH & CO. KG.

Roberts, M. (2000). *Das Wissen der Pferde und was wir Menschen von ihnen lernen können*. Köln: Bastei Lübbe Verlag.

Roberts, M. (2002). *Die Sprache der Pferde. Die Monty-Roberts-Methode des JOIN-UP*. Köln: Bastei Lübbe Verlag.

Rothenhäusler, H. - B. & Täschner, K. - L. (2007). *Kompendium Praktische Psychiatrie*. Wien: Springer-Verlag.

Schmiedel, V. (2010). *BURNOUT: Wenn Arbeit, Alltag & Familie erschöpfen. Welche körperlichen Untersuchungen Ihnen jetzt weiterhelfen. Wie Sie aus der Stressspirale aussteigen*. Stuttgart: TRIAS.

Schwaiger, S. E. (2000). *Der Weg mit Pferden – Ein Weg zu mir. Das Pferd als Persönlichkeitstrainer*. Stuttgart: Franckh -Kosmos Verlags-GmbH & Co.

Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Pearson Education.

Uexküll, T. v. & Wesiack, W. (2003). Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell. In R. H. Adler et al. (Hrsg.), *Uexküll*.

Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns 6. Auflage (3-42). München: Urban & Fischer.

Weiger, M. (2005). Pferde – Wegbegleiter aus der Depression. In M. Mehlem (Hrsg.), *Psychotherapie mit dem Pferd. Beiträge aus der Praxis* (94-108). Warendorf: FNverlag.

Wilder, J. (1958). Modern psychophysiology and the law of initial value. *American Journal of Psychotherapy*, 12, 199-221.

Woschnak, C. (2000). *Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Seminararbeit. Wien, März 2000.

Internetverzeichnis

<http://derstandard.at/1271376589150/Krankenstaende-Psychische-Erkrankungen-am-Vormarsch> (zuletzt besucht am 23.05.2011)

http://de.wikipedia.org/wiki/Abhängige_Persönlichkeitsstörung (zuletzt besucht am 24.05.2011)

<http://de.wikipedia.org/wiki/Dexamethason-Suppressionstest> (zuletzt besucht am 23.05.2011)

<http://de.wikipedia.org/wiki/Join-Up-Methode> (zuletzt besucht am 23.03.2011)

<http://de.wikipedia.org/wiki/Monoaminoxidase-Hemmer> (zuletzt besucht am 20.05.2011)

http://de.wikipedia.org/wiki/Monty_Roberts (zuletzt besucht am 23.03.2011)

<http://de.wikipedia.org/wiki/Psychoedukation> (zuletzt besucht am 23.06.2011)

<http://de.wikipedia.org/wiki/Stupor> (zuletzt besucht am 24.05.2011)

<http://de.wikipedia.org/wiki/Tranylecypromin> (zuletzt besucht am 24.05.2011)

<http://www.carina-prantl.at/index.php?Seminare> (zuletzt besucht am 20.02.2011)

<http://www.carina-prantl.at/pdfdateien/Standard8.1.2011.pdf> (zuletzt besucht am 20.02.2011)

<http://www.deltasociety.org/Document.Doc?id=10> (zuletzt besucht am 04.02.2011)

<http://www.dkthr.de/dkthrfakten.php?n2=therapie> (zuletzt besucht am 04.02.2011)

<http://www.eagala.org/de/node/3791> (zuletzt besucht am 04.02.2011)

<http://www.fapp.net/treff1.htm> (zuletzt besucht am 04.02.2011)

<http://www.hippotherapie.at/Wirkung.html> (zuletzt besucht am 01.02.2011)

http://www.ipth.ch/aktuelle_angebote.html (zuletzt besucht am 04.02.2011)

http://www.meduni-graz.at/ethikkommission/index_dwnld.html (zuletzt besucht am 05.02.2011)

http://www.montyroberts.com/ab_about_monty/ab_about_monty/ (zuletzt besucht am 22.03.2011)

<http://www.narha.org/about-narha/about-narha> (zuletzt besucht am 06.02.2011)

http://www.pantucek.com/diagnose/ICF/icf_kuzreinfuehrung.pdf (zuletzt besucht am 22.05.2011)

http://www.pferdecoaching.at/fileadmin/files/Flyer_Pferdecoaching.pdf (zuletzt besucht am 05.02.2011)

<http://www.pferdecoaching.at/robert-koch.html> (zuletzt besucht am 05.02.2011)

<http://www.pferdecoaching.at/info/burnout-psychotherapie-mit-hilfe-von-pferden.html> (zuletzt besucht am 05.02.2011)

<http://www.praxis-am-hof.at/Th2.html> (zuletzt besucht am 22.04.2011)

<http://www.privatklinik-stradegund.at/home/radegund/leistungen/die-sechs-saeulen.php> (zuletzt besucht am 25.05.2011)

<http://www.privatklinik-stradegund.at/home/radegund/leistungen/Therapeutisches-Konzept.php> (zuletzt besucht am 25.05.2011)

http://www.privatklinik-stradegund.at/home/radegund/ueber_uns/der-kurort.php (zuletzt besucht am 25.05.2011)

http://www.privatklinik-stradegund.at/home/radegund/ueber_uns/ueber_uns.php (zuletzt besucht am 22.05.2011)

http://www.privatklinik-stradegund.at/home/radegund/ueber_uns/unser_team.php (zuletzt besucht am 22.05.2011)

http://www.projekt-ganzheitliches-reiten.de/pageID_2862488.html (zuletzt besucht am 06.02.2011)

<http://www.testzentrale.de/programm/frankfurter-selbstkonzeptskalen.html> (zuletzt besucht am 25.06.2011)

<http://www.testzentrale.de/programm/hospital-anxiety-and-depression-scale-deutsche-version.html> (zuletzt besucht am 25.06.2011)

Anhang

Antrag

Version 6.1 vom 03.05.2010

Bitte immer die aktuelle Version verwenden (<http://ethikkommissionen.at>)!

Dieses Formular soll für Einreichungen bei österreichischen Ethikkommissionen verwendet werden.
Es setzt sich aus einem allgemeinen Teil A - Angaben zur Studie und zum Sponsor -
und aus einem speziellen Teil B - Angaben zu der/den einzelnen Prüfstelle(n) - zusammen.
Bei Einreichungen für mehrere Zentren (Prüfer/innen) muss nur der Teil B an das jeweilige Zentrum angepasst werden.

Adresse der Ethikkommission (optional)

Ethikkommission der medizinischen
Universität Graz
LKH - Universitätsklinikum -Eingangsgebäude
Auenbruggerplatz 2, 3.OG
8036 Graz

Raum für Eingangsstempel, EK-Nummer, etc.

Bitte Freilassen!

ANTRAG AUF BEURTEILUNG EINES KLINISCHEN FORSCHUNGSPROJEKTES

für folgende Prüfer/innen bei folgenden österreichischen Ethikkommissionen:

- Bitte **alle** Ethikkommissionen eintragen, an die der Antrag gesendet wird (**Kurzbezeichnung!**) ◀
- Im Falle einer **multizentrischen Arzneimittelstudie** ist die **Leitethikkommission** als erste anzuführen! ◀

Zuständige Ethikkommission	Prüfer/in (lokale Studienleitung)
Ethikkommission der medizinischen Universität Graz	Univ.-Prof.Dr. Josef W. Egger Mag. DDr. Michael Trapp

Teil A

1. Allgemeines:

1.1 Projekttitel: **Evaluierung einer pferdegestützten psychologischen Therapie im Rahmen der stationären psychosomatischen Rehabilitation von PatientenInnen der Privatklinik St.Radegund**

1.2 Protokollnummer/-bezeichnung:

1.2.1 EudraCT-Nr.:

1.3 Datum des Protokolls:

1.3.1 ISRCTN-Nr.:

1.4 Daten der beiliegenden Amendments: 1.4.1 Nr.

1.4.2 Datum:

1.4.3 Nr.

1.4.4 Datum:

1.4.5 Nr.

1.4.6 Datum:

1.5 Sponsor / Rechnungsempfänger/in (Kontaktperson in der Buchhaltung):

Sponsor

Rechnungsempfänger/in

1.5.1 Name:

1.5.2 Adresse:

1.5.3 Kontaktperson:

1.5.4 Telefon:

1.5.5 FAX:

1.5.6 e-mail:

1.5.7 UID-Nummer

(wenn nicht gleich wie „Sponsor“)

2. Eckdaten der Studie

- 2.1 Art des Projektes: ☐ 2.1.1 Klinische Prüfung eines nicht registrierten **Arzneimittels**
☐ 2.1.2 Klinische Prüfung eines registrierten **Arzneimittels**
☐ 2.1.2.1 gemäß der Indikation ☐ 2.1.2.2 nicht gemäß der Indikation
☐ 2.1.3 Klinische Prüfung einer neuen **medizinischen Methode**
☐ 2.1.4 Klinische Prüfung eines **Medizinproduktes**
☐ 2.1.4.1 mit CE-Kennzeichnung ☐ 2.1.4.2 ohne CE-Kennzeichnung
☐ 2.1.4.3 Leistungsbewertungsprüfung (In-vitro-Diagnostika)
☐ 2.1.5 **Nicht-therapeutische biomedizinische Forschung** am Menschen
(Grundlagenforschung)
☐ 2.1.6 **Genetische Untersuchung**
☒ 2.1.7 **Sonstiges** (z.B. Diätetik, Epidemiologie, etc.), bitte spezifizieren:
explorative Studie - Evaluierung einer Therapie

Zusatzinformation: ☐ 2.1.8 **Dissertation** ☒ 2.1.9 **Diplomarbeit**

2.2 Fachgebiet: **Medizinische Psychologie und Psychotherapie**

2.3 Arzneimittelstudie (wenn zutreffend) **2.4 Medizinproduktstudie** (wenn zutreffend)

2.3.1 Prüfsubstanz(en):

2.4.1 Prüfprodukt(e):

2.3.2 Referenzsubstanz:

2.4.2 Referenzprodukt:

2.5 Klinische Phase: ____ (unbedingt angeben, bei Medizinprodukten die am ehesten zutreffende Phase)

2.6 Nehmen andere Zentren an der Studie teil: ☐ ja ☒ nein. Wenn **ja**:
2.6.1 im Inland ☐ 2.6.2 im Ausland ☐

2.7 Liste der Zentren:

2.8 Liegen bereits Voten anderer Ethikkommissionen vor?

☐ ja ☒ nein. Wenn **ja**, **Voten beilegen!**

2.9 Geplante Anzahl der Prüfungsteilnehmer/innen gesamt (alle teilnehmenden Zentren): **60**

2.10 Charakterisierung der Prüfungsteilnehmer/innen: 2.10.1 Mindestalter: **18** 2.10.2 Höchstalter: **80**

2.10.3 Sind auch nicht persönlich Einwilligungsfähige einschließbar? ☐ ja ☒ nein

2.10.4 Einschließbar sind ☒ weibliche (und/oder) ☒ männliche Teilnehmer/innen.

2.10.5 Sind gebärfähige Frauen einschließbar? ☒ ja ☐ nein

2.11 Dauer der Teilnahme der einzelnen Prüfungsteilnehmer/innen an der Studie: **ca. 2 Stunden**

2.11.1 Aktive Phase:

2.11.2 Nachkontrollen:

2.12 Voraussichtliche Gesamtdauer der Studie: **8 - 10 Monate**

3a. Betrifft nur Studien gemäß AMG: Angaben zur Prüfsubstanz (falls nicht in Österreich registriert):

3.1 Registrierung in anderen Staaten? ☐ ja ☐ nein. Wenn **ja**, geben Sie an, in welchen:

3.2 Liegen über das zu prüfende Arzneimittel bereits aussagekräftige Ergebnisse von klinischen Prüfungen vor? ☐ ja ☐ nein

Wenn **ja**, bitte geben Sie folgende Daten an:

3.2.1 In welchen Staaten wurden die Prüfungen durchgeführt:

3.2.2 Phase: _____ (Wenn Studien in mehreren Phasen angeführt sind, die höchste Phase angeben)

3.2.3 Zeitraum:

3.2.4 Anwendungsart(en):

3.2.5 Wurde(n) die klinische(n) Prüfung(en) gemäß GCP-Richtlinien durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

3.2.6 Liegt ein Abschlußbericht vor? ☐ ja ☐ nein

Wenn **ja**, bitte legen Sie die **Investigator's Brochure**, **relevante Daten** oder ein **Gutachten des Arzneimittelbeirates** bei.

3b. Sonstige im Rahmen der Studie verabreichte Medikamente, deren Wirksamkeit und/oder Sicherheit nicht Gegenstand der Prüfung sind:

Generic Name	Darreichungsform	Dosis

4. Betrifft nur Studien gemäß MPG: Angaben zum Medizinprodukt:

4.1 Bezeichnung des Produktes:

4.2 Hersteller:

4.3 Zertifiziert für diese Indikation: ☐ ja ☐ nein

4.4 Zertifiziert, aber für eine andere Indikation: ☐ ja ☐ nein

4.5 Das Medizinprodukt trägt ein CE-Zeichen ☐ ja ☐ nein

4.6 ☐ Die Produktbroschüre liegt bei.

4.7 Welche Bestimmungen bzw. Normen sind für die Konstruktion und Prüfung des Medizinproduktes herangezogen worden (Technische Sicherheit):

4.8 Allfällige Abweichungen von den o.a. Bestimmungen (Normen):

5. Angaben zur Versicherung (gemäß §32 Abs.1 Z.11 und Z.12 und Abs.2 AMG; §§47 und 48 MPG)

5.1 Eine Versicherung ist erforderlich: ☐ ja ☒ nein. Wenn **ja**:

5.1.1 Versicherungsgesellschaft

5.1.2 Adresse:

5.1.3 Telefon:

5.1.4 Polizzenummer:

5.1.5 Gültigkeitsdauer:

Diese Angaben müssen in der Patienten- / Probandeninformation enthalten sein!

6.1. Welche Maßnahmen bzw. Behandlungen werden **ausschließlich studienbezogen** durchgeführt?

[illegible]

6.2. Welche speziellen Untersuchungen (**nur invasive und strahlenbelastende**) werden während des Studienzeitraumes **zu Routinezwecken** durchgeführt:

[illegible]

6.3. Ergänzende Informationen zu studienbezogenen Maßnahmen und alle erforderlichen Abweichungen von der Routinebehandlung:

BEISPIELE als AUSFÜLLHILFE			
Art	Anzahl/Dosis	Zeitraum	insgesamt
Blutabnahmen	5ml /jeden 3. Tag	3 Wochen	35ml
Magenbiopsie	1x zu Beginn der Studie	---	1
psychologische Tests	1x zu Beginn; 1x zum Abschluss	3 Wochen	2
Insulin s.c.	2 x 40 IE	1 Woche	2
Thoraxröntgen	1x zu Beginn der Studie	---	1

7. Strukturierte Kurzfassung des Projektes (*in deutscher Sprache, kein Verweis auf das Protokoll*)

7.1 Wenn Original-Projekttitle nicht in Deutsch: Deutsche Übersetzung des Titels:

7.2 Zusammenfassung des Projektes (Rechtfertigung, Relevanz, Design, Maßnahmen und Vorgehensweise):

Dieses klinische Forschungsprojekt soll den Therapieeffekt einer pferdegestützten Psychotherapie im Rahmen der stationären psychosomatischen Rehabilitation an der Privatklinik St. Radegund in Hinblick auf die Beurteilung des eigenen Selbstkonzepts und des Umgangs mit Angst- und Erregungsstörungen evaluieren.

Die StudienteilnehmerInnen werden von Frau Dr. Ursula Eichberger, die als Ärztin für Allgemeinmedizin mit Psy3-Diplom an der Privatklinik St. Radegund tätig ist, auf das Forschungsprojekt aufmerksam gemacht und zur Teilnahme eingeladen. Vor Zustimmung oder Ablehnung an der Teilnahme der Studie wird den StudienteilnehmerInnen mitgeteilt, dass die Teilnahme freiwillig und eigenverantwortlich erfolgt und dass ein Abbruch der Untersuchung jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, erfolgen kann ohne, dass sich dies negativ auf die medizinische Behandlung auswirkt.

Den StudienteilnehmerInnen wird erklärt, dass ausschließlich nicht-invasive Messinstrumente verwendet werden und die angegebenen Daten streng vertraulich unter Wahrung des Datenschutzgesetzes behandelt werden.

Die Datengenerierung erfolgt mittels ad hoc spezifisch erstellter und standardisierter Fragebögen (HADS-D, FSKN) sowie durch strukturierte Interviews (Leitfaden HGSI). Die StudienteilnehmerInnen werden gebeten, eine Testabfolge - bestehend aus folgenden Punkten - zu absolvieren:

1. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D; 2-5 Min.)
2. Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN; 15-25 Min.)
3. spezifisch ad hoc erstellter Fragebogen [Anfang] (5 Min.)
4. spezifisch ad hoc erstellter Fragebogen [letzte Therapieeinheit] (5 Min.)
5. strukturiertes Interview (Hornheide Graz Screening Instrument HGSI; 10 Min.)

Diese Testverfahren werden zu zwei verschiedenen Zeitpunkten vorgegeben.

t1=Beginn der Therapie (HADS-D, FSKN, spezifisch ad hoc erstellter Fragebogen[Anfang])

t2=Ende der Therapie (HADS-D, FSKN, spezifisch ad hoc erstellter Fragebogen[letzte Therapieeinheit], strukturiertes Interview nach Hornheide Graz Screening Instrument)

Das Forschungsprojekt wird als explorative kontrollierte Studie durchgeführt, wobei ein Stichprobenumfang von 60 PatientenInnen festgelegt worden ist. Daraus ergibt sich eine Therapiegruppe mit einer Anzahl von 30 PatientenInnen, die an der pferdegestützten Psychotherapie teilnehmen, und eine Kontrollgruppe, die diese neue Therapieform nicht erhalten.

Die Datenerhebung erfordert eine regelmäßige Teilnahme an der pferdegestützten Therapie (1x pro Woche 90 min. am Pferdehof Tromper in St. Radegund). Des Weiteren ist ein Praktikum an der Privatklinik St. Radegund nach Absprache mit dem ärztlichen Leiter Primar Dr. Peter Stix im Zuge der Datenerhebung vorgesehen, um einen intensiveren Kontakt zu den PatientenInnen herstellen zu können sowie um Informationen zur bestehenden Grunderkrankung, eventuellen Vorerkrankungen und derzeitigen Medikation zu gewinnen.

Nach erfolgter Datenerhebung werden die Daten anonymisiert digitalisiert und in Abhängigkeit der Fragestellung sowohl quantitativ als auch qualitativ ausgewertet.

7.3 Ergebnisse der prä-klinischen Tests oder Begründung für den Verzicht auf prä-klinischen Tests:

7.4 Primäre Hypothese der Studie (wenn relevant auch sekundäre Hypothesen):

RehabilitandenInnen, die an der pferdegestützten Psychotherapie teilnehmen, zeigen im Vergleich zur Kontrollgruppe eine positive Veränderung hinsichtlich ihres Selbstkonzeptes und ihres Umgangs mit Angst- und Erregungsstörungen.

7.5 Relevante Ein- und Ausschlusskriterien:

Als Einschlusskriterien für die Studie gelten die freie Auswahl dieses zusätzlichen Therapieangebotes, das Interesse an der Zusammenarbeit mit dem Pferd und die regelmäßige Teilnahme an den Therapieeinheiten während des Aufenthaltes. Als Ausschlusskriterium kann das Vorliegen spezifischer, nicht therapiegeeigneter Krankheitsbilder wie zum Beispiel schwere Persönlichkeitsstörungen (Borderline - PatientenInnen, Schizophrenie) gerechnet werden. Im Gegensatz dazu sind die am häufigsten gestellten Indikationen für eine pferdegestützte Psychotherapie Depressionen, Burn - out und Missbrauchsoffer.

7.6 Ethische Überlegungen

(Identifizieren und beschreiben Sie alle möglicherweise auftretenden Probleme. Beschreiben Sie den möglichen Wissenszuwachs, der durch die Studie erzielt werden soll und seine Bedeutung, sowie mögliche Risiken für Schädigungen oder Belastungen der Prüfungsteilnehmer/innen. **Legen Sie Ihre eigene Bewertung des Nutzen/Risiko-Verhältnisses dar**):

Die Untersuchung ermöglicht Aussagen über den Therapieeffekt der pferdegestützten Psychotherapie und soll des Weiteren dazu beitragen, dass eine wissenschaftlich noch ungenügend überprüfte Therapieform evaluiert und in Zukunft in das rehabilitative Behandlungsprogramm integriert wird. Die Verwendung von standardisierten und ad hoc erstellter Fragebögen soll eine positive Veränderung hinsichtlich des Selbstkonzepts und des Umgangs mit Angst und Erregungsstörungen verdeutlichen.

Aufgrund der Tatsache, dass im Rahmen der Datengenerierung ausschließlich psychometrische Testungen durchgeführt werden, kann davon ausgegangen werden, dass für die StudienteilnehmerInnen keine Schäden zu erwarten sind. Alle angewandten Messmethoden sind als nicht-invasiv zu beschreiben.

Der Schwerpunkt des Nutzen-Risiko-Verhältnisses liegt daher eindeutig auf der Seite des Nutzens, da kein Risiko oder Schaden für die TeilnehmerInnen definiert werden kann. Stattdessen wird ein bedeutender Wissenszuwachs auf der Ebene der Zweckmäßigkeit der tiergestützten Therapie erwartet.

7.7 Begründung für den Einschluss von Personen aus geschützten Gruppen

(z.B. Minderjährige, temporär oder permanent nicht-einwilligungsfähige Personen; wenn zutreffend):

7.8 Beschreibung des Rekrutierungsverfahrens

(alle zur Verwendung bestimmte Materialien, z.B. Inserate **inkl. Layout** müssen beigelegt werden):

Die Probanden werden aufgrund der Zusammenarbeit und Rücksprache mit Prim. Dr. Stix von der Privatklinik St. Radegund im Rahmen ihrer sechswöchigen psychosomatischen Rehabilitation rekrutiert. Frau Dr. Ursula Eichberger, die aufgrund ihrer Zusatzausbildung (PSY3 -Diplom) auch in der Privatklinik St. Radegund arbeitet, wirbt vor Ort für ihre neu angebotene Therapieform und informiert die PatientenInnen über den Ablauf und die Ziele der Therapie.

Vor Zustimmung oder Ablehnung an der Teilnahme der Studie wird den PatientenInnen mitgeteilt, dass die Teilnahme freiwillig und eigenverantwortlich erfolgt und dass ein Abbruch der Untersuchung jederzeit ohne Angabe von Gründen erfolgen kann ohne, dass sich dies negativ auf die medizinische Behandlung auswirkt.

Alle StudienteilnehmerInnen werden darauf aufmerksam gemacht, dass sie an einer nicht-invasiven Untersuchung teilnehmen und ihre Daten streng vertraulich unter Wahrung des Datenschutzgesetzes behandelt werden.

7.9 Vorgehensweise an der/den Prüfstelle(n) zur Information und Erlangung der informierten Einwilligung von Prüfungsteilnehmer/inne/n, bzw. Eltern oder gesetzlichen Vertreter/inne/n, wenn zutreffend (wer wird informieren und wann, Erfordernis für gesetzliche Vertretung, Zeugen, etc.):

RehabilitandenInnen der Privatklinik St. Radegund werden von Frau Dr. Ursula Eichberger über die von ihr angebotene Therapieform und die Möglichkeit zur Teilnahme an dieser Studie informiert. Nach mündlicher Erklärung des Vorgehens wird die Einwilligungserklärung vorgelegt.

7.10 Risikoabschätzung, vorhersehbare Risiken der Behandlung und sonstiger Verfahren, die verwendet werden sollen (inkl. Schmerzen, Unannehmlichkeiten, Verletzung der persönlichen Integrität und Maßnahmen zur Vermeidung und/oder Versorgung von unvorhergesehenen / unerwünschten Ereignissen):

Im Rahmen dieser Studie sind aufgrund der Verwendung von nicht-invasiven Messmethoden (der ausschließlichen Vorgabe psychologischer Testverfahren) keine Risiken oder unerwünschten Nebenwirkungen zu erwarten.

7.11 Voraussichtliche Vorteile für die eingeschlossenen Prüfungsteilnehmer/innen: Die PatientenInnen können nach Teilnahme an der Studie auf ihren Wunsch eine Rückmeldung über die Ergebnisse der psychologischen Tests erhalten.
7.12 Relation zwischen Prüfungsteilnehmer/in und Prüfer/in (z.B. Patient/in - Ärztin/Arzt, Student/in - Lehrer/in, Dienstnehmer/in - Dienstgeber/in, etc.): ProbandIn - UntersuchungsleiterIn
7.13 Verfahren an der/den Prüfstelle(n) zur Feststellung, ob eine einzuschließende Person gleichzeitig an einer anderen Studie teilnimmt oder ob eine erforderliche Zeitspanne seit einer Teilnahme an einer anderen Studie verstrichen ist (von besonderer Bedeutung, wenn gesunde Proband/inn/en in pharmakologische Studien eingeschlossen werden): Die Versuchsteilnehmer werden nach Einwilligung zur Studienteilnahme im Rahmen der Erhebung soziodemographischer Daten befragt, ob sie im Moment an einer anderen Studie teilnehmen.
7.14 Methoden, um unerwünschte Effekte ausfindig zu machen, sie aufzuzeichnen und zu berichten (Beschreiben Sie wann, von wem und wie, z.B. freies Befragen und/oder an Hand von Listen): Aufgrund der ausschließlich nicht-invasiven Messmethoden ist die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von unerwünschten Effekten als sehr gering einzustufen.
7.15 Optional: Statistische Überlegungen und Gründe für die Anzahl der Personen, die in die Studie eingeschlossen werden sollen (ergänzende Informationen zu Punkt 8, wenn erforderlich):
7.16 Optional: Verwendete Verfahren zum Schutz der Vertraulichkeit der erhobenen Daten, der Quelldokumente und von Proben (ergänzende Informationen zu Punkt 8, wenn erforderlich): Die Daten werden streng vertraulich unter Wahrung des Datenschutzgesetzes behandelt und von der Untersuchungsleiterin anonymisiert digitalisiert. Es erfolgt eine Chiffrierung - Versuchsperson VP1 - VP60. Die Zuordnung von Versuchsteilnehmer-Code und Name kann lediglich durch die Untersuchungsleiterin vorgenommen werden.
7.17 Plan zur Behandlung oder Versorgung nachdem die Personen ihre Teilnahme an der Studie beendet haben (wer wird verantwortlich sein und wo):
7.18 Betrag und Verfahren der Entschädigung oder Vergütung an die Prüfungsteilnehmer/innen (Beschreibung des Betrages, der während der Prüfungsteilnahme bezahlt wird und wofür, z.B. Fahrtspesen, Einkommensverlust, Schmerzen und Unannehmlichkeiten, etc.): Es ist keine Aufwandsentschädigung oder Vergütung für die TeilnehmerInnen vorgesehen.
7.19 Regeln für das Aussetzen oder vorzeitige Beenden der Studie an der/den Prüfstelle(n) in diesem Mitgliedstaat oder der gesamten Studie: Den Studienteilnehmern ist das Recht vorbehalten, jederzeit und ohne Angabe von Gründen die Teilnahme an der Studie abubrechen.
7.20 Vereinbarung über den Zugriff der Prüferin/des Prüfers/der Prüfer auf Daten, Publikationsrichtlinien, etc. (wenn nicht im Protokoll dargestellt):
7.21 Finanzierung der Studie (wenn nicht im Protokoll dargestellt) und Informationen über finanzielle oder andere Interessen der Prüferin/des Prüfers/der Prüfer:
7.22 Weitere Informationen (wenn erforderlich):

8. Biometrie, Datenschutz:

!!! Achtung: Pkt. 8.1 ist in jedem Fall auszufüllen !!!

(Hier nur Kurzinformationen in Stichworten, ausführlicher - wenn erforderlich - unter Punkt 7.15 und 7.16)

8.1 Studiendesign (z.B. doppelblind, randomisiert, kontrolliert, Placebo, Parallelgruppen, multizentrisch)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☒ 8.1.1 offen | ☐ 8.1.2 randomisiert | ☐ 8.1.3 Parallelgruppen | ☒ 8.1.4 monozentrisch |
| ☐ 8.1.5 blind | ☒ 8.1.6 kontrolliert | ☐ 8.1.7 cross-over | ☐ 8.1.8 multizentrisch |
| ☐ 8.1.9 doppelblind | ☐ 8.1.10 Placebo | ☐ 8.1.11 faktoriell | ☐ 8.1.12 Pilotprojekt |
| ☐ 8.1.13 observer-blinded | ☐ 8.1.14 Äquivalenzprüfung | | |
| ☐ 8.1.15 sonstiges: | | | |

8.1.16 Anzahl der Gruppen:

8.1.17 Stratifizierung: ☐ nein ☐ ja: Kriterien:

8.1.18 Messwiederholungen: ☐ nein ☒ ja: Zeitpunkte: **t1=Beginn der Therapie; t2=Ende der Therapie**

8.1.19 Hauptzielgröße: **Veränderung des Selbstkonzepts**

8.1.20 Nullhypothese(n): **RehabilitandenInnen, die an der pferdegestützten Psychotherapie teilnehmen, zeigen im Vergleich zur Kontrollgruppe keine positive Veränderung hinsichtlich ihres Selbstkonzepts und des Umgangs mit Angst - und Erregungsstörungen.**

8.1.21 Alternativhypothese(n):

8.1.22 Nebenzielgrößen: **Angst - und Depressionswerte, subjektive Beeinträchtigung, psychosozialer Betreuungsbedarf**

8.2 Studienplanung

Die Fallzahlberechnung basiert auf (Alpha = Fehler 1. Art, Power = 1 – Beta = 1 – Fehler 2. Art):

8.2.1 Alpha: 8.2.2 Power: 8.2.3 Stat.Verfahren:

8.2.4 Multiples Testen: ☐ nein ☐ ja: Korrekturverfahren.:

8.2.5 Erwartete Anzahl von Studienabbrecher/inne/n (Drop-out-Quote):

8.3 Geplante statistische Analyse

Population: ☐ 8.3.1 Intention-to-treat ☐ 8.3.2 Per protocol

8.3.3 Zwischenauswertung: ☒ nein ☐ ja: Abbruchkriterien:

8.3.4 Geplante statistische Verfahren: **Varianzanalyse und Korrelationsbestimmungen**

8.4 Dokumentationsbögen / Datenmanagement

8.4.1 Angaben zur Datenqualitätsprüfung

Verwendung von standardisierten psychologischen Testverfahren (geprüfte Messinstrumente)

8.4.2 Angaben zum Datenmanagement

8.5 Verantwortliche und Qualifikation

8.5.1 Wer führte die biometrische Planung durch (ggf. Nachweis der Qualifikation)?

Univ.-Prof.Dr. Egger, Mag.DDr. Trapp, Dr. Eichberger

8.5.2 Wer wird die statistische Auswertung durchführen (ggf. Nachweis der Qualifikation)?

Univ.-Prof.Dr.Egger, Mag.DDr.Trapp, cand.med. Mitteregger

Es wird zusätzlich eine statistische Expertise bei der Auswertung der erhobenen Daten hinzugezogen.

8.6 Datenschutz

8.6.1 Die Datenverarbeitung erfolgt a) ☐ personenbezogen b) ☒ indirekt personenbezogen

8.6.2 Wenn a): Begründung:

DVR-Nummer:

8.6.3 Wenn b): Wie erfolgt die Anonymisierung?

Den Versuchsteilnehmern wird zum Zeitpunkt der Einwilligung zur Teilnahme der Studie ein VP-Code zugeordnet. In weiterer Folge können alle erhobenen Daten mithilfe des Codes einer Versuchsperson indirekt personenbezogen zugeordnet werden können. Die Aufzeichnungen, auf der der Name des Patienten und der dazugehörige Code ersichtlich sind, werden von der Untersuchungsleiterin streng vertraulich behandelt.

9. Liste der eingereichten Unterlagen (wenn nicht gesondert dem Antrag beiliegend):

Dokument	Version/Identifikation	Datum
Protokoll	Version 3.0	25.10.10
Kurzfassung		
Patienteninformation / Einwilligungserklärung	Version 1.1	25.10.10
Prüfbogen (Case Report Form, CRF)	Version 2.0	25.10.10
Versicherungsbestätigung		
Amendment Nr.		
Amendment Nr.		
Amendment Nr.		
Lokales Amendment Nr.		

Name und Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

- 9.1 Name: **Sarah Benedikta Mitteregger**
- 9.2 Institution/ Firma: **Forschungseinheit für Verhaltensmedizin, Gesundheitspsychologie und empirische Psychosomatik**
- 9.3 Position: **Diplomandin**
- 9.4 Antragsteller/in ist ☐ 9.4.1 koordinierende/r Prüfer/in (multizentrische Studie)
(nur AMG-Studien) ☐ 9.4.2 Hauptprüfer/in (monozentrische Studie)
☐ 9.4.3 Sponsor bzw. Vertreter/in des Sponsors
☐ 9.4.4 vom Sponsor autorisierte Person/Organisation

Ich bestätige hiermit, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben korrekt sind und dass ich der Meinung bin, dass die Durchführung der Studie in Übereinstimmung mit dem Protokoll, nationalen Regelungen und mit den Prinzipien der Guten Klinischen Praxis möglich sein wird.

Weiters stimme ich mit meiner Unterschrift zu, dass folgende Daten aus meinem Antrag ggf. durch die Ethikkommission veröffentlicht werden, um die Anträge nach Zahl und Inhalt transparent zu machen: EK-Nummer, Einreich-Datum, Projekttitle, Hauptprüfer, Sponsor/CRO, weitere Zentren.
(Im Falle der Nicht-Zustimmung bitte diesen Absatz durchzustreichen)

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Datum

!!! Achtung: Diese Unterschrift ist in jedem Fall erforderlich !!!

Teil B

Studienkurzbezeichnung:

10. Angaben zur Prüferin/zum Prüfer

10.1 Name: **Univ.-Prof.Dr. Josef W. Egger**

10.2 Krankenanstalt/Institut/Abteilung: **Univ.Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Forschungseinheit für Verhaltensmedizin, Gesundheitspsychologie und empirische Psychosomatik**

10.3 Telefon	10.4 „Pieps“/Mobil	10.5 Fax	10.6 e-mail-Adresse:
0316 385 13042 0316 385 13036			josef.egger@medunigraz.at michael.trapp@medunigraz.at

10.7 Jus practicandi: ☐ ja ☒ nein 10.8 Facharzt für:

10.9 Prüfärztekurs: ☐ ja ☐ nein

10.10 Sofern relevant: Präklinische Qualifikation (z.B. Labordiagnostik) bzw. Name der Verantwortlichen:

11. Geplante Anzahl der Patient/inn/en bzw. Proband/inn/en an dieser Prüfstelle

60

12. Verantwortliche Mitarbeiter/innen an der klinischen Studie (an Ihrer Prüfstelle)

Fr/Hr	Titel	Vorname	Name	Institution
Hr.	Univ.-Prof.Dr.	Josef W.	Egger	Forschungseinheit für Verhaltensmedizin, Gesundheitspsychologie und empirische Psychosomatik; Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie
Hr.	Mag. DDr.	Michael	Trapp	Forschungseinheit für Verhaltensmedizin, Gesundheitspsychologie und empirische Psychosomatik; Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie
Fr.	Dr.	Ursula	Eichberger	Ärztin für Allgemeinmedizin (Psy3 Diplom)
Fr.	cand. med.	Sarah	Mitteregger	Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie

13. Unterschrift der Prüferin/des Prüfers

Ich bestätige hiermit, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben korrekt sind und dass ich der Meinung bin, dass die Durchführung der Studie in Übereinstimmung mit dem Protokoll, nationalen Regelungen und mit den Prinzipien der Guten Klinischen Praxis möglich sein wird.

.....
Unterschrift der Prüferin/des Prüfers

.....
Datum

Bei multizentrischen AMG-Studien sind die Teile B von der Hauptprüferin/dem Hauptprüfer des jeweiligen Zentrums zu unterzeichnen. Alternativ zur Unterschrift auf den Teilen B können die Unterschriften der Hauptprüfer/innen auch auf den Unterschriftenseiten des Protokolls oder der Prüfärzteverträge vorgelegt werden. Es muss jedenfalls eine eindeutige - durch Unterschrift dokumentierte - Zustimmung aller Hauptprüfer/innen zum Protokoll vorliegen.

14. Name und Unterschrift der Leiterin/des Leiters ☐ der Organisationseinheit ☐ des Pflegedienstes*

14.1 Name:

Unterschrift der Leiterin/des Leiters

Datum

** Die Unterschrift der Leiterin/des Leiters des Pflegedienstes ist für Pflegeforschungsprojekte und die Anwendung neuer Pflegekonzepte und -methoden erforderlich, ansonsten die Unterschrift der Leiterin/des Leiters der jeweiligen Organisationseinheit.
Organisationseinheit: die Klinik (wenn gegliedert: die klinische Abteilung), die Abteilung oder die gemeinsame Einrichtung*

!!! Achtung: Teil B ist in jedem Fall vollständig auszufüllen, bei multizentrischen klinischen Prüfungen nach AMG für jedes in Österreich teilnehmende Zentrum separat !!!

Patienteninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der klinischen Studie

Evaluierung der pferdegestützten Psychotherapie

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

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

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

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

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur

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

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

1. Was ist der Zweck der klinischen Studie?

Dieses Forschungsprojekt dient der Evaluierung des Therapieeffektes einer neuen psychotherapeutischen Behandlungsform mit Pferden im Bezug auf die Beurteilung des eigenen Selbstkonzepts und des Umgangs mit Angst – und Erregungsstörungen.

2. Wie läuft die klinische Studie ab?

Diese klinische Studie wird an der Universitätsklinik für medizinische Psychologie und Psychotherapie in Kooperation mit der Privatklinik St. Radegund unter der Leitung von Prim. Dr. Stix durchgeführt. Das Forschungsprojekt ist als explorative kontrollierte Studie

zu bezeichnen, wobei ein Stichprobenumfang von insgesamt 60 Personen festgelegt worden ist. Daraus ergibt sich eine Aufteilung in zwei Gruppen zu je 30 Personen. Jene PatientInnen, die der Interventionsgruppe angehören, nehmen zusätzlich zum regulären Therapieangebot an dieser pferdegestützten Psychotherapie einmal wöchentlich à 90 Minuten teil. Der Ablauf der pferdegestützten Psychotherapie gliedert sich in drei Abschnitte. Im ersten Teil der Therapie findet eine kurze Vorstellungsrunde der TeilnehmerInnen statt und es werden einige im Umgang mit Pferden wichtige Regeln durch die Therapieleiterin aufgezeigt. Anschließend werden mit den Pferden verschiedene Übungen in der Reitbahn durchgeführt. Im letzten Teil der Therapie wird auf die Reflexion des eigenen Verhaltens der TeilnehmerInnen im Umgang mit dem Pferd fokussiert sowie auch Parallelen zu alltäglichen Problemsituationen erarbeitet. Ziel dieser Nachbesprechung ist es, jene im Umgang mit dem Pferd erlernten Strategien und Verhaltensmuster zu erkennen und gemeinsam zu explorieren, wie diese auf Alltagssituationen übertragbar sind und den PatientInnen im Umgang mit Menschen und Problemen hilfreich sein können.

Die Kontrollgruppe besteht aus ebenfalls 30 Personen, die an den unterschiedlichen anderen Therapien im Rahmen der Rehabilitation teilnehmen, jedoch das Angebot der pferdegestützten Psychotherapie nicht in Anspruch nehmen.

Die Zuteilung zu den jeweiligen Therapiegruppen erfolgt nach eigenem Wunsch der PatientInnen, da diese selbst entscheiden können, welche Therapien sie auswählen.

Folgende Maßnahmen werden ausschließlich aus Studiengründen durchgeführt:

Jene Personen, die sich in der Interventionsgruppe befinden, werden gebeten, vor Beginn der Therapie einen spezifisch erstellten Fragebogen zur pferdegestützten Psychotherapie, der die Erwartungen und die Motivation an der Teilnahme dieser neuen Therapieform abfragt, auszufüllen. Des Weiteren ist die Bearbeitung zweier standardisierter Fragebögen (HAD-S, FSKN) zu diesem Zeitpunkt vorgesehen. Am Ende der sechswöchigen Rehabilitation und nach Beendigung der pferdegestützten Therapie werden Ihnen erneut die zwei standardisierten Fragebögen (HAD-S, FSKN) sowie ein spezifisch erstellter Fragebogen, der den Nutzen der pferdegestützten Therapie erheben soll, vorgelegt. Abschließend wird mit Ihnen ein Interview durchgeführt, wobei Sie über Ihr körperliches und seelisches Befinden in den letzten Wochen befragt werden und die Gelegenheit haben, Ihre Ängste und Sorgen oder auch Kritikpunkte vorzubringen.

Jene Personen, die sich in der Kontrollgruppe befinden, werden ebenfalls gebeten, zu Beginn der Rehabilitation die beiden standardisierten Tests (HAD-S, FSKN) auszufüllen. Am Ende des sechswöchigen Turnus werden Ihnen diese beiden Tests erneut vorgelegt. Die StudienleiterIn wird auch mit den Personen aus der Kontrollgruppe ein abschließendes Interview durchführen.

Die Teilnahme an dieser klinischen Studie wird insgesamt etwa 1,5 Stunden dauern.

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

Es ist möglich, dass Sie durch Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie keinen direkten Nutzen für Ihre Gesundheit ziehen. Dennoch besteht die Möglichkeit, die Ergebnisse der

psychologischen Tests nach Abschluss der Studie zu erhalten. Außerdem kann die Durchführung der Studie eine Integration der pferdegestützten Psychotherapie in die Rehabilitation bewirken und vielen PatientenInnen in Zukunft eine neue Therapieform bieten.

4. Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen?

Aufgrund der ausschließlichen Verwendung von psychologischen Tests und der Durchführung eines Interviews sind keine Beschwerden bzw. Begleiterscheinungen zu erwarten.

5. Zusätzliche Einnahme von Arzneimitteln?

Bitte teilen Sie vor Beginn der Testung der Untersuchungsleiterin mit, welche Medikamente Sie zurzeit einnehmen.

6. Wann wird die klinische Studie vorzeitig beendet?

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

Ihre Prüferin/ Ihr Prüfer wird Sie über alle neuen Erkenntnisse, die in Bezug auf diese klinische Studie bekannt werden, und für Sie wesentlich werden könnten, umgehend informieren. Auf dieser Basis können Sie dann Ihre Entscheidung zur **weiteren** Teilnahme an dieser klinischen Studie neu überdenken.

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

- a) Sie können den Erfordernissen der Klinischen Studie nicht entsprechen.
- b) Ihr behandelnder Arzt hat den Eindruck, dass eine weitere Teilnahme an der klinischen Studie nicht in Ihrem Interesse ist.

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

Nur die Untersuchungsleiter und deren Mitarbeiter haben Zugang zu den vertraulichen Daten, in denen Sie namentlich genannt werden. Diese Personen unterliegen der Schweigepflicht.

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

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

Durch Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten. Ein Kostenersatz/ eine Vergütung ist nicht vorgesehen.

9. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser klinischen Studie stehen Ihnen Ihr Prüfarzt und seine Mitarbeiter gerne zur Verfügung. Auch Fragen, die Ihre Rechte als Patient und Teilnehmer an dieser klinischen Studie betreffen, werden Ihnen gerne beantwortet.

Name der Kontaktperson: Univ. Prof. Dr. Josef W. Egger

Erreichbar unter: 0316/385 13042

Name der Kontaktperson: Mag. DDr. Michael Trapp

Erreichbar unter: 0316/385 13036

Name der Kontaktperson: Dr. Ursula Eichberger

Erreichbar unter: 0676/4406018

Name der Kontaktperson: cand.med. Sarah Mitteregger

Erreichbar unter: 0650/4416701

13. Einwilligungserklärung

Name des Patienten in Druckbuchstaben:

Geb.Datum: Code:

Ich erkläre mich bereit, an der klinischen Studie „Evaluierung der pferdegestützten Psychotherapie“ teilzunehmen.

Ich bin von Herrn/Frau.....

ausführlich und verständlich über die Untersuchungsmethoden, mögliche Belastungen und Risiken, sowie über Wesen, Bedeutung und Tragweite der klinischen Studie, sich für mich

daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung, die insgesamt 5 Seiten umfasst, gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir vom Prüfarzt verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

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

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser klinischen Studie ermittelten Daten aufgezeichnet werden. Um die Richtigkeit der Datenaufzeichnung zu überprüfen, dürfen Beauftragte der zuständigen Behörden beim Prüfarzt Einblick in meine personenbezogenen Krankheitsdaten nehmen.

Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet.

Eine Kopie dieser Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- **Ja**, bitte informieren Sie mich über die Resultate meiner persönlichen Untersuchungsergebnisse.
- **Nein**, ich habe kein Interesse an meinen persönlichen Untersuchungsergebnissen und möchte zu keinem Zeitpunkt der Untersuchung eine Rückmeldung über diese.

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

.....
(Datum, Name und Unterschrift des verantwortlichen Arztes)

(Der Patient erhält eine unterschriebene Kopie der Patienteninformation und Einwilligungserklärung, das Original verbleibt im Studienordner des Prüfarztes.)

Case Report Form (CRF)

Versuchsleiter/in: _____

Untersuchungsdatum: _____

Code: _____

Soziodemographische Daten

1. Name _____

2. Vorname _____

3. Geschlecht ____ (m/w)

4. Geburtsdatum _____

5. Familienstand

- a) ledig ohne Partner _____ (1)
- b) in fester Partnerschaft _____ (2)
- c) verheiratet _____ (3)
- d) getrennt lebend _____ (4)
- e) geschieden _____ (5)
- f) verwitwet _____ (6)

6. Wohnsituation

- a) allein _____ (1)
- b) allein mit Kinder _____ (2)
- c) mit PartnerIn/ EhepartnerIn _____ (3)
- d) mit PartnerIn und Kinder _____ (4)
- e) sonstiges _____ (5)

7. Schulbildung (Abschluss)

- a) Volksschule _____ (1)
- b) Hauptschule _____ (2)
- c) Mittelschule _____ (3)
- d) Universität _____ (4)

8. Beruf _____

9. Medikamente: _____

10. Erkrankungen: _____

11. Nehmen Sie zurzeit an einer anderen Studie teil? Wenn ja, an welcher?

Anonymer Fragebogen zur Evaluierung der Therapie [Anfang]

Datum:

Patientencode:

Alter:

Geschlecht:

Familienstand:

Beruf:

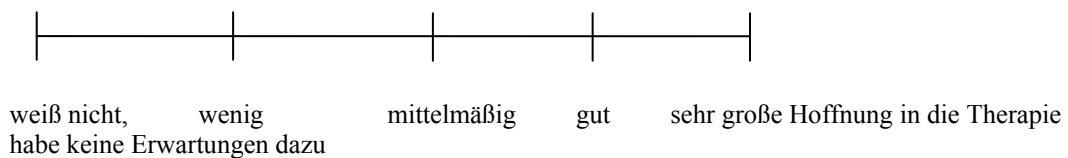
- 1) Was stellen Sie sich unter pferdegestützter Therapie vor?

- 2) Was motiviert Sie, an dieser Gruppe teilzunehmen?

- 3) Gibt es etwas im Rahmen dieser Therapie, das Ihnen möglicherweise Sorgen bereitet?

- 4) Wobei könnte Ihnen diese Therapie helfen? Wem würden Sie sie weiterempfehlen?

- 5) Wie groß sind Ihre Erwartungen, dass Ihnen diese pferdegestützte Therapie helfen wird?



Anonymer Fragebogen zur Evaluierung der pferdegestützten Therapie [letzte Therapieeinheit]

Datum:

Patientencode:

Alter:

Geschlecht:

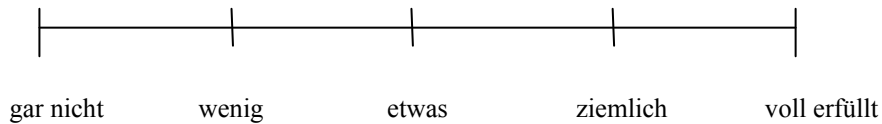
Familienstand:

Beruf:

- 1) Wobei konnte Ihnen die pferdegestützte Therapie helfen?

- 2) Welche Erfahrungen haben Sie persönlich mit dieser Therapie gemacht?

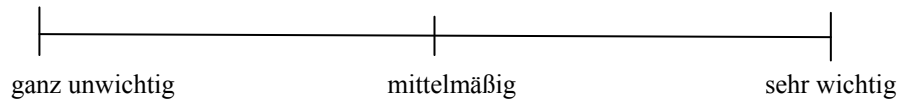
- 3) Wie gut wurden Ihre Erwartungen an diese Therapie erfüllt?



- 4) Was war für Sie besonders wichtig?

- 5) Wie gut nutzbar sind diese Therapieerfahrungen für den Alltag?

6) Für wie wichtig halten Sie diese Form der Therapie?



7) Was gibt es Ihrerseits noch an Anregungen, Ideen und Kritik zu dieser Therapieform?

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie werden von uns wegen körperlicher Beschwerden untersucht und behandelt. Zur vollständigen Beurteilung Ihrer vermuteten oder bereits bekannten Erkrankung bitten wir Sie im vorliegenden Fragebogen um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, daß körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung.

Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig. Wir bitten Sie jedoch, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutrifft. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint! Alle Ihre Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich fühle mich angespannt oder überreizt

- ☐ meistens
- ☐ oft
- ☐ von Zeit zu Zeit/gelegentlich
- ☐ überhaupt nicht

Ich kann mich heute noch so freuen wie früher

- ☐ ganz genau so
- ☐ nicht ganz so sehr
- ☐ nur noch ein wenig
- ☐ kaum oder gar nicht

Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte

- ☐ ja, sehr stark
- ☐ ja, aber nicht allzu stark
- ☐ etwas, aber es macht mir keine Sorgen
- ☐ überhaupt nicht

Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen

- ☐ ja, so viel wie immer
- ☐ nicht mehr ganz so viel
- ☐ inzwischen viel weniger
- ☐ überhaupt nicht

Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf

- ☐ einen Großteil der Zeit
- ☐ verhältnismäßig oft
- ☐ von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
- ☐ nur gelegentlich/nie

Ich fühle mich glücklich

- ☐ überhaupt nicht
- ☐ selten
- ☐ manchmal
- ☐ meistens

Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen

- ☐ ja, natürlich
- ☐ gewöhnlich schon
- ☐ nicht oft
- ☐ überhaupt nicht

Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst

- ☐ fast immer
- ☐ sehr oft
- ☐ manchmal
- ☐ überhaupt nicht

Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend

- ☐ überhaupt nicht
- ☐ gelegentlich
- ☐ ziemlich oft
- ☐ sehr oft

Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren

- ☐ ja, stimmt genau
- ☐ ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
- ☐ möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
- ☐ ich kümmere mich so viel darum wie immer

Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein

- ☐ ja, tatsächlich sehr
- ☐ ziemlich
- ☐ nicht sehr
- ☐ überhaupt nicht

Ich blicke mit Freude in die Zukunft

- ☐ ja, sehr
- ☐ eher weniger als früher
- ☐ viel weniger als früher
- ☐ kaum bis gar nicht

Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand

- ☐ ja, tatsächlich sehr oft
- ☐ ziemlich oft
- ☐ nicht sehr oft
- ☐ überhaupt nicht

Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen

- ☐ oft
- ☐ manchmal
- ☐ eher selten
- ☐ sehr selten

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum der Untersuchung: _____

Beruf: _____

Anleitung

Im folgenden finden Sie 10 Feststellungen über Leistung, Erfolg und Mißerfolg. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Maße die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Es gibt für Sie sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten: Die Aussage „trifft sehr zu“ (1), „trifft zu“ (2), „trifft etwas zu“ (3), „trifft eher nicht zu“ (4), „trifft nicht zu“ (5), „trifft gar nicht zu“ (6). Kreuzen Sie bitte das für Sie entsprechende Kästchen an. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Beispiel

Ich kann alleine nichts erreichen. Wenn für Sie für die Aussage „Ich kann alleine nichts erreichen“ die Antwort „trifft zu“ (2) am besten paßt, kreuzen Sie bitte das Kästchen mit „trifft zu“ (2) an.

Haben Sie noch irgendwelche Fragen? Bitte antworten Sie zügig, und entscheiden Sie sich umgehend für eine Antwort. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	☒	3	4	5	6

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
----------------	-----------	-----------------	----------------------	-----------------	---------------------

1. Ich bin bestimmt so leistungsfähig und intelligent wie andere.
2. Ich fühle mich als Versager, wenn ich von dem Erfolg eines Bekannten höre. . . .
3. Ich bin mit meinen eigenen Leistungen zufrieden.
4. Was ich mir vorgenommen habe, kann ich auch erreichen.
5. Wenn ich so zurückdenke, kann ich mich an mehr Erfolge als an Mißerfolge erinnern.
6. Im großen und ganzen neige ich dazu, mich für einen Versager zu halten.
7. Was ich mir auch vornehme, stets habe ich Schwierigkeiten, es zu erreichen, meistens schaffe ich es nicht.
8. Wenn ich so zurückdenke, kann ich mich an viel mehr Mißerfolge als an Erfolge erinnern.
9. Ich glaube, daß ich genausoviel tauge wie andere.
10. Ich habe oft Angst, daß ich im entscheidenden Augenblick versage.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum der Untersuchung: _____

Beruf: _____

Anleitung

Im folgenden finden Sie 10 Feststellungen über das Befassen mit eigenen Problemen im Alltag. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Maße die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Es gibt für Sie sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten: Die Aussage „trifft sehr zu“ (1), „trifft zu“ (2), „trifft etwas zu“ (3), „trifft eher nicht zu“ (4), „trifft nicht zu“ (5), „trifft gar nicht zu“ (6). Kreuzen Sie bitte das für Sie entsprechende Kästchen an. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Beispiel

Mit Problemen zerbreche ich mir häufiger den Kopf. Wenn für Sie für die Aussage „Mit Problemen zerbreche ich mir häufiger den Kopf“ die Antwort „trifft zu“ (2) am besten paßt, kreuzen Sie bitte das Kästchen mit „trifft zu“ (2) an.

Haben Sie noch irgendwelche Fragen? Bitte antworten Sie zügig, und entscheiden Sie sich umgehend für eine Antwort. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	☒	3	4	5	6

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
----------------	-----------	-----------------	----------------------	-----------------	---------------------

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1. Ich verliere leicht den Kopf.
2. Ich kann mit meinen persönlichen Problemen gut fertig werden.
3. Ich werde auch in Zukunft meine Probleme meistern.
4. Ich kann in jeder Situation für mich selbst sorgen.
5. Meine persönlichen Probleme sind dazu da, um von mir gelöst zu werden.
6. Ich kann genausogut zurechtkommen wie andere.
7. Ich versuche, vor meinen Problemen davonzulaufen.
8. Ich wünschte, ich würde nicht so schnell aufgeben.
9. Ich sehe der Zukunft hoffnungsvoll entgegen.
10. Mich wirft so schnell nichts aus der Bahn.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum der Untersuchung: _____

Beruf: _____

Anleitung

Im folgenden finden Sie 6 Aussagen über Gedanken und Verhalten im Alltag. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Maße die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Es gibt für Sie sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten: Die Aussage „trifft sehr zu“ (1), „trifft zu“ (2), „trifft etwas zu“ (3), „trifft eher nicht zu“ (4), „trifft nicht zu“ (5), „trifft gar nicht zu“ (6). Kreuzen Sie bitte das für Sie entsprechende Kästchen an. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Beispiel

Häufiger gebe ich ein Vorhaben auf, weil andere meinen, ich würde es nicht richtig anfangen. Wenn für Sie für die Aussage „Häufiger gebe ich ein Vorhaben auf, weil andere meinen, ich würde es nicht richtig anfangen“ die Antwort „trifft etwas zu“ (3) am besten paßt, kreuzen Sie bitte das Kästchen mit „trifft etwas zu“ (3) an.

Haben Sie noch irgendwelche Fragen? Bitte antworten Sie zügig, und entscheiden Sie sich umgehend für eine Antwort. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	☒	4	5	6

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	4	5	6

1. Wenn ich den Eindruck habe, daß mir jemand geistig überlegen ist, gehe ich ihm aus dem Weg.
2. Ich zweifle, ob man meine Meinung auch ernst nimmt, vor allem, wenn ich selbst in der Sache noch nicht ganz sicher bin.
3. Es ist mir sehr wichtig, daß ich stets einen guten Eindruck mache.
4. Ich würde mich sicherer fühlen, wenn ich nicht so verschieden von anderen wäre. . .
5. Um sympathisch zu wirken, bin ich eher so, wie mich andere haben wollen, als wie ich selbst sein möchte.
6. Es macht mir Angst, wenn sich jemand aktiv um mich bemüht.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum der Untersuchung: _____

Beruf: _____

Anleitung

Im folgenden finden Sie 12 Feststellungen über Situationen des Alltags, die sich vor allem auf Gespräch und Austausch mit anderen Personen beziehen. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Maße die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Es gibt für Sie sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten: Die Aussage „trifft sehr zu“ (1), „trifft zu“ (2), „trifft etwas zu“ (3), „trifft eher nicht zu“ (4), „trifft nicht zu“ (5), „trifft gar nicht zu“ (6). Kreuzen Sie bitte das für Sie entsprechende Kästchen an. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Beispiel

Den Meinungen anderer stimme ich auch dann zu, wenn sie mir nicht ganz einleuchten. Wenn für Sie für die Aussage „Den Meinungen anderer stimme ich auch dann zu, wenn sie mir nicht ganz einleuchten“ die Antwort „trifft nicht zu“ (5) am besten paßt, kreuzen Sie bitte das Kästchen mit „trifft nicht zu“ (5) an.

Haben Sie noch irgendwelche Fragen? Bitte antworten Sie zügig, und entscheiden Sie sich umgehend für eine Antwort. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	4	☒ 5	6

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	4	5	6

1. Wenn ich mich in einer Gruppe befinde, traue ich mich nicht, etwas zu sagen.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
2. Ich kann Auffassungen von Bekannten oft nicht zustimmen, habe aber Hemmungen, meine Kritik offen vorzubringen.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
3. Ich vertrete meine Meinung auch konsequent in der Gruppe, die nicht mit mir übereinstimmt.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
4. Wenn ich anderer Meinung bin, widerspreche ich auch Autoritätspersonen.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
5. Es beunruhigt mich, wenn ich den Eindruck erhalte, daß jemand eine andere Auffassung hat als ich.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
6. Ich richte mich in meinem Leben zu sehr nach den Auffassungen anderer.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
7. Um mir keine Feinde zu schaffen, stimme ich häufiger auch Auffassungen und Entscheidungen zu, die ich im Grunde nicht für gut oder vertretbar halte.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
8. Ich habe Furcht, ich selbst zu sein.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
9. Es fällt mir schwer, meine Meinung vor einer größeren Gruppe zu vertreten.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
10. Ich habe Schwierigkeiten, meine Meinung in einer Gruppe zu äußern, auch wenn ich etwas Wichtiges zu sagen habe.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
11. Es fällt mir schwer, einer Gruppe gegenüber eine gegensätzliche Auffassung zu vertreten.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
12. In einer Gruppe fühle ich mich nicht so sicher, da den anderen meist mehr einfällt als mir.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum der Untersuchung: _____

Beruf: _____

Anleitung

Im folgenden finden Sie 6 Aussagen über Personen, mit denen Sie im Alltag zusammentreffen. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Maße die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Es gibt für Sie sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten: Die Aussage „trifft sehr zu“ (1), „trifft zu“ (2), „trifft etwas zu“ (3), „trifft eher nicht zu“ (4), „trifft nicht zu“ (5), „trifft gar nicht zu“ (6). Kreuzen Sie bitte das für Sie entsprechende Kästchen an. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Beispiel

Den meisten Menschen scheint meine Gesellschaft Freude zu machen. Wenn für Sie für die Aussage „Den meisten Menschen scheint meine Gesellschaft Freude zu machen“ die Antwort „trifft etwas zu“ (3) am besten paßt, kreuzen Sie bitte das Kästchen mit „trifft etwas zu“ (3) an.

Haben Sie noch irgendwelche Fragen? Bitte antworten Sie zügig, und entscheiden Sie sich umgehend für eine Antwort. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	☒	4	5	6

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
----------------	-----------	-----------------	----------------------	-----------------	---------------------

1. Ich habe wenig Ansehen bei meiner Familie.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

2. Es gibt Menschen, gegenüber denen ich mich für zu unwichtig halte, als daß ich mich um ihre Bekanntschaft bemühen würde.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

3. Meine Familie vertraut mir wenig.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

4. Ich habe das Gefühl, daß ich für manche Menschen nicht interessant genug bin, um mit ihnen befreundet zu sein.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

5. Ich fühle mich von meiner Familie geliebt.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

6. Ich habe oft das Gefühl, daß Fremde mich kritisch betrachten.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Ingrid M. Deusinger

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Datum der Untersuchung: _____

Beruf: _____

Anleitung

Im folgenden finden Sie 6 Aussagen, die eigene Gedanken zu und Erfahrung mit anderen Personen ausdrücken. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Maße die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Es gibt für Sie sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten: Die Aussage „trifft sehr zu“ (1), „trifft zu“ (2), „trifft etwas zu“ (3), „trifft eher nicht zu“ (4), „trifft nicht zu“ (5), „trifft gar nicht zu“ (6). Kreuzen Sie bitte das für Sie entsprechende Kästchen an. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Beispiel

Ich fühle mich als Person zumeist meinen Freunden überlegen. Wenn für Sie für die Aussage „Ich fühle mich als Person zumeist meinen Freunden überlegen“ die Antwort „trifft eher nicht zu“ (4) am besten paßt, kreuzen Sie bitte das Kästchen mit „trifft eher nicht zu“ (4) an.

Haben Sie noch irgendwelche Fragen? Bitte antworten Sie zügig, und entscheiden Sie sich umgehend für eine Antwort. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	☒	5	6

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
----------------	-----------	-----------------	----------------------	-----------------	---------------------

1. Ich fühle mich als Person meinen Freunden unterlegen.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
2. Ich kann anderen in der Regel vertrauen.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
3. Ich habe Schwierigkeiten, Sexualität und Liebe miteinander zu verbinden.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
4. Ich wünschte, ich wäre vertrauenswürdiger.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
5. Ich habe bei vielen Freunden Angst, daß sie mich alleine lassen, wenn ich sie brauche.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
6. Ich habe keine Schwierigkeiten zuzugeben, daß ich etwas falsch gemacht habe. . . .

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum der Untersuchung: _____

Beruf: _____

Anleitung

Im folgenden finden Sie 6 Feststellungen zu Überlegungen und Verhalten im Alltag. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Maße die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Es gibt für Sie sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten: Die Aussage „trifft sehr zu“ (1), „trifft zu“ (2), „trifft etwas zu“ (3), „trifft eher nicht zu“ (4), „trifft nicht zu“ (5), „trifft gar nicht zu“ (6). Kreuzen Sie bitte das für Sie entsprechende Kästchen an. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Beispiel

Was ich tue, ist meistens richtig. Wenn für Sie für die Aussage „Was ich tue, ist meistens richtig“ die Antwort „trifft sehr zu“ (1) am besten paßt, kreuzen Sie bitte das Kästchen mit „trifft sehr zu“ (1) an.

Haben Sie noch irgendwelche Fragen? Bitte antworten Sie zügig und entscheiden Sie sich umgehend für eine Antwort. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
X	2	3	4	5	6

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
----------------	-----------	-----------------	----------------------	-----------------	---------------------

1. Ich bin eigentlich ziemlich sicher in der Einschätzung meiner Fähigkeiten.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
2. Ich habe öfters das Bedürfnis, mich für mein Verhalten zu entschuldigen.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
3. Ich kann mich in den meisten Fällen schnell und sicher entscheiden.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
4. Ich kann wichtige Entscheidungen ohne Hilfe treffen.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
5. Ich glaube, daß ich in den meisten Fällen mein Verhalten vor mir rechtfertigen kann.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---
6. Ich habe Schwierigkeiten, das zu tun, was richtig ist.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum der Untersuchung: _____

Beruf: _____

Anleitung

Im folgenden finden Sie 6 Aussagen, die sich auf Stimmung und Verhalten im Alltag beziehen. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Maße die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Es gibt für Sie sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten: Die Aussage „trifft sehr zu“ (1), „trifft zu“ (2), „trifft etwas zu“ (3), „trifft eher nicht zu“ (4), „trifft nicht zu“ (5), „trifft gar nicht zu“ (6). Kreuzen Sie bitte das für Sie entsprechende Kästchen an. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Beispiel

Ich bin selten schlecht gestimmt. Wenn für Sie für die Aussage „Ich bin selten schlecht gestimmt“ die Antwort „trifft zu“ am besten paßt, kreuzen Sie bitte das Kästchen mit „trifft zu“ (2) an.

Haben Sie noch irgendwelche Fragen? Bitte antworten Sie zügig und entscheiden Sie sich umgehend für eine Antwort. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	☒	3	4	5	6

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
----------------	-----------	-----------------	----------------------	-----------------	---------------------

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1. Ich bin ein fröhlicher Mensch.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

2. Ich bin sensibler, als es für mich gut ist.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

3. Oft bin ich recht linkisch*.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

4. Meine Gefühle sind leicht verletzbar.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

5. Ich bin zu empfindlich.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

6. Ich kann Anschuldigungen ertragen, ohne gleich aus der Haut zu fahren.

* linkisch, das heißt ungeschickt

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum der Untersuchung: _____

Beruf: _____

Anleitung

Im folgenden finden Sie 6 Feststellungen zum Umgang und Kontakt mit Menschen. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Maße die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Es gibt für Sie sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten: Die Aussage „trifft sehr zu“ (1), „trifft zu“ (2), „trifft etwas zu“ (3), „trifft eher nicht zu“ (4), „trifft nicht zu“ (5), „trifft gar nicht zu“ (6). Kreuzen Sie bitte das für Sie entsprechende Kästchen an. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Beispiel

Ich lerne gerne fremde Menschen kennen. Wenn für Sie für die Aussage „Ich lerne gerne fremde Menschen kennen“ die Antwort „trifft etwas zu“ (3) am besten paßt, kreuzen Sie bitte das Kästchen mit „trifft etwas zu“ (3) an.

Haben Sie noch irgendwelche Fragen? Bitte antworten Sie zügig, und entscheiden Sie sich umgehend für eine Antwort. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	☒	4	5	6

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
----------------	-----------	-----------------	----------------------	-----------------	---------------------

1. Ich habe eine gute Art, mit anderen umzugehen.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

2. Es fällt mir leicht, Kontakte mit anderen Menschen zu bekommen.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

3. Ich scheue mich nicht, allein in einen Raum zu gehen, in dem andere Leute bereits zusammensitzen und sich unterhalten.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

4. Ich sollte höflicher zu anderen sein.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

5. Ich bin ziemlich scheu und unsicher im Kontakt mit anderen Menschen.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

6. Es ängstigt mich nicht, mit fremden Menschen zusammenzutreffen.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum der Untersuchung: _____

Beruf: _____

Anleitung

Im folgenden finden Sie 10 Aussagen, die eigene Gedanken über die Bewertung der eigenen Person ausdrücken. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Maße die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Es gibt für Sie sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten: Die Aussage „trifft sehr zu“ (1), „trifft zu“ (2), „trifft etwas zu“ (3), „trifft eher nicht zu“ (4), „trifft nicht zu“ (5), „trifft gar nicht zu“ (6). Kreuzen Sie bitte das für Sie entsprechende Kästchen an. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Beispiel

Ich akzeptiere meine Schwächen. Wenn für Sie für die Aussage „Ich akzeptiere meine Schwächen“ die Antwort „trifft eher nicht zu“ (4) am besten paßt, kreuzen Sie bitte das Kästchen mit „trifft eher nicht zu“ (4) an.

Haben Sie noch irgendwelche Fragen? Bitte antworten Sie zügig, und entscheiden Sie sich umgehend für eine Antwort. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	☒	5	6

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Manchmal glaube ich, daß ich zu überhaupt nichts gut bin. | <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 2. Ich bin ein Niemand. | <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 3. Ich verachte mich. | <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 4. Eigentlich bin ich mit mir ganz zufrieden. | <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 5. Manchmal wünschte ich, ich wäre nicht geboren. | <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 6. Ich wollte, ich könnte mehr Achtung vor mir haben. | <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 7. Manchmal fühle ich mich zu nichts nütze. | <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 8. Wenn ich mich mit anderen Menschen meines Alters vergleiche, schneide ich eigentlich ganz gut ab. | <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 9. Ich finde mich ganz in Ordnung. | <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 10. Ich bin zufrieden mit mir. | <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |

HGSI - HORNHEIDE-GRAZ-SCREENING-INSTRUMENT

*Ein Screeningverfahren zur Erfassung von subjektiver Beeinträchtigung und Ermittlung des psychosozialen
Betreuungsbedarfs bei stationären Patienten (Strittmatter, Egger, Stix)*

Autor: Dr. Gerhard Strittmatter, modifiziert in Zusammenarbeit der Gemeinsamen Einrichtung für Klinische Psychosomatik und der Abteilung für Verhaltensmedizin, Gesundheitspsychologie und Empirische Psychosomatik am Universitätsklinikum Graz; Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie Graz, 2000

Code-Nummer: _____

Datum: _____

Teil A: Beurteilung erfolgt durch den Patienten selbst

1. Wie fühlten Sie sich körperlich in der letzten Woche?	eher gut 0	mittel 1	eher schlecht 2
2. Wie fühlten Sie sich seelisch in der letzten Woche?	eher gut 0	mittel 1	eher schlecht 2
3. Gibt es etwas, was Sie unabhängig von der jetzigen Krankheit stark belastet?	ja 2	nein 0	
4. Jeder Mensch hat mehr oder weniger Angst vor den Dingen, die im Spital auf einen zukommen (Untersuchungen, belastende Therapie oder Operation). Geht es ihnen auch so?	ja 2	nein 0	
5. Wie stark fühlen Sie sich dadurch belastet?	kaum 0	mittel 1	stark 2
6. Haben Sie jemanden, mit dem Sie über Ihre Sorgen und Ängste sprechen können?	ja 0	nein 2	
7. Ist jemand in Ihrer Familie durch Ihren Krankenhausaufenthalt besonders belastet?	ja 2	nein 0	
8. Können Sie innerlich tagsüber zur Ruhe kommen?	ja 0	nein 2	
9. Wie gut fühlen Sie sich über Ihre Krankheit und die Behandlung informiert?	eher gut 0	mittel 1	eher schlecht 2

Summe obiger Items:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Leitfaden zum Ärztlichen Gespräch - 2. Teil

Subjektive Krankheitstheorien

Welche Vorstellung haben Sie über die Entstehung Ihrer Krankheit, wie erklären Sie sich die Entstehung Ihrer Krankheit (im Lebenskontext)?

Sehen Sie eine Möglichkeit (und wenn ja, welche) den Krankheitsverlauf mitzubestimmen, zu kontrollieren oder positiv zu beeinflussen?

Psychosozialer Betreuungsbedarf

Besteht psychosozialer Betreuungsbedarf? ja / nein

Schätzt sich der Patient / die Patientin selbst als psychosozial betreuungsbedürftig ein? ja / nein

Erfassung nonverbaler Mitteilungen

Zeigt der Patient / die Patientin relevante psychovegetative Symptome oder Verhaltensweisen? ja / nein
wenn ja: Zittern, Nesteln, Schweißausbruch, Weinen, stoische Ruhe, Überaktivität, ...
(Betreffendes bitte unterstreichen oder angeben)

Zeigt sich der Patient / die Patientin in bezug auf eine psychologische Betreuung motiviert? ja / nein

Ist der Patient / die Patientin motiviert, aktiv zur Verbesserung des Gesundheitszustandes beizutragen? ja / nein

Lehnt der Patient / die Patientin jegliche Problematisierung ab? ja / nein

Besteht eine Diskrepanz zwischen verbalem und nonverbalem Eindruck? ja / nein

Besteht eine Diskrepanz zwischen Selbsteinschätzung des Patienten / der Patientin
und der Fremdeinschätzung des Interviewers ? ja / nein
