

Vortrag von Gerd Ganser auf der Tagung Tiergestützte Psychotherapie vom 9.10. bis 10.10.2015 mit dem Titel:

## **Hundegestützte Psychotherapie.**

### **Ein Bericht aus einer psychotherapeutischen Praxis für Kinder und Jugendliche**

#### **Übersicht**

Ich möchte Ihnen zunächst eine Übersicht über meinen Vortrag geben und meine Argumentationslinie aufzeigen.

#### Interaktion, Dialog

In der hundegestützten Psychotherapie, wie ich sie verstehe, geht es zunächst darum, dass es zu einer Interaktion, zu einem echten Dialog zwischen Patient und Hund kommt. Ein passiver, nur anwesender Hund, dient vielleicht einer Verbesserung des Raumklimas, ist aber keine Grundlage für eine spezifisch hundegestützte Therapie.

#### Subjekt, Ausdrucksverhalten

Der Hund kann nur ein Dialogpartner sein, wenn er eigenständig, als Subjekt handeln und sich ausdrücken darf. Ein Hund der so trainiert wurde, dass er sich z.B. streicheln lässt, obwohl ihm dies nicht gefällt, der sich also nicht ausdrückt, ist kein Dialogpartner.

#### implizites Beziehungswissen

In der Interaktion von Patient und Hund wird implizites Beziehungswissen, die sog. inneren Arbeitsmodellen, sichtbar.

#### Mentalisieren

Dies gilt es zu verstehen und in Sprache zu bringen - zu mentalisieren.

#### Ausbildung/Konsequenzen

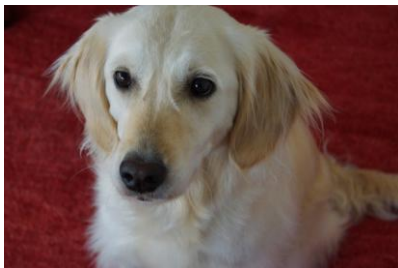
Zum Schluss werde ich noch die Auswirkungen ansprechen, die sich aus dieser Sichtweise ergeben.

## Einleitung

Als ich mit der hundegestützten Arbeit in meiner psychotherapeutischen Praxis für Kinder und Jugendliche begann, drängte sich eine Erkenntnis geradezu auf:

Die Patienten gestalteten den Kontakt mit Danka, meiner 6 jährigen Golden Retriever Hündin, höchst unterschiedlich und auch Danka schien große Unterschiede zu machen. Es gab nicht eine Hund-Mensch Begegnung die gleich war. Selbst wenn die Tätigkeit die gleiche war, also z.B. wenn die Patienten Dankas Kopf streichelten, so war die ganze Szene doch hoch individuell und gleichzeitig sehr spezifisch für den jeweiligen Patienten. Nur dieser Patient streichelt Danka so - und nur bei dieser Patientin reagierte Danka genau so.

Danka



Dies war für mich zunächst sehr überraschend. In der Literatur hatte ich bis dato viel gelesen über allgemeine Wirkfaktoren, Oxytocin- Produktion und Türöffner-Funktion, und dass ein Hund angeblich jedem Menschen vorurteilsfrei begegne, aber relativ wenig über diese offensichtliche Individualität und Spezifität in der Begegnung von Mensch und Hund.

Um dies besser zu verstehen begann ich die Stunden auf Video auf zu nehmen und mit Frau Weiler zu analysieren. Margarete Weiler ist die Gründerin und Leiterin des Institut für Tiergestützte Therapie und Pädagogik Wikkegaard, dass sie seit ihrer Pensionierung 2000 in Dänemark betreibt. Vorher arbeitete sie viele Jahre hundegestützt als niedergelassene analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Hamburg. Ich hatte das große Glück, bei ihr meine Ausbildung in tiergestützter Therapie machen zu können und auch meine Hündin stammt aus ihrer Zucht. Inzwischen bin ich selber als Ausbilder auf Wikkegaard tätig.

## Praxis

Auf den Videos waren dann Szenen wie diese zu sehen:

Ein 5 jähriges Mädchen steht neben Danka und streichelt ihren Kopf. Plötzlich erschrecken beide, Danka schüttelt sich und beide gehen gemeinsam zu einem Tisch.

Die ganze Szene dauerte nur wenige Sekunden und erst in der Zeitlupe konnten wir sehen was passiert war. Die Patientin stand neben Danka und streichelte ihren Kopf. Plötzlich beugt sie sich etwas herunter, nicht viel weil ihr Kopf sowieso fast auf der Höhe von Dankas Kopf war, und küsst Danka auf den Kopf, was diese wohl erschreckt hat. Danka schießt mit dem Körper nach unten und hinten und sieht gleichzeitig nach oben. In denselben Bildern sieht man, wie parallel die Hand des Mädchens zurück zuckt und ihr Körper ebenfalls nach hinten ausweicht. Sekundenbruchteile später geht aber die Hand des Mädchens wieder nach vorne, wie um wieder Kontakt auf zu nehmen. Danka blickt schnell zu mir hinüber und sieht wohl keine Besorgnis in meinem Gesicht und geht wieder nach oben, der Hand des Mädchens entgegen und stellt den Kontakt zur Hand wieder her. Dann schüttelt Danka sich noch und läuft dem Mädchen hinterher zum Tisch.

Was wir in den Videos sahen waren sogenannte Abstimmungsprozesse, die entscheiden wie eine Interaktion abläuft und wie sich die Beziehung zwischen Danka und den Patienten weiterentwickelte. Der Begriff "Abstimmungsprozesse" wird von der Säuglingsforschung verwendet, um bestimmte Prozesse zwischen Baby und Mutter zu beschreiben. Darauf möchte ich näher eingehen:

Eine Reihe von teils berühmten Analytikern und Kleinkindforschern bildeten 1995 die Boston Process of Change Study Group (BPCSG). Die bekanntesten Mitglieder sind wohl Louis W. Sander, Edward Z. Tronick und Daniel Stern. Sie arbeiteten mit Video Aufnahmen von Mutter-Kind Interaktionen und werteten später die Aufnahmen in Zeitlupe und Super-Zeitlupe aus. Es zeigte sich, dass innerhalb von Sekunden-Bruchteilen Ereignisse zwischen Mutter und Kind geschehen, die nachweisbar Bedeutung für die Interaktion haben.

Hierzu ein Beispiel, das Stern schildert:

"Auf den ersten Blick scheint der Film ein Baby zu zeigen, das in den Armen seiner Mutter zu quengeln beginnt, dem Vater überreicht wird und einschläft....'Betrachtet man dieselben wenigen Minuten des Films im Einzelbild-Ablauf, ist zu beobachten, dass der Vater einen kurzen Moment auf das Gesicht des Babys schaut. Seltsam genug schaut der Säugling in denselben Bildern nach oben auf das Gesicht des Vaters. Dann beginnt sich der linke Arm des Babys, der vom linken Arm des Vaters herunterhing, nach oben zu bewegen. Wunderbarerweise bewegt sich in demselben Bild der rechte Arm des Vaters, der seitlich herunterhing, ebenfalls nach oben. Bild für Bild beginnen sich die Hand des Babys und die Hand des Vaters gleichzeitig aufwärts zu bewegen, bis sie sich schließlich über den Bauch des Babys treffen. Die linke Hand des Babys umgreift den kleinen Finger von Vaters rechter Hand. Genau in diesem Moment schließen sich die Augen des kleinen Mädchens. Es schläft ein, während der Vater sich weiter unterhält, offensichtlich völlig ahnungslos bezüglich dieses kleinen Wunders an Spezifität von Zeit, Raum und Bewegung, das gerade in seinen Armen statt gefunden hat'" (Stern D. 2012, S. 86-87)

Das Geschehen in dieser Mikrowelt passiert sehr schnell, was die bewusste Wahrnehmung erschwert. Hinzu kommt außerdem noch, dass die Kommunikation so reichhaltig ist, dass wir sie in der Komplexität bewusst gar nicht erfassen können. In dieser Mikrowelt ist es z.B. entscheidend, mit welcher Geschwindigkeit und Spannung ich den Arm hebe, mit welcher Betonung ich ein Wort sage, wie ich dabei atme, die Länge der Pause bis ich anfangen zu antworten, der Blick, etc. Und diese vielfältigen Mikrobotschaften sind auch noch in einen Beziehungskontext und einer Beziehungsgeschichte eingebettet, die die Grundlage für die Interpretation bieten. Es ist völlig unumgänglich, dass in diesem Abstimmungsprozess zwischen Mutter und Baby oder später zwischen zwei Personen, Fehler auftreten. Die Mutter errät z.B. nicht sofort das Bedürfnis des Babys; der Gesprächspartner versteht das Räuspern des anderen falsch etc.

Für die Mutter gilt Winnicott's Einsicht, dass die Mutter lediglich "gut genug", oder "hinreichend gut" sein muss. Genauso wichtig wie eine gute Abstimmung zwischen Mutter und Baby ist, dass sich die Mutter bei den unausweichlichen Fehl Abstimmungen um eine Reparatur der Beziehung bemüht. Für die Entwicklung scheinen Fehl Abstimmungen sogar wichtig zu sein. Durch den Fehler, die erlebte Distanz, kann das Kind erst erkennen, dass die Mutter eine eigene Psyche ist, es kann Autonomie erfahren und Ich-Grenzen entwickeln. Das Baby entwickelt also durch das Erleben von Abstimmung und Fehl Abstimmung, schon vor dem Erwerb der Sprache, ein Wissen darüber wie es ist mit anderen, also z.B. mit der Mutter, zusammen zu sein. Man nennt dies auch das implizite Beziehungswissen, innere Arbeitsmodelle, Mikrointeraktionsmuster oder Schemata des Zusammensein-mit-den-Anderen. Diese Muster entstehen schon früh aus körperlichen Erfahrungen in Interaktionen und werden auch später, meist unbewusst, automatisch und spontan, in allen Begegnungen körperlich agiert. So wie sich der Körper erinnert, wie man Fahrrad fährt, so weiß der Körper auch, wie er auf andere reagieren soll.

In den Videos aus meiner Praxis sahen wir, dass diese körperlich agierten Abstimmungsprozesse auch zwischen den Patienten und Danka geschahen. Auch hier gab es gute, harmonische Abstimmungsprozesse und auch Fehl Abstimmungen, bei denen sich Patienten und Danka nicht harmonisch aufeinander abstimmten. In dem vorhin erwähnten Video mit dem 5 jährigen Mädchen sahen wir, wie es zu einer Miss Abstimmung kam sowie zur anschließenden Reparatur und Wiederherstellung der positiven Beziehung.

#### Wie stimmen sich zwei Interaktionspartner aufeinander ab?

Zunächst ein Zitat von dem Psychoanalytiker Ulrich Streeck:

"Die Fähigkeit, mit Anderen zu interagieren, beruht zu einem großen Teil auf impliziten, prozeduralem, nicht auf deklarativen und autobiographischen Wissen." (Streeck, 2009, S. 29)

In der Interaktion mit dem Hund kann der Patient gar nichts anders als seine erlernten, impliziten Beziehungsmuster in Szene zu setzen. Das ist bedeutsam! Krankheiten und Symptome sind innerhalb von Beziehungen entstanden und auch wie wir mit uns selber umgehen, ist ein Spiegel unserer Beziehungserfahrungen. Wenn dies in der Interaktion zwischen Hund und Patient zum Ausdruck kommt, eröffnen sich faszinierende therapeutische Möglichkeiten. Wir wissen dann zwar noch nicht warum sich der Patient so verhält, aber wir sehen, **wie** er sich verhält. Durch sein Verhalten gestaltet oder provoziert er die entsprechenden Reaktionen, sowohl bei anderen Menschen als auch beim Hund.

Dies war auch bei dem vorgenannten 5-jährigen Mädchen so.



Schon in der 2. Stunde begrüßte sie mich, indem sie mich am Bein umklammerte und äußerte, sie würde sich ja so freuen mich wieder zu sehen. Die Erzieherin im Kindergarten beklagte sich, dass die Patientin sie so mit Liebe überschütte und an ihr klebe, dass es ihr oftmals zu viel sei. Mit anderen Kindern kann das Mädchen keine Freundschaften aufbauen, ebenfalls weil diese sich nach kurzer Zeit zurück ziehen, weil sie die "Liebesbekundungen" der Patientin nicht aushalten.

Dieses aggressiv Nähe suchende Verhalten der Patientin zeigte sich nun auch im Kontakt mit Danka, als sie ihr, völlig missabgestimmt, den Kuss auf den Kopf drückte, wobei Danka sehr eindeutig reagierte, während ich mir aus Höflichkeit nicht anmerken lies, wie unangenehm mir die anfängliche Umklammerung meines Beines war.

An einem weiteren Beispiel, möchte ich Ihnen zeigen, wie das Interaktionsmuster einer Patientin, ihr implizites Beziehungswissen, den Kontakt zu Danka aber auch zu mir und zu anderen Menschen bestimmt. Wie sie ihr implizites Beziehungswissen in Szene setzt.

## Sara, 11 Jahre

Sara, 11 Jahre alt, ist bei Beginn der Therapie ein stark untergewichtiges, hageres Mädchen. Sie ist intelligent, hat aber eine etwas besserwisserische Art. In der Schule wird sie gemobbt, Freundinnen hat sie keine. Die selber körperlich kranke und überforderte Mutter ist alleinerziehend, der Vater wohnt weit entfernt und kümmert sich nicht. Ein im Haushalt lebender 3 Jahre jüngerer Bruder terrorisiert die Mutter und Sara mit seinem grenzenlosen Anspruchsverhalten. Er ist stark übergewichtig, ungestüm, unverschämt und lässt sich von niemand begrenzen - er ist sozusagen, das Gegenteil von Sara. Therapeutische Versuche die Mutter so zu stärken, dass sie den Bruder mehr begrenzt sind nicht erfolgreich und auch das Mobbing in der Schule widersteht zunächst jeder Intervention.

Die Begrüßungsszene mit Danka gestaltete sich so:

Danka schien die Grenzen von Sara nicht zu respektieren. Sie bedrängte Sara, erschien gierig und respektlos und diese hatte keine Möglichkeit, Danka von sich fern zu halten, Nein zu sagen, sie zu stoppen. Es war mit Danka also genauso wie mit den Kindern in der Schule.

In der Videoanalyse sahen wir dann, wie sich diese Szene entwickelte: Sara streckte nicht wie die meisten Menschen die Hand mit dem Leckerli aus, sondern hielt sie nahe an ihrem Körper, so dass Danka ganz nahe an Sara herangehen musste. In dem Moment, als Dankas Schnauze fast die Hand mit dem Leckerli berührte, zog Sara ihre Hand etwas weiter nach oben und hinten, so dass Danka dem Leckerli folgte und schließlich mit dem Oberkörper auf ihrem Schoß landete. Wir sahen die immer stärker werdende Angst im Gesicht der Patientin und ihr hilfeschender Blick in meine Richtung. Im Video konnten wir sehen, dass Sara durch ihr kontaktvermeidendes, scheues Verhalten Danka erst zu ihrem Verhalten trieb und dies war wohl bei den menschlichen Interaktionspartner ähnlich. So brachte sie z.B. die Mutter durch ihr Nicht-Essen dazu, sie beständig zu bedrängen und auch mich verführte sie durch ihr hilfloses, passives Verhalten dazu, ihr Vorschläge und Verhaltenstipps zu geben.

Die Therapie konnte aber nach über 2 Jahren erfolgreich abgeschlossen werden. Sara war inzwischen wieder normal gewichtig, hatte die Schule gewechselt und wurde dort nicht mehr gemobbt und ihre Art und Weise Interaktionen zu gestalten hatte sich verändert, obwohl die Mutter ihr Verhalten nicht ändern konnte und der Bruder auch immer schwieriger wurde. Bemerkenswerter Weise hatte sich das Verhalten Danka gegenüber nicht so verändert wie man dies vielleicht erwartet und angestrebt hätte. Sara sagte Danka weiterhin nicht Nein, begrenzte sie nicht - brauchte es aber auch nicht. Statt vor dem Wollen und der Gier von Danka zu fliehen und Angst davor zu haben, ging sie nun offensiv auf Danka zu, brachte ihr Leckerli von zu Hause mit, ließ sich sogar die Hand von Danka ablecken, sie bürstete Dankas Fell und diese wiederum freute sich immer schon beim Hereinkommen auf Sara. Das vorher ausweichende und kontaktvermeidende Verhalten hatte sich so geändert, dass Sara nun aktiv auf Danka zuzuging, wodurch sich die Begegnung ganz anders gestaltete. In diesem Kontext, in der veränderten Interaktion, war Dankas Wollen nun willkommen, sie erschien weder gierig noch unerzogen. Sara und Danka hatten einen Weg gefunden, auf eine gute Weise, miteinander zusammen zu sein

und dieser Weg war ein anderer, als ich theoriegeleitet vermutet hätte, aber offensichtlich war dieser Weg bei Danka, wie auch außerhalb der Therapie, erfolgreich.

An diesem Beispiel sehen wir, wie Saras Beziehungsmuster zu Beginn der Therapie bei Danka sichtbar wurde und wirkte und wie später eine veränderte innere Einstellung auch die Interaktionen mit Mensch und Hund anders verlaufen ließ. Ich will nicht sagen, dass Sara und Danka dies alleine miteinander entwickelt hätten. Zwischen den unterschiedlichen Arten Beziehungen zu gestalten, lag der therapeutische Prozess und ich möchte jetzt darauf zu sprechen kommen, wie man diesen Prozess initiieren und begleiten kann.

### Mentalisieren

Eine Arbeitsgruppe um den Psychoanalytiker Peter Fonagy entwickelte die mentalisierungsbasierte Psychotherapie. Sie geht davon aus, dass in jeder wirksamen Psychotherapie mentalisiert wird. Mentalisieren ist eine Fähigkeit, die wir mit dem Spracherwerb entwickeln und immer mehr ausbauen. Kurz gesagt bedeutet Mentalisieren, sich selbst und die anderen verstehen. Es bedeutet zu verstehen, dass das eigene Verhalten und das der anderen von Überzeugungen, Gefühlen, Einstellungen, Wünschen etc. geleitet ist. Andere wie auch sich selbst als intentionale Subjekte zu sehen. Sich selbst mit den Augen von anderen sehen und sich in andere hineinversetzen können.

Therapeuten aller Couleur mentalisieren mit ihren Pat. wenn sie versuchen zu verstehen, wie z.B. diese Gedanken erlernt wurden (kognitiven Verhaltenstherapie) oder wie die anderen Familienmitglieder das Verhalten verstehen (systemische Therapie) oder welche Triebe denn diese Gefühle befeuern (klassische Analyse). Die mentalisierungsbasierte Therapie legt nun ihren Fokus auf diesen Vorgang und versucht, die Fähigkeit zu Mentalisieren, die Fähigkeit sich und andere zu verstehen, zu fördern. Der Therapeut nimmt dazu eine Nicht-Wissende Haltung ein, fragt und hinterfragt viel, ist dabei durchaus aktiv und beteiligt, verzichtet auf nicht nachvollziehbare Deutungen unbewusster Strebungen, spricht in einer Alltagssprache und ist als reale Person sichtbar und ansprechbar. Besonders für Kinder und Jugendliche, und eben in der hundegestützten Psychotherapie, finde ich diese Haltung äußerst fruchtbar und praktikabel.

Auch in der hundegestützten Arbeit geht es mir darum, eine für die Patienten bedeutsame und lebendige Erfahrung im therapeutischen Raum zu ermöglichen. Beziehungsmuster, und dabei natürlich gerade die problematischen Muster, wegen denen der Patient in die Therapie kommt, dürfen sich zeigen. Auch im Dialog mit dem Hund werden Missabstimmungen nicht grundsätzlich vermieden, sondern als Lernerfahrung akzeptiert, soweit bestimmte Grenzen nicht überschritten werden. Im Sinne der mentalisierungsbasierten Psychotherapie wird nun das Geschehen im Raum mentalisiert. Normalerweise hat man in der Einzeltherapie nur das Beziehungsgeschehen zwischen dem Patienten und dem Therapeuten im Raum. Durch die Einbeziehung des Hundes erweitern sich die Möglichkeiten zum Mentalisieren beträchtlich.

Ich möchte Ihnen dies anhand eines Schemas zeigen, wie durch diese Erweiterung, verschiedene Positionen für den Therapeuten entstehen:

Position 1, Therapeut beobachtet



Eine Position, die ich als Therapeut einnehmen kann, entsteht, wenn das Kind mit Danka spielt und ich dieses Spiel beobachte und in Sprache bringe.

Der Patient spielt z.B. mit Danka sehr wüst und ich erkenne bei Danka ein Unwohlsein. Vielleicht will sie aus dem Spiel aussteigen und sich zurück ziehen. Diese Beobachtung kann ich dem Patienten mitteilen und damit deren Spiel, deren aktuelle Beziehungsgestaltung zur Sprache bringen. Ich kann laut überlegen, wie es Danka wohl geht und ich kann vermuten, wie es wohl dem Patienten gerade geht. Ich kann ihn natürlich auch direkt fragen, wie er das Spiel erlebt und welche Absichten er denn hat.

Je nach Niveau der Mentalisierungsfähigkeit kann der Patient selber Worte finden, ich biete ihm Worte und Alternativen an oder ich wirke als mentalisierendes Vorbild.



### Position 2, Danka beobachtet



In der nächsten Position kann ich meine Vermutung darüber aussprechen, wie Danka wohl das Spiel zwischen mir und dem Patienten erlebt.

Z.B. erlebte ich einmal ein Rollenspiel mit einem Patienten als äußerst aggressiv, laut und unangenehm. Danka kam ohne Aufforderung schwanzwedelnd dazu und wollte offensichtlich mitspielen. Ich kann mein Erleben, meine Überraschung und Verwirrung dann aussprechen und laut in Frage stellen, ob ich die Situation wohl richtig erlebt habe. Danka hatte ja wohl eine andere Interpretation. Oder wollte Danka nicht mitspielen sondern mich schützen? Dies war für den Patienten eine interessante Frage und es fiel leicht darüber zu reden, wie er die Situation erlebt hatte und dass andere Kinder das Verhalten des Patienten oftmals aggressiv erleben, obwohl er selber dies so nicht erlebt.

### Position 3, Kind beobachtet

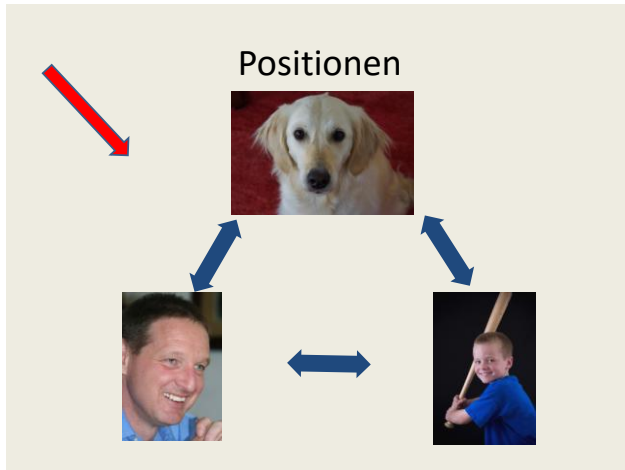


Auch diese Position ermöglicht das Mentalisieren. Der Patient beobachtet mich bei meiner Art und Weise mit Danka um zu gehen, was mich automatisch zu einer Art Vorbild macht und der Patient kann seine eigene Haltung dazu entdecken.

Wenn Danka nicht sofort auf geäußerte Befehle reagiert, zeige ich in der Regel zunächst Verständnis und frage mich, warum sie wohl gerade nicht gehorcht. Ich

kann den Patienten fragen, wie er meine Art der Erziehung findet. Wäre er selber strenger? Was findet er richtig? Und von dort ist die Frage nahe liegend, wie seine Eltern damit umgehen oder früher umgegangen sind.

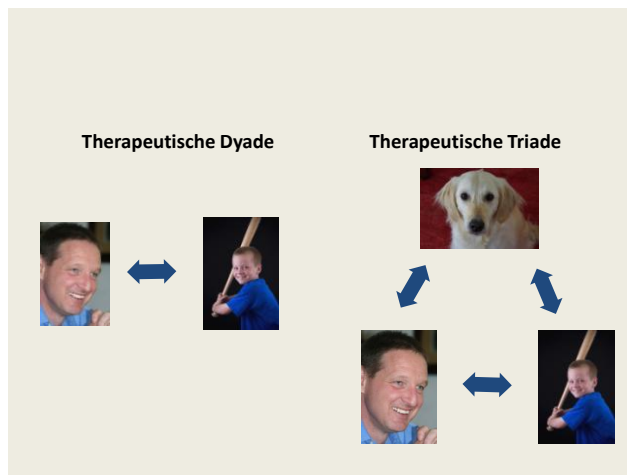
#### Position 4, Spiel zu Dritt



Schließlich gibt es noch das gemeinsame Spiel zu Dritt, das es vielleicht in der Familie gegeben hat.

Im gemeinsamen Spiel wird deutlich, ob das Kind überhaupt zu triadischen Spielen in der Lage ist. Triangulierungsstörungen werden in dieser Position sichtbar. Ich erlebe in der Praxis häufig Kinder die keine Vorstellung davon haben, wie sie eine Dreier-Situation gestalten können. Sie können mit mir oder mit Danka durchaus gut spielen, die dyadische Situation ist vertraut, aber ein Dritter wird sofort als Konkurrent erlebt und möglichst ausgeschlossen. Laut Jürgen Grieser ist dies die häufigste Triangulierungsstörung: Einer, oft der Vater, wird aus der Mutter-Kind Dyade ausgeschlossen.

## Dyade/Triade



Sie sehen, dass durch die Erweiterung der therapeutischen Situation von einer Dyade zu einer Triade mehrere Positionen entstehen, die alle Beteiligten einnehmen können. Dies erweitert die Möglichkeit verschiedene Interaktionen zu erleben und zu mentalisieren erheblich.

### Auswirkungen auf den therapeutischen Prozess durch die Einbeziehung eines Hundes:

1. Einer der wesentlichen Vorteile bei der Einbeziehung eines Hundes in die Therapie ist, dass unser Blick auf die körperlich agierten Abstimmungsprozesse gelenkt wird und dadurch implizite Beziehungsmuster leichter sichtbar werden. Wir sehen und verstehen, *wie* der Patient in Interaktionen handelt.
2. Ich habe als Therapeut eine zusätzliche Möglichkeit Muster zu erkennen: Ich spüre das Muster am eigenen Leib, ich kann es aus der Anamnese und dem erzählten Inhalt ableiten und zusätzlich sehe ich das Muster in der Interaktion mit dem Hund.
3. Muster kann ich eher entdecken, wenn ich mehrere Beobachtungen habe. Es könnte ja sein dass die 5 jährige mich umarmt, weil sie mich so besonders nett findet. Wenn sie aber genauso mit Danka verfährt, dann liegt die Vermutung eines Musters viel näher. Tatsächlich verstehe ich in der Praxis oft erst wie die Patienten mit mir umgehen, nachdem ich ein Muster in ihrem Umgang mit Danka wahr genommen habe. Dies kann auch der Fall sein wenn ich sehe, wie unterschiedlich der Patient Danka und mich behandelt und z.B. mit Danka Nähe leben kann, mit mir aber nicht, oder umgekehrt mit mir interessante Gespräche führt, aber vor dem tierisch-triebhaften im Raum, Angst hat.

4. Beim Besprechen des Geschehens, kann ich für den Patienten als Hilfs-Ich fungieren, indem ich mit ihm zusammen die Interaktionen mit Danka betrachte. Dies ist viel leichter und mit weniger Widerstand verbunden, als wenn ich die Therapeut-Patienten Beziehung bespreche.

5. Ein weiterer wesentlicher Vorteil beim Einsatz eines Hundes ist seine den Menschen in manchen Gebieten weit überlegene Sensorik. Hunde können z.B. aufgrund ihrer Riechfähigkeit innere Befindlichkeiten des Menschen erkennen, die wir nicht wahr nehmen können.

6. Danka reagiert nicht nur sensibel gegenüber den Gefühlen der Patienten, sondern natürlich auch auf meine Emotionen und bietet mir dadurch die Möglichkeit mich selbst in ihrer Reaktion zu spiegeln. Als Hundebesitzer haben Sie wahrscheinlich schon oft erfahren, wie gut Ihr Hund Sie und Ihre Gefühle lesen kann.

#### Konsequenzen/ Ausbildung

Das hier vorgestellte Konzept impliziert eine bestimmte Sicht auf den Hund und auf den therapeutischen Prozess. Wohl alle tiergestützt arbeitenden Therapeuten wollen die Begegnung zwischen den Patienten und dem Therapiehund für den therapeutischen Prozess nutzen. Dies setzt, aus meiner Sicht, jedoch voraus, dass es zu einer lebendigen Inter-Aktion, zu einer echten Begegnung, kommt in der Abstimmung und Missabstimmung möglich ist. Dadurch werden implizite Beziehungsmuster sichtbar und therapeutisch bearbeitbar. Das wiederum bedeutet, dass der Hund als ein Subjekt, als ein Du, als ein echter Interaktionspartner begriffen wird. Um dies sein zu können, muss der Hund die Freiheit haben, sich gemäß seiner Natur und seinen Bedürfnissen ausdrücken und handeln zu können. Der Hund darf auf Aktionen des Patienten auf seine ihm eigene Art reagieren und auch sein Befinden und seinen Willen kundtun, worauf der Patient dann wieder reagieren kann. Natürlich sollte der Hund ein Interesse an Menschen haben und auch gut sozialisiert sein, aber gerade seine Reaktionen bei Missabstimmungen sind willkommen. Der Hund soll wie eine Mutter oder ein Therapeut lediglich "hinreichend gut" sozialisiert sein.

Sehr kritisch sehe ich deshalb auch den angedachten Hundetest. Aus meiner Sicht sollte nicht nur der Hund trainiert werden, wenn er Stress bei trampelnden Menschen oder streichelnden Kindern bekommt. Den Hunden sollte das Bellen und Knurren nicht abtrainiert werden, im Gegenteil sollten Hunde die Möglichkeit haben, ihr Unwohlsein auszu drücken. Aufgabe des Menschen ist es, den Ausdruck des Hundes zu lesen und ggf. einzu schreiten. Beißunfälle geschehen aus meiner Sicht eher bei Hunden die sich nicht mehr ausdrücken können, die ertragen und brav liegen bleiben, als bei Hunden, die ihr Befinden mitteilen und dem Menschen ermöglichen, auf die Situation zu reagieren. Wenn bei einem Eignungstest Hunde positiv beurteilt werden, weil sie keine Stresssignale aussenden, so kann dies kein Beurteilungskriterium für die Eignung zum Therapiehund sein. Ein Hund der sich

nicht ausdrückt ist für die Psychotherapie, wie ich sie verstehe, mangels Interaktionsfähigkeit, nicht geeignet.

Die hier beschriebene Vorgehensweise hat auch Auswirkungen auf die Art und Weise wie aus meiner Sicht eine Weiterbildung für hundegestützte Therapie gestaltet sein sollte. Es geht um das Erkennen und Nutzen von so hoch individuellen und spezifischen Prozessen zwischen Mensch und Hund, dass uns nur eine gemeinsame Ausbildung von Mensch und Hund sinnvoll erscheint. Daher legen wir auf Wikkegaard viel Wert auf Supervision, sowohl in den Seminaren, aber auch zwischen den Theorieblöcken, wo wir telefonische Supervision anbieten und fordern. Die meisten Teilnehmer sind Psychotherapeuten für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, aber auch Pädagogen und andere Therapeuten, können bei uns die Ausbildung absolvieren, wobei wir pro Kurs höchstens 10-12 Mensch-Hunde Teams aufnehmen.

In diesem Vortrag konnte ich aus zeitlichen Gründen die zugrunde liegende Theorie nur knapp darstellen. Auch habe ich mich auf Beispiele aus der Kindertherapie beschränkt. Prozesse zwischen Patient und Hund geschehen aber in jedem Alter und bei jedem Therapeuten, unabhängig von der therapeutischen Ausrichtung.

Zum Schluss möchte ich noch auf mein Buch hinweisen mit dem Arbeitstitel "Hundegestützte Psychotherapie" das 2016/2017 im Schattauer Verlag erscheinen wird. Hier können Sie mein Konzept dann differenzierter und ausführlicher nachlesen.

#### Literaturnachweise:

- Stern D. et al. (2012). Veränderungsprozesse. Ein integratives Paradigma. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel
- Streeck U. (2009). Gestik und die therapeutische Beziehung. Über nichtsprachliches Verhalten in der Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer