



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Spina Bifida und Hippotherapie.
– **Eine Studie unter Einbezug von Interviews**
und autobiographischen Reflexionen

verfasst von / submitted by

Heidrun Schnecker, BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Wien, 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 848

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Bildungswissenschaft

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Wilfried Datler

DANKSAGUNG

Zunächst möchte ich mich bei meinem Betreuer Herrn Univ.-Prof. Dr. Wilfried Datler für seine ausgiebige Unterstützung bedanken. Durch seine stetigen Anregungen, konstruktive Kritik und auch moralische Hilfe bei den teilweise sehr emotional behafteten Thematiken der Arbeit wurde diese in dieser Form erst möglich.

Einen besonderen Dank möchte ich auch meiner Familie, insbesondere meinen Eltern, meinem Bruder Jörg und seiner Lebensgefährtin Lisi aussprechen. Von ihnen erfuhr ich im Laufe meines Studiums und beim Verfassen der Arbeit stets die Unterstützung, die ich, besonders in der sehr intensiven Zeit des Schreibprozesses dieser Arbeit, benötigt habe.

Dies gilt auch für meinen Verlobten Simon, dem ich hiermit auch explizit danken möchte. Er brachte immer die notwendige Geduld und Einsicht auf, um mich während dieser Zeit zu unterstützen. Aber auch seine konstruktiven Anmerkungen und Anregungen beziehungsweise die stundenlangen Diskussionen über die Thematik der vorliegenden Masterarbeit trugen maßgeblich zum Ergebnis dieses Prozesses bei.

Des Weiteren danke ich meinen Gegenleserinnen und Gegenlesern, insbesondere Irene, Nadja und Marlene, für ihre stundenlange Arbeit sowie meinem Freundeskreis, der immer für mich da war, sich meine Sorgen anhörte und, wenn ich es benötigte, für Ablenkung sorgte.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung und Hinführung zum Thema.....	1
<i>Methodisches Vorgehen</i>	5
<i>Theoretischer Rahmen</i>	8
1. Spina Bifida.....	11
1.1 Begriffsdefinition	11
1.2 Historisches	12
1.3 Ausprägungsformen	12
1.3.1 Spina Bifida occulta	12
1.3.2 Spina Bifida aperta	12
1.4 Ursachen und Entwicklungsbedingungen	13
1.4.1 Familiengeschichte.....	14
1.4.2 Folsäure/ Folatmangel	14
1.4.3 Diabeteserkrankung der Mutter.....	14
1.4.4 Drogenmissbrauch/ Medikamente der Mutter.....	14
1.4.5 Andere Risikofaktoren	15
1.5 Das Leben mit Spina Bifida – psychosoziale Herausforderungen und gesundheitliche Komplikationen.....	16
1.5.1 Gesundheitliche/ körperliche Komplikationen.....	16
1.5.2 Psychosoziale Herausforderungen	17
2. Konventionelle Maßnahmen bei der Behandlung von Spina Bifida.....	20
2.1 Konservative, therapeutisch-medizinische Maßnahmen	21
2.1.1 Das Bobath-Konzept	22
2.1.2 Das Vojta-Konzept.....	26
2.2 Die physiotherapeutische Behandlung von Spina Bifida Betroffenen.....	31

2.2.1	Prinzipien der physiotherapeutischen Behandlung von Spina Bifida Betroffenen .	33
2.3	Operative, neurochirurgische Maßnahmen	35
2.3.1	Versorgung der Myelomeningocele und des Hydrocephalus.....	35
2.3.2	In-utero Behandlung der Myelomeningocele.....	35
2.4	Darstellung der Ähnlichkeiten zur Hippotherapie und Explikation des „Besonderen“ der Hippotherapie	36
2.4.1	Vergleich von Bobath-, Vojta- und Hippotherapie hinsichtlich Ähnlichkeiten, Nähe und Unterschiede.....	37
2.4.2	Das „Besondere“ der Hippotherapie	38
3.	Hippotherapie	40
3.1	Begriffsdefinition	40
3.2	Das Pferd als Helfer in der Therapie	41
3.2.1	Bedeutung des Pferdes für den Menschen	41
3.3	Indikation und Kontraindikation	44
3.4	Allgemeine Ziele und Wirkungen der Hippotherapie	45
3.4.1	Übung und Neubildung nervlicher Schaltungen	46
3.4.2	Bewegungserfahrung bei Querschnittslähmung.....	47
3.4.3	Balance- und Haltungstraining bei Gliedmaßenfehlbildungen	47
3.4.4	Trainingseffekte für das menschliche Gangbild.....	47
3.4.5	Psychische Motivation und Aufforderungscharakter des Pferdes.....	47
3.4.6	Reiten als vielschichtiger Lernprozess	48
3.4.7	Wirkung auf die Sensomotorik	48
3.4.8	Neues Selbstvertrauen	48
3.4.9	Mensch-Pferd-Interaktionen (Beziehung).....	49
3.4.10	Körperwärme.....	49
3.5	Das Therapieteam – Ausbildung, Anforderungen und Aufgaben.....	50
3.5.1	Physiotherapeutin bzw. Physiotherapeut.....	50
3.5.2	Pferdeführerin bzw. Pferdeführer.....	53

3.6 Qualifikation des Hippotherapiepferdes.....	53
3.6.1 Äußere und innere Eigenschaften des Pferdes	54
3.6.2 Ausbildung und Aufgaben eines Hippotherapiepferdes.....	56
3.7 Hippotherapie bei Kleinkindern	57
3.7.1 Übungen in der Hippotherapie mit Kindern.....	59
3.8 Finanzielle Aspekte (Kostenübernahme in Österreich).....	60
4. Forschungsmethodisches Vorgehen	61
4.1 Das Autobiographische Schreiben - Begriffsbestimmung und Charakteristika.....	61
4.1.1 Das Konzept der Selbstdistanzierung.....	62
4.2 Die Methode der psychoanalytischen Textinterpretation.....	63
4.3 Darstellung und Erläuterung der Analyseschritte des autobiographischen Berichts	65
4.4 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	69
4.4.1 Darstellung der Methode	70
5. Analyse des Autobiographischen Berichts.....	71
5.1 Analyse mithilfe der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse	71
5.1.1 Bestimmung der Strukturierungsdimensionen, Ausprägungen und Zusammenstellung des Kategoriensystems	71
5.1.2 Formulierung von Definitionen, Ankerbeispielen, Ausprägungen und Kodierregeln der einzelnen Kategorien	78
5.1.3 Materialdurchlauf: Fundstellenbezeichnung	82
5.1.4 Materialdurchlauf: Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen.....	82
5.1.5 Ergebnisaufbereitung	82
5.1.6 Diskussion der Ergebnisse der Analyse	93
5.2 Analyse mithilfe der Psychoanalytischen Textinterpretation.....	98
5.2.1 Explikation sogenannter „Irritationen“ im Text.....	98
5.2.2 Klärung des Entstehungsprozesses der vier Irritationen	103
5.2.3 Beschreibung aufgetretener Widerstände und Abwehrprozesse bei der Verfasserin des Berichts hinsichtlich der entstandenen Irritationen	104

5.2.4 Beschreibung der Verbindung zwischen den vier Irritationen und Ausarbeitung der Bedeutung für das Leben der Verfasserin	106
5.2.5 Ausarbeitung des Aspektes der „Hippotherapie als Unterstützung im Prozess der Auseinandersetzung“ mit den vier Irritationen.....	108
5.2.6 Darstellung und Diskussion der Ergebnisse der Analyse.....	110
5.3 Vergleich der Ergebnisse der beiden Analysen des autobiographischen Berichts.....	112
6. Analyse der halbstandardisierten Interviews.....	116
6.1 Analyse mit Hilfe der qualitativen (strukturierenden) Inhaltsanalyse.....	116
6.2 Diskussion der Aussagen der Interviews	126
7. Diskussion der Ergebnisse der Arbeit und Beantwortung der Forschungsfragen.....	130
7.1 Klärung der pädagogischen Relevanz der Arbeit sowie Diskussion der Frage, ob Therapie eine pädagogische Arbeit sein kann	130
7.2 Zusammenfassung der einzelnen Kapitel.....	134
7.3 Diskussion der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit und Beantwortung der zentralen Forschungsfrage	135
7.4 Resümee und Ausblick.....	138
Literaturverzeichnis	141
Autobiographischer Bericht.....	148
Abstract in Deutsch	162
Abstract in Englisch.....	163
Lebenslauf der Verfasserin.....	164

Einleitung und Hinführung zum Thema

Die Einbeziehung von Tieren in die pädagogische Arbeit ist heute weit verbreitet. Egal, ob im Bereich der Geragogik oder im Bereich der Therapie von Menschen mit einer Beeinträchtigung, die tiergestützte Therapie ist zu einem beliebten Ansatz geworden. In der langen Liste der Adressatinnen und Adressaten von tiergestützter Therapie werden auch Menschen mit Spina Bifida (offener Rücken, Spaltwirbel) angeführt. Menschen mit dieser Beeinträchtigung werden in der einschlägigen Literatur sowie auf Homepages von Anbieterinnen und Anbietern tiergestützter Therapie als Adressatinnen und Adressaten von pferdgestützten Therapieansätzen wie Hippotherapie oder heilpädagogischem Voltigieren genannt.

Eine Spina Bifida ist durch eine Neuralrohrfehlbildung gekennzeichnet, welche entweder kranial (zum Schädel hinführend) oder kaudal (vom Gehirn kommend nach unten führend) auftritt. Die kraniale Form, auch Enzephalozele genannt, verläuft meistens letal. Die kaudalen Fehlbildungen der Spina Bifida bestehen in unterschiedlicher Ausprägung, wobei bei der geringsten Form lediglich die Wirbelbögen nicht verschlossen, äußerlich aber keine Symptome bzw. Ausstülpungen sichtbar sind (Bremer 2003, 833). Bei der Myelomeningocele, welche für diese Arbeit relevant ist, handelt es sich um die schwerste Ausprägungsform der Spina Bifida (ebd.). Sie beinhaltet neben angeborenen Fehlbildungen des Rückenmarks sowie der unteren Extremitäten insbesondere der Füße auch nervöse Fehlbildungen und eine Blasen-Mastdarm-Lähmung, weshalb Spina Bifida aus medizinischer Sicht, hinsichtlich therapeutischer Maßnahmen, mit einer angeborenen Querschnittslähmung „unterschiedlicher Ausprägung auf motorischem, sensiblen und vegetativem Bereich“ verglichen wird (ebd.).

Hauptziel des therapeutischen Reitens und insbesondere der Hippotherapie stellt die Behandlung der Symptomatik, wie die Verbesserung der Haltung, des Gleichgewichts, der Gangschulung, die Verbesserung der Körperwahrnehmung, des Raumlagebewusstseins, Verbesserung des Körpervertrauens, Persönlichkeitsentwicklung, Stärkung des Selbstwertgefühls, Förderung der Kommunikation dar. Hippotherapie wird demnach als „ganzheitliche Therapie“ gesehen (Strauß 2000, 23ff).

Auf die eventuell damit implizit mitschwingende Erfahrungs- und Problembewältigung bzw. die positiven Auswirkungen auf die Psyche und Entwicklung des Menschen wird in der einschlägigen Fachliteratur jedoch nicht eingegangen.

Der Umstand, dass Hippotherapie als effektive Therapieform für Menschen mit einer Spina Bifida beworben wird, das berufliche Interesse an dem Bereich der tiergestützten Therapie, die

eigene Betroffenheit und eigene Erfahrungen mit dem Therapieansatz der Hippotherapie erweckten die Idee, diese Thematik zum Gegenstand der vorliegenden Masterarbeit zu machen. Im Fokus liegt dabei das Vorhaben, näher zu untersuchen, in welcher Hinsicht Hippotherapie als therapeutischer Ansatz den von Spina Bifida betroffenen Menschen eine Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen, die mit ihrer Beeinträchtigung in Verbindung stehen, sein kann und welche heilpädagogischen Konsequenzen für die Praxis daraus gezogen werden können. Es soll dabei herausgefunden werden, inwiefern Menschen, die von Spina Bifida betroffen sind, selbst einschätzen, ob und gegebenenfalls in welcher Hinsicht die von ihnen in Anspruch genommene Hippotherapie ihnen bei der Bewältigung bzw. beim Umgang mit negativen Erfahrungen, etwa durch ihre körperlichen Einschränkungen aber auch soziale negative Erfahrungen, wie das Gefühl ausgeschlossen zu sein und nicht teilhaben zu können, bis hin zu Mobbing, behilflich war oder auch nicht.

Demzufolge lässt sich die zentrale Forschungsfrage der Arbeit formulieren:

„In welcher Hinsicht berichten Menschen, die von Spina Bifida betroffen sind, von Hippotherapie als eine Unterstützung im Prozess der Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen, die mit ihrer physischen Beeinträchtigung in Verbindung stehen?“

Um eine Einbettung in die Bildungswissenschaft zu gewährleisten, wird darüber hinaus auch auf folgende Unterfrage eingegangen:

„Welche heilpädagogischen Konsequenzen lassen sich aus der Antwort auf die zentrale Forschungsfrage ziehen?“

Aktueller Forschungsstand

Wie bereits erwähnt, wurde kaum Literatur bezüglich der positiven Auswirkungen von Hippotherapie auf die Psyche bzw. zur Frage gefunden, inwieweit Hippotherapie bei der auf die Beeinträchtigung bezogenen Probleme (von Menschen mit Spina Bifida) unterstützend wirkt.

Publikationen bezüglich Spina Bifida, Hippotherapie und der Verbindung von Spina Bifida und Hippotherapie fokussieren vermehrt den medizinischen Bereich, sprich den der Folgesymptome von Spina Bifida (vgl. Beergesst 2006, Bremer 2003 etc.), die Auswirkungen der Therapie auf die physiotherapeutischen Symptome im Allgemeinen und bei Spina Bifida im Speziellen (vgl. Strauß 2000 und 2008, Hartje 2009, Soehnle/ Lamprecht 2012, Lohse-Busch u.a. 2001).

Publikationen, in welchen Spina Bifida thematisiert wird, lassen sich in drei Kategorien unterteilen:

1. Studien mit Fokus auf medizinisch- chirurgische Aspekte der Beeinträchtigung,
2. Publikationen mit physiotherapeutischem Fokus und
3. Studien mit sozialwissenschaftlich-psychologischem Fokus.

Studien, welche sich mit Spina Bifida im Speziellen befassen und eine starke Fokussierung auf die Beeinträchtigung aus medizinischer Sicht aufweisen, sind jene von Adzick u.a. (2001), Danzer u.a. (2010), Meuli u.a. (2012) und Parsch/ Schulitz (1972). Inhalt dieser Publikationen ist die Beschreibung der bei einer vorhandenen Myelomeningocele notwendigen chirurgischen Maßnahmen entweder prä- oder postnataler Art, mögliche Folgesymptome und das Legen eines Shunts.

Von Aufschnaiter 2005, Hartmannsgruber 2005 und Freivogel 2005 wiederum lenken den Blick auf die physiotherapeutische Behandlung von Menschen mit Spina Bifida.

Publikationen mit sozialwissenschaftlich-psychologischem Fokus sind die Studien von Pruitt (2012), Ridosh u.a. (2011), Bellin u.a. (2012), Devine u.a. (2011) und Radke (2009). Da diese für die vorliegende Masterarbeit von größerem Interesse ist, werden diese Studien im folgenden Abschnitt dieser Masterarbeit näher beschrieben.

Pruitt (2012) befasst sich in ihrer Studie „Living with spina bifida: A historical perspective“ mit der historischen Perspektive des Lebens mit Spina Bifida Myelomeningocele. Sie beleuchtet den zeitlich bedingten Wandel und die Entwicklung der letzten Jahre, bezogen auf die Behandlung, medizinische Versorgungsnotwendigkeiten und den „Nebeneffekten“ von Spina Bifida und kommt zu dem Schluss, dass

„(...) living with myelomeningocele has improved significantly since the 1960s because of developments in medical technology and changing attitudes toward disability“ (Pruitt 2012, 182).

Ridosh u.a. veröffentlichten 2011 die Studie „Transition in young adults with spina bifida: a qualitative study“, in der sie den Übergang ins Erwachsenenalter von jungen Menschen mit Spina Bifida Myelomeningocele und die damit verbundenen, beeinträchtigungsbedingten Notwendigkeiten (condition-related needs) und die benötigten Lebenskompetenzen (life skills) untersuchen. Das Untersuchungsteam befasste sich in der Studie u.a. mit dem Thema des Suchens

nach Unabhängigkeit von den mit der Beeinträchtigung verbundenen Einschränkungen im sozialen Leben der Betroffenen sowie deren Erfahrungen mit Stigmatisierungen.

Ridosh u.a. (2011, 871) beschreiben den Effekt ihrer Studie wie folgt:

„This study contributes to a better understanding of self-management and independence experiences and the role of inner strength in addressing challenges encountered by individuals with spina bifida who are transitioning into adulthood.“

Das bedeutet, dass es den Autorinnen und Autoren wichtig war, ein besseres Verständnis über Selbstorganisation und Unabhängigkeitserfahrungen von Menschen mit Spina Bifida beim Übergang zum Erwachsenenalter herzustellen, sowie deren Wichtigkeit bei diesem Entwicklungsprozess hervorzuheben.

Aus den Ergebnissen der Studie, so Ridosh u.a. (2011, 873), ergaben sich Ansprüche und Forderungen für die praktische Arbeit mit Menschen mit Spina Bifida, welche folgende Aspekte beinhalten

„(..) targeted interventions for education of families to promote social and peer relationships, early building of job skills, and interdisciplinary tailored care models to promote self-management in adolescence.

Die Familien der Betroffenen sollen hinsichtlich der Förderung von sozialen Beziehungen, Jobfähigkeiten und interdisziplinär zugeschnittenen Pflegemodellen für die Förderung der Selbstständigkeit und der Selbstorganisation seitens der jungen Erwachsenen aufgeklärt werden.

Die Studie von Bellin u.a. aus dem Jahr 2012 mit dem Titel „Self-Management, Satisfaction With Family Functioning, and the Course of Psychological Symptoms in Emerging Adults With Spina Bifida“ befasst sich vorwiegend mit psychopathologischen Symptomen wie Depression oder Angst bei jungen Menschen mit Spina Bifida im Übergang zum Erwachsenenalter. Das Hauptaugenmerk der Studie war es, laut Bellin u.a. (2012, 56)

„(...) to advance knowledge of the course of psychological symptoms in emerging adults with SB (Spina Bifida, Anm.d.V.) and to offer a preliminary understanding of the longitudinal effects of condition severity, satisfaction with family functioning, and self-management on depressive and anxiety symptoms“

Die Studie von Bellin u.a. soll demnach das Wissen über den Verlauf von psychologischen Symptomen bei zu Erwachsenen heranwachsenden Jugendlichen mit Spina Bifida erhöhen und ein Verständnis über die Langzeitauswirkungen des Krankheitszustandes bzw. des Schweregrads der Beeinträchtigung, der Zufriedenheit mit der familiären Situation und der Selbstorganisation auf Symptome wie Depression und Angst eröffnen.

Devine u.a. (2011) befassen sich in ihrer Studie „Friendships of Children and Adolescents With Spina Bifida: Social Adjustment, Social Performance, and Social Skills“, wie der Titel schon sagt, mit dem Thema Freundschaft bei Jugendlichen mit Spina Bifida. Es wurden Jugendliche mit Spina Bifida und eine ausgewählte Freundin oder ein ausgewählter Freund hinsichtlich der Charakteristika ihrer Freundschaft, dem Grad der wahrgenommenen Akzeptanz, der Qualität bzw. Enge der Freundschaft sowie der Häufigkeit von gemeinsamen Aktivitäten gefragt. Diese Ergebnisse wurden mit den erfragten Aussagen bezüglich der Charakteristika des Freundeskreises der Befragten verglichen.

Die Ergebnisse hinsichtlich der „Zweier“-Freundschaften zeigen u.a., dass es Ähnlichkeiten bei den Aussagen über die Akzeptanz innerhalb der Peer-Gruppe, dem Finden von Freundinnen und Freunden und der Häufigkeit der gemeinsamen Aktivitäten gibt, aber Unterschiede bei der Wahrnehmung der Qualität und Enge der Freundschaften bestehen (Devine u.a. 2011, 228). Die Jugendlichen mit Spina Bifida tendierten dazu, die Freundschaften enger zu sehen als die befragten Freundinnen und Freunde (ebd.)

Auffällig im Vergleich mit den Ergebnissen bezüglich der „Zweier“-Freundschaften ist die Tatsache, dass in Bezug auf den Freundeskreis im Allgemeinen, die Jugendlichen mit Spina Bifida ein geringeres Maß an Kameradschaft, Sicherheit und Enge beschreiben als innerhalb der „Zweier“-Freundschaften und im Vergleich zu ihren nicht beeinträchtigten Freundinnen und Freunden (ebd.).

Eine weitere Studie, welche in diesem Rahmen erwähnenswert ist, ist die von Roswitha Radke aus dem Jahr 2009 mit dem Titel „Lebensbilder von Menschen mit Spina Bifida/ offenem Rücken. ‚Ich hatte ja bisher kein langweiliges Leben‘“. Darin berichten elf Frauen und neun Männer mit Spina Bifida ihre persönlichen Erfahrungen in unterschiedlichen Lebensbereichen wie Erfahrungen in der Schule, dem Beruf, der Familie, in Partnerschaften oder auch bei der Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln.

Methodisches Vorgehen

Wie bereits beschrieben, ergab die mit Fokus auf die zentrale Forschungsfrage „In welcher Hinsicht berichten Menschen, die von Spina Bifida betroffen sind, von Hippotherapie als eine Unterstützung im Prozess der Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen, welche mit ihrer physischen Beeinträchtigung in Verbindung stehen?“ durchgeführte Literatursuche keine Ergebnisse und deswegen ist für die Bearbeitung dieser eine empirische Vorgangsweise von Nöten. Da die Forschungsfrage auf die subjektiven Wahrnehmungen und Erfahrungen von mit Spina Bifida betroffenen Menschen bezogen ist, wurde ein empirisch-qualitatives Vorgehen gewählt. Zur Untersuchung der zentralen Forschungsfrage wurden zwei Zugänge gewählt:

In einem ersten Schritt wurde der autobiographische Bericht, welcher von der Verfasserin der Arbeit aufgrund der eigenen Betroffenheit mit Fokus auf die zentrale Forschungsfrage verfasst wurde, und dessen Analyse bezüglich der Forschungsfrage ins Zentrum gerückt. Dies gewährleistet auch die Einbettung in den Studienschwerpunkt Bildung, Beratung und Entwicklung über die Lebensalter, in welchem die Arbeit verfasst wurde.

Dieser autobiographische Bericht sollte zum einen skizzieren was es bedeutet, mit Spina Bifida zu leben, und zum anderen ausgewählte Erlebnisse, die als negativ erfahren wurden, aus dem Leben der Betroffenen rekonstruieren und anschließend die (konstruktive, gelungene) Auseinandersetzung und Verarbeitung dieser negativen Erfahrungen mit Hilfe der Hippotherapie, welche von der Verfasserin im Alter von 4 - ca. 11 Jahren in Anspruch genommen wurde, verdeutlichen. Die Analyse dieses Berichts wurde wiederum in zwei Schritten durchgeführt. In einem ersten Schritt wurden die unbewussten Aspekte bezüglich der zentralen Forschungsfrage mit Hilfe der psychoanalytischen Textinterpretation ausgearbeitet. Dabei stützte sich die Verfasserin der Arbeit auf die Beschreibung, Erklärung und Interpretation sogenannter „Irritationen“ im autobiographischen Bericht, welche, angelegt an die von Leithäuser und Volmerg entwickelte Methode, in verschiedenen Schritten analysiert wurden (vgl. Kap. 4 und 5).

Der zweite Schritt bei der Analyse des autobiographischen Berichts widmete sich der Ausarbeitung des manifesten Gehalts bzw. der expliziten Aussagen bezüglich der zentralen Forschungsfrage. Dafür wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring als Methode gewählt. Um sich nicht bloß auf die Informationen einer Person, nämlich der Verfasserin der Arbeit, stützen zu müssen, wurde für die Untersuchung der zentralen Forschungsfrage ein zweiter methodischer Zugang gewählt. Hierzu wurden im zweiten Schritt halbstandardisierte Interviews mit weiteren Spina Bifida Betroffenen, die Hippotherapie in Anspruch nehmen oder genommen haben, durchgeführt. Dazu wurde ein Leitfaden basierend auf dem autobiographischen Bericht entwickelt. Ziel dieser Interviews war es, herauszufinden, ob ein Konsens oder ein Dissens hinsichtlich folgender Annahme besteht: „Hippotherapie hat nicht nur positive Auswirkungen

auf die physischen Aspekte eine Person mit einer Beeinträchtigung, sondern auch auf die Psyche und Persönlichkeitsentwicklung und kann, demzufolge unterstützend bei der Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen sein“.

Die Kontaktaufnahme bzw. die Suche nach geeigneten Interviewpartnerinnen bzw. -partnern erwies sich aufgrund der Tatsache als schwierig, da Hippotherapie zwar als geeignete Therapie für Menschen mit dieser Beeinträchtigung gilt, diese aber in Österreich nur teilweise von den Krankenkassen übernommen wird und es deswegen nicht viele geeignete Interviewpartnerinnen und -partner, die diese Therapieform, einerseits, über einen längeren Zeitraum in Anspruch genommen haben und andererseits, auch das gewünschte Alter haben.

Als erster Schritt bei der Suche wurde Kontakt mit dem „Spina Bifida und Hydrocephalus Österreich Verein“ aufgenommen, wodurch aber lediglich Personen, die Hippotherapie nur über einen kurzen Zeitraum gemacht haben oder Kinder, welche Hippotherapie in Anspruch nehmen, gefunden wurden. Nach diesem missglückten Versuch bekam ich den Rat, mich direkt an Hippotherapeutinnen und Hippotherapeuten zu wenden. Darüber hinaus kontaktierte ich auch meine ehemaligen Physiotherapeutinnen, von denen eine ebenfalls Hippotherapeutin ist. Durch die Kontaktaufnahme mit den im Internet gefundenen Therapeutinnen und Therapeuten, bei denen das Thema auf große Begeisterung stieß, konnte schließlich der Kontakt mit meinen Interviewpartnerinnen hergestellt werden.

Die Interviews wurden zwischen November und Dezember 2014 bei den Interviewpartnerinnen zu Hause durchgeführt und dauern ca. 30 Minuten.

Die Auswertung der Interviews wurde ebenfalls mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse durchgeführt. Es wurden Aussagen gesucht, welche, zugeordnet zu verschiedenen aufgestellten Kategorien, die als unterstützend wahrgenommen Aspekte einer Hippotherapie, sei es die Beziehung zur Hippotherapeutin bzw. zum Hippotherapeuten oder dem Wahrnehmen der Hippotherapie als dritten Lebensort, thematisierten.

Danach wurden die gefundenen Aussagen bezüglich der Forschungsfrage aus der Analyse des autobiographischen Berichts und aus den Interviews miteinander verglichen und in Beziehung zueinander gesetzt, um Rückschlüsse hinsichtlich der zweiten Forschungsfrage, nämlich der Frage nach den heilpädagogischen Konsequenzen, die durch die Ergebnisse entstehen, ziehen zu können.

Theoretischer Rahmen

Die Arbeit kann zum einen im Bereich der Heilpädagogik zum anderen aber auch im Bereich der Biographieforschung verortet werden. Unter Heilpädagogik wird, laut Antor & Bleidick (2001, 71), „der Theorie- und Praxisbereich verstanden, der sich auf die Erziehung, Unterrichtung und Therapie von Menschen bezieht, die wegen individueller und sozialer Lern- und Entwicklungshindernisse einer besonderen Unterstützung und Hilfe bedürfen, um ein menschenwürdiges Leben führen zu können“. Bei der (erziehungswissenschaftlichen) Biographieforschung liegt das „Interesse an lebensgeschichtlichen Äußerungen in denen subjektive, individuelle Erfahrungen zum Ausdruck kommen“, die das Material für „wissenschaftliche Analysen zu gesellschaftlichen Lebenszusammenhängen von Individuen“ bilden (von Felden 2008, 11). Neben den Lebenszusammenhängen sind in der Biographieforschung auch die Arten der Darstellung der Personen, die ihr Leben beschreiben, von Interesse (ebd.). Eine Annahme der Biographieforschung besagt, dass „Biographien nicht einfach das Leben wiedergeben, ‚wie es war‘, sondern dass Biographien konstruiert sind und der eigene Blick auf das eigene Leben die Biographie erst herstellt“ (ebd.). Der eigene Blick ist dabei aber nicht rein subjektiv, sondern durch eine Fülle von Regeln beeinflusst, welche besagen, „wie in bestimmten Gesellschaftssystemen und zu bestimmten historischen Zeiten Biographien verfasst wurden“ (ebd.). Biographien stellen also nicht nur individuelle Lebensbeschreibungen dar, sondern überliefern auch gesellschaftliche und historische Normen (ebd.). Biographie wird demnach auch als ein „gesellschaftliches Konstrukt im Spannungsverhältnis von Struktur und Handeln“ verstanden (Fischer/Kohli 1987, o.S., zit.nach von Felden, ebd.).

Die Verortung der vorliegenden Arbeit in die Heil- und Inklusive Pädagogik kann durch die von Antor & Bleidick (2001, 71) aufgestellte Definition dieser Disziplin erklärt werden. Hip-
potherapie bietet demnach Menschen mit speziellen Bedürfnissen, das bedeutet einer Beeinträchtigung im Allgemeinen, Unterstützung, um ein „menschenwürdiges Leben“ zu führen. Diese Unterstützung basiert auf verschiedenen Bereichen, wie der Verbesserung der physischen Symptomatik durch physiotherapeutische Interventionen aber auch auf dem Abzielen auf eine Persönlichkeitsentwicklung durch u.a. die zwischenmenschlichen Interventionen mit den Therapeutinnen bzw. Therapeuten, pädagogische Aspekte enthält.

Des Weiteren befasst sich die Verfasserin der Arbeit mit einem Abschnitt in ihrem Leben, kurz, sie „forscht biographisch“ und verbindet dies mit den theoretischen Ausführungen über das

Konzept der Hippotherapie. Dies unterstreicht die Verortung in die erziehungswissenschaftliche Biographieforschung.

Demzufolge gestaltet sich der Aufbau der Arbeit folgendermaßen:

Das erste Kapitel beschäftigt sich mit der Beeinträchtigung Spina Bifida, deren Ausprägungsformen (Kap. 1.2), Ursachen und Entwicklungsbedingungen (Kap. 1.3), sowie mit möglichen psychosozialen Herausforderungen, welchen sich Menschen mit dieser Beeinträchtigung stellen müssen und möglichen weiteren gesundheitlichen Komplikationen (Kap. 1.4).

Im zweiten Kapitel werden verschiedene, konventionelle Maßnahmen, aus therapeutischer Sicht und aus chirurgischer Sicht, die beim Vorhandensein einer Spina Bifida als angemessen erachtet bzw. durchgeführt werden, expliziert. Aus der Fülle von (physio-)therapeutischen Maßnahmen wurden diejenigen, nämlich die Therapie nach Bobath (Kap. 2.1.1) sowie die Therapie nach Vojta (Kap. 2.1.2) gewählt, welche von der Verfasserin, neben der Hippotherapie, in Anspruch genommen wurden. Nach der allgemeinen Beschreibung dieser Therapiekonzepte, wird in Kap. 2.2 auf die Behandlung von Menschen mit Spina Bifida nach diesen Konzepten eingegangen. Bei den chirurgischen Maßnahmen werden zum einen die Versorgung der Myelomeningocele und des Hydrocephalus beschrieben sowie auf die In-Utero-Behandlung einer Myelomeningocele eingegangen.

Danach folgen in Kapitel 2.4 eine Darstellung der Ähnlichkeiten der beschriebenen Therapiekonzepte mit der Hippotherapie, sowie die Ausarbeitung des „Besonderen“ der Hippotherapie. Das dritte Kapitel der Arbeit befasst sich mit dem Therapiekonzept Hippotherapie. Dabei werden die Bedeutung des Pferdes für den Menschen, sowie dessen Einsatz in der Therapie (Kap. 3.1), Indikation und Kontraindikation (Kap. 3.2), die allgemeinen Ziele und Wirkungen (Kap. 3.3), das Therapieteam (Kap. 3.4), den Qualifikation des Hippotherapiepferdes (Kap. 3.5), die Hippotherapie bei Kleinkindern, sowie finanzielle Aspekte beschrieben.

Im vierten Kapitel wird das forschungsmethodische Vorgehen erörtert. Zunächst wird Einblick in die Methode des autobiographischen Schreibens (4.1) gegeben und das Konzept der Selbstdistanzierung erklärt (4.2). Danach folgen die Beschreibung der psychoanalytischen Textinterpretation und die Darstellung und Erläuterung der durchgeführten Analyseschritte bei der Analyse des autobiographischen Berichts.

Kapitel 4.4 widmet sich der Auswertungsmethode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, die zum einen ebenfalls bei der Auswertung des autobiographischen Berichts angewendet wurde, aber auch bei der Analyse der halbstandardisierten Interviews.

Das 5. Kapitel befasst sich mit der Analyse des autobiographischen Berichts. In Kapitel 5.1 erfolgt die Analyse mit Hilfe der qualitativen strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring und in Kapitel 5.2. die Analyse mit Hilfe der psychoanalytischen Textinterpretation.

Die Auswertung der halbstandardisierten Interviews stellt das 6. Kapitel dar und das 7. Kapitel bildet die Diskussion der Arbeit sowie die Beantwortung der Forschungsfragen.

1. Spina Bifida

Um ein klareres Verständnis über Spina Bifida seitens der Leserinnen bzw. der Leser der vorliegenden Masterarbeit zu gewährleisten, widmet sich dieses Kapitel dieser Beeinträchtigung. Nach einer kurzen Begriffserklärung, historischen Fakten und der Explikation der unterschiedlichen Ausprägungsformen, folgt eine Auflistung und Erklärung der Ursachen und Entwicklungsbedingungen dieser Beeinträchtigung. Abgeschlossen wird dieses Kapitel mit der Beschreibung psychosozialer Herausforderungen und gesundheitlicher Komplikationen, die das Leben mit Spina Bifida mit sich ziehen kann bzw. die auftreten können.

Wie bereits erwähnt, dient dieses Kapitel der Beschreibung der für die vorliegende Masterarbeit relevanten Beeinträchtigung und dem Verständnisaufbau bezüglich dieser, seitens der Leserinnen und Leser der vorliegenden Masterarbeit.

1.1 Begriffsdefinition

Spina Bifida (Lat.: bifidus = zweigeteilt; spinalis = zur Wirbelsäule bzw. zum Rückenmark gehörig) bedeutet „zweigeteilte Wirbelsäule“ oder „offener Rücken“ und bezeichnet eine „Hemmungsfehlbildung des Neuralrohrs“, welche entweder kranial (zum Schädel hin) oder kaudal (vom Gehirn kommend, nach unten) verläuft (Bergeest 2006: 70). Grundsätzlich gilt: Je kaudaler der gespaltene Wirbelsäulenabschnitt liegt, desto günstiger (von Aufschnaiter 2005, 268). Die Fehlbildung manifestiert sich in der 3. bis 4. Schwangerschaftswoche bei der Umwandlung der Neuralplatte zum Neuralrohr und führt bei der weiteren körperlichen Entwicklung des Fötus zu Störungen des Zentralnervensystems (ebd.). Betroffen davon können Gehirn (Enzephalon), Rückenmark (Myelon) und Rückenmarkshäute (Meningen) sein. Dies zeigt sich an diesen Stellen als Ausstülpungen, medizinisch auch Celen genannt (ebd.).

Bezüglich der Häufigkeit einer Spina Bifida können lokale Häufungen sowie internationale Unterschiede beobachtet werden (Bergeest 2006, 70). In Mitteleuropa und Nordamerika sind 1-9 von 1000 Kindern betroffen. Als Beispiel einer besonders hohen geographischen Häufigkeit können Irland und Wales genannt werden, wo bei etwa 6 von 1000 Lebendgeburten eine Spina Bifida auftritt (von Aufschnaiter 2005, 268).

1.2 Historisches

Hippokrates (ca. 460 bis ca. 370 v. Chr.) war der erste, der die Symptome einer Spina Bifida beschrieb und den Zusammenhang zwischen offenem Rücken, Rückenmark und Gehirn erkannte (Bremer 2003, 833). Nicolas Tulpius prägte 1652 den Begriff „spina dorsi bifida“ und berichtete von chirurgischen Eingriffen (ebd.). 1771 beschrieben Morgagni und Swieten erstmals das gesamte Krankheitsbild der Myelomeningocele in Kombination mit einem Hydrocephalus sowie der Auswirkungen auf die Extremitäten, Blase und Darm 1875 prägte Virchow den Begriff der „Spina bifida occulta“ (ebd.).

Wichtig für die Entwicklung der heute gültigen pathologischen Einteilung der Rückenmarksbrüche waren die Erkenntnisse von Marsch und Mitarbeiter, sowie von Recklinghausen (ebd.).

1.3 Ausprägungsformen

Grundsätzlich unterscheidet man Spina Bifida occulta (verborgen) und Spina Bifida aperta (offen, sichtbar).

1.3.1 Spina Bifida occulta

Spina Bifida occulta (verborgene Spina Bifida) ist die häufigste und auch mildeste Form der Fehlbildung, bei der ein Rückenmarkswirbel nicht vorhanden ist und das Rückenmark lediglich durch Haut nach außen hin geschützt ist. (Biermann/ Goetze 2005, 81). Diagnostiziert wird Spina Bifida occulta eher zufällig anlässlich einer Röntgenuntersuchung und hat keinerlei Auffälligkeiten zur Folge (ebd.).

1.3.2 Spina Bifida aperta

Diese Form der Spina Bifida lässt sich in drei Ausprägungsformen unterteilen:

- 1.) Spina Bifida Meningocele: Bei dieser Form wölben sich die Rückenmarkshäute durch einen Wirbelbogenspalt nach außen. Die dabei entstehende Blase kann ohne Beeinträchtigung entfernt werden, da das Rückenmark in seiner üblichen Lage bleibt und nicht geschädigt ist.
- 2.) Myelomeningocele: hier treten durch den Wirbelbogenspalt Teile des Rückenmarks, der Rückenmarksnerven und der Rückenmarkshäute nach außen. Dadurch verlieren die

nervalen Strukturen ihren Schutz und es kommt zu Beeinträchtigungen. Die Schwere der Beeinträchtigung ist abhängig von der Lage bzw. Höhe der Fehlbildung. In Verbindung mit dieser Fehlbildung treten häufig Blasen - Darmprobleme, Schwierigkeiten beim Laufen und mit der Hüfte oder auch ein Klumpfuß sowie ein Hydrocephalus (Wasserkopf) auf (Biermann & Goetze 2005, 81). Dieser entwickelt sich bei vier von fünf Kindern und zeigt sich durch einen Überschuss an Hirnflüssigkeit, welche Druck auf das Gehirn ausübt. Diesem kann durch das operative Einsetzen eines Ventils, dem sogenannten Shunt, Abhilfe geschaffen werden. Dabei wird die übermäßige Hirnflüssigkeit in Körperregionen, wie z.B. dem Bauch oder auch in das Herz, abgeleitet, in denen sie keinen Schaden anrichten kann (ebd., 81f).

Die Myelomeningocele hat in Mitteleuropa und Nordamerika eine Häufigkeit von 2- 9 auf 1000 Geburten (Bremer 2003, 834).

- 3.) Myeloschisis (schisis = Spaltung): bei dieser besonders schweren Form liegt eine Rückenmarkspaltung kombiniert mit völlig freiliegenden Rückenmarksnerven ohne Haut- oder Bindegewebsdeckung vor (Medilexikon 2015).

1.4 Ursachen und Entwicklungsbedingungen

Spina Bifida zählt heute zu den meistvorkommenden Fehlbildungen bei Menschen (Mitchell u.a., 2004, 1885). Die Erforschung der Ursachen ist bis dato noch unausgereift, wodurch überwiegend Spekulationen darüber gemacht werden können (ebd.). Festgestellt wurde, dass Ursachenkomplexe ausschlaggebend für die Entwicklung einer Spina Bifida sind, von denen einzelne Faktoren bereits gesichert sind (Bergeest 2006, 70). Demnach gelten als (mögliche) Ursachen und Risikofaktoren für diese Beeinträchtigung u.a. Chromosomenanomalien und Gendefekte aber auch eine Störung beim Zusammenwachsen der Zellen, Veränderungen bei der Entwicklung der Neuralplatte des Fötus, Sauerstoffmangel in der Frühschwangerschaft, die Einnahme bestimmter Medikamente, mütterlicher Alkohol- und Tabakkonsum, sowie bestimmte Erkrankungen bei der Mutter und Erb- und Umweltfaktoren (ebd.).

1.4.1 Familiengeschichte

Die Familiengeschichte bzw. die Vorbelastung aufgrund der Familiengeschichte stellt für die Expertinnen und Experten den größten Risikofaktor dar (Mitchell u.a., 2004, 1885). Geschwister von betroffenen Menschen sind einem Risiko von 3 – 8% ausgesetzt ebenfalls Spina Bifida zu bekommen. Auch für Verwandte zweiten und dritten Grades besteht ein erhöhtes Risiko.

1.4.2 Folsäure/ Folatmangel

Nichteinnehmen oder falsches Einnehmen von entweder natürlichem Folat (Vitamin B_9) oder der künstlich hergestellten Folsäure vor und während der Schwangerschaft durch die Mutter steigert das Risiko einer Neuralrohrfehlbildung des Fötus um das zwei- bis achtfache (Mitchell u.a., 2004, 1886). Das Vitamin Folat ist wichtig für den Metabolismus des Körpers d.h. kommt es zu einer Störung und herrscht ein Mangel an Folat vor, so hat dies einen ungünstigen Effekt auf die Entwicklung des Embryos (ebd.).

1.4.3 Diabeteserkrankung der Mutter

Frauen, die bereits vor der Schwangerschaft an Diabetes leiden, haben ein 2- bis 20- fach höheres Risiko ein Kind mit einer Fehlbildung des Zentralnervensystems, Spina Bifida eingeschlossen, zu bekommen als die allgemeine Bevölkerung (ebd.). Der genaue Zusammenhang ist auch hier noch nicht genau erforscht, Expertinnen und Experten gehen aber davon aus, dass sich Glukose negativ auf die Entwicklung des Fötus auswirkt und das Auftreten einer Fehlbildung begünstigt (ebd.):

„[...] glucose has a direct teratogenic effect, and [...] excess glucose might alter the expression of gens involved on embryonic development“.

Dabei ist anzumerken, dass das Risiko einer Fehlbildung bei Schwangerschaftsdiabetes zwar niedriger ist als bei einer bereits vor der Schwangerschaft bestehenden Erkrankung, aber dennoch erhöht sich das Risiko gegenüber einer unauffälligen Schwangerschaft (ebd.).

1.4.4 Drogenmissbrauch/ Medikamente der Mutter

Forschungen zeigen, dass viele Antiepileptika verschiedene Fehlbildungen des Fötus verursachen können. Ein erhöhtes Risiko für Spina Bifida besteht bei der Einnahme von Valproinsäure

und Carbamazepin bzw. mit der Einnahme dieser in der Verbindung mit anderen Antiepileptika (ebd.). Die genaue Wirkung der Antiepileptika ist noch weitgehend unklar, aber es wird angenommen, dass freie Radikale als Nebenprodukt des Arzneimetabolismus die Entwicklung des Embryos bzw. dessen Stoffwechsel schädigen (ebd.). Eine Verringerung der Risiken könnte wiederum mit der Einnahme von Folsäure einhergehen (ebd.).

1.4.5 Andere Risikofaktoren

Neben den zuvor genannten Risikofaktoren für das Entstehen von Spina Bifida und anderen Neuralrohrdefekten werden auch Übergewicht, Fieber und Diarrhö während der Schwangerschaft und das überdurchschnittliche Ausgesetzt sein von umweltbedingten Gesundheitsgefährdungen, wie elektromagnetischen Feldern, Sondermülldeponien und Pestiziden damit in Verbindung gebracht (Mitchell u.a., 2004, 1887).

Bei Übergewicht der Mutter steigt das Risiko je höher der Body Mass Index ist. Frauen deren Body Mass Index ≥ 29 kg/ m² ist, haben ein eineinhalb bis dreieinhalb höheres Risiko ein Kind mit Spina Bifida zu gebären als Frauen mit einem niedrigeren Body Mass Index (ebd.). Grund dafür könnte eine Hyperinsulinämie, also ein pathologisch erhöhter Insulinspiegel, sein. Bei Frauen, welche einen chirurgischen Eingriff zur Behandlung von krankhaftem Übergewicht durchführen ließen, steigt das Risiko wiederum, wobei es einen Unterschied zwischen den Frauen mit einem Magenbypass und den Frauen mit einem Darmbypass gibt (ebd.). Die Gründe dafür könnten, laut Expertinnen und Experten, in der verringerten Aufnahme von Nährstoffen liegen, welche mit dem Einsetzen eines Magenbypasses weitaus schwerwiegender ist als bei einem Darmbypass (ebd.).

Kommt es in der frühen Schwangerschaft zu einer Erkrankung, welche Fieber oder Diarrhö verursacht, kann sich das Risiko für eine Fehlbildung um das Doppelte erhöhen (ebd.). Dies hängt wiederum mit den fehlenden Nährstoffen im Körper der Mutter zusammen.

Darüber hinaus wird vermutet, dass Nachkommen von Menschen, welche während des Vietnamkrieges dem Herbizid „Agent Orange“ ausgesetzt waren, ebenfalls einem erhöhten Risiko unterliegen, eine Fehlbildung wie Spina Bifida zu entwickeln (ebd.).

Auch Genmutationen, insbesondere des Enzyms Methylentetrahydrofolat-Reduktase (MTHFR), bei der Mutter erhöhen das Risiko an Spina Bifida zu erkranken (Shaer u.a. 2007, 473). Dieses Enzym spielt eine bedeutende Rolle bei der Produktion von Folsäure. Herrscht eine Kombination von Vitamin B Mangel und eine Mutation von MTHFR vor, so erhöht sich das Risiko für Spina Bifida um das Fünffache (ebd.).

1.5 Das Leben mit Spina Bifida – psychosoziale Herausforderungen und gesundheitliche Komplikationen

Mit Spina Bifida geboren zu werden und damit aufzuwachsen, ist, wie wahrscheinlich jede Beeinträchtigung, mit weiteren Herausforderungen, Komplikationen und Schwierigkeiten auf medizinischer und psychosozialer Seite verbunden. Diese werden in diesem Kapitel expliziert, um zu zeigen, welche Auswirkungen die Diagnose Spina Bifida für die Betroffenen, ihr Leben sowie für ihre Angehörigen bedeutet.

1.5.1 Gesundheitliche/ körperliche Komplikationen

Wie bereits in Kapitel 1.2 beschrieben treten bei Spina Bifida Störungen der Blasen- und Darmfunktionen auf. Kennzeichen dafür sind u.a. ein schlaffer und spastischer Blasen- sowie Schließmuskel (Bergeest 2006, 73). Dies kann in Folge zur Schädigung der Nieren (Reflux) und der Blase führen (ebd.). Abhilfe geschaffen werden kann in diesem Zusammenhang durch das Blasentraining, das Ausdrücken der Blase beim Kleinkind und vor allem die intermittierende (Selbst-) Katheterisierung (ebd.). Des Weiteren können Schließmuskel-Operationen und, in seltenen schweren Fällen, eine künstliche Harnableitung von Nöten sein (ebd.).

Am Mastdarm führen Schließmuskel-Komplikationen zu häufiger Verstopfung oder unbeherrschbarem Durchfall, die durch Stuhltraining (Bauchpresse), Provokation des Stuhlgangs durch Mikroklistiere, bei kleinen Kindern durch Darmausräumen, Analtampons und vor allem durch bewusste, ballaststoffreiche Ernährung behandelt bzw. kontrolliert werden können (ebd.). Auch hier ist in schweren Fällen ein künstlicher Darmausgang notwendig (ebd.).

Auch Stoffwechselstörungen, vor allem durch den Bewegungsmangel, und Sensibilitätsstörungen stellen Komplikationen bei Spina Bifida dar (ebd., 73). Letztere stellt ein besonderes pädagogisches Problem dar, wenn nicht gespürte Körperpartien von Kindern mit Spina Bifida zu wenig beachtet und nicht umsorgt werden (ebd.). Darum sind hier besondere pädagogische Maßnahmen notwendig, um einen Bezug zum eigenen Körper zu entwickeln (ebd.).

Weitere gesundheitliche bzw. körperliche Komplikationen in Verbindung mit Spina Bifida sind epileptische Anfälle, die eine Parallelstörung zu einem Hydrocephalus sind und bei 48% der Betroffenen auftreten (ebd.). Außerdem kann es zum sogenannten Tethered Cord-Syndrom kommen (ebd.). Dabei wird das Rückenmark in der Wachstumsphase, durch die Vernarbung aufgrund der operativen Erstversorgung nach der Geburt, daran gehindert zu wachsen (ebd.). Bleibt dies unbehandelt, so sind schwerwiegende Funktionsstörungen sowie Schmerzen die Folge (ebd.).

Abhängig von der Höhe der von Spina Bifida betroffenen Wirbelsäulenstelle sind Abduktions- und Adduktionsfehlhaltungen (Bewegung eines Körperteiles von der Körpermitte weg bzw. hin, Anm. d. Ver.), damit verbunden eine unzureichende Sitzbalance, Verrenkungen zwischen dem Hüftkopf und der Hüftpfanne und eine unvollständige Ausbildung der Hüftgelenkanlage im Laufe der Frühentwicklung möglich (ebd.). Im Bereich der Beine kann es zu Fehlstellungen und Knieformationen oder Fußdeformationen (Klumpfuß, Spitzfuß usw.) kommen (ebd.). Außerdem treten Deformationen der Wirbelsäule, wie eine Verbiegung im Lumbalbereich (Lendenwirbelsäule, Anm. d. V.) oder eine Verbiegung im Thorakalbereich (Brustwirbelsäule, Anm. d. V.), der sogenannten Skoliose, auf (Bergeest 2006,73).

1.5.2 Psychosoziale Herausforderungen

Wie auch bei anderen schwerwiegenden Beeinträchtigungen birgt bereits die Diagnose Spina Bifida für die Kinder die Gefahr lebenslanger Fremdbestimmung und sozialer Defensive (ebd.). Die psychosoziale Entwicklung des Kindes ist bereits durch die Diagnose sowie die Umstände der Geburt eines von Spina Bifida betroffenen Kindes gekennzeichnet, da bereits zu diesem Zeitpunkt „die Weichen für die weitere sozial-emotionale Entwicklung des Kindes innerhalb seiner Familie gestellt werden“ können (ebd.). Besonders wichtig in diesem Zusammenhang, so Bergeest (2006, 73), ist bei der Diagnose Spina Bifida die Begleitung der Eltern durch geschultes Personal, wie zum Beispiel der Ärztin bzw. dem Arzt. Die Diagnose ist in der Regel durch Schock und die Enttäuschung der Vollkommenheitserwartungen an das Kind seitens der Eltern geprägt und in Folge kann das Familiengleichgewicht auf Dauer gestört werden (ebd. 73f). Das Verhältnis zwischen dem medizinischen Personal und den Eltern wird als „problematische Schicksalsgemeinschaft“ beschrieben (Friedrich 1998, 330; zit. nach Bergeest 2006, 74). Diese ist eine ambivalente Partnerschaft, denn sie ist von Anfang an durch die fortwährende Behandlung des Kindes, aber nicht durch erwartete Genesung und Heilung gekennzeichnet (ebd.).

Die Begleitung der Eltern beginnt bereits bei der Diagnoseeröffnung, deren Inhalt und Form von großer Bedeutung für den weiteren Verlauf der Krisenverarbeitung der Eltern sind (ebd.). Ab der Diagnose werden drei Gespräche zwischen den Eltern und der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt unterschieden (ebd.): Das frühe Pränatalgespräch, bei welchem den Eltern die Entscheidungsfreiheit für oder gegen das Kind gegeben ist, das späte Pränatalgespräch, zu dessen Zeitpunkt die Entscheidung bereits für das Kind getroffen worden ist, und das Postnatalgespräch (ebd.). Unabdingbare Aspekte für die Gespräche seitens der Ärztinnen

bzw. der Ärzte sind unter anderem „emotionale Zuwendung und Einfühlungsvermögen, ruhige Gesprächsatmosphäre, Zeit für Fragen, Unterrichtung beider Eltern, neutrale Informationen ohne Eingriff in Entscheidungsprozesse, Unterstützung und Hervorhebung der Bedeutung der Beziehungsgestaltung zum Kind, bei Postnatalgesprächen individuelle Prognose und Perspektiven“ (Bergeest 2006, 74).

Wird die Krisenverarbeitung der Eltern nicht sorgsam und mit Bedacht auf die beschriebenen Aspekte durchgeführt, so kann es sein, dass die Eltern noch nach Jahren belastet sind und die ambivalente Haltung gegenüber ihrem Kind in den ersten schwierigen Tagen und Wochen nach dessen Geburt nie oder zumindest nicht ganz überwinden und verarbeiten (ebd.). Können die Eltern dem Kind keine Zuwendung geben, können sie die Diagnose „Behinderung“ nicht verarbeiten und nicht beginnen, die Beeinträchtigung zu akzeptieren und ihr Leben mit dieser zu „organisieren“, so kann dies enorme Auswirkung auf dessen (psychosoziale) Entwicklung haben (ebd.). Schlack (1998, 320; zit. nach Bergeest 2006, 74f) verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass bei Kindern, egal ob mit oder ohne Beeinträchtigung, welchen ein großer Freiraum für eigene Aktivitäten von Seiten der Eltern gegeben wird – verbunden mit emotionaler Anteilnahme und Zuwendung – deren Entwicklung begünstigt wird. Eine „Überbehandlung“, das bedeutet, ein Übermaß an Therapie- und Stimulationsangeboten, hat aber keinen erkennbaren Einfluss auf die Entwicklungsfortschritte eines Kindes mit einer Beeinträchtigung, wenn durch zu viel therapeutische Stimulation oder durch ein direktives und einengendes Verhalten der Eltern die Eigenaktivität des Kindes unterdrückt wird. Das bedeutet nun, dass es, wie auch in der Erziehung eines Kindes ohne Beeinträchtigung sowie in anderen Lebenslagen, auf das gesunde Mittelmaß ankommt. Troschke (1974; zit. nach Bergeest 2006, 75) verweist weitergehend darauf hin, dass bei Kindern mit Spina Bifida eine Entwicklungsbesonderheit vorliegt, welche auf die medizinischen Eingriffe und auf die Krankenhausaufenthalte zurückgeht. Es kann zu sogenannten „Hospitalismus-Schäden“ kommen, die zwar mittlerweile erkannt und auch durch z.B. die Mitaufnahme der Mutter zu verhindern versucht werden, aber dennoch auftreten können (ebd.). Diese beruhen auf den langen Trennungen von den Bezugspersonen in einem Lebensalter des Kindes, „in dem dies noch nicht ohne Auswirkungen auf die Qualität sozialer Bindungsfähigkeit verkraftet wird“ (ebd.). „Je länger Trennungen, selbst von Tagen und Wochen, andauern“, so Troschke (1974; zit. nach Bergeest 2006, 75) weiter, „desto schwerwiegender die Folgen für das Kind als Verlust seiner existenziellen Basis“. Kennzeichen für etwaige Hospitalismus-Schäden lassen sich darauf folgend in drei Phasen unterteilen: 1.) Protest, 2.) Hoffnungslosigkeit und 3.) Verleugnung (ebd.).

Die Entwicklung von Selbstwertempfindungen von Kindern mit Spina Bifida ist, laut Bergeest (2006, 75) abhängig von „erlebter Akzeptanz seiner Person, von motorischen Kompetenzen, von Verfügung über den eigenen Körper und von ‚Ablösungsprozessen‘“, denn die Ablösung setzt das selbstständig Werden des Kindes voraus und dieses beginnt bei Kindern im Alter von 3 Monaten.

Wunnenberg (1998, 37ff; zit. nach Bergeest 2006, 75) beschreibt die besonderen Herausforderungen von Kindern mit Spina Bifida in fünf Entwicklungsstadien:

- 1.) „(...) frühe Irritation‘ (Körpereingriffe, Übertragung von Ängsten der Eltern);
- 2.) ‚Entfernung und Wiederannäherung‘ (Versuche von Selbstständigkeit, Einschränkung eigener Wünsche und Regression);
- 3.) ‚innen und außen‘ (Kompetenzerfahrung des Kindes und Steuerung durch außenstehende Personen);
- 4.) ‚der Dritte im Bunde‘ (enge Verbindung mit einer Bezugsperson, die weitere Kontakte erschwert);
- 5.) das ‚Ende der Verbundenheit‘ (Erschwernisse bei der Realisierung psychosexueller Bindungen).“

Die Entwicklung von Selbstwertempfindung trägt, in diesem Sinne, dazu bei, „einem unrealistischen Bezug zur eigenen Leistungsfähigkeit (...) vorzubeugen“, welcher die Ablösungsprozesse beeinträchtigt (Bergeest 2006, 75). Ablösung sowie Selbstständigkeit sind für die meisten von Spina Bifida Betroffenen nur möglich, wenn organisatorische Hilfen, wie finanzieller Nachteilsausgleich, Ambulanzen, Selbsthilfe-, Wohn- und Fürsorgeeinrichtungen zur Verfügung stehen(ebd.). Große Bedeutung für die psychosoziale Entwicklung wird der Förderung von Kreativität und der Interessen der Kinder beigemessen, welches ein pädagogisches Aufgabenfeld betrifft, das die soziale Eigeninitiative, Offensive, Freizeitaktivität und Arbeit unterstützt und fördert (ebd.).

Spina Bifida Betroffene haben auch Probleme bei ihrer sexuellen Entwicklung und dem Ausleben ihrer Sexualität. Bergeest (2006, 76) verweist in diesem Zusammenhang auf Schwierigkeiten, welche auftreten können und auf pädagogische Defizite zurückzuführen sind:

- 1.) Die gestörte Beziehung zum eigenen Körper – insbesondere zu sensibilitätsgestörten bzw. gelähmten Körperpartien.
- 2.) Die mangelnde Zärtlichkeitserziehung aufgrund von Ambivalenz der Eltern.

- 3.) Minderwertigkeitsgefühle und Versagensängste durch Orientierung an erotischen Normen von Menschen ohne Beeinträchtigung.
- 4.) Probleme bei der Partnersuche durch eingeschränkten Aktionsradius.
- 5.) Unkenntnis über sexualbiologische Zusammenhänge.

2. Konventionelle Maßnahmen bei der Behandlung von Spina Bifida

In diesem Kapitel soll ein Blick auf die „konventionellen“ Maßnahmen bei der Behandlung von Spina Bifida geworfen werden, um an einem späteren Zeitpunkt in diesem Kapitel einen Vergleich dieser „konventionellen“ Maßnahmen mit der Hippotherapie durchzuführen und das Besondere der Hippotherapie auszuarbeiten.

Unter „konventionell“ werden in diesem Kontext diejenigen Behandlungsansätze verstanden, die in der einschlägigen Fachliteratur am Häufigsten in Verbindung mit Spina Bifida beschrieben werden. Der Begriff „konventionelle Maßnahmen“ wird wiederum unterteilt in operative Maßnahmen zum einen und therapeutisch-medizinische bzw. konservative Maßnahmen zum anderen. Diese werden zunächst allgemein erklärt und dann auf die Behandlung von Spina Bifida umgelegt (vgl. Kap. 2.2). Danach folgen, wie bereits beschrieben, der Vergleich dieser „konventionellen“ Maßnahmen mit der Hippotherapie, die Beschreibung der unterschiedlichen Nähe dieser Maßnahmen und der Hippotherapie zueinander sowie die Explikation des Besonderen der Hippotherapie (vgl. Kap. 2.4)

Dieses Kapitel dient der Beschreibung unterschiedlicher „konventioneller“ Behandlungsmethoden von Menschen mit einer Spina Bifida und infolge dessen als Stütze für die These, dass Hippotherapie eine besondere Form der Behandlung von Menschen mit einer Spina Bifida darstellt.

Im Bereich der konservativen Maßnahmen werden Konzepte aus der Physiotherapie in der Pädiatrie, nämlich das Bobath- und das Vojta-Konzept beschrieben (vgl. Kap. 2.2 und 2.3). Der Bereich der pädiatrischen Physiotherapie wurde gewählt, da die Behandlung von Menschen bzw. Kindern mit Spina Bifida im besten Fall und auch normalerweise kurz nach der Geburt einsetzt und oftmals das ganze Leben lang benötigt wird.

Im Bereich der operativen Maßnahmen liegt der Fokus auf den neurochirurgischen Eingriffen, wie der Versorgung der Myelomenigocele und des Hydrocephalus, aber auch auf der In-Utero-Behandlung der Myelomenigocele.

Angemerkt werden muss in diesem Zusammenhang, dass es natürlich eine Vielzahl von konservativen, therapeutisch-medizinischen Maßnahmen gibt, welche in unterschiedlicher Häufigkeit und aus unterschiedlichen, individuellen Gründen von den Eltern oder dem Behandlungsteam des Kindes als angemessen erscheinen.

Für diese Arbeit wurden jedoch, wie bereits erwähnt, diejenigen gewählt, die als die am weitesten verbreiteten und am meisten genutzten scheinen und, gleichzeitig, auch von der Verfasserin der Arbeit selbst in Anspruch genommen wurden bzw. durchgeführt wurden.

Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, dass mittlerweile einige Studien veröffentlicht wurden, die sich mit der Therapie von Spina Bifida, welche die psychische Entwicklung und Befindlichkeit der betroffenen Kinder in den Fokus stellen. Beispiele dafür stellen die Dissertation von Beate Biederbeck dar, die den Titel „Kindermusiktherapie bei Spina Bifida im Rahmen der Gesundheitspädagogik. Therapie und Wirkung im Hinblick auf die Bewältigung körperlicher und psychischer Probleme und die Förderung psychosozialer Integration“ trägt und die Studie von Jennifer Lehmann und Petra Jansen mit dem Titel „The influence of juggling on mental rotation performance in children with spina bifida“.

2.1 Konservative, therapeutisch-medizinische Maßnahmen

Prinzipien der Physiotherapie in der Pädiatrie

Das erste wesentliche Prinzip der Physiotherapie in der Pädiatrie ist „der Einfluss der Erkrankung auf den Entwicklungszustand des Kindes“ (Hartmannsgruber 2005, 3). Das bedeutet, dass sich die Auswirkungen der Beeinträchtigung in allen Entwicklungsbereichen zeigen und es zu einer Verlangsamung oder sogar zum Stillstand dieser kommen kann (ebd.). Deswegen stellt das „Fördern der normalen Entwicklung“ einen wesentlichen Bestandteil der Therapie dar und zwar unabhängig von der Beeinträchtigung selbst (ebd.). Für die Behandlung ist es, als ein weiteres Prinzip, essentiell, dass diese vorrausschauend (antizipierend) geplant wird und die Entwicklungsschritte des Kindes miteinbezogen werden (ebd.). Auch die äußeren Umstände, wie die Familiensituation und die mit der Therapie, die meistens über eine lange Zeit von Nöten ist, verbundenen Belastungen für die Angehörigen müssen beachtet werden (ebd.). Eifersucht seitens der Geschwister, Mitleid oder übertriebene Fürsorge seitens der Eltern können einen negativen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes haben (ebd.). In diesem Zusammenhang ist es wichtig, die Eltern in die Therapie miteinzubeziehen und sie „zu therapeutischen Maßnahmen und den Umgang mit Hilfsmitteln“ anzuregen und anzuleiten, aber sie nicht in der Rolle des Co-Therapeuten zu überfordern (ebd.). Die Physiotherapeutinnen bzw. Physiotherapeuten

müssen in diesem Kontext auch fähig sein, eine mögliche Überforderung seitens des Kindes, aber auch der Bezugspersonen, zu erkennen und die Therapie entsprechend zu verändern (ebd., 4). Dies bedarf eines Repertoires von verschiedenen Techniken und Methoden, die die Physiotherapeutinnen bzw. Physiotherapeuten kennen und beherrschen sollten (ebd.).

Die Tatsache, dass ein Kind mit Beeinträchtigung oftmals von einem großen Team von Ärztinnen und Ärzten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Pflegekräften, Logopädinnen und Logopäden etc. behandelt wird, führt zum letzten Prinzip der Physiotherapie in der Pädiatrie, und zwar ist es in diesem Zusammenhang wichtig, dass „das Team mit klar definierten, gemeinsamen Zielen arbeitet“ (ebd.).

2.1.1 Das Bobath-Konzept

Dieses in Zusammenarbeit mit Ergotherapeutinnen bzw. Ergotherapeuten und Logopädinnen bzw. Logopäden entstandene und als „berufsübergreifendes und interdisziplinäres Arbeiten“ bezeichnete Konzept wurde Mitte der 40er-Jahre des vorherigen Jahrhunderts von der Physiotherapeutin und Gymnastiklehrerin Dr. Berta Bobath (1907 – 1991) und Dr. Karl Bobath (1906 – 1991) entwickelt (Bernard 2005, 62f). Es ist weltweit anerkannt und wird in der Entwicklungsneurologie und Neurorehabilitation angewandt (ebd.). Anwendung findet es bei Menschen jeden Alters mit „zentralen Bewegungsstörungen, weiteren sensomotorischen Beeinträchtigungen/ Störungen unklarer Genese und anderen neurologischen und muskulären Erkrankungen/ Dysfunktionen“ (ebd.). Darüber hinaus stellt das Konzept eines der ersten dar, welches neben der Behandlung von Erwachsenen einen spezifisch kindbezogenen Ansatz beinhaltet (Ohr 2001, 25).

Im Zentrum der Aufmerksamkeit steht bei der Behandlung nach dem Bobath-Konzept die „Gesamtsituation eines Menschen mit neurologischen Störungen“, woraus sich, laut Bernard (2005, 63) folgende Prinzipien für das Konzept ableiten lassen:

1. Es folgt einem dialogischen Vorgehen.

Damit sind verschiedene Ebenen, wie die Interaktion mit der Patientin bzw. dem Patienten, der Dialog mit den Bezugspersonen sowie, in der therapeutischen Situation, die stetige Reflexion über die Bedürfnisse und Notwendigkeiten der Patientin bzw. des Patienten gemeint (ebd., 63).

2. Die Ganzheitlichkeit und die Eigenaktivitäten der Patientin bzw. des Patienten werden berücksichtigt und unterstützt.

Dies entspricht dem Denkmodell bzw. den zuvor beschriebenen Prinzipien der Physiotherapie sowie den Richtlinien der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (ebd.).

3. Die therapeutischen Interventionen sind auf den Alltag bezogen.

4. Es besteht eine Wechselwirkung zwischen dem Befund und der Therapie.

Hiermit ist das „Reagieren auf fortlaufende aktuelle Veränderungen in einem Therapieverlauf ausgehend von den Fähigkeiten (der Patientin bzw., Anm.d.V.) des Patienten“ gemeint (ebd.).

5. Es basiert auf einer individuellen Vorgehensweise.

6. Es herrscht eine interprofessionelle/ interdisziplinäre Zusammenarbeit vor.

Wirkmechanismen bzw. „Wirkorte“ des Bobath-Konzepts

Beim Bobath-Konzept herrschen verschiedene „Wirkorte“ vor, an denen Veränderungen stattfinden, die sich, gemäß der ICF, als fördernde oder als hemmende Faktoren für die kindliche Entwicklung zeigen können (ebd., 64). Neben dem, bei den Prinzipien der Physiotherapie in der Pädiatrie bereits beschrieben, Miteinbeziehen der Bezugspersonen bzw. Eltern des Kindes in die Therapie und den damit verbundenen fördernden und hemmenden Faktoren, gelten das Entstehen von Lernprozessen in Verbindung mit der Entwicklung einer optimalen Haltungskontrolle als sogenannte „Wirkorte“ (ebd., 64).

Kinder, egal, ob mit oder ohne Beeinträchtigung, lernen „in der Auseinandersetzung mit Personen und Gegenständen“ und nutzen dazu „die ihnen zur Verfügung stehenden Sinnessysteme, ihre sozialen, emotionalen und kognitiven Kompetenzen“ (ebd.). Im sensomotorischen Bereich liegen ihre Kompetenzen in der Fähigkeit, „von Geburt an ihren Körper im Raum zu halten und zu bewegen“ (ebd.).

Die Zeichen einer optimalen Haltungskontrolle sind „Aktivitäten mit und gegen die Schwerkraft, die Fähigkeit in Bewegung innehalten zu können, die Bewahrung einer motorischen Ruhehaltung und das Einnehmen einer Ruheposition“ (ebd.). Durch eine stabile Haltungskontrolle „wächst das Vertrauen in das eigene Handeln“ und diese wird in den ersten Lebensmonaten

durch sogenannte „Zufallsbewegungen“ erlernt (ebd.). Durch „variable Wiederholungen“, das bedeutet durch Versuch und Irrtum entwickeln sich „zuverlässige motorische Kontrollmechanismen“ (ebd.). Des Weiteren festigt sich durch eine sichere und zuverlässige Haltungskontrolle das emotionale Gleichgewicht (ebd.). Deswegen ist es in der Therapie wichtig, die „Bewegungsstrategie (des Kindes, Anm.d.V.) zu erkennen und den Freiraum zu gewähren, den das jeweilige Kind braucht, um im eigenen Rhythmus seine eigenen Handlungen durchzuführen“ (ebd., 66).

Ohrt (2001, 30) formuliert folgende Therapieziele, neben den zuvor beschriebenen Wirkorten, für die Behandlung nach dem Bobath-Konzept:

- Vitalfunktion sichern.
- Für Wachstum und körperliche Gesundheit sorgen.
- Sensomotorische sowie sensorische Erfahrung und selbstbestimmte Eigenaktivität ermöglichen.
- Neugier und Lernbedürfnis anregen.
- Größtmögliche Selbstständigkeit im alltäglichen Leben des Kindes erreichen.
- Einen Entwicklungsabfall sowie sekundäre Komplikationen verhindern.
- Die Autonomieentwicklung des Kindes fördern.
- Das Wohlbefinden der Familie sowie eine förderliche Interaktion zwischen Kind und Eltern unterstützen.
- Die Familie in ihrer Kompetenz und Unabhängigkeit unterstützen, sowie die Intimsphäre der Familie wahren.

Prinzipien der Behandlung nach dem Bobath-Konzept

Auch diese basieren auf den eingangs beschriebenen Prinzipien der Physiotherapie in der Pädiatrie (vgl. Kap. 1.4.1) und insbesondere auf dem Leitsatz „Hilfe geben zur Eigenregulation“ (Bernard 2005, 68). Die Patientin bzw. der Patient soll „befähigt werden, auf dem Weg zu seiner größtmöglichen Selbstständigkeit mit therapeutischer Hilfestellung Alltagshandlungen, bei denen Probleme auftreten, bewältigen zu lernen“ (ebd.). Das Ziel und der Zweck therapeutischer Hilfe ist es „durch ausgewählte Therapieangebote, das Entwicklungsrepertoire zu erweitern“ und zwar gilt dies für die „sensomotorisch-perzeptive Entwicklung ebenso, wie für die soziale, emotionale und kognitive“ (ebd., 69).

Bezüglich des Einbezugs der Bezugspersonen in die Therapie gelten für die Behandlung nach dem Bobath-Konzept folgende Prinzipien:

1. *Kommunikation*: Herrschen aus Sicht der Physiotherapeutin bzw. des Physiotherapeuten zwischen dem Kind und einer der Bezugspersonen, über einen längeren Zeitraum beobachtet, „Schwierigkeiten auf der kommunikativen Ebene“, welche beim Kind z.B. Irritationen oder Verweigerung hervorrufen, so kann an dieser Stelle therapeutisch interveniert werden (ebd.). Eine Vorgehensweise wäre, „exemplarisch eine Kommunikationsvariante vorzumachen, die beim Kind sichtbar positiv wirksam ist“ (ebd.).

2. *Handhabung*: Kleinkinder haben, über die ihnen zur Verfügung stehende Körpersprache, nicht die Möglichkeit ihre emotionale Befindlichkeit immer deutlich und verständlich zum Ausdruck zu bringen (ebd.). Sie können z.B. nicht immer verdeutlichen, ob ein Griff zu hart, zu weich oder an einer unpassenden Körperstelle ist (ebd.). Das bedeutet nun für die Behandlung bzw. für die Physiotherapeutin bzw. den Physiotherapeuten, dass diese bzw. dieser dies erkennen sollte und gegebenenfalls die Bezugsperson gezielt darauf hinweisen, anleiten und eine „veränderte Handhabung“ vermitteln muss (ebd.). Dies ist insbesondere der Fall, wenn
 - sich das Kind „durch eine sich wiederholende Handhabung einer bestimmten Person während einer seiner Alltagshandlung dauerhaft gestört fühlt“,
 - „Unsicherheiten bei einer Bezugsperson im Umgang mit dem Kind zu beobachten sind“,
 - aus physiotherapeutischer Sicht „perspektivisch muskuläre Funktionsstörungen (Kontrakturen/ Deformitäten) zu erwarten oder diese schon vorhanden sind“ und,
 - wenn die Physiotherapeutin bzw. der Physiotherapeut „eine Veränderung der Handhabung der Bezugsperson für notwendig erachtet, um neu definierte sensomotorische, soziale und/ oder emotionale Leistungen des Kindes anzustreben“ (ebd., 69).

3. *Signale des Kindes*

In der Therapie wird, wie bereits beschrieben, Wert daraufgelegt, dass das Kind seinen eigenen Rhythmus findet (ebd.). Verändern sich sein Bewegungsverhalten und, damit verbunden, seine Aufnahmebereitschaft, so kann es bedeuten, dass eine Pause benötigt

wird (ebd.). Auf die Signale des Kindes zu achten und diese ernst zu nehmen, sind „Gradmesser“ während des therapeutischen Vorgehens (ebd.).

4. *Fazilitation/ Fazilitieren*

Wie bereits mehrmals angesprochen, steht das therapeutische Denken und Handeln beim Bobath-Konzept im Dienste des „Ermöglichens“ und „Erleichterns“ von Handlungen. Dies wird auch als Fazilitation bezeichnet (ebd.). Diese ist durch zwei Leitgedanken während der Therapie geprägt: „Es handelt sich um den Dialog, wenn gezielte Reize durch Hände bzw. des Körpers eingesetzt werden (Fazilitieren)“ und „um das Denken (von der Patientin bzw., Anm.d.V.) vom Patienten bzw. dessen Eigenaktivität aus“ (ebd.). Das bedeutet, dass „die Angebote bzw. Reize aus dem Umfeld überlegt, vorausschauend, reflektierend und individuell ausgewählt werden“ (ebd.).

Der Begriff Fazilitation wurde von den Bobaths definiert und prägt bis heute die Therapie (ebd.).

2.1.2 *Das Vojta-Konzept*

Dieses Konzept wurde von Prof. Dr. Vaclav Vojta (1917- 2000) entwickelt, welcher ab 1954 als Konsiliararzt in einem Rehabilitationszentrum in der Nähe von Prag arbeitete und dort viele betroffene Patientinnen und Patienten mit Zerebralpareesen (eine durch einen, vor oder nach Geburt, verursachten Hirnschaden auftretende Bewegungsstörung, Anm.d.V.), getroffen und behandelt hatte (von Aufschnaiter 2005, 72). Nach vielen Jahren der praktischen Arbeit mit den Patientinnen und Patienten, des Beobachtens und Analysierens, gewann Vojta folgende Erkenntnisse:

- 1.) „Die zum Teil erhebliche Hypertonie (Spannung, Anm.d.V.) reduzierte sich, wenn (die Patientinnen bzw., Anm.d.V.) die Patienten aktiv gegen Widerstände arbeiteten.
- 2.) (Die Patientinnen bzw., Anm.d.V.) die Patienten begannen, sich erkennbar mehr, schneller und richtiger, d.h. physiologischer, zu bewegen.
- 3.) Die unter der externen Provokation beobachteten Bewegungsantworten, die übrigens ohne jedes verbale Kommando entstanden, schienen beliebig oft wiederholbar und in der Gestaltung der Antwortmuster sehr ähnlich zu sein, obwohl (Patientinnen bzw., Anm.d.V.) die Patienten unterschiedlich alt und von differenten Formen der Zerebralparese betroffen waren“ (Vojta 2000, zit. nach von Aufschnaiter 2005, 73).

Aus diesen Erkenntnissen heraus entwickelte Vojta seine Behandlungsmethode, welche von ihm selbst als Reflexlokomotion bezeichnet wurde und welche inzwischen in vielen Ländern als effektives Diagnose- und wirkungsvolles Physiotherapie-Konzept übernommen wurde (ebd.). Reflexlokomotion bedeutet: „reflex(ogen) = durch externe Stimuli provoziert, beliebig oft wiederholbar; lokomotion = aktive Fortbewegung, hier: des ganzen Körpers in genau vorhersagbaren Muskelmustern und deren definierbaren Inhalten“ (ebd.).

Die mit der Vojta-Therapie behandelbaren Krankheitsbilder umfassen zentrale Koordinationsstörungen, Zerebralparesen, neurodegenerative Erkrankungen, angeborene Missbildungen und Syndrome, periphere (in den äußeren Zonen des Körpers liegend, Anm.d.V.) Paresen, orthopädische Erkrankungen, internistische Erkrankungen bzw. Stoffwechselstörungen und neuropädiatrische Erkrankungen (Schick, 2001, 46).

Die Behandlung nach dem Vojta-Konzept basiert auf drei zu untersuchenden Aspekten, nämlich der Spontanmotorik, der Reflexologie und den Lagereaktionen des Säuglings (von Aufschnaiter 2005, 82). Bei der Spontanmotorik wird die „motorische Quantität und Qualität“ beobachtet, sowie festgestellt, „welche Schritte in der Entwicklung das Kind erreicht und wie es diese bewältigt hat“ (ebd.). Bei der Untersuchung der Reflexologie werden die Reflexe des Säuglings von kranial nach kaudal getestet (ebd., 101). Bei den Lagereaktionen des Säuglings handelt es sich um Reaktionen des Säuglings auf streng definierte Änderungen der Körperlage (Schick 2001, 41). Es gibt sieben Lagereaktionen, die von Vojta definiert und später modifiziert wurden: 1. Die Traktionsreaktion, 2. die Landau-Reaktion, 3. die axillare Hängereaktion, 4. die Seitkippreaktion nach Vojta, 5. Die horizontale Seithängereaktion nach Collis oder auch horizontale Collis-Reaktion, 6. Die vertikale Hängereaktion nach Peiper und Isbert oder auch Peiper-Isbert-Reaktion und 7. Die vertikale Hängereaktion nach Collis oder auch vertikale Collis-Reaktion (vgl. Schick 2001; von Aufschnaiter 2005).

Wirkmechanismen des Vojta-Konzepts

Laut Vaclac Vojta (2000, zit. n. von Aufschnaiter 2005, 75) bietet die Reflexlokomotion „eine Möglichkeit, die Muster der spontanen, gesunden Fortbewegungsentwicklung zu (re-) produzieren“.

Bei den Wirkmechanismen wird zwischen Folgenden unterschieden (von Aufschnaiter 2005, 75ff):

1.) Physiotherapeutisch-technische Wirkmechanismen

Die zuvor beschriebene Reproduktion von Fortbewegungsmustern gelingt nur unter folgenden Bedingungen:

- Der Berücksichtigung der entsprechenden Ausgangsstellung.
Das bedeutet, es sind überwiegend horizontale Ausgangsstellungen mit „achsengerichter Lagerung des Axisorganes (Kopf und Rumpf)“ und „mit bestimmten Winkelstellungen in den Extremitäten“ (von Aufschnaiter 2005, 75).
- Der Kenntnis über die Lokalisation der sogenannten „Zonen“.
Von Vaclav gibt es 9 verschiedene Zonen, die teils am Rumpf, teils an den Extremitäten liegen (ebd.).
- Dem Wissen und der Kenntnis der zu setzenden Reize.
Diese sind in der Regel propriozeptive Reize, das bedeutet „Druck und Zug an den Knochenkanten und/oder Muskelansätzen“ (ebd.).

Innerhalb der Therapie werden aus den von Vojta beschriebenen 9 Zonen am Körper der Patientin bzw. des Patienten die ausgewählt, welche durch „die an ihnen gesetzten Reize (...) am ehesten erwarten lassen, dass das vorhandene Entwicklungs-, Haltungs-, Bewegungs- bzw. Koordinationsproblem erfolgreich verändert werden könnte“ (ebd.).

2.) Neurophysiologische Wirkmechanismen

Ziel einer erfolgreichen Therapie, so von Aufschnaiter (ebd., 76), ist es, den „Output“ bei der Behandlung der biologischen Norm anzunähern oder anzugleichen. Dieser „Output“ ist der Maßstab, welcher anzeigt, ob die gewählte Therapieform erfolgsversprechend ist oder nicht (ebd.). Es wird der Behandlungsansatz erfolgreich sein, welcher „systematisch in seiner Effizienz [Impuls über die Nervenbahnen, Anm. d. V.] nachvollziehbare, erwartete physiologische und möglichst beliebig oft wiederholbare Muster provoziert, die in der Entwicklung gesunder Kinder (...) wiederzufinden sind (...)“ (ebd.).

3.) Wirkmechanismen auf dem vegetativen Gebiet

Die Veränderungen auf dem vegetativen Gebiet finden in der Regel vor den motorischen Veränderungen statt (ebd., 77). Diese Veränderungen umfassen eine beobachtbare Verbesserung der Hautdurchblutung, der Hautfarbe an sich sowie der Hauttemperatur (ebd.). Zudem bewirkt die Therapie u.a. eine Normalisierung des Verdauungs- und Miktionsrhythmus, das Verschwinden oder Verringern des Refluxes, eine Normalisierung der Beckenboden- und Darmwandmuskulatur, einen Anstieg des Appetits, das Wachstum der Knochen in die Länge wird angeregt und der Schlaf-Wach-Rhythmus normalisiert sich (ebd.).

4.) Wirkmechanismen auf dem sensibel-sensorischen Gebiet

Auf diesem Gebiet kommt es durch die Vojta-Therapie zu einer Veränderung bzw. Verbesserung der Sensibilität (ebd., 78). Die Oberflächensensibilität, wie z. B. die der Handinnenfläche, erweitert sich und die Oberflächensensibilität am Körper, vor allem bei Kindern mit Spina Bifida, erhöht sich im Laufe der Behandlungszeit (ebd.). Damit verbunden ist auch die Veränderung der Tiefensensibilität (ebd.). Das bedeutet, die Kinder bekommen ein anderes Körpergefühl; sie gehen mit sich vollkommen anders um (ebd.) Dies führt dazu, dass sich z.B. spastische Kinder mehr entspannen können, zunehmend frei sitzen können und angstfrei die Arme in die Höhe heben können (ebd.).

5.) Wirkmechanismen auf dem motorischen Gebiet

Auf diesem Gebiet hat die Vojta-Therapie, neben der vorrangig angestrebten Verbesserung der Körper- und Extremitätenhaltung nachweislichen positiven Einfluss u.a. auf die Koordination der Zungenmotorik, auf vorherrschende Augenmobilitätsstörungen, auf die mimische Ausdrucksfähigkeit, sowie auf Kiefergelenksfehlstellungen (ebd., 79).

6.) Wirkung auf die Psyche

Bis heute wird der Vojta- Therapie von einigen Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Beobachterinnen und Beobachtern nachgesagt, dass sie Eltern und insbesondere sehr kleine/ junge Kinder psychisch belastet und die Entwicklung der Kinder negativ beeinflusst (ebd., 80). Als Indiz für diese Behauptung wird in der Regel genannt, dass die Kinder, während sie in einer gewissen Ausgangsstellung gehalten werden, weinen (ebd.). Dieses Verhalten aber ist bei Kindern in diesem Alter das Hauptausdrucksmittel, welches auch bei Hunger oder anderen Bedürfnissen angewandt wird (ebd.). Es wird

beobachtet, dass die Kinder, nachdem die Fixierung gelöst wurde, sofort aufhören zu weinen (ebd.). Dies zeigt, so von Aufschnaiter (ebd.), dass nicht ein vermeintlicher Schmerz sie zum Weinen bringt, sondern die körperliche Schwerarbeit in „fixierter“ Haltung, von der sich die Kinder nicht befreien können (ebd.). Die teilweise vorherrschende Vermutung, „Säuglinge und Kleinkinder würden durch die lang anhaltende Therapie nach dem Vojta-Konzept seelisch geschädigt“, konnte bisher nicht bewiesen werden (ebd., 81).

Aus diesem Grund ist es aber von Seiten der Therapeutinnen bzw. Therapeuten umso wichtiger, den betroffenen Eltern den Grund für die Wahl dieses Therapiekonzeptes plausibel zu machen und sie über die Vorgehensweise während der Behandlung aufzuklären (ebd.).

Die Zielsetzung der Vojta-Therapie besteht, Schick (2001, 44) folgend, darin, „die in der Anlage des menschlichen ZNS (Zentralnervensystems, Anm.d.V.) bereits vorhandenen Vorstufen der Bewegungsentwicklung repetitiv zu stimulieren, dabei vorhandene synaptische Blockaden zu überwinden und die globalen Bewegungsmuster in ihren einzelnen Bestandteilen zu speichern“.

Prinzipien der Behandlung nach dem Vojta-Konzept

In der Vojta-Therapie werden die Voraussetzungen dafür, dass der betroffene Mensch die Fähigkeiten wie Sich-Drehen, Krabbeln oder Gehen selbst entdeckt und trainiert, geschaffen (von Aufschnaiter 2005, 105).

Die Prinzipien der Behandlung mit diesem Therapiekonzept unterscheiden sich maßgeblich vom zuvor beschriebenen Bobath-Konzept, da in der Vojta-Therapie u.a. angenommen wird,

- dass motivierende Kommandos im täglichen Spontanverhalten des Kindes ungeeignet und zum Teil sogar schädlich sind und,
- dass bis zum 3. Entwicklungsjahr keine passiven Vertikalisationshilfen, das bedeutet Hilfen bei der Aufrichtung des Körpers bzw. des Rumpfes vom Vierfüßerstand zum aufrechten Stand, notwendig sind (ebd.).
- Zudem werden in der Vojta-Therapie vorwiegend die horizontalen Ausgangsstellungen, wie die Bauch-, Seiten- und Rückenlage, eingesetzt (ebd., 107).

Bei der Behandlung selbst werden zwei Koordinationskomplexe unterschieden, nämlich das Reflexkriechen und das Reflexumdrehen (Schick 2001, 42). Das Reflexkriechen wird in der Bauchlage ausgelöst, das Reflexumdrehen in der Rückenlage (ebd.).

2.2 Die physiotherapeutische Behandlung von Spina Bifida Betroffenen

Grundsätzlich ist es für die Behandlung von Kindern mit einer Spina Bifida, so wie auch bei anderen Beeinträchtigungen, von großer Bedeutung, dass bei der ersten Kontaktaufnahme das Vorwissen der Eltern bezüglich der Beeinträchtigung ihres Kindes und deren Erwartungen und Hoffnungen die Physiotherapie betreffend erfragt werden (von Aufschnaiter, 2005, 271).

Wie bei allen anderen physiotherapeutischen Anamneseverfahren gilt auch in diesem Fall folgende Vorgehensweise: Es werden Beobachtungen, Prüfungen und Interpretationen über 1. die Spontanmotorik, 2. die Reflexe und 3. die Lagereaktion durchgeführt (ebd.).

Es muss aber in diesem Fall bedacht werden, dass hier partielle Ausfälle auf dem vegetativen, dem sensibel-sensorischen und dem motorischen Gebiet ebenfalls auftreten und, dass diesbezüglich erweiterte Maßnahmen von Nöten sind (ebd.). Diese notwendigen Befunde umfassen: Die Prüfung der sensibel-sensorischen Fähigkeiten, der vegetativen Fähigkeiten, des Hydrocephalus und der möglichen neuropathologischen Folgesymptome (ebd.).

Ad 1. Spontanmotorik

Die Therapeutin bzw. der Therapeut sollte bei der Beobachtung folgende Fragen klären (ebd.):

- Hat im Bereich kranial des Defekts eine Entwicklung mit physiologischen Bewegungsmustern begonnen?
- Welche Spontanaktivitäten zeigt das Kind kaudal des Defekts bzw. hat es zur Befriedigung seiner Neugier Kompensations- oder Ersatzmuster herausgefunden?

Des Weiteren sollten vor der Behandlung Befunde bezüglich

- der motorischen Fähigkeiten im Becken-/ Beinbereich,
- vorhandener Fehlhaltungen wie z.B. Hacken- oder Spitzfüßen, gestreckter oder permanent gebeugter Beinhaltung,
- der passiven Beweglichkeit der Gelenke der unteren Extremitäten,
- der sogenannten Reflexaktivitäten, das bedeutet wiederholte Zuckungen,

- der Art des Blasenentleerens, der Restharmenge und eines möglicherweise vorhandenen Reflexes beim der behandelnden Urologin bzw. beim behandelnden Urologen,
- eines möglicherweise vorhandenen Tethered-Cord-Syndroms erhoben werden.

Ad 2. Prüfung und Interpretation der frühkindlichen Reflexe

Hierbei werden alle erforderlichen Reflexe überprüft, denn durch einen erheblichen Hirndruck können Bahnen aus dem Zentralnervensystem mit der Folge einer Spastik geschädigt sein (ebd.). Das bedeutet, dass bei Kindern mit Spina Bifida Lähmungen auftreten können, die die Prüfung und Interpretation der Reflexe oft erschweren (ebd.).

Ad 3. Lagereaktionsprüfungen

Aufgrund von chirurgischen Eingriffen, welche verschiedene Prüfungsmethoden nicht zulassen, können lediglich Aussagen über die Körperlageanpassung der Arme und zum Oberkörper gemacht werden (ebd.).

Zusätzliche Befunde

In diesem Abschnitt folgen nun Explikationen der zusätzlichen Befunde, die zuvor erwähnt wurden.

Prüfung der sensibel-sensorischen Fähigkeiten

Hier ist es Aufgabe der Therapeutin bzw. des Therapeuten ein Sensibilitätsschema zu erstellen (ebd.). Hierbei wird, ausgehend von den am wenigsten sensiblen Körperbereichen, der gesamte Körper hinsichtlich der Sensibilität getestet (ebd.). Besonders wichtig ist die Feststellung der Oberflächensensibilität der Fußsohlen, der Sitzfläche und der Oberschenkel (ebd.).

Prüfung der vegetativen Fähigkeiten

Bei dieser Überprüfung sollte die Therapeutin bzw. der Therapeut insbesondere auf eine Störung der Hautdurchblutung und eine Störung des Miktionsrhythmus achten und diese dokumentieren (ebd., 273f).

Prüfung des Hydrocephalus

In diesem Kontext sollte seitens der Therapeutin bzw. des Therapeuten erfragt werden, „welche Anzeichen den Eltern mitgeteilt wurden, um eine Dysfunktion des Shunts oder den interkranialen Druckanstieg bzw. deutlichen –abfall zu erkennen“, um diese Anzeichen mit ihnen zu besprechen (ebd., 274).

Prüfung neuropathologischer Folgesymptome

Folgende Symptome werden beobachtet und müssen in der Behandlung beachtet werden (ebd., 275):

- Entwicklungsretardierung,
- Grundspannungsveränderungen bis hin zur Spastizität,
- perzeptive, das bedeutet durch unbewusste Wahrnehmung bewirkte Einbuße,
- hormonelle Veränderungen, wie Kleinwüchsigkeit oder vorzeitige Pubertät,
- intellektuelle Teilleistungsschwächen,
- eine fast abnormal positive Grundstimmung.

Bei älteren Kindern mit Spina Bifida sollten auch Befunde bzw. Nachfragen bezüglich der Bestimmung der Lokomotionsstufen nach Vojta, der Dokumentation der aktuell benutzten Hilfsmittel, des Sprachverständnisses, der aktiven Sprache und des Sprechens, der Beurteilung des Sozialverhaltens und der aktuelle Blasen-/ Darmsituation gestellt bzw. erfolgen (ebd., 273).

2.2.1 Prinzipien der physiotherapeutischen Behandlung von Spina Bifida Betroffenen

Die Behandlung von Spina Bifida betroffenen Kindern basiert auf drei Eckpfeilern: der Lagerung, dem passiven Bewegen der beteiligten Gelenke bzw. dem Dehnen der zur Korrektur neigenden Muskulatur und der aktivierenden Physiotherapie (ebd., 275f).

Bezüglich der Lagerung ist es von Nöten, z. B. beim Vorhandensein einer extremen Froschhaltung der Beine, diese mit Hilfe eines Schaumstoffteils zu begradigen (ebd., 275f). Sehr deutliche Fußfehlstellungen können ebenfalls lagernde Hilfe notwendig machen und zwar durch ein zeitlich begrenztes und sich immer wieder wiederholendes Tragen eines Gipses (ebd.).

Besonders im Schlaf gilt, dass es sich um passive Korrekturhilfen, wie ein Kissen, handeln sollte (ebd.).

Beim Bewegen der beteiligten Gelenk und dem Dehnen der Muskulatur ist es wichtig, dass immer die intakte Muskulatur gedehnt wird (ebd., 276). Da Kinder mit Spina Bifida keine oder

eine verminderte Schmerzwahrnehmung haben, muss dabei sehr sorgfältig gearbeitet werden (ebd.).

Wie bei allen Behandlungen in der Pädiatrie gilt auch für Kinder mit Spina Bifida das Prinzip: Entwicklungsorientiertes Arbeiten ist wichtig (ebd.).

Behandlung des Kindes mit Spina Bifida nach dem Vojta-Konzept

Die Annahme, dass die Vojta-Therapie für Kinder mit Spina Bifida schädlich sei, ist laut von Aufschnaiter (ebd.) unbegründet, da „gerade in der Reflexlokomotion die Chance (liegt, Anm.d.V.), an die schwach innervierte (d.h. mit den von Nerven aufgenommen Reizen versorgte, Anm.d.V.) Muskulatur, (...), heranzukommen und sie in ihrer Funktionsdifferenzierung zu verbessern“. Des Weiteren bedeuten die „durch Veränderung der Reize an den Zonen, den Zonenkombinationen und den Ausgangsstellungen erzeugten vielfältigen Eingangspforten der zum ZNS (Zentralnervensystem, Anm.d.V.) gelangten Afferenzen (Impulse, Anm.d.V.) (...) die Chance, dadurch auch an die Restinnervation heranzukommen und koordinierte Muskelaktivitäten (...) zu erzeugen“ (ebd.). Vereinfacht ausgedrückt heißt das, dass durch die bei der Vojta-Therapie ausgeübten Reize an den bestimmten, sensibilitätsgestörten Zonen und den damit verbundenen Impulsen zum Zentralnervensystem, bewirkt werden kann, dass die Muskulatur, welche nur sehr schwach durch die Nerven Reize aufnehmen kann, aktiviert und aufgebaut werden kann.

Behandlung des Kindes mit Spina Bifida nach dem Bobath-Konzept

Wie bereits in Abschnitt 2.1.1 beschrieben ist ein Prinzip des Bobath-Konzepts die Handlungskompetenz des Kindes entwicklungsorientiert zu betrachten, zu beurteilen und durch Stimuli zu fördern (ebd., 277). Bei Kindern mit einer Myelomeningocele ist das Motivieren zu aktivem Handeln nicht immer leicht, denn viele betroffene Kinder neigen zu einer sogenannten „Bewegungsbequemlichkeit“ (ebd.). Im Vergleich zur Vojta-Therapie gelingt es bei diesem Konzept nur selten, die restinnervierte Muskulatur zu erreichen (ebd.).

Das Wachstum, die frühe hormonelle Umstellung und die erwähnte, oftmals vorherrschende Bewegungsbequemlichkeit beeinflussen die Therapie im Laufe der Jahre oftmals negativ (ebd.). Gerade deshalb ist es umso wichtiger, dass die Physiotherapie kontinuierlich fortgesetzt wird, damit die Entwicklung des Kindes und alle (Folge-) Symptome auch im höheren Alter positiv beeinflusst werden können (ebd.).

2.3 Operative, neurochirurgische Maßnahmen

Kinder mit einer Spina Bifida Myelomeningocele wurden lange Zeit nur zögernd und oft auch gar nicht einer neurochirurgischen Behandlung zugeführt, „da der häufig begleitende (...) Hydrocephalus bis zur Einführung des ventrikuloatrialen (das bedeutet, von den mit Liquor gefüllten Hohlräumen des Gehirns zum rechten Vorhof des Herzens führenden, Anm.d.V.) Shuntsystems meist nur ungenügend operativ behandelt werden konnte“ (Parsch & Schulitz 1972, 16). Seit Entwicklung dieses Shuntsystems stellt die operative Behandlung, welche technisch gesehen nicht schwer ist, kein Problem dar (ebd.). Die Forschungen in diesem Gebiet reichen heute sogar soweit, dass eine mit Hilfe der pränatalen Diagnostik entdeckte Spina Bifida durch eine in- Utero durchgeführte Operation die Myelomeningocele versorgt werden kann.

2.3.1 Versorgung der Myelomeningocele und des Hydrocephalus

Im Gegensatz zu einer offenen Myelomeningocele, d.h. die betroffene Stelle liegt ohne Überhäutung da, bei der die operative Behandlung im besten Fall innerhalb von 6-12 Stunden nach der Geburt durchgeführt werden sollte, ist der Zeitpunkt der operativen Behandlung bei einer geschlossenen Myelomeningocele abhängig von den individuellen Verhältnissen bei den Patientinnen und Patienten (ebd.). Je nachdem, ob Hirndruckzeichen vorliegen oder nicht und bei großen, prallen Zelen kann eine Shuntoperation vorrangig sein (ebd.). Bei einer offenen Myelomeningocele hingegen wäre diese Vorgehensweise, d.h. zuerst Shunt und dann Versorgung der Myelomeningocele, wegen der Gefahr einer aufsteigenden Meningitis und einer Bakteriämie, das bedeutet, eine Einschwemmung von Bakterien in den Blutkreislauf, kontraindiziert (ebd.).

2.3.2 In-utero Behandlung der Myelomeningocele

Auf der Homepage des National Institute of Neurological Disorders and Strokes (NINDS 2015) wird die In-Utero Behandlung wie folgt beschrieben:

„Fetal surgery is performed *in utero* (within the uterus) and involves opening the mother's abdomen and uterus and sewing shut the abnormal opening over the developing baby's spinal cord“.

Das bedeutet nun also, dass über den geöffneten Bauch und der geöffneten Gebärmutter der Mutter die Öffnung an der Wirbelsäule des sich entwickelnden Kindes geschlossen wird. Obwohl diese Behandlung die neurologischen Funktionen nicht wiederherstellen kann, sind einige Ärztinnen und Ärzte davon überzeugt, dass die Entwicklung des ungeborenen Kindes besser ist, je früher die vorliegende Schädigung der Wirbelsäule behoben wird (NINDS 2015). Die Operation, so sind einige Ärztinnen und Ärzte überzeugt, hat u.a. positive Auswirkungen auf die Entwicklung des hinteren Gehirns des Kindes und, kann somit das Entstehen eines Hydrocephalus verringern (ebd.).

Abhandlungen über die In-Utero Operation der Myelomeningocele (Adzick u.a. 2011, Danzer u.a. 2010, Meuli u.a. 2012 usw.) unterstreichen die Vor- und Nachteile dieser Behandlung. Adzick (2011, 993) schreibt in seiner Studie „A Randomized Trial of Prenatal versus Postnatal Repair of Myelomeningocele“:

„Prenatal surgery for myelomeningocele reduced the need for shunting and improved motor outcomes at 30 months but was associated with maternal and fetal risks“.

Diese sogenannten „maternal and fetal risks“, also Komplikationen bei der Mutter und/ oder dem Fötus inkludierten u.a. eine verminderte Menge an Fruchtwasser, Probleme mit den Plazenta- und Fötusmembranen oder eine vorzeitige Plazentalösung (ebd., 997). Darüber hinaus besteht ein noch höheres Risiko für eine Frühgeburt bei einem In-Utero Eingriff als ohnehin bei Kindern mit einer Myelomeningocele der Fall ist (ebd.). Ein weiteres Problem, welches aufgrund dieses Eingriffs entstehen kann, ist das Respiratory Distress Syndrom, das bedeutet Atemnot nach der Geburt aufgrund von durch die Frühgeburt bedingte Unterentwicklung (ebd.).

2.4 Darstellung der Ähnlichkeiten zur Hippotherapie und Explikation des „Besonderen“ der Hippotherapie

Nachdem in den Abschnitten 2.1 und 2.2 zwei gängige physiotherapeutische Konzepte zur Behandlung von Kindern (bzw. Menschen) mit Spina Bifida erklärt wurden, sollen diese im folgenden Abschnitt mit der Hippotherapie (vgl. Kap. 3) verglichen werden, das bedeutet es soll die unterschiedliche Nähe dieser beiden Konzepte zu dieser expliziert werden (2.4.1), um anschließend die „Besonderheit“ der Hippotherapie im Allgemeinen und aus Sicht der Verfasserin im Speziellen aufzuzeigen (2.4.2).

2.4.1 Vergleich von Bobath-, Vojta- und Hippotherapie hinsichtlich Ähnlichkeiten, Nähe und Unterschiede

Als ein grundsätzliches Merkmal aller drei Therapiemethoden kann die medizinisch-therapeutische Verortung genannt werden. Bei allen drei steht die Verbesserung der physischen, medizinisch als defizitär bezeichneten und beeinträchtigungsbedingten Einschränkungen der Patientin bzw. des Patienten im Vordergrund. Des Weiteren ist die Zielgruppe bei allen drei gleich definiert, nämlich Menschen, jeden Alters, mit „zentralen Bewegungsstörungen, weiteren sensomotorischen Beeinträchtigungen/ Störungen unklarer Genese und anderen neurologischen und muskulären Erkrankungen/ Dysfunktionen“ (vgl. Kap. 2.1.1 & 3.2).

Bei der Behandlung nach dem Vojta- Konzept und der Hippotherapie bestehen Ähnlichkeiten in Bezug auf die Zielsetzung. Bei der Hippotherapie soll durch „die Wiederholung geordneter Bewegungen“ eine „Besserung der neurophysiologischen Bewegungsanbahnung“ von statten gehen (vgl. Kap. 3.2) und die Vojta- Therapie formuliert ihre Zielsetzung folgendermaßen: Es sollen „die Muster der spontanen, gesunden Fortbewegungsentwicklung (re-) produziert werden“ (vgl. 2.1.2)

Eine weitere Ähnlichkeit zwischen Bobath-, Vojta und Hippotherapie besteht in den Wirkmechanismen, welche u.a. die ganze Physiologie des Menschen (Bobath, Vojta und Hippotherapie) betrifft und/ oder auch die Persönlichkeit des Menschen und dessen soziale, emotionale und kognitive Entwicklung (Bobath und Hippotherapie). Bei allen drei steht die Förderung der normalen, gesunden Entwicklung des Menschen im Vordergrund und dies geschieht über Bewegung. Alle drei Therapieansätze weisen positive Auswirkungen, neben den neurophysiologischen und motorischen Bereichen, auf das Körpervertrauen bzw. der Körperwahrnehmung und der (Tiefen-) Sensibilität vor.

Bei genauerer Betrachtung und Analyse der drei Therapieansätze kann dennoch eine größere Nähe zwischen dem Bobath-Konzept und der Hippotherapie festgestellt werden. Im Unterschied zum Vojta-Konzept, welches vorwiegend positive Auswirkungen auf die Physiologie des Menschen hat, liegt beim Bobath-Konzept sowie bei der Hippotherapie auch die „Gesamt-situation des Menschen“ (vgl. 2.1.1) bzw. „die Förderung und Harmonisierung des ganzen Menschen“ (vgl. 3.3) im Fokus. Bei beiden Ansätzen entstehen Lernprozesse und eine Erweiterung des Entwicklungsrepertoires im Bereich der sensomotorischen, sozialen, emotionalen und kognitiven Entwicklung. Beide, Bobath- und Hippotherapie, können demnach als entwick-

lungs- und persönlichkeitsfördernd betrachtet werden. Es kommt zu einem Anstieg des Selbstvertrauens, zum einen durch die Unterstützung bei der Eigenregulation (Bobath) und, zum anderen, durch das Einlassen in das Therapiesetting bzw. der Überwindung von Ängsten gegenüber dem Pferd.

2.4.2 Das „Besondere“ der Hippotherapie

Was macht die Hippotherapie trotz den zuvor beschriebenen Ähnlichkeiten zu den beiden anderen Therapieansätzen dennoch zu einem besonderen Therapieansatz?

Diese Frage soll nun im folgenden Abschnitt geklärt werden. Die Klärung bezieht sich vorwiegend auf die subjektive Wahrnehmung der Verfasserin, deren subjektive Erfahrung mit diesem Therapieansatz und auch auf das, aufgrund der Ausarbeitungen im Zuge dieser Arbeit, vorliegende theoretischen Wissen darüber.

Die grundlegendste Besonderheit der Hippotherapie ist zugleich auch die offensichtlichste: Die Nutzung des Pferdes als Therapeutikum. Wie in Kapitel 3 beschrieben wird, besteht zwischen dem Menschen und den Pferden ein sogenanntes Urverständnis, welches sich der Mensch beim Einsatz des Pferdes als Therapeutikum zu Nutze macht. Dieses Urverständnis bildet den Schlüsselpunkt, um die therapeutische Arbeit mit Pferden erst zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang wird das Reiten als „vielschichtiges Erleben, das persönlichkeitsfördernd wirkt und die Lebensqualität bereichert“ beschrieben (vgl. Kap. 3.1.1). Von Seiten der Verfasserin dieser Arbeit können diese Aspekte durchwegs bestätigt werden. Die Wirkung von Pferden auf den Menschen, insbesondere ihr beruhigendes Wesen sowie die „Unvoreingenommenheit“, welche ihr Umgang mit dem Menschen ausstrahlt, unterstützen zum einen, maßgeblich den Erfolg dieser Therapieform bzw. die große Nachfrage bei der Behandlung von bewegungsbeeinträchtigten Menschen, und zum anderen, unterstreichen die Besonderheit dieser Therapie. Aber nicht nur von Seiten des Pferdes wurde von der Verfasserin eine „Unvoreingenommenheit“ verspürt, auch das gesamte Therapieteam, wirkte unterstützend dahingehend, sich als ganz normales, gesundes Mädchen wahrgenommen zu fühlen und nicht, wie in den anderen beiden beschriebenen Therapieformen, zumeist lediglich auf die „medizinischen“ und motorischen Defizite reduziert zu werden. Damit ist gemeint, dass bei der Hippotherapie, neben der Therapie der medizinischen Symptomatik auch der Interaktion bzw. der zwischenmenschlichen Beziehung zwischen der Patientin bzw. dem Patienten und der Therapeutin bzw. dem Therapeuten eine wesentliche Bedeutung eingeräumt wird.

Von Seiten der Verfasserin wird die Meinung vertreten, dass die Hippotherapie, insbesondere die Erkenntnis darüber, dass solch ein großes Tier von einem „geführt“ wird und, dass man auf ihm sitzt, wesentlich zur Steigerung ihres Selbstbewusstseins beigetragen hat. Für diesen Mut bekam sie nicht nur von ihren Eltern, sondern auch von ihren Freundinnen und Freunden bzw. Bekannten Bewunderung geschenkt. Die fördernde Auswirkung der Hippotherapie auf das gesamte Leben der Verfasserin ist demnach unbestritten.

Des Weiteren kann die Hippotherapie und deren gesamter Rahmen, also die Tatsache, dass diese sich weiter entfernt vom eigentlichen Lebensraum der Verfasserin stattfand, der unvoreingenommene Umgang der Beteiligten mit der Verfasserin und der damit verbundene Beziehungsaufbau mit ihnen bzw. auch zum Pferd, als dritter „Lebensbereich“ der Verfasserin gesehen werden. Damit werden, laut Datler & Datler (1998, 52), Lebensbereiche verstanden, in denen Kinder oder Heranwachsende Vertrauen aufbauen, neue Beziehungen, neben den familiären Beziehungen eingehen und, die somit zur Lösung aus engen familiären Bindungen beitragen. Es kann also behauptet werden, dass die Hippotherapie bzw. der Ort der Hippotherapie neben dem Elternhaus bzw. dem „Ort“ der familiären Interaktion und dem Kindergarten bzw. der Schule, als ein dritter Lebensbereich der Verfasserin gegolten hat. Die Beziehungen, welche an diesen drei „Orten“ eingegangen werden, werden demnach als „triangulär“ oder auch „Dreiecksbeziehungen“ bezeichnet (ebd., 50). Laut Schäfer (1995, 89; zit.nach Datler & Datler 1998, 50) helfen diese Dreiecksbeziehungen den Kindern bzw. Heranwachsenden dabei, ihre „eigene Subjekthaftigkeit“, zu erfahren, also sich als Subjekt anzunehmen und zu erkennen. Darüber hinaus, erhalten Heranwachsende innerhalb dieser Beziehungsräume die Möglichkeit „ihr Verlangen nach Nähe und Distanz in einer Weise auszubalancieren, die sie anregt, sich über andere Gedanken zu machen und ihnen gegenüber Verständnis zu entwickeln, ohne mit ihnen zu verschmelzen“ (Datler & Datler 1998, 50). Datler & Datler (ebd., 51) folgend kann demnach festgehalten werden, dass Heranwachsende Beziehungen für ihre Entwicklung benötigen „die (...) mit verschiedenen Menschen an verschiedenen Orten in verschiedener Weise gelebt werden“ und in diesem Kontext wird der Hippotherapie die Bezeichnung als ein „dritter Lebensbereich“ im Leben der Verfasserin eingeräumt.

3. Hippotherapie

Dieses Kapitel widmet sich den Ausführungen bezüglich Hippotherapie. Wiederum wird, zum allgemeinen Verständnis, eingangs diese Therapieform begrifflich definiert und der Aspekt der Bedeutung des Pferdes für den Menschen bzw. des Pferdes als Therapeutikum expliziert. Dies erfolgt aus dem Grund, als dass die Verwendung der Pferde bei dieser Therapieform als ein wichtiger Aspekt des Besonderen der Hippotherapie in Kapitel 2.4.2 beschrieben wurde.

Danach folgen in diesem Kapitel allgemeine Erklärungen bezüglich Hippotherapie, wie Indikation und Kontraindikation und die allgemeinen Ziele und Wirkungen dieser Therapieform.

3.1 Begriffsdefinition

Hippotherapie zählt neben dem Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren, sowie dem Einsatz des Pferdes in Psychiatrie und Psychotherapie, zu den drei Säulen des therapeutischen Reitens bzw. zu den Therapien mit dem Pferd als Helfer (Soehnle & Lamprecht 2012, 16). Diese drei Therapieformen teilen einen Grundaufbau, denn sie werden in der Regel nicht ausschließlich angewendet, sie schließen sich nicht gegensätzlich aus und sie sind immer durch drei „Teilnehmer“, der Patientin bzw. dem Patienten, der Therapeutin bzw. dem Therapeuten und dem Pferd, gekennzeichnet, die in einem sogenannten Therapeutischen Dreieck vertreten sind (ebd.). Der Begriff Hippotherapie setzt sich zusammen aus „Hippos“ (= griechisch für Pferd) und Therapie (ebd., 17).

Hippotherapie ist eine verordnungspflichtige, ganzheitlich behandelnde Bewegungstherapie auf neurophysiologischer Basis, die als Ziel das Abrufen „unwillkürlich von den Nerven gelenkte Vorgänge der Muskelarbeit und Bewegungsmuster“ hat (Hartje 2009, 41). Diese Therapieform wird als ergänzende Behandlung bei neurologischen, neuropädiatrischen und orthopädischen Erkrankungen oder Beeinträchtigungen eingesetzt, um zum Beispiel das Gehen zu erlernen oder wieder zu erlernen (ebd.). Insbesondere wird die Hippotherapie bei Dysfunktionen frühkindlicher Hirnschäden, Multiple Sklerose aber auch bei Querschnittssyndromen (z.B. Spina Bifida; Anm.d.V.) angewandt (ebd.).

Dabei werden die „Eigenschaften des Pferdes, die sich aus den arteigenen Merkmalen ergeben“, genutzt, die aus den „körperbaulichen Voraussetzungen“, welche das Pferd zum geeigneten Reittier machen, sowie aus der „Art seiner Vorwärtsbewegung im Schritt“ resultieren (ebd.). Die Kräfte aus dem rhythmischen Vorwärtsgang des Pferdes gehen auf den Menschen über

und die Reiterin bzw. der Reiter lässt die Fortbewegung geschehen (wird passiv getragen) (ebd.).

Diese Kräfteübertragung geschieht, laut Hartje (ebd.), je nach Haltung der Reiterin bzw. des Reiters über die unmittelbaren Berührungsstellen, nämlich dem Sitzdreieck (Sitzbeinhöcker und Schambeinäste), den Oberschenkeln und teilweise den Unterschenkeln. Über diese Berührungsstellen wird die Bewegung auf den gesamten Körper der Reiterin bzw. dem Reiter in dreidimensionaler Weise, als Schwingungsimpuls, Beschleunigungs- und Zentrifugalkraft, übertragen (ebd.). Die durch die rhythmischen Schrittbewegungen über den Rücken des Pferdes weitergegebenen Schwingungen informieren über die Nervenleitungen das Gehirn der Reiterin bzw. des Reiters (ebd., 44). Dadurch werden zu den Schwingungsmustern passende Bewegungsmuster aktiviert und im Kleinhirn abgespeichert (ebd.). Dieses zählt gemeinsam mit den Basalganglien zum Verhaltensgedächtnis (ebd.).

3.2 Das Pferd als Helfer in der Therapie

3.2.1 Bedeutung des Pferdes für den Menschen

Die gemeinsame Geschichte von Mensch und Pferd hat vor etwa 3,9 Millionen Jahren begonnen (Hartje 2009, 8). Damals verbreiteten sich die Pferde über die damals bestehende Landbrücke zwischen Nordamerika und Europa (Hartje 2009, 7). Gleichzeitig wanderten auch die Menschen über die Landbrücke in Nordamerika ein und von nun an teilten sich Mensch und Pferd einen gemeinsamen Lebensraum (ebd.). Seitdem nützt der Mensch die vielfältigen Eigenschaften des Pferdes entsprechend der sich verändernden Lebenssituationen. Wurde es in der Bronzezeit z.B. lediglich als Zugtier für Streitwagen genutzt, so gilt es seit etwa 1000 v. Chr. auch als Reittier (ebd.).

Heute sind neben den körperlichen Eigenschaften auch die „weichen“ (inneren; Anm.d.V.) Eigenschaften des Pferdes von zunehmender Bedeutung (ebd.).

In diesem Zusammenhang benennt Hartje (2009, 8) folgende Aspekte der Bedeutung des Pferdes für den Menschen, welche sich vom Beginn des Zusammenlebens zwischen Mensch und Pferd verändert haben und noch immer bestehen oder im Laufe der Zeit entwickelt haben.

- **Das Pferd als Fortbewegungsmittel**

Damit verbunden sind eine große Ergänzung der eigenen Kraft und der Geschwindigkeit, was bis heute auch mit dem Gewinn von sozialem Ansehen verbunden ist.

- **Das Pferd als Nahrung**

Früher galt dieser Aspekt weniger bedeutend, da Pferde schwer zu jagen waren. Wurde dennoch eines erlegt, so ergab sich für die Jägerin bzw. den Jäger großes Ansehen. Heutzutage hat das Pferdefleisch zwar Liebhaber, es ist aber anderen tierischen Erzeugnissen im Allgemeinen nachgeordnet.

- **Das Pferd als Arbeits- und Sozialpartner**

Die Eigenschaften des Pferdes gleichen in vielen Lebensbereichen, wie z.B. der Arbeit, dem Sport oder der Medizin, die Schwächen des Menschen aus. So entstehen Sozialbeziehungen zwischen Mensch und Pferd und der Mensch hegt und pflegt das Pferd gemessen an der Bedeutung, welche es für ihn hat.

- **Das Pferd als Kultobjekt**

Im Laufe seiner Entwicklung und dem damit verbundenen Wachsen der Größe des Gehirns und des Intellekts benötigte der Mensch „maßvolle Projektionsflächen zur Verbildlichung von erstrebenswerten Kultur-Kennzeichen“, die beim Pferd in dessen Kraft, Adel und Schnelligkeit erkennbar sind.

- **Das Pferd als Therapeutikum**

Im Laufe der Zeit hat der Mensch gelernt die einzigartigen Eigenschaften des Pferdes zur Behandlung von Erkrankungen und zur Rehabilitation zu nutzen.

Der Aspekt des Pferdes als Therapeutikum soll nun eingehend expliziert werden.

Seit es die Gemeinschaft von Menschen und Pferden gibt, sind unzählige Berichte über diese Verbindung entstanden (Strauß 2000, 3). Diese reichen von der „schlichten“ Mensch-Tier-Beziehung bis hin zu „mythischen Verwurzelungen tiefgründiger Beziehungsebenen“ zwischen Mensch und Pferd (ebd.). Strauß (ebd.) spricht in diesem Zusammenhang vom Pferd als Medium. Es ordnet sich dem Menschen unter, nimmt ihn als Führerin bzw. Führer an, obwohl es ihm an Kraft weit überlegen ist, es lernt ihn zu verstehen und ihm zuverlässig zu dienen, wenn die Verständigung von Mensch und Pferd körper- und wesensgerecht erfolgt (ebd.). Diese Aspekte bedeuten für den Menschen ein „vielschichtiges Erleben, das persönlichkeitsfördernd wirkt und die Lebensqualität bereichert“ (ebd.). Dieses Erleben wird in der Therapie mit Pferden genutzt, denn das Pferd gilt, laut Strauß (ebd.) weiter als „Medium für unerschöpfliche Fantasiebesetzung durch den Menschen, immer mit der Möglichkeit einer Antwort“.

Pferde als Unterstützung bei der „Verbesserung und Wiederherstellung körperlicher und psychischer Gesundheit“ sowie die „helfende und heilende Wirkung der Ausstrahlung“ der Pferde wurden schon bei Hippokrates 450 v.Chr. und später im 18. Jhd. beschrieben bzw. erkannt und zielgerichtet eingesetzt (Soehnle & Lamprecht 2012, 15). Hartje (2009, 6) benennt als die wichtigste und auch grundlegendste Eigenschaft des Pferdes, welche es für den therapeutischen Einsatz so wirksam macht, dessen besondere Eignung als Reittier. Darüber hinaus besteht laut Carl Klüwer (Hartje 2009, 10f) zwischen Mensch und Pferd eine Art „Urverständnis“. Dieses leitet sich, so die Theorie Klüwers, aus „Anpassungen an die Lebensräume“ und der damit verbundenen Entwicklung einer Reihe von „Ähnlichkeiten in Anatomie und Physiologie der Lebewesen“ ab (ebd.). Diese sogenannten Homologien, die neben den anderen höheren Säugern auch Mensch und Pferd miteinander teilen, so die Theorie Klüwers weiter (ebd.), spiegeln sich in verschiedenen Körperorganen wieder und demzufolge könnte das Urverständnis zwischen Mensch und Pferd als „die Fähigkeit des Menschen verstanden werden, sich Pferden, trotz Größe und Verschiedenartigkeit, so verbunden zu fühlen, dass es ihnen leicht fällt diesen Tieren gegenüberzutreten oder sich von ihnen tragen zu lassen“. Für Klüwer (ebd.) ist die Theorie des Urverständnisses zwischen Mensch und Pferd der Schlüsselpunkt, warum die therapeutische Arbeit überhaupt möglich ist.

Bei dieser wird das Pferd ergänzend zur Behandlung diverser körperlicher Erkrankungen und Beeinträchtigungen sowie verschiedener seelischer Beeinträchtigungen eingesetzt (ebd.). Dabei gilt, dass jeder Einsatz des Pferdes als Therapeutikum seine grundlegende Wirkung durch „die gemeinsame Bewegung, das Erfühlen des Bewegungsdialoges, seine Wahrnehmung und ‚Einverleibung‘ im Rhythmus“, also in der Wiederholung geordneter Bewegungen erzielt

(Strauß 2000, 3). Dies bestätigen auch Soehnle & Lamprecht (2012, 15), indem sie diesbezüglich festhalten, dass

„Pferde [...] durch ihre motorische Induktion ihrer Bewegungsdynamik, vor allem aber auch durch ihre Ausstrahlung auf das Sensorium der PatientInnen (sic!) maßgeblich am Behandlungserfolg beteiligt (sind, Anm.d.V.).“

„Psychische und physische Beeinflussungen wirken“, so Soehnle & Lamprecht (ebd.). weiter, „synergetisch (das bedeutet zusammen- bzw. mitwirkend, Anm.d.V.) auf gestörte Funktionen des Körpers und der Psyche“ (ebd.).

Die derzeit ausgeübten Grundrichtungen der wachsenden Anzahl von Behandlungsmöglichkeiten mit Pferden werden „aktuell, aber nicht einheitlich“ als Hippotherapie (HT), Heilpädagogisches Reiten und Longieren (HRL) und Einsatz des Pferdes in Psychiatrie und Psychotherapie (EPiPP) bezeichnet (Hartje 2009, 7).

3.3 Indikation und Kontraindikation

Eine Indikation für Hippotherapie ist bei den folgenden drei Bereichen von Beeinträchtigungen gegeben:

- 1.) Bei neurologischen Bewegungsstörungen infolge frühkindlicher Hirnschädigungen, Multiple Sklerose, Schädel-Hirn-Traumen, Apoplexie, Querschnittslähmung und –syndromen sowie diverser Nervenerkrankungen (z.B. entwicklungsbedingt, posttraumatisch, postentzündlich oder degenerativ),
- 2.) bei orthopädischen Krankheitsbefunden, wie Fehlhaltungen der Wirbelsäule oder Hüftgelenkdysplasien, und
- 3.) bei Mehrfachstörungen bei neurologischen Erkrankungen (z.B. sensomotorische Ausfälle im Wahrnehmungsbereich oder mentale Beeinträchtigung) (Strauß 2000, 58).

Neben diesen drei Bereichen gibt es laut Strauß (2000, 59) noch weitere Voraussetzungen, von denen die Indikation von Hippotherapie abhängig ist:

- 1.) Dem Schweregrad sowie der Besserungsfähigkeit der Symptomatik der zuvor genannten Krankheitsbilder.

- 2.) Der sorgfältigen Befundung entwicklungsfähiger Haltungs- und Gleichgewichtsreaktionen.
- 3.) Der motorischen Fähigkeit der Patientin bzw. des Patienten, im Spreizsitz auf dem Pferd zu sitzen sowie die Rumpfbalance auf dem Pferd zu halten.
- 4.) Dem orthopädischen Befund, welcher entscheidet, ob seitens der Knochen- Gelenkfunktion die notwendige Bewegungstoleranz gegeben ist.
- 5.) Der psychisch-mentalenen Bereitschaft der Patientin bzw. des Patienten, die Therapie anzunehmen.
- 6.) Dem Nicht-Erzielen gleicher Behandlungsziele mit konventioneller (Physio-) Therapie.

Grundsätzlich herrschen Kontraindikationen für die Hippotherapie vor, wenn „keine Verbesserungen oder kein Vermeiden von Verschlechterungen zu erzielen sind“ (Strauß 2000, 60).

Zu den absoluten Kontraindikationen zählen Pferdehaarallergie, wenn sie stark ausgeprägt ist, Epilepsie, wenn sie nicht medikamentös behandelt wird, Dekubitus (das Wundliegen bei bettlägerigen Menschen, Anm.d.V.), schmerzhaft Hypermobilität bzw. Instabilität der Wirbelsäule, starke Skoliosen, fehlende Kopfkontrolle, starke Osteoporose und schwere geistige Behinderung, wenn diese verhindert, dass die Pferdebewegung adäquat aufgenommen werden kann (ebd.).

Darüber hinaus ist die Hippotherapie nicht zu empfehlen, wenn die Patientin bzw. der Patient altersbedingt die erforderliche Bewegungsfähigkeit nicht mehr aufweist oder wenn zu hohes Körpergewicht eine Gefährdung der Behandlungssicherheit mit sich zieht (Strauß 2000, 60).

Ein weiteres wichtiges Kriterium, welches über Indikation oder Kontraindikation für eine Hippotherapie entscheidet, stellt das Alter der Patientinnen bzw. der Patienten dar: Kinder sollten erst ab einem Alter von vier Jahren mit Hippotherapie behandelt werden (ebd.).

3.4 Allgemeine Ziele und Wirkungen der Hippotherapie

Grundsätzlich, so schreiben Soehnle und Lamprecht (2012, 143ff) zeigt die Hippotherapie Wirkung auf neurologische, pädiatrische und orthopädische Krankheitsbilder. Unter neurologischen Krankheitsbildern versteht man u.a. Multiple Sklerose, Morbus Parkinson oder auch Querschnittssyndrome (ebd.). Pädiatrische Krankheitsbilder umfassen u.a. Spina Bifida und Trisomie 21 (ebd.). Orthopädische Krankheitsbilder wiederum sind z.B. Rückenschmerzen, Hüftprobleme und Skoliose (ebd.).

In diesem Abschnitt werden die allgemeinen Ziele und (Ein-) Wirkungen (3.3.1 – 3.3.10) auf die motorischen und steuernden Abschnitte von Gehirn und Rückenmark einer Hippotherapie expliziert. Letztere sind, laut Hartje (2009, 44), durch keine anderen naturgegebenen Mittel, Maschinen oder Apparate wirklichkeitsgetreu nachzuahmen.

Grundsätzlich werden vier „Wirkungsansätze“ in der Hippotherapie unterschieden:

- 1.) Der Neuromotorische Ansatz, welcher als Behandlungsziel die „Besserung der neurologischen Bewegungsstörung über neurophysiologische Bewegungsanbahnung“ vorschreibt. Darunter fallen Behandlungen der Tonusregulierung, der Mundmotorik, des Gleichgewichts, der Gangschulung, der Aufrichtung etc. (Strauß 2000, 23).
- 2.) Der Sensomotorische Ansatz mit dem Behandlungsziel „Besserung von Wahrnehmungsstörungen über Bewegungsbehandlung“ (ebd., 24). Dazu zählen die Behandlung der Körperwahrnehmung, des Raumlagebewusstseins und der Tiefensensibilität (ebd.).
- 3.) Der Psychomotorische Ansatz hat das Ziel „über Bewegung (...) einen optimalen mentalen Status zu entwickeln“ (ebd.). Dazu zählen die Verbesserung des Körpervertrauens, das Unterstützen einer Persönlichkeitsentwicklung und die Verbesserung der Beziehungsfähigkeit (ebd.).
- 4.) Der Soziomotorische Ansatz hat die „Förderung und Harmonisierung des ganzen Menschen“ unter Einbezug seines gesamten Umfelds in seine Persönlichkeitsentwicklung zum Ziel (ebd.). Dieser Ansatz wird vor allem in der Hippotherapie mit Kindern verfolgt (ebd.).

3.4.1 Übung und Neubildung nervlicher Schaltungen

Durch die Schwingungen, die in der Schrittbewegung des Pferdes durch dessen Hufe auf den Rücken der Reiterin bzw. des Reiters übertragen werden, sollen mögliche Bewegungsprozesse angeregt werden, die verletzungs- oder krankheitsbedingt nicht mehr funktionieren. Die somit erzeugten Reize sollen lahme aber gesunde Anteile aktivieren und aktiviert halten, um Möglichkeiten für das Kleinhirn zu schaffen neue Verbindungen und Umleitungen für die defekten Nervenleitungen zu bilden (Hartje 2009, 43).

3.4.2 Bewegungserfahrung bei Querschnittslähmung

Durch die rhythmische Bewegung des Pferdes im Schritt und die damit verbundene unwillkürliche Bewegung des Körpers der reitenden Person kann im Rahmen der vorhandenen Sinne (Augen, Ohren, Nase) ein „dem Gehen ähnliches Bewegungsmuster über das Pferd erfahren werden“ (ebd., 44). Hinzu kommt eine psychische Erfahrung, denn auf dem Pferd erleben gehbeeinträchtigte oder –unfähige sowie querschnittsgelähmte Menschen einen anderen Blickwinkel auf ihre Umgebung, der sonst nur gehenden Menschen vorbehalten ist (ebd.). Diese Erfahrung sowie die Freude daran und an der Übung auf dem Pferd greifen mitunter auch auf andere Lebensbereiche der Menschen über; man spricht hier von der emanzipatorischen Wirkung der Hippotherapie (ebd.).

3.4.3 Balance- und Haltungstraining bei Gliedmaßenfehlbildungen

Bei Fehlbildungen der Gliedmaßen wird beim Training auf dem Pferd durch die dreidimensionalen rhythmischen Bewegungsabläufe der Körper des Reitenden angeregt, sich in Balance und Gleichgewicht einzufinden (ebd.). Außerdem helfen die ausgelösten Impulse „die kontrollierte Haltung des Rumpfes zu üben“ (ebd.).

3.4.4 Trainingseffekte für das menschliche Gangbild

Die dreidimensionale Schrittbewegung des Pferdes dehnt und streckt die Muskeln, selbst dann, wenn sie von der reitenden Person selbst nicht bewegt werden (Hartje 2009, 47).

3.4.5 Psychische Motivation und Aufforderungscharakter des Pferdes

Erfolge einer krankengymnastischen Behandlung sind von einer „regelmäßigen und sorgfältigen Ausführung der übenden Inhalte“ gekennzeichnet (ebd. 43). Das bedeutet, dass der innere Antrieb die Therapie kontinuierlich zu verfolgen von großer Bedeutung ist und gerade bei Kindern gelingt es diesen Antrieb durch das Pferd als Kameraden bei der hippotherapeutischen Übung aufrecht zu halten (ebd.). Kinder sowie Heranwachsende nehmen Berichten zufolge die Hippotherapie als eine sehr gerne genommene Abwechslung zu anderen krankengymnastischen Therapien an (ebd.). Das Pferd als Übungskamerad fordert die Patienten auf sozialer Ebene und

so gehen diese die notwendigen Behandlungen mit Gefühlen an, die „durch das Zusammenwirken von eigenem Antrieb und der therapeutischen Maßnahme“ gute Erfolge bewirken können (ebd.).

3.4.6 Reiten als vielschichtiger Lernprozess

Die durch die Schrittbewegung angeregten Bewegungsmuster im Gehirn des Menschen werden als „prozedurales Wissen“ gespeichert (ebd. 48). Diese Speicherung erfolgt, wie beim Radfahren oder dem Gehen, durch die ständige Wiederholung der Abläufe und vollzieht sich in den Basalganglien und im Kleinhirn (ebd.). Das dort angesammelte Wissen und Können ist nicht-assoziativ abrufbar, das bedeutet, es ist nicht an bestimmte begleitende Umstände gebunden (ebd.). Dazu zählen z.B. die Einstellungen von Gelenkwinkeln und körperlichen Haltungen, die für das Gehen notwendig sind (ebd.).

3.4.7 Wirkung auf die Sensomotorik

Beim Reiten werden sinnliche Perspektiven übermittelt, die verschiedene Lernvorgänge (sensomotorisches Lernen) beleben (ebd.). „Das Gehirn (...) ist bemüht, einen mit komplexen Bewegungsabläufen verknüpften Lernvorgang als Bewegungsfolge zu codieren, eben, weil der Körper so viele Perspektiven erfährt“ (ebd.). Durch diese Codierung werden die Bewegungsabläufe rund und der Körper des reitenden Menschen kann fließend auf die Bewegungen eingehen (ebd.). Durch die Einbindung aller Sinne in das Therapiegeschehen werden nicht nur diese gefördert, sondern auch die mentalen Fähigkeiten der reitenden Person (Strauß 2000, 55). Im Bereich der Sensomotorik hat Hippotherapie positive Auswirkungen u.a. auf die Gegenstands- und Raumwahrnehmung, die räumliche Orientierung sowie die Rechts-Links-Koordination (Hartje 2009, 51ff).

3.4.8 Neues Selbstvertrauen

Neben dem Entwickeln von neuen nervlichen Schaltwegen für diverse Bewegungsabläufe haben auch andere Lernvorgänge für die seelisch- persönliche Gesundheit von Hippotherapiepatientinnen bzw. -patienten eine große Bedeutung (Hartje 2009, 49). Lässt sich die Patientin bzw. der Patient innerhalb des gesicherten und beschützten Settings einer Hippotherapie voll und ganz auf die Therapie ein, trägt dieses „Einlassen“ dazu bei, belastende Gefühle von Hilf- und Mutlosigkeit sowie von Angst zu überwinden (ebd.). Die Erfahrung sich auf einem Pferd

bewegen zu können, ohne Gehen zu können, eröffnet die Chance, „einen Teil des Selbstvertrauens in persönliche Fähigkeiten zurückzugewinnen oder zu entwickeln“ (ebd. 49f).

3.4.9 Mensch-Pferd-Interaktionen (Beziehung)

In der Hippotherapie werden die Reize, welche durch das Pferd auf den menschlichen Körper wirken, genutzt (Hartje 2009, 50). Diese werden von jeder Reiterin bzw. jedem Reiter individuell zusammengesetzt und erlebt (ebd.). Besonders die Schwingungsimpulse sind in der Hippotherapie von großer Bedeutung, welche über die Reize zu Nervenendigungen gelangen (ebd.). Dazu zählen z.B. Muskelspindeln, Gelenkssensoren und Golgi-Sehnenorgane, die als tiefensensibles System bezeichnet werden (ebd.). Dieses System nimmt Reize über „Lage, Krafteinstellung und Bewegung im Raum“ auf und verarbeitet sie (ebd.).

3.4.10 Körperwärme

Besonders im Bereich der Berührungsstellen (Sitzdreieck, Oberschenkel und Unterschenkel) wird die Körpertemperatur des Pferdes (37,5 – 38,2 Grad Celsius) für die Reiterin bzw. dem Reiter fühlbar und bewirkt Entspannung (Hartje 2009, 53). Dadurch ist auch eine insgesamt vermehrte Wahrnehmung durch die verschiedenen Sinne möglich, denn durch die Wärme vergrößert sich die Hautoberfläche, sodass die Tastsinneszellen, die ab einem bestimmten Druck die Reize weiterleiten, diesen eher als Wahrnehmung registrieren (ebd.). Durch das Auflegen der Hände auf den Pferdekörper entsteht darüber hinaus ein sehr eindringliches Gefühl, da vom Gehirn den Empfindungen über die Hände eine große Bedeutung zugeschrieben wird (ebd.).

Soehnle & Lamprecht (2012, 136f) beschreiben, neben den Wirkungen der Hippotherapie auch allgemeine Ziele für den Alltag der Patientinnen bzw. der Patienten. Sie nehmen dabei Bezug auf die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) und nennen diese Ziele „Funktionsziele im Alltag“ (ebd.). Diese Funktionsziele umfassen z.B., dass durch die Hippotherapie ermöglicht werden kann, dass

- sich die mögliche Gehstrecke der Patientin bzw. des Patienten vergrößert,
- sich Ausdauer, Gleichgewicht und Gangtempo der Patientin bzw. des Patienten verbessern und
- die Patientin bzw. der Patient (wieder) Auto fahren kann, durch eine verbesserte Becken-Bein-Anbindung (ebd.).

Die Verbesserung der Rumpffunktion bedeutet, laut Soehnle & Lamprecht (ebd.), ebenfalls Erleichterung im Alltag. Als Beispiele werden in diesem Kontext

- die verbesserte Arm- und Handfunktion und dadurch die Ermöglichung des selbstständigen Kochens und ein verbessertes Schriftbild,
- die Fähigkeit des Kindes frei zu sitzen und der Patientin bzw. des Patienten auf einem Stuhl zu sitzen sowie
- eine verbesserte Atemfunktion und Sprache.

3.5 Das Therapieteam – Ausbildung, Anforderungen und Aufgaben

Dieser Abschnitt des 3. Kapitels widmet sich der Ausbildung, den Anforderungen und den Aufgaben des Therapieteams. Dies wird deswegen expliziert, damit Rückschlüsse auf mögliche Mängel der Ausbildung, bezogen auf die Beantwortung der Forschungsfragen, gemacht und im Anschluss diskutiert werden können. Eine Frage, die in diesem Zusammenhang im Raum steht, ist die Frage nach der psychologischen Ausbildung der Hippotherapeutinnen bzw. Hippotherapeuten.

Das Therapieteam bei einer Hippotherapie besteht aus mindestens 2 Personen, nämlich der ausführenden Physiotherapeutin bzw. dem ausführenden Physiotherapeuten und einer Pferdeführerin bzw. einem Pferdeführer (Strauß 2000, 63). Bei der Behandlung von schwer beeinträchtigten Menschen kann es darüber hinaus eine große Hilfe sein, wenn eine „Kotherapeutin“ bzw. ein „Kotherapeut“ zur Verfügung steht (ebd.). Diese bzw. dieser kann beispielsweise eine praktizierende Physiotherapeutin bzw. ein praktizierender Physiotherapeut sein oder eine Reitpädagogin bzw. ein Reitpädagoge (ebd.). Voraussetzung für eine Kotherapeutin bzw. einem Kotherapeuten ist es, dass sie bzw. er Erfahrung im Umgang mit Pferden aufweist, sowie die Hilfestellungen für die Patientin bzw. dem Patienten nach Anweisung durchführen kann (ebd.).

3.5.1 Physiotherapeutin bzw. Physiotherapeut

Die Ausbildung in Österreich (und auch Deutschland) zur Hippotherapeutin bzw. zum Hippotherapeuten wird in 2 Teilen zu je 8-10 Tagen von den jeweiligen Kuratorien in Zusammenarbeit mit dem Bundesfachverband für Physiotherapie und der Reiterlichen Vereinigung veranstaltet (Strauß 2000, 118).

Um überhaupt die Ausbildung zur Hippotherapeutin bzw. zum Hippotherapeuten absolvieren zu können, beschreiben sowohl das Österreichische Kuratorium für therapeutisches Reiten, kurz OKTR (OKTR 2016) als auch Strauß (2000, 119) bestimmte Voraussetzungen, die von Nöten sind:

- 1.) Diplom für Physiotherapie
- 2.) Weiterbildung in Neurophysiologischer Therapie nach dem Bobath- Konzept für Kinder (NDT) oder Erwachsene. Falls dieses Zertifikat nicht erbracht werden kann, ist der Nachweis einer zumindest 2-jährigen Tätigkeit in einem Team bei neurologisch erkrankten Patientinnen bzw. Patienten erforderlich
- 3.) Kenntnisse der Funktionellen Bewegungslehre nach Klein- Vogelbach
- 4.) Höhere reiterliche Praxis bzw. Qualifikation entsprechend dem Reiterpass sind erforderlich sowie Grundkenntnisse im Longieren

Die einzelnen Ausbildungsabschnitte werden im Folgenden tabellarisch dargestellt. Diese bezieht sich auf die Angaben des OKTR.

1. Teil
Dauer: 9 Tage

Lerninhalte und Anforderungen

Vermittlung der notwendigen Kenntnisse über das Pferd	1 Reitstunde täglich
Sitzkorrektur	Sportliches Longieren
Therapeutisches Führen	Langzügellarbeit
Ausrüstung des Therapiepferdes	Bewegungsanalyse von Pferd und Reiterin bzw. Reiter
Physiotherapeutische Behandlungsplanung	Indikationen und Kontraindikationen
Assesement	Patientendemonstration
Gruppenarbeit – Selbsterfahrung	Filme

Nach diesem Teil muss ein *Praktikum* bei einer Hippotherapeutin bzw. einem Hippotherapeut absolviert werden.

2. Teil

Dauer: 9 Tage

Lerninhalte und Anforderungen

Anwendung der Hippotherapie (praktisch und durch theoretische Vorlesungen)	Reitunterricht
Verschiedene Arten des Longierens	Auswahl und Ausbildung des Therapiepferdes
Hilfsmittel	Unterschiedliche Therapiedurchführung (Theorie und Praxis)
Medizinische Grundlagen für die Hippotherapie	Das Therapieteam
Versicherungsfragen	Psychologische Grundlagen für therapeutisches Arbeiten

Der 2. Teil endet mit einer Prüfung durch eine Kommission, bestehend aus einer Vertreterin bzw. einem Vertreter des Österreichischen Pferdesportverbandes, des Bundesverbandes der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten Österreichs und der 3 Unterrichtenden.

Die Aufgaben der Hippotherapeutin bzw. des Hippotherapeuten innerhalb der Hippotherapie umfassen, u.a. die Durchführung des Hippotherapeutischen Befunds, welcher den momentanen Gesundheits- und Entwicklungszustand der Patientin bzw. des Patienten eruiert, das Führen eines Verlaufsprotokolls, das Erstellen von Artberichten, die Auswahl des für die Patientin bzw. für den Patienten geeigneten Therapiepferdes und, während der Einheit, die Bewahrung der Sicherheit der Patientin bzw. des Patienten vom Auf- bis zum Absteigen und natürlich der Ausübung therapeutischer Übungen (Soehnle & Lamprecht 2012, 267f).

3.5.2 *Pferdeführerin bzw. Pferdeführer*

Die Pferdeführerin bzw. der Pferdeführer sollte eine Reitlehrer- oder reiterliche Qualifikation aufweisen, denn dann ist das Vorwissen für das korrekte Umgehen mit dem Pferd sowie für das korrekte Ausführen der besonderen Angaben der Hippotherapeutin bzw. des Hippotherapeuten gegeben (Strauß 2000, 120). Darüber hinaus sollte sich die Pferdeführerin bzw. der Pferdeführer auch außerhalb der Therapie intensiv mit dem Pferd beschäftigen, um dessen Eigenheiten, Angewohnheiten, Stärken und Schwächen gut zu kennen und eine innige Bindung mit dem Pferd aufzubauen (ebd.). Neben der Bindung zum Pferd ist es ebenfalls von Nöten, dass die Pferdeführerin bzw. der Pferdeführer die reitende, beeinträchtigte Person voll und ganz annimmt und deren Bemühen wertschätzt und dementsprechend lobt (ebd.). Solch ein Lob durch die Pferdeführerin bzw. den Pferdeführer ist gerade einem Kind sehr viel wert (ebd.).

Da die Hippotherapeutin bzw. der Hippotherapeut während der Therapie ihre bzw. seine ganze Aufmerksamkeit auf die Patientin bzw. den Patienten legen muss, ist es besonders wichtig, dass die Pferdeführerin bzw. der Pferdeführer absolut verlässlich die Pferdführung übernimmt und auch schwierige Situationen erkennt und ausmerzen kann (ebd.).

3.6 Qualifikation des Hippotherapiepferdes

In diesem Abschnitt werden die Anforderungen an das ideale Hippotherapiepferd beschrieben. Da die Verwendung des Pferdes im Wesentlichen das Besondere der Hippotherapie ausmacht und gerade die Beziehung zwischen den Patientinnen bzw. Patienten und den Pferden eine besonders prägende Rolle einnimmt auf die bei der Hippotherapie auch gesetzt wird, erfolgen diese Ausführungen.

Ein Hippotherapiepferd muss verschiedene Qualifikationen aufweisen. So ist es im Sinne einer Hippotherapie essentiell, neben der gleichmäßigen Schrittbewegung und der Richtigkeit der Fußfolge, auch die inneren und äußeren Eigenschaften des Pferdes auszubilden (Hartje 2009, 63f). Ein Hippotherapiepferd, so Hartje (ebd., 64) weiter, muss verlässlich sein

- im Umsetzen von Anweisungen und Wünschen und
- im Aushalten der Anforderungen des therapeutischen Betriebs.

Bei der Wahl des geeigneten Pferdes sollten verschiedene Aspekte beachtet werden. Diese betreffen sowohl die inneren als auch die äußeren Eigenschaften des Pferdes.

3.6.1 Äußere und innere Eigenschaften des Pferdes

Zu den äußeren Eigenschaften des geeigneten Pferdes zählen neben den physischen Aspekten der Größe, der Statur und des Alters des Pferdes auch die bisherige Erziehung und Ausbildung, die Rittigkeit des Pferdes und dessen Tragkraft (vgl. Hartje 2009).

Bei den inneren Eigenschaften des Therapiepferdes sollte man auf folgende Aspekte und Charakterzüge des Pferdes achten:

- *Zuneigung zu einem Menschen*

Diese ist entweder vorhanden oder nicht und gilt in diesem Zusammenhang „als eine unkomplizierte Bereitschaft zur Zusammenarbeit in einem therapeutischen Team“ (ebd., 26). Diese Zusammenarbeit zeigt sich beim Stillstehen, beim Führen, dem Ausführen von Anweisungen zum Halten, beim Gehen, bei Tempowechsel usw., was sowohl auf stimmliche als auch auf körperliche Signale der Anweisenden von statten gehen sollte (ebd.).

- *Aufmerksamkeit*

Unter einem aufmerksamen Pferd versteht man ein waches Pferd, welches in der Lage ist, seine Umgebung angstfrei zu erleben und zu betrachten (ebd.). Dies ist besonders wichtig, da das Pferd als Fluchttier ein „Bewegungsseher“ ist. In einer therapeutischen Behandlung ist das Pferd aufgefordert, ungewöhnliche Bewegungen und Berührungen mit Ruhe hinzunehmen und trotzdem konzentriert zu bleiben (ebd.). Als Aufmerksamkeit kann die innere Eigenschaft des Pferdes bezeichnet werden, die es befähigt „die Hinweise der Menschen, von denen es während der Arbeit umgeben ist, so zu unterscheiden und einzuordnen, dass eine sichere Situation entsteht“ (ebd.).

- *Neugier/ Erkundungsverhalten*

Gesunde Pferde verfügen über eine ausgeprägte Neugier und ein ausgeprägtes Erkundungsverhalten (ebd.). Sofern ein Ereignis oder eine unbekannte und neue Situation als ungefährlich eingestuft wird, kommen sie sehr gerne näher, um die Neuigkeit zu erkunden, indem sie betastet, betrachtet und berochen wird (ebd.). Dieses Verhalten wird auch von einem Hippotherapiepferd verlangt.

- *Kommunikationsbereitschaft*

Die Kommunikationsbereitschaft eines Pferdes zeigt sich durch körperliche und stimmliche Signale wie etwa dem Ohrenspiel, dem Schnauben oder der Zuwendung des Kopfes bei Ansprache (ebd.).

- *Sensibilität*

Gut geschulte Pferde erkennen den Menschen als ranghöheres Wesen, wenn ihnen dies durch die Körpersprache signalisiert wird (ebd.). Beim Kontakt mit physisch oder psychisch beeinträchtigten Menschen dagegen, erkennt es die damit verbundenen Schwächen und verhält sich einer solchen Person gegenüber beispielsweise genauso wie einem schutzbedürftigen Fohlen innerhalb der Herde (ebd.).

Ein Pferd ordnet einen Menschen anhand dessen Signale, die er sendet, in seine soziale Hierarchie ein und ist fähig, entsprechend darauf zu reagieren und mit ihm umzugehen (ebd.).

- *Rücksichtnahme*

Diese wird durch das Zusammenwirken der zuvor beschriebenen Eigenschaften ausgedrückt.

- *Soziales Verhalten*

Die sozialen Verhaltensweisen eines Pferdes sind weitere Anhaltspunkte für die Wahl und auch das Einsatzgebiet eines Therapiepferdes (ebd., 28). Es werden drei Verhaltensweisen unterschieden:

- 1.) Das attraktive Sozialverhalten, welches durch die freundlich wirkenden, anziehenden Verhaltensformen, wie das Aufsuchen eines anderen Pferdes, das Begrüßen untereinander durch Wiehern oder auch das Aufnehmen von Kontakt durch die Berührung der Nasen (Naso- Nasalkontakt) gekennzeichnet ist (ebd.).
- 2.) Das kohäsive Sozialverhalten bezeichnet Verhaltensformen, die den Zusammenhalt im Sozialverband stärken (ebd.). Dazu zählen das Zusammensein innerhalb der Herde, das Einander – Folgen bei der Wanderung, das Hüten der jüngeren Tiere in der Herde aber auch das Spiel der Fohlen sowie die gegenseitige Hautpflege (ebd., 29f).
- 3.) Das repulsive Sozialverhalten dient der „Wahrnehmung der Distanz zwischen den einzelnen Pferden“ und „der Bestimmung der Rangordnung“ (ebd., 30). Dies wird durch

zurückstoßende Reaktionen, wie Schlagen, Angreifen, Vertreiben, Verfolgen, Weggehen, Melden und Kampf gegen Außeneinwirkungen auf den Herdenverband geäußert (ebd.).

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass „je klarer die Eigenschaften bei den einzelnen Tieren sichtbar werden und je neugieriger und kontaktbereiter das Pferd erscheint, desto besser eignet es sich für die therapeutische Anwendung in den drei Therapiebereichen“ (ebd., 29).

3.6.2 Ausbildung und Aufgaben eines Hippontherapiepferdes

In der Hippontherapie wird bei der Spezialausbildung des Pferdes auf dessen Grundausbildung aufgebaut (Hartje 2009, 64). Diese Spezialausbildung soll ein „angenehm gehendes Pferd hervorbringen, das gehorsam, willig, leistungsfähig und geschickt den fachlichen Anforderungen entsprechen kann“ (ebd.). Bei der Ausbildung bringt die Ausbilderin bzw. der Ausbilder dem Pferd bei, „aufmerksam den Worten, Gesten, der Mimik und Körpersprache, sowie den Handlungen (der bzw.; Anm.d.V.) des jeweils Anleitenden zu folgen“ (ebd.). Vom Pferd wird verlangt, dass es dieses Bündel von Hinweisen in „eine schwingende, wohltuende Aktion seiner Beine und Haltungen“ so umsetzt und aushält, „dass die dosierte Bewegung (der Reiterin bzw.; Anm. d. V.) dem Reiter Linderung und Besserung bringt“ (ebd., 65).

Aus diesen allgemeinen Anforderungen an das Hippontherapiepferd lassen sich folgende spezielle Ausbildungsziele ableiten, auf die im Anschluss näher eingegangen wird:

Die Ausbilderin bzw. der Ausbilder muss:

- 1.) die Tragkraft des Pferdes trainieren und erhalten,
- 2.) die Wirkung der vom Pferd übertragenen Schwingungsimpulse verfeinern und
- 3.) das Aushalten von ungewohnten Berührungen mit dem Pferd trainieren (ebd.).

ad 1.) Im Alltag trägt das Pferd üblicherweise sich selbst, in dem es ca. 55% seines Körpergewichts auf die Vorderhand (die Vorderfüße; Anm.d.V.) legt und die restlichen 45% auf die Hinterhand (Hartje 2009, 67). Beim Training bzw. bei der Ausbildung der Tragkraft des Pferdes im Sinne der Hippontherapie, wird ihm beigebracht, das Gewicht mehr auf die Hinterhand zu verlagern, denn dadurch erlangt das Pferd an Tragkraft (ebd.). Dieser Gewinn an Tragkraft erhöht den Wirkungsgrad der Schwingungsimpulse für die therapeutische Nutzung (ebd., 68).

ad 2.) Neben Tempowechseln kann die Wirkung der Schwingungsimpulse auch über Hufschlagfiguren weiter verfeinert werden (ebd.). Dabei werden aus den vielen verschiedenen Figuren die ausgewählt, welche am besten geeignet sind, um der Patientin bzw. dem Patienten zu helfen (ebd.). Bei diesen Übungen und Figuren wird mit dem Langzügel gearbeitet. Wichtig dabei ist das Beibehalten von Takt, Schwung, Rhythmus und Tragkraft (ebd.).

ad 3.) Dies geschieht durch verschiedene Berührungsübungen, wie z.B. Berühren der Beine mit der Gerte.

Neben diesen drei speziellen Ausbildungszielen für das Hippontherapiepferd ist es auch wichtig das Pferd auf die speziellen Anforderungen in der Praxis, welche für dieses etwas Fremdes darstellen, vorzubereiten (ebd., 69). Diese fremden Anforderungen beinhalten z.B. unterschiedliche Gewichtsbelastungen oder Druckgegebenheiten, die die reitende Person aufgrund ihrer persönlichen körperlichen Verfassung auf das Pferd ausübt (ebd.). Ein normal ausgebildetes Pferd erkennt seine Aufgaben bzw. Vorgaben an der Hilfestellung der Reiterin bzw. des Reiters über Gewicht, Schenkel und Zügel und reagiert dementsprechend darauf, indem es nach links oder rechts läuft, stehen bleibt usw. (ebd.). Dieses Verhalten wird während der spezifischen Ausbildung zum Hippontherapiepferd unterdrückt und das Pferd lernt sich unter den schwierigen Bedingungen auszubalancieren (ebd.). Dabei wird es durch das Einsetzen des Langzügels unterstützt. Dieser umrahmt das Pferd neben der Stimme und trägt so dazu bei, dass fehlende oder unkonkrete Mitteilungen durch Gewichts- und Schenkelhilfen ausgeglichen werden (ebd.).

3.7 Hippontherapie bei Kleinkindern

Da der Fokus der Behandlung mit der Hippontherapie bei der Verfasserin der Arbeit auf dem Kindesalter liegt und damit im Allgemeinen auch am besten so früh wie möglich begonnen werden sollte, folgen in diesem Abschnitt Ausführungen bezüglich Hippontherapie mit Kleinkindern.

Die frühe Förderung von Kleinkindern, deren Bewegungsabläufe gestört sind, stellt einen eigenständigen Bereich hippontherapeutischer Arbeit dar (Hartje 2009, 56).

Für die Auswahl geeigneter Kinder gelten laut Strauß (2000, 107f) folgende Voraussetzungen.

- **Die Kinder sollten ein Mindestalter von 4 Jahren haben.**

Die Festsetzung dieses Alters hat biomechanische und psychosoziale Gründe. Zum einen ist vor dem 4. Lebensjahr die Wirbelsäule eines Kindes im Lendenwirbelsäulenbereich noch zu wenig nach vorne gekrümmt (lordosiert, Anm.d.V.), was bewirkt, dass das Kind noch nicht gut aufgerichtet sitzen kann und zum anderen ist zu erwarten, dass ein jüngeres Kind noch vermehrt lieber spielerisch mit dem Pferd umgehen will als sich auf das balancierte Sitzen zu konzentrieren (ebd.).

- **Die Körpergröße sollte in Relation zu Größe und Rückenbreite des Pferdes stehen.**

Ist nur ein Therapiepferd vorhanden, so entspricht eine Widerristhöhe des Pferdes von 1,45- 1,50 Metern den Ansprüchen von Kindern und Jugendlichen (ebd.). Darüber hinaus sollte beachtet werden, dass der Schritt des Pferdes in etwa dem der Patientin bzw. des Patienten angeglichen werden kann (ebd.). Außerdem muss das Verhältnis der Beinlänge des Kindes zur Breite des Pferderückens besonders bei kleinen Kindern beachtet werden (ebd.).

Grundsätzlich gilt: „Kleine Kinder nicht auf zu großen Pferden und große Kinder nicht auf kleinen Ponys behandeln“ (ebd.).

- **Die Aufmerksamkeit des Kindes soll erreicht werden bzw. gegeben sein.**

Bei der Hippotherapie wirken viele motorische und sensorische Reize auf die Patientin bzw. den Patienten ein und daher kann es, besonders bei Kindern, die die Reize nicht ordnen und verarbeiten können, zu einer Überstimulation kommen, aus der Hyperaktivität oder Passivität (Abschalten der Patientin bzw. des Patienten) folgen können (ebd.). Die Wirksamkeit der Hippotherapie kann im Vorhinein nicht abgeschätzt werden, was den Beteiligten bewusst sein muss, um diese und auch andere Behandlungsmöglichkeiten auszuprobieren (ebd.).

- **Der Reitsitz sollte, zumindest mit Hilfe, möglich sein.**

Falls das Kind unsicher beim aufrechten Sitzen und mit gespreizten Beinen ist, ist es von Nöten, dass die Hippotherapeutin bzw. der Hippotherapeut hinter ihm auf dem Pferd sitzt (ebd., 108). Dies gibt dem Kind Sicherheit und den Mut zu versuchen alleine auf dem Pferd sitzen zu wollen. Wenn aber die Bewegung auf dem Pferderücken im

Sitz auch mit Hilfe der Hippotherapeutin bzw. des Hippotherapeuten nach einigen Runden nicht aktiv angenommen werden kann, wird eine neurophysiologische Therapie im Behandlungsraum vorerst notwendig (ebd.).

- **Die Selbständigkeit des Kindes sollte soweit gegeben sein, dass es die Trennungsangst von der Bezugsperson überwinden kann.**

Diese Selbständigkeit kann dadurch verbessert bzw. vergrößert werden, wenn das Kind zunächst bei der Therapie eines anderen Kindes zusieht und/oder die Mutter bzw. eine andere wichtige Bezugsperson zu Beginn der Hippotherapie mithilft (ebd.). Die weitere Therapie sollte aber ohne Mithilfe der Mutter möglich sein.

- **Die Kontrolle des Kindes muss der Hippotherapeutin bzw. dem Hippotherapeuten möglich sein.**

Die Hippotherapeutin bzw. der Hippotherapeut sollte in der Lage sein, insbesondere bei schwer beeinträchtigten Kindern, diese entweder hinter ihnen sitzend oder neben dem Pferd gehend kontrollieren und sichern zu können (ebd.). Ist dies nicht möglich, so ist eine Hippotherapie kontraindiziert (ebd.).

3.7.1 Übungen in der Hippotherapie mit Kindern

Bauchlage und Vierfüßerstand

Bei der Bauchlage liegt das Kind passiv, fast regungslos in Bauchlage auf dem Rücken des Pferdes und wird von der Hippotherapeutin bzw. dem Hippotherapeuten gehalten. Die dreidimensionale Schaukelbewegung wird rhythmisch auf den Körper des Kindes übertragen und fördert somit die Fähigkeit des Kindes sich im Laufe der Therapie im aufrechten Spreizsitz auf das Pferd zu setzen (ebd., 58). Eine weitere Übung, die den Gleichgewichtssinn fördert, ist der Vierfüßerstand auf dem Rücken des Pferdes (ebd.). Dabei wird das Kind durch die Bewegungen des Pferdes aufgefordert die Rumpfbalance zu finden (ebd.). Außerdem wird durch die Vorwärtsbewegung des Pferdes dem Kind ein ähnliches Bewegungsmuster übermittelt, wie beim Krabbeln oder Kriechen (ebd.).

In der Hippotherapie mit Kindern dienen diese beiden Übungen streng genommen nur als Vorbereitung für den Spreizsitz (ebd.).

Aufrichtung durch Spreizsitz

Die Hippotherapeutin bzw. der Hippotherapeut erkennt an der Reaktion des Kindes, ob es bereit ist im Spreizsitz auf dem Pferd zu sitzen (ebd., 61). Es wird versuchen sich aufzurichten, zeigt allmählich mehr Sicherheit auf dem Pferd (ebd.). Dies geschieht bei einer günstigen Entwicklung dadurch, dass es dem Kind möglich ist „aus den übermittelten Bewegungsreizen des Pferdes heraus ‚Gleichgewichts- und Balancierprogramme‘ abzuspeichern und bei Bedarf abzurufen“ (ebd.).

Schritt als Übung zum Abrunden von Bewegungsabläufen

Ist das Gangbild des Kindes gestört, so setzt die Hippotherapeutin bzw. der Hippotherapeut das Pferd so ein, dass durch das aufrechte Sitzen des Kindes auf dem Pferd in der Schrittbewegung das Schwingungsmuster und damit verbunden „ein nervliches Impulsbild des Gehens über den Pferderücken an das Kind übermittelt wird“.

3.8 Finanzielle Aspekte (Kostenübernahme in Österreich)

In Österreich ist die Hippotherapie als neurophysiologische Behandlung anerkannt und wird als solche, nach ärztlicher Verordnung, von den Krankenkassen übernommen (Taufkirchen 2001, 92). Dies geschieht aber nur dann, wenn die Physiotherapeutin bzw. der Physiotherapeut die Ausbildung in Hippotherapie nachweisen kann (ebd.). Bei privat arbeitenden Physiotherapeutinnen bzw. Physiotherapeuten müssen meist zusätzliche Kosten als Selbstbehalt aufgebracht werden (ebd., 93). Diese Kosten bedingen sich durch die hohen Kosten für die Einstellung und Haltung des Pferdes sowie der Arbeit der Pferdeführerin bzw. des Pferdeführers (ebd.).

Eben diese zusätzlichen Kosten schrecken Menschen, die entweder selbst eine Beeinträchtigung oder ein beeinträchtigtes Kind haben, davor ab, Hippotherapie in Anspruch zu nehmen.

Die vorliegende Masterarbeit erhebt nun den Anspruch aufzuzeigen, wie breit gefächert der Wirkungsbereich der Hippotherapie ist. Es soll gezeigt werden, dass es hierbei nicht nur um die Verbesserung von physischen Beeinträchtigungen und Symptomen geht, sondern, dass Hippotherapie auch positiven Einfluss auf die Psyche, Persönlichkeitsentwicklung und die Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen hat.

Vielleicht dient die vorliegende Arbeit folgend auch als Vorlage, um die vollkommene Kostenübernahme dieser Therapieform voranzutreiben.

4. Forschungsmethodisches Vorgehen

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit dem forschungsmethodischen Vorgehen innerhalb der vorliegenden Arbeit. Dieses gliedert sich, wie bereits in der Einleitung beschrieben, in zwei Schritte: 1. Dem Verfassen und der Analyse des autobiographischen Berichts mit Hilfe der psychoanalytischen Textinterpretation sowie nach inhaltsanalytischen Kriterien. 2. Dem Durchführen und Analysieren der Interviews, ebenfalls nach inhaltsanalytischen Kriterien. Der autobiographische Bericht wurde in Hinblick auf die Untersuchung der Forschungsfrage verfasst: „In welcher Hinsicht berichten Menschen, die von Spina Bifida betroffen sind, von Hippotherapie als eine Unterstützung im Prozess der Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen, die mit ihrer physischen Beeinträchtigung in Verbindung stehen?“

In diesem Kapitel wird in einem ersten Schritt die Methode des autobiographischen Schreibens näher erläutert sowie das Konzept der Selbstdistanzierung beschrieben.

Danach folgt in einem zweiten Schritt die Beschreibung der Methode der psychoanalytischen Textinterpretation sowie die Darstellung, Erläuterung und Klärung der Sinnhaftigkeit der im Zuge der Analyse durchgeführten Schritte.

4.1 Das Autobiographische Schreiben - Begriffsbestimmung und Charakteristika

Das Autobiographische Schreiben lässt sich nach Schütz (1993, 49ff; zit.nach Heinze 2009, 35) sowohl als „explizites Handeln in der Schreibgegenwart als auch als Interpretation von Handlungen verstehen“. Im Entstehungsprozess einer Autobiographie *handelt* die Verfasserin bzw. der Verfasser. Zum einen ist sie bzw. er auf einen zukünftigen Zustand, nämlich „der Selbstdarstellung (ihres bzw., Anm.d.V.) seines Lebens vor einem potentiellen Leserkreis“ orientiert. Zum anderen werden in der „*Retrospektion* Handlungen in der lebensgeschichtlichen Vergangenheit narrativ konstruiert und interpretiert“ (Schütz 2003a, 189; zit.nach Heinze 2009, 35).

Für Theodor Schulze (1993, 126f) stellen Autobiographien bzw. autobiographische Schriften „alle zusammenhängenden schriftlichen Äußerungen, in denen sich Personen aus eigenem Antrieb mit ihrer Lebens- und Lerngeschichte oder mit Ausschnitten davon beschäftigen“, dar.

Aus literaturwissenschaftlicher Perspektive kann, Lehmann (1988, 36) folgend, die Autobiographie „als eine Textart“ definiert werden „durch die (ihre Autorin bzw., Anm.d.V.) ihr Autor in der Vergangenheit erfahrene innere und äußere Erlebnisse sowie selbst vollzogene Handlungen in einer das Ganze zusammenfassenden Schreibsituation sprachlich narrativen Form so artikuliert, daß er sich handelnd in ein bestimmtes Verhältnis zur Umwelt setzt“.

Günther Bittner (2006, 57) schreibt in diesem Zusammenhang, dass es ein qualitativer Unterschied ist, ob eine bzw. einer über eine bzw. einen fiktiven Dritten schreibt, oder ob sich das erzählende Ich zur „Wahrheit und Authentizität (ihrer bzw., Anm.d.V.) seiner eigenen Geschichte bekennt“. Das Ich, so Bittner (ebd.) weiter, welches man spürt, steht lediglich als Auskunftswahl bei Ich-Erzählungen zur Verfügung und nicht bei der Erzählung über eine Dritte bzw. einen Dritten. Wird von dem jetzigen Ich aus über frühere Iche geschrieben, so wird zwischen der Außen- und der Innenperspektive gewechselt (ebd. 57f). Das bedeutet, es wird aus der Außenperspektive erzählt wie über eine bzw. einen Dritten, aber zugleich auch aus der „Innenperspektive des Sich-selber-Spürens“ oder auch mit dem Sich-selbst-Erinnern (ebd.).

Abgegrenzt von den Autobiographien sehen die Autorinnen und Autoren (Schulze 1993, 127; Lehmann 1988, 35) literarische Gattungen wie das Tagebuch, den Brief, Reisebeschreibungen oder auch Memoiren. Diese Textsorten beinhalten, so Schulze (ebd.), „Momente der eigenen Lebens- und Lerngeschichte“, befinden sich aber „in einem anderen Aggregatzustand und haben andere Entstehungsbedingungen oder Ausdrucksformen“.

Die meisten Autobiographien, so Lehmann (1988, 40), werden in der Ich-Form verfasst. Ein Wechsel in die Er-Form kann an Stellen geschehen, an denen die Autorin bzw. der Autor „sich nicht als (Urheberin bzw., Anm.d.V.) Urheber bestimmter Handlungen vorstellen kann, oder wenn er sich bewußt (sic!) von ihnen distanzieren will (ebd.). Wechselt die Autorin bzw. der Autor, umgekehrt, von der Er- in die Ich-Form, so kann dies heißen, dass während des Schreibens ein Prozess der Selbstreflexion ausgelöst wurde, „der das zu Beginn des Schreibens vertretene Verständnis der eigenen Person und ihrer Beziehungen zur Umwelt mehr oder minder nachhaltig in Frage gestellt hat“ (ebd.).

4.1.1 Das Konzept der Selbstdistanzierung

Da innerhalb dieser Arbeit zwei unterschiedliche Rollen von der Verfasserin der Arbeit eingenommen werden mussten, nämlich sowohl die der Verfasserin des autobiographischen Berichtes als auch der Verfasserin der Arbeit und somit der Interpretin des Berichtes, war ein hohes Maß an Selbstdistanzierung von Nöten. Diese und deren Bedeutung soll in diesem Abschnitt genauer expliziert werden.

Das Konzept der Selbstdistanzierung wurde unter anderem von Viktor Frankl aufgegriffen und beschreibt die Fähigkeit des Menschen, von sich selbst abzusehen und Abstand einzunehmen, „so dass er sich und seine Situation von Außen betrachten kann“ (Purjo 2012, 99). Damit meint

Frankl „eine Stellungnahme auf psychische und somatische Phänomene durch das Steigen über sie in die geistige Dimension hinaus“ (ebd.).

4.2 Die Methode der psychoanalytischen Textinterpretation

Bei der Analyse des Berichts wurde, wie bereits erwähnt, auf die Methode der psychoanalytischen Textinterpretation Bezug genommen. Diese wurde von Alfred Lorenzer, Thomas Leithäuser und Mitarbeiter entwickelt und soll den von der Textproduzentin bzw. vom Textproduzenten verdrängten Sinn erschließen (Mayring 2002, 126). „Das zu analysierende Material“, so Lorenzer, Leithäuser und Mitarbeiter (ebd., 127), „sei nicht voll verständlich, wenn nicht auch diese unbewussten Inhalte berücksichtigt würden“.

Das Vorgehen der psychoanalytischen Textinterpretation lässt sich in fünf wesentliche Schritte unterteilen (ebd., 127): Zunächst wird der „manifeste Inhalt des Materials, des Textes als sinnvolle Struktur erfasst“. Darüber hinaus wird nach „Inkonsistenzen“, „Regelverletzungen“ und auch grammatikalischen Fehlern gesucht, welche Indikatoren für Verdrängungen sein können (ebd.). Dieser 1. Schritt wird von den Lorenzer, Leithäuser und Mitarbeitern als „Logisches Verstehen“ bezeichnet.

Im 2. Schritt, dem „Psychologischen Verstehen“, wird, wie der Terminus bereits impliziert, „ein psychologisches Verstehen des Textes angestrebt“ und dabei auf Gestik und affektive Gehalte bei der Textproduzentin bzw. beim Textproduzenten geblickt, also auf das „konkrete situative Erleben“ (Mayring 2002, 127). Wiederum sind hier Widersprüche, vor allem zwischen Aussagen und der Gestik, von Interesse. Bei diesem Schritt konzentriert sich die Interpretin bzw. der Interpret des Textes „auf den Widerspruch zwischen dem manifesten und dem latenten intentionalen Gehalt des Textes und den davon abweichenden unbewußten (sic!), Absichten“ der Textproduzentin bzw. des Textproduzenten (Leithäuser & Volmerg 1979, 171).

Den 3. Schritt bezeichnen Lorenzer, Leithäuser und Mitarbeiter als „Szenisches Verstehen“ (Mayring 2002, 128). Diesem sind das logische und das psychologische Verstehen untergeordnet (Leithäuser & Volmerg 1979, 172). Das bedeutet, dass der Analytiker die Materialien der beiden anderen Verstehensarten, also dem logischen und dem psychologischen Verstehen, erst im Verständnis der Szene deutet (Lorenzer, 1972, 111; zit. nach Leithäuser & Volmerg 1979, 172). Beim Szenischen Verstehen werden die „sprachlichen Äußerungen (...) in ihren umfassenden Interaktionszusammenhang gestellt“ und es wird gefragt, „welche lebenssprachliche Bedeutung die Interaktionen haben“ (ebd.). Es werden verschiedene Szenen verglichen, um Muster zu finden (ebd.). Die Interpretin bzw. der Interpret achtet hier auf Widersprüche in und

zwischen den Szenen und muss versuchen, die widersprüchlichen Bedeutungen herauszuarbeiten (Leithäuser & Volmerg 1979, 175f). Abgewehrte Inhalte, so Leithäuser & Volmerg (ebd., 176) weiter, äußern sich meist durch in den Text eingeschobene Wörter wie „eigentlich“, „aber“, „nicht“, „jetzt“, „nur allgemein“, „ja auch“, „obwohl“ usw.

Doch was bedeutet dies?

Der zu analysierende Text, so Leithäuser & Volmerg (1979, 173), repräsentiert „dramatische Entwürfe, Szenen, Lebensformen“, es werden demnach „Lebenssituationen, Erlebnisse und Erfahrungen berichtet“. Die Sprachfiguren des Textes, das bedeutet rhetorische oder stilistische Mittel bzw. die Sprachspiele im Text, werden als „Interaktionsfiguren“ verstanden (ebd.). Die Mitteilungen des Textes haben genau so, wie die Mitteilungen einer Patientin bzw. eines Patienten, szenischen Charakter (ebd.).

Das szenische Verstehen so Leithäuser & Volmerg (1979, 173) „beruht auf der Fähigkeit der Interaktionspartner, Sprachspiele zu entwerfen“. Verstehen wiederum, kann „nur dann zustande kommen, wenn der Kontext, in dem ein Wort gebraucht wird“, also sein Verwendungszusammenhang, „mitgeteilt wird“ (ebd.). Sprechen und Verstehen sind daher per se szenisch, das heißt situationsbezogen, so Leithäuser & Volmerg (1979, ebd.). Es wird in Situationen über Situationen gesprochen und diese Situationsbeschreibungen, so Leithäuser & Volmerg (ebd., 174) weiter, „sind Beschreibungen von Sprachspielen als Teile von Lebensformen“. Das szenische Verstehen der psychoanalytischen Textinterpretation „nimmt diese Situationsbeschreibungen auf, um sie als Ausdruck eines Musters (einer spezifischen Gestalt) zu interpretieren, das mit anderen Mustern verglichen werden kann“ (ebd.). Diese Situationsbeschreibungen sind als Ausdruck regelgeleiteten Handelns und als Ausdruck der Interaktionsfiguren des Textes zu verstehen (ebd.). Indem die Interpretin bzw. der Interpret diese Situationsbeschreibungen auf ein zugrunde liegendes Muster bezieht, „kann (sie bzw., Anm.d.V.) er strukturelle Ähnlichkeiten zwischen den Sprachspielentwürfen feststellen – allerdings nur, wenn (sie bzw., Anm.d.V.) er sich (als praktische Mitspielerin bzw., Anm.d.V) als praktischer Mitspieler an diesen Sprachspielen beteiligt (...)“ (ebd.). Das bedeutet, die Interpretin bzw. der Interpret legt Rechenschaft am Text darüber ab, wie die Wörter in welchen Situationen verwendet werden (ebd.).

Doch diese „horizontale Rekonstruktion“ der Sprachfiguren reicht nicht aus, um den Sinn des Textes zu entschlüsseln, da diese die „interne Logik der Textentstehung nicht durchsichtig machen“ kann, so Leithäuser & Volmerg (ebd.). Die Aufgabe des szenischen Verstehens ist es daher, einerseits die „dramatischen Entwürfe des Textes“ zu rekonstruieren und sie, andererseits, miteinander zu vergleichen. (ebd., 175). Dabei wird auf Widersprüche in und zwischen

den Szenen geachtet, um „diese zum Ansatzpunkt einer vertikalen Rekonstruktion des verdrängten Textsinns zu machen“ (ebd.). Widersprüche innerhalb einer Szene verweisen auf deren Doppeldeutigkeit, welche die Interpretin bzw. der Interpret im szenischen Verstehen herausarbeiten muss (ebd.).

Das szenische Verstehen geht in das „Tiefenhermeneutische Verstehen“ über, welches den 4. Schritt der psychoanalytischen Textinterpretation kennzeichnet (Mayring 2002, 128). Hierbei wird nicht nur versucht, den Sinn der einzelnen Szenen zu entfalten, sondern es wird nach dem Sinn der einzelnen Szene innerhalb des Kontexts, also innerhalb des dramatischen Entwurfs, gefragt (Leithäuser & Volmerg, 1979, 176). Ziel dabei ist es „Verdrängungen auf die Spur zu kommen“ (Mayring 2002, 128). Es wird danach gesucht, wo sich „Sprach- und Interaktionsfiguren (...) als Abwehrfiguren zu erkennen geben“.

Dies mündet dann in den 5. Schritt, nämlich in die tiefenhermeneutische Rekonstruktion. Genauer gesagt bedeutet dies „die Rekonstruktion des Sinnes der Verdrängung“ (ebd.). Es wird dabei nach der Sache bzw. dem Inhalt und dem Grund der Verdrängung gefragt (ebd.).

4.3 Darstellung und Erläuterung der Analyseschritte des autobiographischen Berichts

Vor der Darstellung der Analyseschritte bedarf es in diesem Zusammenhang folgender Erläuterungen: Zum einen soll an dieser Stelle verdeutlicht werden, dass folgende Analyseschritte auf jenen von Leithäuser & Volmerg beschriebenen Schritten bei der psychoanalytischen Textinterpretation basieren, welche in Kapitel 4.2 dargestellt wurden. Diese Analyseschritte wurden von der Verfasserin der Arbeit abgewandelt und auf ihre Thematik umgelegt.

Zum anderen muss in diesem Zusammenhang angemerkt werden, dass bei der Analyse des Autobiographischen Berichts zwei unterschiedliche Sichtweisen der Verfasserin der Arbeit bezüglich des Geschriebenen von Nöten waren. Zum einen war sie distanzierte Betrachterin und interpretierende Person und zum anderen musste sie die Rolle der Verfasserin des autobiographischen Berichts mit einer subjektiven, persönlichen Sichtweise einnehmen. Dieses Vorgehen bedurfte demnach eines hohen Maßes an Selbstdistanzierung (vgl. 4.1.1).

1. SCHRITT: *Verfassen des Autobiographischen Berichts, Korrekturen durch die Gegenlesegruppe sowie des Betreuers*

In einem der ersten Gespräche mit dem Betreuer der Arbeit entstand die Frage, inwieweit die Thematik der vorliegenden Masterarbeit in den Studienschwerpunkt „Bildung, Beratung und

Entwicklung über die Lebensalter“ passe. Um diese Frage zu beantworten, schlug der Betreuer einen autobiographischen Zugang vor und beauftragte die Verfasserin der Arbeit einen autobiographischen Bericht über ihr Leben mit Spina Bifida mit Fokus auf ihre negativen Erfahrungen und über ihre Erinnerungen an die Hippotherapie zu schreiben. Sie sollte alles aufschreiben, was ihr in den Sinn kam. Der Prozess des Verfassens dauerte etwa 3 Monate und war mit einem hohen Maß an Selbstreflexion und Zurückerinnern verbunden, was teilweise sehr tief sitzende, teils negative, teils aber auch positive Emotionen weckte.

Der autobiographische Bericht wurde einerseits wie ein von einer zweiten Person verfasstes empirisches Material betrachtet. Andererseits wurden auch persönliche Gedanken, Gefühle und Emotionen eingebunden. Nachdem der Bericht verfasst wurde, wurde er von zwei weiteren Studentinnen, der Gegenlesegruppe, Korrektur gelesen und stilistische und grammatikalische Verbesserungen durchgeführt. Diese Gegenlesegruppen wurden vom Betreuer der Arbeit aus all seinen betreuten Studentinnen und Studenten ins Leben gerufen. Inhaltlich wurde die erste Fassung des Berichts beibehalten.

2. SCHRITT: *Analyse des manifesten Inhalts des autobiographischen Berichts*

Dieser Schritt befasste sich mit der Analyse des manifesten Inhalts des autobiographischen Berichts mit Hilfe der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. 4.4.1). Das bedeutet, dieser wurde hinsichtlich der expliziten Aussagen bezüglich der zentralen Forschungsfrage untersucht. Diese Aussagen wurden zuvor aufgestellten Kategorien zugeordnet und danach interpretiert (vgl. 4.4. und 5.1).

3. SCHRITT: *Aufdecken von 4 Irritationen und Beschreiben des Entstehungsprozesses der Irritationen*

(= LOGISCHES VERSTEHEN)

Als nächster Schritt wurde ein Vier-Augen-Gespräch mit dem Betreuer angesetzt. Während dieses Gesprächs wurden zum einen ebenfalls stilistische Anmerkungen und grammatikalische Verbesserungen des Berichts durchgeführt und zum anderen wurde der Bericht inhaltlich Stück für Stück analysiert und mit der Verfasserin der Arbeit besprochen. Hierbei ergaben sich verschiedene Irritationen oder, Lorenzer, Leithäuser und Volmerg (vgl. 4.2) folgend, sogenannte Regelverletzungen, die beim Betreuer beim Lesen des Berichts die Frage „Warum?“, also Irritation, aufkommen ließen.

Dies betraf insbesondere vier Aspekte:

1. Das Nicht-Aufgreifen des Aspekts der *Auseinandersetzung* mit den im Bericht geschilderten negativen Erfahrungen. Die Verfasserin beschreibt zwar, wie sie damit umgegangen ist, aber nicht, wie sie sich damit auseinandergesetzt hat.
2. Das Erwähnen des Nicht-Aufkommens von *Selbstmitleid* am Ende des Berichts, obwohl im gesamten Bericht davon nie die Rede ist. Die Verfasserin betont am Ende des Berichts, dass sie nie ein Mensch gewesen sei, der vor Selbstmitleid „zergangen“ wäre. Das Thema Selbstmitleid wird jedoch im gesamten Bericht niemals aufgegriffen.
3. Die Verwendung der *Anführungszeichen* vor und nach dem Begriff *normal* bzw. *Normalität*. Die Verfasserin setzt durchgehend Begriffe wie normal unter Anführungszeichen und es entsteht die Frage: „Warum macht sie das?“
4. Der Wechsel von der Ich-Form in die *Man-Form* an einer Stelle im Bericht, an der über Beziehungsängste, Sexualität/Intimität und Angst vor Zurückweisung geschrieben wurde. Dieser Wechsel passiert sehr überraschend, dass die Verfasserin zuvor bereits über sehr intime Erfahrungen und Emotionen geschrieben hat.

Dieser Schritt kann, wie bereits in Kapitel 4.2 beschrieben, auf die Schritte der psychoanalytischen Textinterpretation bezogen, als Logisches Verstehen bezeichnet werden. Dies dient dem Erfassen des manifesten Inhalts des Textes (Mayring 2002, 126). Darüber hinaus gelten Regelverletzungen oder auch Irritationen in der Tiefenhermeneutik als Zeichen für einen problematischen Sinngehalt (Leithäuser & Volmerg 1979, 166). Dies bedeutet, dass an den Stellen die aufgedeckten Irritationen bei der Verfasserin unbewusst Abwehr hervorgerufen haben und sie sich somit schwer auf die Auseinandersetzung auf bestimmte Inhalte einlassen konnte.

4. SCHRITT: *Explikation und Klärung der Bedeutung der 4 Irritationen*
(= PSYCHOLOGISCHES VERSTEHEN)

Im nächsten Schritt der Analyse erfolgte die Auseinandersetzung mit den einzelnen Irritationen (vgl. 5.2.1).

Diese wurden zunächst separat erläutert und die vermutete Bedeutung der einzelnen Irritationen beschrieben. Darüber hinaus wurden die Irritationen von Seiten der Verfasserin der Arbeit sowohl aus Sicht der distanzierten Interpretin als auch aus persönlicher, subjektiver Sicht in der Rolle der Verfasserin des Berichts interpretiert.

5. SCHRITT: *Beschreibung aufgetretener Widerstände und Abwehrprozesse seitens der Verfasserin des Berichts im Zuge der Analyse*

(= TIEFENHERMENEUTISCHES VERSTEHEN)

Der fünfte Schritt der Analyse ist eng mit dem sechsten Schritt, also dem Szenischen Verstehen, verbunden. Hierbei beschrieb die Verfasserin der Arbeit in der Rolle der Verfasserin des Berichts wahrgenommene Widersprüche und Abwehrgefühle im Zuge der Beschäftigung mit den im autobiographischen Bericht aufgekommenen Themen und überprüfte deren Evidenz anhand ihrer Erinnerungen (vgl. 5.2.3). In den Worten von Leithäuser & Volmerg (1979, 176) bedeutet dies, dass danach gesucht wurde, wo sich „Sprach- und Interaktionsfiguren [...] als Abwehrfiguren zu erkennen geben“.

6. SCHRITT: *Aufdecken einer möglichen Verbindung der Irritationen*

(= SZENISCHES VERSTEHEN)

Im nächsten Schritt, welcher als Szenisches Verstehen bezeichnet wird, befasste sich die Verfasserin der Arbeit mit dem Aufdecken einer möglichen Verbindung zwischen den vier Irritationen (vgl. 5.2.4). Die sprachlichen Äußerungen und Interpretationen hinsichtlich der vier Irritationen wurden „(...) in ihrem Interaktionszusammenhang gestellt“ und es wurde nach der lebenssprachlichen Bedeutung der Interaktionen gefragt (Mayring 2002, 128). Dies bedeutet nun, dass versucht wurde, die vier Irritationen als ein zusammenhängendes Geflecht zu sehen und über diesen Zusammenhang Interpretationen angestellt wurden. Zu diesen Interpretationen kamen wiederum persönliche Gedanken von Seiten der Verfasserin des Berichts dazu.

Der Zweck des Szenischen Verstehens liegt darin, „Widersprüche in und zwischen den Szenen“ aufzudecken und deren Bedeutungen auszuarbeiten (Leithäuser & Volmerg 1979, 175f).

7. SCHRITT: *Beschreibung des Aspekts der Hippotherapie als eine Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen in Hinblick auf die 4 Irritationen*

(= TIEFENHERMENEUTISCHE REKONSTRUKTION)

Der siebente Schritt der Analyse widmete sich der Frage „Wie hat die Hippotherapie der Verfasserin hinsichtlich der vier aufgedeckten Irritationen geholfen?“. Es ging demnach darum, herauszuarbeiten, inwiefern die Hippotherapie auf die Verfasserin (ein-)wirkte und welche Bedeutung dies auf die weitere Entwicklung der Verfasserin des Berichts hatte (vgl. 5.2.5). Diese Erkenntnisse wurden in Relation zu den vier aufgedeckten Irritationen gesetzt und Annahmen darüber aufgestellt, in welcher Hinsicht sich diese Einwirkung und die Veränderungen auf die Irritationen auswirkten – sei es positiv oder auch negativ.

8. SCHRITT: *Darstellung und Diskussion der Ergebnisse*

Letzter Schritt bei beiden Analysen des autobiographischen Berichts stellte die Darstellung und Diskussion der Ergebnisse der Analyse dar. Dies geschah einerseits durch die Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse der einzelnen Kategorien (vgl. 5.1.6) und andererseits durch die Zusammenfassung der Interpretationen der vier Irritationen und durch die Verbindung der Bedeutung dieser Irritationen mit dem Aspekt der Hippotherapie als Unterstützung im Prozess der Auseinandersetzung (vgl. 5.2.6).

4.4 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Wie bereits mehrfach erwähnt, wurden sowohl die Interviews als auch der autobiographische Bericht inhaltsanalytisch analysiert. Deswegen soll in diesen Zusammenhang kurz auf die Auswertungsmethode, nämlich die qualitative Inhaltsanalyse nach Phillip Mayring eingegangen werden. Es werden die einzelnen Schritte, welche benötigt werden, allgemein erklärt. Dem 6. Kapitel dieser vorliegenden Arbeit kann die Analyse der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Interviews entnommen werden.

4.4.1 Darstellung der Methode

Die Inhaltsanalyse, so Mayring (2002, 114), ist eine primär kommunikationswissenschaftliche Technik, die zur Analyse von Massenmedien genutzt wurde. Diese sollten mit der Inhaltsanalyse systematisch ausgewertet werden, „um etwas über ihren gesellschaftlichen Einfluss zu erfahren“ (ebd.). Die Stärke der Inhaltsanalyse, so Mayring (ebd.) weiter, liegt darin, dass sie streng methodisch kontrolliert das Material schrittweise analysiert. Dabei „zerlegt“ sie „ihr Material in Einheiten, die sich nacheinander bearbeitet“ (ebd.). Der Fokus bei der Analyse ist auf ein theoriegeleitetes am Material entwickeltes Kategoriensystem gerichtet, durch welches „diejenigen Aspekte festgelegt“ werden, „die aus dem Material herausgefiltert werden sollen“.

Es bestehen drei Grundformen der qualitativen Inhaltsanalyse, nämlich die inhaltsanalytische Zusammenfassung, die inhaltsanalytische Explikation sowie die inhaltsanalytische Strukturierung (ebd. 115). Für die Auswertung der im Rahmen der vorliegenden Interviews wurde die inhaltsanalytische Strukturierung gewählt, deren Ziel es ist, „bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern“ und „unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material auf Grund bestimmter Kategorien einzuschätzen“ (ebd. 115).

Das Vorgehen bei der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse sieht demnach folgendermaßen aus:

- 1.) „Bestimmung der Strukturierungsdimensionen und Ausprägungen und Zusammenstellung des Kategoriensystems,
- 2.) Formulierung von Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln zu den einzelnen Kategorien,
- 3.) Materialdurchlauf: Fundstellenbezeichnung,
- 4.) Materialdurchlauf: Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen,
- 5.) Ergebnisaufbereitung“ (ebd. 120).

Als sechsten Schritt nennt Mayring (ebd.) die Überarbeitung und die gegebenenfalls notwendige Revision des Kategoriensystems und der Kategoriendefinitionen. Die einzelnen Schritte werden in Kapitel 5.2 näher erläutert.

5. Analyse des Autobiographischen Berichts

Inhalt dieses Kapitels ist die Analyse des autobiographischen Berichts, der auf Basis der Forschungsfrage, welche lautet „In welcher Hinsicht berichten Menschen, welche von Spina Bifida betroffen sind, von Hippotherapie als eine Unterstützung im Prozess der Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen, welche mit ihrer physischen Beeinträchtigung in Verbindung stehen?“ von der Verfasserin erstellt wurde.

Das Kapitel 5.1 beschäftigt sich mit der Analyse mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse, Kapitel 5.2 mit der Analyse mit Hilfe der psychoanalytischen Textinterpretation.

5.1 Analyse mithilfe der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse

Wie bereits in Kapitel 4 beschrieben, wurde der autobiographische Bericht zunächst mit Hilfe der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Hierzu wurden die in Kapitel 4.4.1 dargestellten Schritte befolgt, um die manifesten Aussagen des Berichts bezüglich des Aspekts „Hippotherapie als Unterstützung im Prozess der Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen“ herauszufiltern.

Diese Analyseschritte sollen nun eingehend dargestellt und angewandt werden.

5.1.1 Bestimmung der Strukturierungsdimensionen, Ausprägungen und Zusammenstellung des Kategoriensystems

Bei der Zusammenstellung des Kategoriensystems wurden das deduktive und das induktive Verfahren der Kategorienbildung kombiniert. Da aus den bisherigen Kapiteln der vorliegenden Arbeit keine Kategorien abgeleitet werden konnten, wurden die Oberkategorien aus der Forschungsfrage „In welcher Hinsicht berichten Menschen, die von Spina Bifida betroffen sind, von Hippotherapie als eine Unterstützung im Prozess der Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen, die mit ihrer physischen Beeinträchtigung in Verbindung stehen?“ abgeleitet sowie die Subkategorien induktiv entwickelt.

Somit lauten die Oberkategorien für die inhaltsanalytische Auswertung des autobiographischen Berichts wie folgt:

A1 Aussagen über Erfahrungen, die mit der physischen Beeinträchtigung in Verbindung stehen, in Situationen außerhalb der Hippotherapie

A2 Aussagen über Erfahrungen, die mit der physischen Beeinträchtigung in Verbindung stehen, in Situationen der Hippotherapie

B Aussagen über die Auseinandersetzung mit Erfahrungen angeregt durch die Hippotherapie

C Aussagen über die Folgen der Hippotherapie

D Aussagen über Zusammenhänge zwischen A1, A2, B und/ oder C

Bei den Ausprägungsgraden wurden die Bezeichnungen *positiv, negativ* sowie *nicht zuordenbar* gewählt.

Bei der induktiven Kategorienbildung, werden die Kategorien „direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess“ abgeleitet (Mayring 2008, 75). Dieser Verallgemeinerungsprozess sieht folgendermaßen aus: Zunächst werden alle Textstellen, die Aussagen bezüglich des Selektionskriteriums beinhalten „in eine knappe, nur auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Form umgeschrieben (Paraphrasierung)“ (ebd., 61). Diese Paraphrasen sollten „auf einer einheitlichen Sprachebene formuliert“ und „in einer grammatikalischen Kurzform“ geschrieben werden (ebd.). Danach werden diese Paraphrasierungen verallgemeinert und auf ein wissenschaftliches Sprachniveau gebracht (Generalisierung) (ebd.). Anhand der Generalisierungen werden nun Kategorien gebildet, welche als Begriff oder Kurzsatz formuliert werden (ebd. 76). Die bereits paraphrasierten und generalisierten Textstellen werden einzeln durchgearbeitet und entweder zu einer bereits bestehenden Kategorie hinzugefügt oder es wird eine neue Kategorie gebildet (Subsumption) (ebd.). Inhaltsgleiche und unwichtige Paraphrasen werden gestrichen sowie sich aufeinander beziehende und über das Material verstreute Paraphrasen werden zusammengefasst (Reduktion) (ebd.). Wenn ein großer Teil des Materials durchgearbeitet wurde und nur wenig oder keine neuen Kategorien gebildet werden müssen, muss eine Revision des Kategoriensystems vorgenommen werden (ebd.). Dies bedeutet, es muss „überprüft werden, ob die Kategorien dem Ziel der Analyse nahekommen, ob das Selektionskriterium und das Abstraktionsniveau vernünftig gewählt worden sind“ (ebd.).

Zur besseren Übersicht wird die Zusammenstellung des Kategoriensystems in folgendem Kodierleitfaden dargestellt. Es muss in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass nicht zu allen deduktiv aus der Forschungsfrage abgeleiteten Kategorien Unterkategorien erstellt wurden. Dies betrifft lediglich Oberkategorie *C Aussagen über die Folgen der Hippotherapie*.

Kodierleitfaden für die induktive Kategorienbildung von Unterkategorie UC

TEXTSTELLEN	PARAPHRASE	GERNERALISIERUNG	REDUKTION/SUBSUMPTION
Z350-351 „Heute kann ich mit Sicherheit sagen, dass alleine der intensive Kontakt mit Pferden über eine große Zeitspanne eine enorme Persönlichkeitsentwicklung bewirkte.“	Überzeugung, dass intensiver Kontakt mit Pferden über eine große Zeitspanne eine enorme Persönlichkeitsentwicklung bewirkte.	Persönlichkeitsentwicklung durch Bindung, Beziehung und Kontakt zum Pferd	Oberkategorie C: Aussagen über die Folgen der Hippotherapie Unterkategorie UC ₁ : Aussagen über die Wirkung und Bedeutung der Pferde und/oder der Interaktionen mit den Therapeutinnen und Therapeuten -positiv
Z351-354 „Ich bin mir sicher, dass dadurch mein Selbstbewusstsein enorm gestiegen ist, denn ich wurde nicht nur von meinen Freunden und Schulkollegen dafür bewundert, dass ich mich auf so ein großes Tier traute, auch mein Umfeld reagierte	Selbstbewusstsein steigerte sich durch Respekt seitens Freundinnen und Freunden und Schulkolleginnen und -kollegen sowie des weiteren Umfelds	Selbstbewusstseinssteigerung durch Hippotherapie	OK C -positiv

durchwegs mit Respekt für das, was ich tat.“			
Z362-364 „Neben der Ausstrahlung und Wirkung des Pferdes trugen auch die bedingungslose Achtung vor meiner Person und die Wahrnehmung von mir seitens meiner Therapeutin bzw. meines Therapeuten enorm zu der positiven Entwicklung bei.“	Neben der Ausstrahlung des Pferdes unterstützte auch der achtungsvolle Umgang der Therapeutin bzw. des Therapeuten die positive Entwicklung.	Unterstützung der positiven Entwicklung durch Haltung der Therapeutinnen und Therapeuten und durch Ausstrahlung und Wirkung des Pferdes	OK: C Unterkategorie UC ₁ - positiv
Z375-376 „Ein weiterer wichtiger Aspekt, bei dem mir die Hippotherapie geholfen hat, denke ich, betrifft die Selbstakzeptanz, also die Akzeptanz meiner Beeinträchtigung.“	Im Hinblick auf die Stärkung der Selbstakzeptanz hat Hippotherapie geholfen	Stärkung der Selbstakzeptanz durch Hippotherapie	OK: C - positiv
Z382-384 „Ich bin davon überzeugt, dass mir Hippotherapie insofern geholfen hat, mich und meine	Hippotherapie hat bei der Akzeptanz der Beeinträchtigung geholfen, da in diesem Setting die	Akzeptanz der Beeinträchtigung (Selbstakzeptanz) durch Hippotherapie gesteigert	OK C - positiv

<p>Beeinträchtigung mehr zu akzeptieren, als ich in diesem Setting eben als vollwertiger, komplett ‚normaler‘ Mensch gesehen wurde.“</p>	<p>Wahrnehmung der eigenen Person als ein komplett normaler Mensch vorherrschte.</p>		
<p>Z395-399 „Das Selbstbewusstsein und die Selbstakzeptanz, die ich ohne Zweifel durch die Hippotherapie entwickelt habe, sind und waren ausschlaggebend dafür, dass ich die damaligen, die jetzigen und auch die kommenden Probleme und negativen Erfahrungen, die ich aufgrund meiner Beeinträchtigung gemacht habe und machen werde, so bewältigt habe und bewältigen werde, wie ich es getan habe.“</p>	<p>Die durch die Hippotherapie erlangte Selbstakzeptanz ist ausschlaggebend dafür, wie vergangene, gegenwärtige und zukünftige Probleme und negative Erfahrungen aufgrund der Beeinträchtigung bewältigt wurden und werden.</p>	<p>Durch Hippotherapie entwickelte Selbstakzeptanz unterstützt bei Problembewältigung</p>	<p>OK C - positiv</p>
<p>Z399-402 „Das Zusammenspiel von dem Pferd,</p>	<p>Das Zusammenspiel von der Wahrnehmung seitens des</p>	<p>Förderung der Persönlichkeitsentwicklung</p>	<p>OK: Unterkategorie UC₁ - positiv</p>

<p>welches keinen Unterschied zwischen Menschen mit Beeinträchtigung und Menschen ohne Beeinträchtigung erkennt bzw. sieht und der aufrichtigen Aufmerksamkeit und Akzeptanz der Therapeutinnen und Therapeuten bewirkt eine enorme Persönlichkeitsentwicklung beim Kind/ Erwachsenen.“</p>	<p>Pferdes, der entgegengebrachten Achtung und Akzeptanz seitens der Therapeutinnen und der Therapeuten bewirkt eine enorme Persönlichkeitsentwicklung.</p>	<p>lung durch Therapieaufbau, -situation und -haltung</p>	
<p>Z402-404 „Es wird einem gezeigt, dass man (mit Hilfe des Pferdes) genau so ist, wie Menschen ohne Beeinträchtigung, und genau diese Tatsache wirkt sich positiv auf viele Bereiche des Menschen mit Beeinträchtigung aus.“</p>	<p>Bei der Hippotherapie wird einem gezeigt, dass man genau so ist, wie ein Mensch ohne Beeinträchtigung und dies wirkt sich positiv auf viele Bereiche eines Menschen mit Beeinträchtigung aus.</p>	<p>Vermittlung von Normalität bei Hippotherapie</p>	<p>OK C - positiv</p>
<p>Z411-416 „Ich bin überzeugt, dass die Hippotherapie dazu beigetragen hat, mich zu dem Men-</p>	<p>Hippotherapie hat dazu beigetragen, ein Mensch zu werden, der ein gesundes Selbstbewusstsein</p>	<p>Positive Auswirkung von Hippotherapie auf Entwicklung, Selbstbewusstsein, Selbstakzeptanz, Selbstwahrnehmung,</p>	<p>OK C - positiv</p>

<p>schen werden zu lassen, der ich jetzt bin: ein Mensch mit einem gesunden Selbstbewusstsein, der seine Beeinträchtigung zwar nicht verleugnet, diese aber nur mit Menschen teilt, denen er mit gutem Gewissen vertrauen kann; sich so akzeptiert, wie er ist; sich seine Schwächen eingestehen kann und weiß, was und wie viel er sich zutrauen kann; und vor allem ein Mensch, der mit beiden Beinen im Leben steht und nicht vor Selbstmitleid zergeht.“</p>	<p>besitzt, seine Beeinträchtigung zwar nicht verleugnet, sie aber nur mit Menschen teilt, denen er vertraut, sich so akzeptiert, wie er ist, sich seine Schwächen eingestehen kann und weiß, was und wie viel er sich zutrauen kann und der mit beiden Beinen im Leben steht und nicht vor Selbstmitleid zergeht.</p>	<p>Selbsteinschätzung und Entwicklung der eigenen Persönlichkeit</p>	
--	--	--	--

5.1.2 Formulierung von Definitionen, Ankerbeispielen, Ausprägungen und Kodierregeln der einzelnen Kategorien

Nachdem die Kategorien induktiv entwickelt wurden, wurden diese definiert und mit Ankerbeispielen gestützt. Ankerbeispiele, so Mayring (2002, 118), sind „konkrete Textstellen“, welche „unter eine Kategorie fallen und als Beispiele für diese Kategorie gelten sollen“. Das bedeutet, Ankerbeispiele haben eine „prototypische Funktion“ für die Kategorie (ebd.).

Oberkategorie A1: Aussagen über Erfahrungen, die mit der physischen Beeinträchtigung in Verbindung stehen, in Situationen außerhalb der Hippotherapie

Definition

In dieser Kategorie geht es um Aussagen der Verfasserin des Berichts, in denen sie über erlebte Erfahrungen berichtet, die sie aufgrund ihrer Beeinträchtigung in ihrem alltäglichen Leben gemacht hat.

Ausprägungen

- positiv
- negativ
- nicht zuordenbar

Ankerbeispiel(e)

Z.189-191 „Ich denke, der Umstand, dass ich, neben dem, dass ich das jüngere Kind bin, auch noch eine Beeinträchtigung habe, kompliziert und erschwert den Ablösungs- oder besser gesagt den ‚Loslassprozess‘ meiner Mutter.“

Z.223-225 „Dennoch hatte ich immer wieder das Gefühl, aufgrund meiner Beeinträchtigung eine bestimmte Sonderstellung und auch einen Bonus bei den Lehrenden zu haben.“

Oberkategorie A2: Aussagen über Erfahrungen, die mit der physischen Beeinträchtigung in Verbindung stehen, in Situationen der Hipponherapie

Definition

In diese Kategorie fallen Aussagen der Verfasserin des autobiographischen Berichts, welche sie über Erfahrungen aufgrund ihrer Beeinträchtigung, die sie während der Therapieeinheiten der Hipponherapie gemacht hat.

Ausprägungen

- positiv
- negativ
- nicht zuordenbar

Ankerbeispiel(e)

Z.391-394 „Ich denke, dadurch, dass die Pferde nach außen hin keinen Unterschied zwischen Menschen mit oder ohne Beeinträchtigung machen und lediglich auf die Signale, die ihnen gegeben werden, reagieren, gab mir ein unglaubliches Gefühl der Stärke, aber eben auch der ‚Normalität‘.“

Oberkategorie B: Aussagen über die Auseinandersetzung mit Erfahrungen angeregt durch die Hipponherapie

Definition

Diese Kategorie umfasst Aussagen der Verfasserin des autobiographischen Berichts über etwaige Impulse, die durch die Hipponherapie gegeben wurden, um sich mit den beschriebenen Erfahrungen, während der Therapieeinheiten einerseits und außerhalb der Therapieeinheiten andererseits, auseinanderzusetzen.

Ausprägungen

- während den Therapieeinheiten
- außerhalb der Therapieeinheiten
- nicht zuordenbar

Ankerbeispiel(e)

Z.369-370

„Das bedeutet, es wurde durch die Gespräche ein Denk- und Verarbeitungsprozess ausgelöst.“

Oberkategorie C: Aussagen über die Folgen der Hippotherapie

Definition

Diese Kategorie beinhaltet Aussagen der Verfasserin des autobiographischen Berichts über die subjektiv wahrgenommenen Folgen der Hippotherapie für ihr Leben.

Ausprägungen

- positiv
- negativ
- nicht zuordenbar

Ankerbeispiel(e)

Z.375-376

„Ein weiterer wichtiger Aspekt, bei dem mir die Hippotherapie geholfen hat, denke ich, betrifft die Selbstakzeptanz, also die Akzeptanz meiner Beeinträchtigung.“

Unterkategorie UC₁: Aussagen über die Wirkung und Bedeutung der Pferde und/ oder der Interaktionen mit den Therapeutinnen und Therapeuten

Definition

In diese Unterkategorie fallen Aussagen der Verfasserin des autobiographischen Berichts bezüglich der Wirkung und Bedeutung der Pferde sowie der Interaktionen mit den Therapeutinnen bzw. Therapeuten, welche die wahrgenommenen Folgen der Hippotherapie, beeinflusst haben.

Ausprägungen

- positiv
- negativ
- nicht zuordenbar

Ankerbeispiel(e)

Z.362-364

„Neben der Ausstrahlung und Wirkung des Pferdes trugen auch die bedingungslose Achtung vor meiner Person und die Wahrnehmung von mir seitens meiner Therapeutin bzw. meines Therapeuten enorm zu der positiven Entwicklung bei.“

Oberkategorie D: Aussagen über Zusammenhänge zwischen A1, A2, B und/oder C

Definition

Diese Kategorie umfasst die Aussagen der Verfasserin des Berichts bezüglich etwaiger Zusammenhängen zwischen den Kategorien A1 (*Aussagen über Erfahrungen, die mit der physischen Beeinträchtigung in Verbindung stehen, in Situationen außerhalb der Hippotherapie*), A2 (*Aussagen über Erfahrungen, die mit der physischen Beeinträchtigung in Verbindung stehen, in Situationen der Hippotherapie*), B (*Aussagen über die Auseinandersetzung mit den Erfahrungen angeregt durch die Hippotherapie*) und/oder C (*Aussagen über die Folgen der Hippotherapie*).

Ausprägungen

- positiv
- negativ
- nicht zuordenbar

Ankerbeispiel(e)

Z.395-399

„Das Selbstbewusstsein und die Selbstakzeptanz, die ich ohne Zweifel durch die Hippotherapie entwickelt habe, sind und waren ausschlaggebend dafür, dass ich die damaligen, die jetzigen und auch die kommenden Probleme und negativen Erfahrungen, die ich aufgrund meiner Beeinträchtigung gemacht habe und machen werde, so bewältigt habe und bewältigen werde, wie ich es getan habe.“

5.1.3 Materialdurchlauf: Fundstellenbezeichnung

Hierfür wurden alle relevanten Textstellen farblich markiert.

5.1.4 Materialdurchlauf: Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen

Nachdem im dritten Schritt alle relevanten Textstellen farblich markiert wurden, wurden diese im vierten Schritt den verschiedenen Kategorien zugeordnet. Die Ergebnisse der einzelnen Kategorien wurden danach (vgl. 5.2.5) aufbereitet.

5.1.5 Ergebnisaufbereitung

Für die Ergebnisaufbereitung lehnte sich die Verfasserin der Arbeit an die von Kuckartz u.a. (2008, 43ff) beschriebene Vorgehensweise an. Diese besteht aus vier Schritten, wurde aber für die vorliegende Analyse etwas abgewandelt und zusammengezogen:

1. Darstellung der Textstellen je Kategorie.
2. Zusammenfassende Darstellung der Aussagen.
3. Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse und Beantwortung der Forschungsfrage.

Die genaue Vorgehensweise soll nun im folgenden Abschnitt dargestellt werden. Im Kontext dieser Analyse, welche lediglich einen Teil der Beantwortung der Forschungsfrage darstellt, wurden lediglich die Schritte 1 und 2 durchgeführt. Die endgültige Diskussion aller gesammelten Ergebnisse der Untersuchung findet in Kapitel 7 statt.

Oberkategorie A1: Aussagen über Erfahrungen, die mit der physischen Beeinträchtigung in Verbindung stehen, in Situationen außerhalb der Hipponotherapie

1. Darstellung der Textstellen je Kategorie

Positiv:

Z.14-15

„Im Kindergarten selbst hatte ich nie Probleme mit den anderen Kindern und fand schnell Freunde.“

Z.25-28

„Niemand wäre durch mein Äußeres und mein Auftreten darauf gekommen, dass ich doch eine Beeinträchtigung von 50% habe. Dies ist dann immer sehr überraschend für sie und sie sind sehr daran interessiert, mehr zu erfahren.“

Z.29-32

„Ich habe bis jetzt noch kaum erlebt, dass mich jüngere Menschen oder welche, die so ca. in meinem Alter, also Mitte 20, sind, blöd auf meine Füße starren und mich von oben bis unten mustern.“

Z.42

„Das bewirkt, dass diese Personen, wenn sie es bemerken, selbst beschämt wegschauen.“

Z.101-102

„Wir erzählten ihm das Geschehene und er knöpfte sich meinen Klassenkollegen vor und sagte, dass man sowas nicht sage und wer sowas sage, sei dumm.“

Z.114-115

„Zwei gute Freundinnen von mir kamen mir nach und fragten, was denn los sei, und beschlossen mir zu helfen.“

Z.281

„Er nimmt mich als völlig ‚normalen‘ Menschen wahr und behandelt mich auch so.“

Z.273-279

„Mein Freund fragte mich, wie sich diese denn äußern würde, und ich begann mit dem ‚Harmlosesten‘ und schrieb, dass ich Einlagen tragen musste. Und seine Antwort kam sehr überraschend: ‚Hab ich auch als Kind tragen müssen.‘ Was er aber nicht wusste, war, dass ich Einlagen gegen meine Inkontinenz meinte. Er wiederum dachte, ich meine Einlagen in den Schuhen. Als ich das Missverständnis dann aufklärte, meinte er nur: ‚Ok.‘ und war sehr interessiert, mehr über meine Beeinträchtigung zu erfahren.“

Z.279

„Es war für ihn von Anfang an absolut kein Problem.“

Z.306-308

„Heute kann ich mit Sicherheit sagen, dass es mir nicht schwer fällt mich zu öffnen, wenn ich den Mann wirklich liebe, denn bei meinem jetzigen Freund waren all die Zweifel, was meine Sensibilität und auch mein sexuelles Verlangen angeht, nie ein Problem.“

Negativ:

Z.24

„Dieses komische Gehen verfolgt mich eigentlich bis heute.“

Z.32-34

„Leider muss ich sagen, dass das bei Menschen im mittleren Alter doch öfter vorkommt.“

Z.36-37

„Ich fühlte mich jedes Mal so richtig als Aussätzige.“

Z.53-54

„Leider kommen solche Menschen aber auch nicht auf die Idee, mich zu fragen, warum ich denn so ‚so komisch gehe‘.“

Z.97-98

„Meine erste negative Erfahrung durch Mobbing hatte ich in der ersten oder zweiten Volksschulklasse. Damals beschimpfte mich ein Schulkollege als ‚Windelbaby‘.“

Z.109-110

„Jeden Tag in der Früh, wenn ich in die Klasse kam, war mein Sessel, der auf der Sitzfläche eine kleine Mulde hatte, mit Wasser gefüllt.“

Z.129-131

„Einen weiteren subjektiv negativ erlebten Aspekt in meinem Leben, welchen ich in Zusammenhang mit meiner Beeinträchtigung sehe, ist der schwierige Ablösungsprozess von meinen Eltern.“

Z.135-136

„Ich hatte und habe, seit ich denken kann, das Gefühl, mehr im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit meiner Eltern zu stehen als mein älterer Bruder.“

Z.149-150

„Ich wurde von ihnen sehr behütet: Sie holten und setzten mich bei den Lokalen oder bei den Freunden ab, kauften mir Pfefferspray und sie riefen mich sofort an, wenn ich nur ein bisschen zu spät zum Auto kam.“

Z.173-174

„Dennoch kann meine Mutter es nicht lassen, mir Ratschläge zu machen, und mich mein Leben so leben zu lassen, wie ich es glaube, ohne sich einzumischen.“

Z.174-177

„Klar, das ist der ‚mütterliche Instinkt‘, kann man jetzt behaupten, aber das, was meine Mutter macht, geht klar über die ‚durchschnittliche mütterliche Einmischung‘ hinaus.“

Z.205-209

„Ich hatte damals bereits viele Freundinnen und Freunde, die mich auch so nahmen, wie ich war, aber dennoch schämte ich mich sehr für meine Beeinträchtigung. Ich denke, dass der Grund dafür zum einen der Schulwechsel (Volksschule- Gymnasium) war und zum anderen, damit verbunden das Finden von neuen Freunden. Ich wollte nicht, dass sie mich wegen meiner Beeinträchtigung mochten und vielleicht Mitleid mit mir hatten.“

Z.223-225

„Dennoch hatte ich immer wieder das Gefühl, aufgrund meiner Beeinträchtigung eine bestimmte Sonderstellung und auch einen Bonus bei den Lehrenden zu haben.“

Z.227-228

„Der Neid und die Missgunst waren damals dann vorprogrammiert.“

Z.231-232

„Man kann also sagen, dass ich, besonders in der Unterstufe von manchen meiner Lehrerinnen und Lehrern bevorzugt, ja, schon fast verhätschelt wurde.“

Z.254-255

„Ich bekam auch die Bestätigung, aber leider erst ab dem Zeitpunkt, als ich mit den Männern intimer wurde.“

Z.258-261

„Das bedeutete, dass ich den Männern sehr schnell von meiner Beeinträchtigung erzählte, und das führte des Öfteren zu Ablehnung ihrerseits und es hielt, davon bin ich auch überzeugt, einige Männer auch davon ab, mich näher kennenlernen zu wollen und etwas ‚Festes‘ daraus werden zu lassen.“

Z.298-299

„Außerdem konnte ich mich nie vollkommen fallen lassen, da aufgrund meiner Blasen- und Darmschwäche es immer zu einem ‚Unfall‘ kommen konnte.“

Nicht zuordenbar:

Z.140-141

„Meine Eltern ermöglichten mir auch vieles, was ich machen wollte, wenn auch mit einem sehr wachsamen Auge.“

Z.150-154

„Im Nachhinein gesehen, muss ich gestehen, dass diese Aktionen eigentlich vollkommen ‚normal‘ waren und nicht unbedingt mit meiner Beeinträchtigung zusammenhängen, aber dennoch hatte ich immer das Gefühl, dass sie wegen meiner Beeinträchtigung sehr aufmerksam waren.“

Z.155-158

„Zu meinem Bedauern ist aber diese behütete Zeit mit meinem 18.Geburtstag und dem Zeitpunkt, als ich nach Wien gezogen bin, nicht so sehr besser geworden. Und genau da, so denke ich, liegt nun der Knackpunkt bzw. eben der feine Unterschied gegenüber vielen jungen Erwachsenen ohne Beeinträchtigung und ihren Eltern und mir.“

Z.189-191

„Ich denke, der Umstand, dass ich, neben dem, dass ich das jüngere Kind bin, auch noch eine Beeinträchtigung habe, kompliziert und erschwert den Ablösungs- oder besser gesagt den ‚Loslassprozess‘ meiner Mutter.“

2. Zusammenfassende Darstellung der Aussagen

Textstellen, die passende Aussagen für diese Kategorie beinhalten, lassen sich im autobiographischen Bericht an vielen Stellen finden. Da die Verfasserin, veranlasst durch die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit, hauptsächlich negative Erfahrungen aufgrund ihrer Beeinträchtigung beschreibt, überwiegen diese Textstellen. Dennoch zeigt sich, dass die Verfasserin des Berichts auch positive Erfahrungen in Bezug auf ihre Beeinträchtigung gemacht hat.

Diese positiven Erfahrungen betreffen vor allem Situationen mit Menschen in ihrem Alter, insbesondere Studentinnen bzw. Studenten, die ihr aufgeschlossen und ohne Vorurteile begegnen und die darüber hinaus oftmals nicht damit rechnen, dass bei der Verfasserin des Berichts eine Beeinträchtigung von 50% vorliegt. Wird ihnen dies bewusst, so seien sie laut Verfasserin des Berichts durchgehend interessiert mehr darüber zu erfahren. Auffällig dabei ist, dass die Verfasserin bei Menschen mittleren Alters genau das Gegenteil bemerkt. Sie wird oftmals ohne Scham angestarrt, betont aber, dass sie noch nie erlebt hat, dass jemand von dieser Personengruppe, sie direkt auf ihr „komisches Gehen“ angesprochen hat.

Weitere negative Erfahrungen, die die Verfasserin des Berichts gemacht hat, betreffen das Thema Mobbing. Sie wurde bereits in der Volksschule zum Mobbingopfer und dies wiederholte sich auch im Gymnasium. Positiv gesehen werden kann in diesem Zusammenhang, dass sie in diesen Situationen immer Freundinnen bzw. Freunde hatte, die ihr dabei den Rücken stärkten und sie unterstützten.

Ein weiterer Aspekt, der für die Verfasserin des Berichts mit negativen Erfahrungen behaftet ist, ist der, laut Verfasserin des Berichts, schwierige Ablösungsprozess von den Eltern. Sie beschreibt, dass ihre Eltern ihr vieles ermöglichten, wie zum Beispiel das Reiten, dass diese aber immer sehr wachsam waren. Die Verfasserin des Berichts hatte immer das Gefühl, dass sie als das jüngere Kind mit einer Beeinträchtigung mehr im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit ihrer Eltern stand, als ihr Bruder. Sie beschreibt, dass sie immer sehr behütet wurde und, dass ihre Mutter es bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht unterlässt, sich in das Leben der Verfasserin in dem Grad einzumischen, welcher, laut Verfasserin des Berichts, über die „durchschnittliche mütterliche Einmischung“ hinausgehe. Trotz dieser Wahrnehmung vermerkt die Verfasserin des Berichts, dass sie, insbesondere das Behütet werden in ihrer Jugend seitens ihrer Eltern, heute als völlig normal ansieht. Dennoch spielt das Gefühl zu sehr behütet zu werden auch heute noch eine große Rolle in ihrem Leben als erwachsene Person und sie führt dies auf ihre Beeinträchtigung zurück.

Auch während der Schulzeit der Verfasserin des Berichts kam es immer wieder zu Situationen, die für diese negativ empfunden wurde. So beschreibt sie, dass sie zu dieser Zeit fortwährend das Gefühl hatte, eine Sonderstellung aufgrund ihrer Beeinträchtigung, bei manchen Lehrenden inne zu haben, welche bei manchen Klassenkolleginnen bzw. Klassenkollegen Neid und Missgunst hervorrief. Auch innerhalb ihres Freundeskreises, indem sie akzeptiert wurde, wie sie war, kamen Gefühle wie Scham aufgrund der Beeinträchtigung und auch Zweifel über die Aufrichtigkeit der Freundschaften auf.

Ein Aspekt im Leben der Verfasserin des Berichts, der sehr mit positiven Erfahrungen in Bezug auf ihre Beeinträchtigung verbunden ist, ist die Beziehung mit ihrem Verlobten. Die Verfasserin des Berichts beschreibt, dass die Beeinträchtigung nie ein Problem für ihren Verlobten war, dass ihr Verlobter sie immer als vollkommen normalen und gesunden Menschen ansieht und sich allen Problematiken und Herausforderungen, die mit der Beeinträchtigung verbunden sind, gemeinsam mit der Verfasserin des Berichts stellt. Diese positiven Erfahrungen, welche die Verfasserin in ihrer Beziehung mit ihrem Verlobten macht, stellen das komplette Gegenteil mit früheren Erfahrungen mit dem männlichen Geschlecht dar. Sie beschreibt, dass sie, wenn sie Männern von ihrer Beeinträchtigung erzählte, oftmals auf Ablehnung stieß und sich deswegen keine tiefer gehenden Beziehungen zu Männern ergaben. Die Bestätigung als normal angesehen zu werden, welche sich die Verfasserin des Berichts seit je her wünschte, bekam sie vom männlichen Geschlecht erst dann, wenn sie mit ihnen intimer wurde.

Oberkategorie A2: Aussagen über Erfahrungen, die mit der physischen Beeinträchtigung in Verbindung stehen, in Situationen der Hipponotherapie

1. Darstellung der Textstellen je Kategorie

Positiv:

Z.367-369

„Ich wurde immer wieder gefragt, wie ich mich in gewissen Situationen gefühlt habe, was ich persönlich von meiner Beeinträchtigung halte und welche Reaktionen ich von der Außenwelt bekäme.“

Z.386-389

„Eine große Rolle in diesem Zusammenhang spielten auch immer wieder die Pferde, denn, wie schon beschrieben, nehmen diese einen als vollkommen ‚normalen‘ Menschen an, sie bemerken aber dennoch, dass dies in irgendeiner Weise doch nicht der Fall ist.“

Z.391-394

„Ich denke, dadurch, dass die Pferde nach außen hin keinen Unterschied zwischen Menschen mit oder ohne Beeinträchtigung machen und lediglich auf die Signale, die ihnen gegeben werden, reagieren, gab mir ein unglaubliches Gefühl der Stärke, aber eben auch der ‚Normalität‘.“

2. Zusammenfassende Darstellung der Aussagen

Über die Erfahrungen, die mit ihrer Beeinträchtigung in Verbindung stehen, in Situationen der Hippontherapie macht die Verfasserin des Berichts wenig Aussagen. Sie beschreibt lediglich, dass sie immer wieder nach ihrer persönlichen Sicht auf ihre Beeinträchtigung und auch nach den Reaktionen der Außenwelt auf ihre Beeinträchtigung gefragt wurde, geht aber nicht weiter darauf ein.

Als eine positive Erfahrung bezogen auf ihre Beeinträchtigung, welche sie innerhalb der Hippontherapie gemacht hat, beschreibt die Verfasserin des Berichts die Begegnung und die Arbeit mit den Pferden. Die Tatsache, dass diese Tiere keinen Unterschied zwischen Menschen mit einer Beeinträchtigung und Menschen ohne Beeinträchtigung machen, dies dennoch bemerken, gaben ihr Mut, Stärke und das Gefühl von Normalität.

Oberkategorie B: Aussagen über die Auseinandersetzung mit den Erfahrungen angeregt durch die Hippontherapie

1. Darstellung der Textstellen je Kategorie

Während den Therapieeinheiten:

Z.364-367

„Ich kann mich noch erinnern, dass mich Peter und eben später Irmi immer wieder in Gespräche verwickelten, die einen typischen Therapiecharakter hatten. Es fing meist mit einer harmlos wirkenden Frage an und endete nicht selten in der Analyse meiner Probleme.“

Nicht zuordenbar:

Z.369-370

„Das bedeutet, es wurde durch die Gespräche ein Denk- und Verarbeitungsprozess ausgelöst.“

2. Zusammenfassende Darstellung der Aussagen

Die Textstellen, die sich zu dieser Kategorie zuordnen lassen, sind sehr übersichtlich. Die Verfasserin des Berichts schreibt kaum über die Auseinandersetzung mit den negativen Erfahrungen, sei es innerhalb oder außerhalb der Therapieeinheiten. Sie beschreibt zwar das Öfteren, wie sie damit umgegangen ist, dies ist jedoch ein Unterschied zum Auseinandersetzen mit etwas (vgl. Kap. 5.2.1).

Es gibt zwei Textstellen, die zumindest implizit eine Auseinandersetzung mit den Erfahrungen erahnen lassen. Diese betreffen die Tatsache, dass die Verfasserin des Berichts von ihrer Therapeutin bzw. ihrem Therapeuten immer wieder in Gespräche verwickelt wurde, die, laut der Verfasserin des Berichts, einen Therapiecharakter hatten, problemlösungsorientiert waren und einen Denk- und Verarbeitungsprozess bei ihr auslösten.

Oberkategorie C: Aussagen über die Folgen der Hipponotherapie

1. Darstellung der Textstellen je Kategorie

Positiv:

Z.351-354

„Ich bin mir sicher, dass dadurch mein Selbstbewusstsein enorm gestiegen ist, denn ich wurde nicht nur von meinen Freunden und Schulkollegen dafür bewundert, dass ich mich auf so ein großes Tier traute, auch mein Umfeld reagierte durchwegs mit Respekt für das, was ich tat.“

Z.375-376

„Ein weiterer wichtiger Aspekt, bei dem mir die Hipponotherapie geholfen hat, denke ich, betrifft die Selbstakzeptanz, also die Akzeptanz meiner Beeinträchtigung.“

Z.382-384

„Ich bin davon überzeugt, dass mir Hipponotherapie insofern geholfen hat, mich und meine Beeinträchtigung mehr zu akzeptieren, als ich in diesem Setting eben als vollwertiger, komplett ‚normaler‘ Mensch gesehen wurde.“

Z.402-404

„Es wird einem gezeigt, dass man (mit Hilfe des Pferdes) genau so ist, wie Menschen ohne Beeinträchtigung, und genau diese Tatsache wirkt sich positiv auf viele Bereiche des Menschen mit Beeinträchtigung aus.“

Z.411-416

„Ich bin überzeugt, dass die Hippotherapie dazu beigetragen hat, mich zu dem Menschen werden zu lassen, der ich jetzt bin: ein Mensch mit einem gesunden Selbstbewusstsein, der seine Beeinträchtigung zwar nicht verleugnet, diese aber nur mit Menschen teilt, denen er mit gutem Gewissen vertrauen kann; sich so akzeptiert, wie er ist; sich seine Schwächen eingestehen kann und weiß, was und wie viel er sich zutrauen kann; und vor allem ein Mensch, der mit beiden Beinen im Leben steht und nicht vor Selbstmitleid zergeht.“

Unterkategorie UC₁: Aussagen über die Wirkung und Bedeutung der Pferde und/oder der Interaktionen mit den Therapeutinnen und Therapeuten

1. Darstellung der Textstellen je Kategorie

Positiv:

Z.350-351

„Heute kann ich mit Sicherheit sagen, dass alleine der intensive Kontakt mit Pferden über eine große Zeitspanne eine enorme Persönlichkeitsentwicklung bewirkte.“

Z.362-364

„Neben der Ausstrahlung und Wirkung des Pferdes trugen auch die bedingungslose Achtung vor meiner Person und die Wahrnehmung von mir seitens meiner Therapeutin bzw. meines Therapeuten enorm zu der positiven Entwicklung bei.“

Z.399-402

„Das Zusammenspiel von dem Pferd, welches keinen Unterschied zwischen Menschen mit Beeinträchtigung und Menschen ohne Beeinträchtigung erkennt bzw. sieht und der aufrichtigen Aufmerksamkeit und Akzeptanz der Therapeutinnen und Therapeuten bewirkt eine enorme Persönlichkeitsentwicklung beim Kind/ Erwachsenen.“

2. Zusammenfassende Darstellung der Aussagen

Die Verfasserin des Berichts beschreibt die Folgen der Hippotherapie als sehr weitreichend und durchwegs positiv. So spricht sie von einer großen Persönlichkeitsentwicklung, die sie durch die Hippotherapie durchgemacht hat und beschreibt eine Steigerung des Selbstbewusstseins und ihrer Selbstakzeptanz. Den Grund dafür, sieht die Verfasserin des Berichts unter anderem darin, dass sie einerseits innerhalb der Therapie als ein vollwertiger, komplett normaler Mensch angesehen wurde und andererseits darin, weil ihr gezeigt wurde, dass man als Mensch mit einer Beeinträchtigung genau so ist, wie ein Mensch ohne Beeinträchtigung.

Darüber hinaus kam es, auch aufgrund des ihr von Freundinnen und Freunden sowie ihres gesamten Umfelds entgegengebrachten Respekts für ihren Mut auf einem Pferd zu reiten, zu einer Selbstbewusstseinssteigerung, so die Verfasserin des Berichts.

Eine besonders große Bedeutung für ihre positive Entwicklung während der Therapie und die positiven Folgen der selbigen, misst die Verfasserin der Wirkung der Pferde sowie den Interaktionen mit den Therapeutinnen bzw. den Therapeuten zu. Sie ist der Meinung, dass das Zusammenspiel zwischen dem Pferd, welches nicht zwischen Menschen mit und Menschen ohne Beeinträchtigung unterscheidet, und der Einstellung der Therapeutinnen bzw. Therapeuten, die durchwegs aufrichtig und akzeptierend war, eine enorme Persönlichkeitsentwicklung bei Menschen mit einer Beeinträchtigung bewirkt. Dies trifft vollkommen in ihrem Fall zu.

Oberkategorie D: Aussagen über Zusammenhänge zwischen A1, A2, B und/oder C

1. Darstellung der Textstellen je Kategorie

Positiv:

Z.395-399

„Das Selbstbewusstsein und die Selbstakzeptanz, die ich ohne Zweifel durch die Hippotherapie entwickelt habe, sind und waren ausschlaggebend dafür, dass ich die damaligen, die jetzigen und auch die kommenden Probleme und negativen Erfahrungen, die ich aufgrund meiner Beeinträchtigung gemacht habe und machen werde, so bewältigt habe und bewältigen werde, wie ich es getan habe.“

Z.408-410

„Ich bin absolut davon überzeugt, dass, wenn ich diese Therapie nicht gemacht hätte, ich immer noch von Selbstzweifeln bezüglich meiner Beeinträchtigung geplagt werden würde und mein Leben bis jetzt nicht so positiv verlaufen wäre, wie es ist.

2. Zusammenfassende Darstellung der Aussagen

Der Zusammenhang zwischen den Kategorien A1, A2, B und C liegt für die Verfasserin darin, dass sie durch die positiven Folgen bzw. Auswirkungen, präzise gesagt, durch die Steigerung ihres Selbstbewusstseins und die Förderung ihrer Selbstakzeptanz, in der Weise mit negativen Erfahrungen umgegangen ist, sich mit ihnen vielleicht auch auseinandergesetzt hat und sie in der Weise bewältigt hat, wie sie es bisher gemacht hat und auch zukünftig machen wird.

Außerdem meint die Verfasserin des Berichts ebenfalls, dass sie ohne die Therapie an Selbstzweifeln bezüglich ihrer Beeinträchtigung leiden würde, kurz gesagt, dass ihr Leben nicht so positiv verlaufen wäre, wie es im Großen und Ganzen ist.

5.1.6 Diskussion der Ergebnisse der Analyse

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse des autobiographischen Berichts diskutiert, um Rückschlüsse für die Beantwortung der zentralen Forschungsfrage ziehen zu können.

Um einen besseren Überblick zu gewähren, werden zunächst die Ergebnisse pro Kategorie diskutiert und danach in Verbindung zueinander gesetzt und gesamtheitlich diskutiert, um einer Beantwortung der Forschungsfrage näher zu kommen.

Kategorie A1: Aussagen über Erfahrungen, die mit der physischen Beeinträchtigung in Verbindung stehen, in Situationen außerhalb der Hippotherapie

Resümierend zu den Ergebnissen dieser Kategorie kann gesagt werden, dass die Verfasserin des Berichts in vielen Bereichen ihres Lebens Erfahrungen aufgrund ihrer Beeinträchtigung gemacht hat.

Da die Forschungsfrage auf die als negativ erlebten Erfahrungen abzielt, berichtet sie überwiegend über diese, dennoch macht sie auch immer wieder indirekt Aussagen über positive Erfahrungen innerhalb dieser negativen Situationen, die in Verbindung mit ihrer Beeinträchtigung

stehen. So wurde sie, zum Beispiel, zwar mehrfach zum Mobbingopfer, es gab aber dennoch immer Personen, in diesem Fall Freundinnen, die ihr in diesen Situationen zur Seite standen. Und auch beim Thema Anerkennung durch das männliche Geschlecht bzw. Wahrnehmung durch die Außenwelt scheint es so, als habe die Begegnung und die Beziehung zu ihrem Verlobten sowie die Studienzeit die negativen Erfahrungen aufgewogen. Natürlich bleiben zwar die negativen Erinnerungen, aber im Grunde hat die Verfasserin durch diese, auch immer wieder positive Erfahrungen, die mit ihrer Beeinträchtigung in Verbindung stehen, gemacht. Inwieweit sie die negativen Erfahrungen durch die Erkenntnis, dass sich in ihrem bisherigen Leben immer wieder Personen, die einen Ausgleich zu den negativen Erfahrungen darstellten bzw. darstellen, überwunden bzw. verarbeitet hat, kann anhand dieser Stelle nicht gesagt werden, aber die Analyse dieser Kategorie zeigt dennoch ein durchaus positives Bild.

Lediglich der Aspekt des Ablösungsprozesses der Verfasserin des Berichts von ihren Eltern scheint in ihrem jetzigen Leben, noch immer, eine große Rolle zu spielen. Ob und inwieweit dieser sich schwieriger gestaltet, als der Ablösungsprozess von Menschen ohne Beeinträchtigung, bzw. inwieweit die damit verbundenen, im autobiographischen Bericht beschriebenen, Schwierigkeiten rein subjektiv gesehen über die Schwierigkeiten von Menschen ohne Beeinträchtigung hinausgehen, kann nicht gesagt werden, die Verfasserin des Berichts relativiert die Wahrnehmung ihrer negativen Erfahrungen zu diesem Thema aber an mehreren Stellen des Berichts. Dies zeigt, dass sie mit steigendem Alter die Dinge in einem anderen Licht, vielleicht reflektierter betrachtet, als früher. Dennoch scheint diese Thematik mit eher negativen Gefühlen behaftet zu sein und dies nicht zuletzt aufgrund ihrer Beeinträchtigung.

Kategorie A2: Aussagen über Erfahrungen, die mit der physischen Beeinträchtigung in Verbindung stehen, in Situationen der Hippotherapie

Die Ergebnisse dieser Kategorie zeigen ein einheitliches Bild: Die Verfasserin des Berichts hat in Situationen der Hippotherapie durchgehend positive Erfahrungen, die mit ihrer Beeinträchtigung in Verbindung stehen, gemacht. Diese betreffen die Erfahrung von Normalität und das Gefühl von Stärke, welche sie erlebt hat. Insbesondere die Erfahrung von Normalität scheint der Verfasserin des Berichts sehr wichtig zu sein, denn dieses Gefühl wurde in vielen Situationen außerhalb der Hippotherapie durch die negativen Erfahrungen immer wieder gemindert. Dass dies aber ein großer Wunsch der Verfasserin des Berichts war und ist, wird durch den autobiographischen Bericht und insbesondere durch die Analyse dessen mit Hilfe der psychoanalytischen Textinterpretation ersichtlich (vgl. Kap. 5.2). Die Tatsache, dass die Verfasserin

des Berichts die Begegnung und Arbeit mit den Pferden als eine positive Erfahrung in Bezug auf ihre Beeinträchtigung sieht, spricht für die Hippotherapie, die die besondere Verbindung zwischen Mensch und Pferd für sich nutzt (vgl. Kap. 3).

Kategorie B: Aussagen über die Auseinandersetzung mit Erfahrungen angeregt durch die Hippotherapie

Bezüglich der Ergebnisse von dieser Kategorie kann lediglich gesagt werden, dass die Verfasserin des Berichts kaum Aussagen über die durch die Hippotherapie angeregte Auseinandersetzung mit den Erfahrungen macht. Dies stellt eine Problematik des autobiographischen Berichts, die in Kap. 5.2 aufgegriffen und näher erläutert wird, dar.

Die gefundenen Textstellen lassen zwar implizit erkennen, dass es, durch die beschriebenen stattgefundenen Gespräche mit der Therapeutin bzw. dem Therapeuten während der Therapieeinheiten, zwar zu einem Denk- und Verarbeitungsprozess gekommen ist, es bleibt dennoch völlig offen, inwieweit eine Auseinandersetzung der Verfasserin des Berichts mit den negativen Erfahrungen stattgefunden hat – sowohl während als auch außerhalb der Therapieeinheiten.

Kategorie C: Aussagen über die Folgen der Hippotherapie

Die Ergebnisse dieser Kategorie lassen die hohe Meinung der Verfasserin des Berichts über Hippotherapie und deren Auswirkung auf ihr Leben erkennen. Die beschriebenen Folgen der Hippotherapie der Verfasserin des Berichts scheinen durchgehend positiv zu sein. Vergleicht man diese mit den in Kapitel 3 beschriebenen Zielen und Wirkungen der Hippotherapie, welche auf die persönliche psychische Entwicklung der Patientinnen und Patienten abzielen, so zeigt sich, dass die Hippotherapie bei der Verfasserin des Berichts anscheinend bei jedem der genannten Punkte, ein voller Erfolg war. So beschreibt die Verfasserin des Berichts, dass es durch die Hippotherapie zu einer großen Persönlichkeitsentwicklung gekommen ist, dass ihr Selbstbewusstsein gestiegen ist und ihre Selbstakzeptanz bzw. die Akzeptanz ihrer Beeinträchtigung verbessert wurde. Die Tatsache, dass die Hippotherapie in diesen Bereichen eine große positive Wirkung auf die Verfasserin des Berichts hatte, deckt sich weitgehend, wie bereits angesprochen, mit den beschriebenen Wirkungen und Zielen der vier Ansätze der Hippotherapie. Außergewöhnlich und nicht in der einschlägigen Fachliteratur angesprochen, ist aber die große Bedeutung der Interaktionen der Therapeutinnen bzw. der Therapeuten mit den Patientinnen bzw. Patienten. Diesen misst die Verfasserin des Berichts, neben der Bedeutung der Wirkung

und Bedeutung der Pferde für ihre positive Entwicklung eine bedeutende Rolle zu. So beschreibt sie, dass ihr die Therapeutinnen bzw. Therapeuten mit einer aufrichtigen, unvoreingenommenen Aufmerksamkeit entgegentraten, die durchaus innerhalb einer psychotherapeutischen Therapie üblich ist. Dies kann durchwegs mit der Ausbildung der Hippotherapeutinnen bzw. Hippotherapeuten in Verbindung gebracht werden, die auf die Ausbildung als Physiotherapeutin bzw. Physiotherapeut mit Kenntnis des Bobath-Konzepts aufbaut (vgl. Kap. 3.5). Dieses Konzept beinhaltet als Wirkungsbereich neben den neurologischen Beeinträchtigungen der Patientinnen und Patienten auch die Gesamtsituation dieser (vgl. Kap. 2.1.1). Und dazu bedarf es einem gewissen Grad an Einfühlungsvermögen und Unvoreingenommenheit. Dennoch wird dieser Aspekt nur implizit bei der Ausbildung zur Hippotherapeutin bzw. zum Hippotherapeuten vorausgesetzt bzw. kann darauf nur rückgeschlossen werden.

Kategorie D: Aussagen über Zusammenhänge zwischen A1, A2, B und/oder C

Laut der Verfasserin des Berichts liegt der Zusammenhang zwischen den Erfahrungen aufgrund ihrer Beeinträchtigung (Kategorie A1 und A2), der Auseinandersetzung mit diesen Erfahrungen (Kategorie B) , sowie den Folgen der Hippotherapie (C), darin, dass sie durch die positiven Folgen der Hippotherapie, wie die Steigerung ihres Selbstbewusstseins aber auch ihrer Selbstakzeptanz, sich in jener Art und Weise mit den negativen Erfahrungen beschäftigt, sich vielleicht auch damit auseinandergesetzt hat, wie sie es in der Vergangenheit gemacht hat und in der Gegenwart tut. Das bedeutet, dass die Hippotherapie ihre Persönlichkeit in der Hinsicht verändert hat, dass sie die Probleme und etwaige negative Erfahrungen aufgrund ihrer Beeinträchtigung selbstbewusster und reflektierter betrachtet und damit umgeht. Dies stellt durchaus einen positiven Ausgang einer jeden Therapie dar.

Ob eine solch positive Entwicklung aufgrund bzw. mithilfe der Hippotherapie Gang und Gebe ist, sei dahingestellt, es wird aber ersichtlich, dass die Hippotherapie bei der Verfasserin eine enorme Entwicklung bewirkte, welche das Leben mit einer Beeinträchtigung eventuell für sie leichter gemacht hat. Dies bestätigt die Verfasserin des Berichts auch mit der zweiten relevanten Textstelle für diese Kategorie, indem sie sagt, dass sie davon überzeugt sei, dass sich ihr Leben nicht in diese positive Richtung entwickelt hätte, wenn sie die Hippotherapie nicht in Anspruch genommen hätte.

Diskussion der Ergebnisse in Hinblick auf die Beantwortung der zentralen Forschungsfrage

In diesem Abschnitt sollen nun die Ergebnisse der einzelnen Kategorien in Verbindung gesetzt werden und in Hinblick auf die Beantwortung der zentralen Forschungsfrage „In welcher Hinsicht berichten Menschen, die von Spina Bifida betroffen sind, von Hippotherapie als eine Unterstützung im Prozess der Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen, welche in Verbindung mit ihrer physischen Beeinträchtigung stehen?“, aus Sicht der Verfasserin des Berichts, diskutiert werden.

Die Verfasserin des Berichts berichtet von einigen negativen Erfahrungen aufgrund ihrer Beeinträchtigung, die sich wie ein roter Faden durch ihr Leben ziehen. Nichtsdestotrotz gab es in ihrem Leben, oftmals auch in direkter Verbindung mit den negativen Erfahrungen, auch positive Erfahrungen, die mit ihrer Beeinträchtigung verbunden waren. Die negativen Erfahrungen überwiegen, dem Bericht zufolge, zwar, aber dennoch gelangt man aufgrund dieser Analyse zu der Einsicht, dass die Beeinträchtigung der Verfasserin von ihr nicht grundsätzlich als negativ empfunden wird.

Bezüglich des Aspekts Hippotherapie als eine Unterstützung im Prozess der Auseinandersetzung mit den negativen Erfahrungen erfährt man im Bericht zwar nicht viel Aussagekräftiges, dennoch wird der Anschein erweckt, dass durch die Hippotherapie, insbesondere durch die Interaktionen mit den Therapeutinnen bzw. Therapeuten, es vielleicht unbewusst zu einer Auseinandersetzung damit gekommen ist.

Trotz der Tatsache, dass der Aspekt der Auseinandersetzung mit den negativen Erfahrungen von der Verfasserin im Bericht nicht weitreichend genug thematisiert wurde, zeigt sich, dass die Folgen der Hippotherapie überaus umfangreich sind. So beschreibt die Verfasserin des Berichts eine durch die Hippotherapie angeregte Persönlichkeitsentwicklung, die eine Steigerung ihres Selbstbewusstseins sowie ihrer Selbstakzeptanz, mit sich zog. Durch diese Tatsache kann rückgeschlossen werden, dass die Hippotherapie, auch, wenn es im Bericht kaum zur Sprache kommt, durchaus eine Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit den negativen Erfahrungen aufgrund ihrer Beeinträchtigung dargestellt hat. Es wird zwar die Art und Weise dieser Unterstützung nicht explizit genannt, aber dennoch ist davon auszugehen, dass es, durch die Persönlichkeitsentwicklung der Verfasserin des Berichts und den damit verbundenen Aspekten, der Verfasserin des Berichts möglich war und sie dabei unterstützt hat, die negativen Erfahrungen besser zu verarbeiten und sich mit ihnen auseinanderzusetzen. Die Art und Weise, wie ein

Mensch sich selbst betrachtet, ob er nun mit sich im Reinen ist oder nicht, wirkt sich grundlegend auf den Umgang des Menschen mit anderen Menschen, etwaigen Problemen und auch negativen Erfahrungen aus.

Deshalb ist das Fazit dieser Analyse bezogen auf die zentrale Forschungsfrage: Ja, die Hippotherapie kann eine Unterstützung im Prozess der Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen aufgrund einer Beeinträchtigung sein.

Ob und inwieweit dies nur in Einzelfällen zutrifft, wird sich durch die Analyse der durchgeführten Interviews (vgl. Kap. 6) zeigen.

5.2 Analyse mithilfe der Psychoanalytischen Textinterpretation

5.2.1 Explikation sogenannter „Irritationen“ im Text

1. Irritation: Wie bereits erwähnt, lautet die zentrale Forschungsfrage dieser Arbeit „In welcher Hinsicht berichten Menschen, welche von Spina Bifida betroffen sind, von Hippotherapie als eine Unterstützung im Prozess der Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen, welche mit ihrer physischen Beeinträchtigung in Verbindung stehen?“

Es geht also u.a. um den *Prozess der Auseinandersetzung*. Betrachtet man nun aber den autobiographischen Bericht, so fällt auf, dass der Prozess der Auseinandersetzung hier nicht bzw. kaum thematisiert wird. Die Verfasserin beschreibt, wie sie die einzelnen Situationen, die negativ erfahren wurden, erlebt hat und wie sie damit „umgegangen“ ist. Zwischen den Begriffen „umgehen mit etwas“ und „sich auseinandersetzen mit etwas“ liegt aber ein Unterschied, der beim Schreiben des Berichts nicht bedacht wurde. Laut Duden (2015) lautet eine in diesem Zusammenhang passende Definition dieser beiden Begriffe:

umgehen mit: (mit etwas, was einem zu schaffen macht) [in einer bestimmten Weise] zurechtkommen, fertig werden

auseinandersetzen mit: sich eingehend mit etwas beschäftigen, etwas kritisch durchdenken

Es kann demzufolge gesagt werden, dass „auseinandersetzen mit etwas“ eine Steigerung von „umgehen mit etwas“ bedeutet. Das „Umgehen“ erfolgt, bezogen auf den Kontext dieser Analyse, bereits unmittelbar nach der negativen Erfahrung, das „Auseinandersetzen“ kann aber zu meist erst nach dem Entstehen und auch dem Abklingen erster Emotionen geschehen. Der Um-

gang mit einer negativen Erfahrung beschreibt eher die Reaktion darauf, die Auseinandersetzung, wie aus der Definition ersichtlich wird, das kritische Durchdenken der negativen Erfahrung. Es kommt zu einer Reflexion darüber.

Ein Grund, warum die Verfasserin nicht oder kaum auf *den Prozess der Auseinandersetzung* mit den negativen Erfahrungen eingegangen ist, kann sein, dass sie, unbewusst und nicht gewollt, nicht zu „tief“ in ihre Erinnerungen eindringen wollte, da diese, unbewusst, doch schmerzhafter und emotionaler waren, als ihr bewusst waren.

Bezüglich dieser Irritation kann aus Sicht der Verfasserin des Berichts festgehalten werden, dass in der Zeit, als der Bericht verfasst wurde, negative Emotionen und Gefühle wie Schmerz und Wut aufgekommen sind und sich deswegen ein tieferes Eintauchen in das Erlebte als schwierig gestaltete. Des Weiteren hegt die Verfasserin des Berichts Zweifel daran, ob sie sich in ihrem Leben mit diesen negativen Erlebnissen auseinandergesetzt hat. Die Verfasserin des Berichts neigte dazu, negative Geschehnisse zu verdrängen, sie als unwichtig und nichtig anzusehen und nicht zu nah an sich heranzulassen. Bei der durch die Analyse aufgedeckten ersten Irritation wurden diese negativen Erfahrungen allem Anschein nach wieder in ihr Gedächtnis gerufen, aber dennoch beschäftigte sich die Verfasserin aus Selbstschutz nicht tief genug mit ihnen.

Aus der Analyse der ersten Irritation lässt sich demnach folgern, dass die Verfasserin des Berichts sich im Laufe ihres Lebens nicht eingängig mit ihren negativen Erfahrungen, die mit ihrer Beeinträchtigung zusammenhingen, auseinandergesetzt hat und dazu neigte, diese zu verdrängen.

2. Irritation: Am Ende des Berichts steht der Satz „Ich bin überzeugt, dass die Hippotherapie dazu beigetragen hat, mich zu dem Menschen werden zu lassen, der ich jetzt bin: ein Mensch mit einem gesunden Selbstbewusstsein, (...) und vor allem ein Mensch, der mit beiden Beinen im Leben steht und nicht vor Selbstmitleid zergeht.“

Es wird also von der Verfasserin explizit darauf verwiesen, dass sie kein Selbstmitleid aufgrund ihrer Beeinträchtigung verspürt. Betrachtet man aber den gesamten Bericht, so wird dieses Thema bzw. der Aspekt, dass sie zu irgendeinem Zeitpunkt in ihrem Leben Selbstmitleid verspürt hat, zuvor nicht thematisiert. Es stellt sich somit die Frage: Warum wird dieser Aspekt zum Ende des Berichts so ausdrücklich erwähnt, obwohl dies innerhalb des Berichts nie thematisiert wird?

Als Grund dafür kann wiederum der unbewusste Wunsch angenommen werden „nicht zu tief in die Erinnerungen eintauchen zu wollen“. Hätte die Verfasserin auf den Prozess der Auseinandersetzung Bezug genommen, so hätte dies eventuell doch zu Selbstmitleid führen können bzw. hätte sich gezeigt, dass Selbstmitleid doch Thema in ihrem Leben spielt bzw. gespielt hat. Wird diese Irritation nun aus der subjektiven Sichtweise der Verfasserin in der Rolle der Erzählerin gesehen, so stellt das beschriebene Nicht-Vorhandensein von Selbstmitleid zunächst eine unanfechtbare Tatsache dar. Die Verfasserin hat sich nie als mit ihrer Beeinträchtigung hadernendes und von Selbstmitleid zergehendes Mädchen bzw. Frau gesehen. Dass dieser erwähnte Satz bzw. die damit beschriebene Betonung aber von Seiten des Betreuers der Arbeit in der Rolle des außenstehenden Lesers des Berichts als Irritation entdeckt wurde, löste bei der Verfasserin Selbstzweifel aus. Sie zweifelte daran, inwieweit sie beim Verfassen des Berichts aufrichtig war, was das Thema Selbstmitleid aufgrund ihrer Beeinträchtigung betraf. Es wird demnach angenommen, dass die Verfasserin des Berichts wahrscheinlich entgegen der Aussage, sie hätte nie Selbstmitleid verspürt, doch Momente des Selbstmitleids erlebte.

3. *Irritation*: Es fällt beim Lesen des Textes auf, dass die Verfasserin immer wieder das Wort „normal“ unter Anführungszeichen verwendet.

Beispiele:

„(...) diese Aktionen eigentlich vollkommen „normal“ waren und nicht unbedingt mit meiner Beeinträchtigung zusammen hingen, (...).“

„Darum, so denke ich heute, und um mir selbst zu beweisen, dass ich „normal“ bin, war ich so verbissen darin, einen Freund zu suchen.“

„Er nimmt mich als völlig „normalen“ Menschen wahr und behandelt mich auch so.“

Aus Sicht der Verfasserin des Berichts liegt der Grund für die Verwendung der Anführungszeichen bei dem Wort *normal* darin, dass sie dieses Wort nicht möge und, da sie im Laufe ihres Studiums darauf sensibilisiert wurde, dass Wörter, wie *normal* oder *Normalität* von der *normalen*, nicht beeinträchtigen Gesellschaft geprägt wurden und immer noch werden. Sie sollen den Unterschied zwischen Menschen, die keine Beeinträchtigung haben und jenen mit einer Beeinträchtigung verbunden mit den, laut der gesellschaftlich weit verbreiteten Meinung, Problemen und Schwierigkeiten, welche eine Beeinträchtigung mit sich zieht, verdeutlichen.

Exkurs: Normalität

Laut Hermes (2007, 69) stellt Normalität eine gesellschaftliche Übereinkunft dar und keine naturgegebene Tatsache. Menschen mit einer Beeinträchtigung, so Hermes (ebd.), widersprechen dieser Übereinkunft, welche durch Attribute wie Gesundheit, Attraktivität oder Leistung ausgedrückt wird. Für Zemp (2006, o.S.; zit.nach Hermes 2007, 69) bedeutet Normalität demnach „das uneingeschränkte Funktionieren im jeweiligen Sozial- oder Gesellschaftssystem“. Eine Abweichung von den gesellschaftlichen Normvorstellungen wird in der Regel als minderwertiger Zustand angesehen, der zugleich mit einer sozialen Abwertung verbunden ist (Hermes 2007, ebd). Auch wenn die Begriffe wie Normalität und normal, deren Bedeutung und damit implizierten abwertenden Blickwinkel auf Beeinträchtigung innerhalb der scientific community weitestgehend kritisiert wird, so stellen diese Ausführungen bezüglich Normalität die bislang verbreitete Meinung in der (österreichischen) Gesellschaft dar. Zu den Kritikerinnen und Kritikern der Normalitätsdebatte zählen auch die Vertreterinnen und Vertreter der Disability Studies. Diese folgen der These, dass Beeinträchtigung ein gesellschaftliches Konstrukt ist, welches betroffene Menschen zu einer unterdrückten Bevölkerungsgruppe macht (Priestley, 2003, 26). Von dieser Annahme ausgehend können „Formierungen und Auswirkungen von Normvorstellungen“ und damit verbunden Konstrukte wie Normalität und normal hinterfragt werden (Naue 2005, 84). Naue weist in ihrer Publikation „Zur Analyse der Behindertenpolitik in Österreich aus dem Blickwinkel der Disability Studies“ ebenfalls darauf hin, dass Normvorstellungen eng verbunden mit Macht und Machtverhältnissen sind (ebd. 86). „Werden“, so Naue (ebd.), „bestimmte Eigenschaften und Fähigkeiten zur Norm erklärt und das Vorhandensein bestimmter Beeinträchtigungen als Abweichung von der Norm gesehen, wird die Frage der Ausgrenzung und des Ausschließens im Sinne von Nicht-Abweichung beziehungsweise von diesen Fähigkeiten, Eigenschaften und Beeinträchtigungen verstanden“.

Diese vorgeschriebenen Normvorstellungen und die damit verbundenen Vorstellungen über Körperlichkeit, so Naue (ebd.) weiter, haben Auswirkungen auf die Akzeptanz Menschen gegenüber, die diesen Vorstellungen und Erwartungen widersprechen bzw. diese nicht erfüllen.

Bezogen auf ihr Leben mit Beeinträchtigung hegte die Verfasserin des Berichts schon immer den Wunsch, von der Gesellschaft als normal angesehen zu werden. Die Tatsache, dass Menschen mit einer Beeinträchtigung noch immer keine angemessene Stellung in der Gesellschaft

innehaben bzw. die nicht beeinträchtigte Gesellschaft Beeinträchtigungen immer noch nicht als normal ansieht, löst in der Verfasserin des Berichts Wut und Enttäuschung aus.

Betrachtet man die Verwendung der Anführungszeichen vor und nach dem Begriff normal bzw. Normalität im Sinne der psychoanalytischen Textinterpretation, also nach dem unbewussten Sinn, so kann unterstrichen werden, dass diese Irritation, also die Verwendung der Anführungszeichen, den unbewussten Wunsch der Verfasserin nach dem Leben eines „Durchschnittsmenschen ohne Schicksalsschläge“ ausdrückt. Nach außen hin gibt sie sich als die selbstbewusste Frau, die mit ihrer Beeinträchtigung im Reinen ist, aber dennoch zeigt diese Hervorhebung des Wortes *normal* durch die Verwendung der Anführungszeichen, dass sie doch mit ihrer Beeinträchtigung und all den damit verbundenen Einschränkungen und Notwendigkeiten hadert und sich ein Leben ohne Beeinträchtigung wünscht. Außerdem zeigt die Verwendung der Anführungszeichen, dass die Autorin sich der Problematik und Unangemessenheit der Verwendung des Begriffs normal bewusst ist. Andernfalls würde sie normal nicht in Anführungsstriche setzen.

4. Irritation: Diese Irritation betrifft das Kapitel „*Beziehungsängste, Sexualität/Intimität, Angst vor Zurückweisung* und im Speziellen den Satz „*Heute spreche ich aus Erfahrung, wenn ich sage, dass man erst gefunden wird, wenn man nicht mehr sucht, denn bei mir war dies der Fall.*“

Auffallend bei diesem Satz ist die Tatsache, dass die Verfasserin nach der bis dahin durchgängigen Verwendung der Ich-Form an dieser Stelle in die Man-Form wechselt. Als Leserin bzw. Leser kann behauptet werden, dass dieser Satz lediglich als allgemeingültige Aussage gemeint war, aber im Rahmen dieser Analyse kann der Grund dafür auch darin gesehen werden, dass wiederum die *Normalität* seitens der Verfasserin hervorgehoben werden sollte. Des Weiteren leitet der Satz einen Teil im Text ein, der sich mit intimen Themen, wie dem Sexualleben und dessen „Schwierigkeiten“ aufgrund der Beeinträchtigung der Verfasserin beschäftigt. Durch diesen einleitenden Satz könnte die Verfasserin versuchen, eine Distanz zwischen sich und dem Beschriebenen herzustellen. Darüber hinaus könnte dieser Satz als Relativierung ihres bis dahin so erfolglosen Suchens nach einem trotz ihrer Beeinträchtigung unvoreingenommen und akzeptierenden Lebenspartner, gesehen werden. Mit diesem Satz stellt sie die mit ihrer Beeinträchtigung zusammenhängenden Probleme und Schwierigkeiten bei der Suche danach auf die gleiche Stufe mit den Problemen und Schwierigkeiten der Suche eines Menschen ohne Beeinträchtigung. Des Weiteren drückt die Verwendung der Man-Form das Bedürfnis nach Normalität aus, denn mit dem Wort „man“ wird eine Allgemeinheit bzw. das Allgemeine ausgedrückt,

in diesem Fall also die Mehrheit der Menschen, zu denen sich die Verfasserin des Berichts zählt und auch so gesehen werden will.

Aus der persönlichen Sicht der Verfasserin des Berichts stellt dieser Satz, wie bereits angenommen, eine für sie allgemeingültige Aussage dar. Die Interpretation, dass somit eine Distanz zwischen ihrem Erleben und dem Geschriebenen entstehen sollte, kann bestätigt werden, denn im Prozess des Verfassens des Berichts fiel es der Verfasserin schwer, die Grenze zwischen angebrachten Inhalten und intimen Inhalten zu ziehen. Durch die Relativierung, die durch diesen Satz geschieht, fiel es ihr leichter, über diese intimen, bisher nur mit ihrem Verlobten geteilten, Erlebnisse zu schreiben. Diese Zeit in ihrem Leben löst heute noch Gefühle wie Wut, Schmerz, Traurigkeit und inzwischen auch Scham aus. Die Verfasserin des Berichts erinnert sich nicht gern an diese Zeit zurück, da sie aus heutiger Sicht, ein anbiederndes Verhalten gegenüber dem anderen Geschlecht an den Tag gelegt hat, welches sie aus heutiger Sicht als beschämend empfindet, was wiederum den Wechsel in die Man-Form erklären könnte.

5.2.2 Klärung des Entstehungsprozesses der vier Irritationen

Bevor im Anschluss näher auf die Irritationen, deren mögliche Verbindung sowie dem Aspekt der Hippotherapie als Unterstützung eingegangen wird, soll in diesem Abschnitt dargestellt werden, wie es überhaupt zu diesen vier Irritationen gekommen ist, d.h.: Wie kam es dazu, dass diese der Verfasserin der Arbeit aufgefallen sind und somit ein Nachdenken darüber erst ermöglicht wurde?

Nachdem das Verfassen des autobiographischen Berichts abgeschlossen war, dieser von der Gegenlesegruppe und dem Betreuer der Arbeit gelesen und korrigiert wurde, traf sich die Verfasserin der Arbeit mit ihrem Betreuer zu einem Einzelgespräch. Darin explizierte dieser, was ihm beim Lesen des Berichts aufgefallen sei, nämlich die zuvor beschriebenen Irritationen. In einem sehr tiefreichenden und emotional aufwühlenden Gespräch wurden die vier Irritationen, deren Bedeutung sowie deren mögliche Verbindung dieser untereinander aber auch der Aspekt der Hippotherapie als Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit diesen vier Irritationen erschlossen.

Dieses Gespräch, sowie die für die Verfasserin der Arbeit beeindruckende, fachlich sehr kompetente Analyse bzw. Interpretation bezüglich des autobiographischen Berichts, der vier Irritationen und der unbewussten Aspekte, welche dahintersteckten, seitens des Betreuers der Arbeit, lösten einen enormen Denk- und Reflexionsprozess bei der Verfasserin der Arbeit bezüglich

ihres Lebens und dem Umgang mit ihrer Beeinträchtigung aus. Dieser Denk- und Reflexionsprozess führte zu den weiteren Schritten der Analyse.

5.2.3 Beschreibung aufgetretener Widerstände und Abwehrprozesse bei der Verfasserin des Berichts hinsichtlich der entstandenen Irritationen

In diesem Abschnitt soll ausgearbeitet werden, inwiefern die Verfasserin des Berichts bei der Auseinandersetzung mit der Thematik, den vier Irritationen und deren unbewussten Bedeutungen, Widerwillen und Abwehr verspürt hat.

Es geht hierbei darum etwaige entstandene Gefühle oder aufgetretene Erinnerungen aufgrund der intensiven Beschäftigung innerhalb des Gesprächs mit dem Betreuer hinsichtlich der Irritationen zu verdeutlichen und festzuhalten, ob diese Gefühle, Erinnerungen etc. Widerwillen oder Widerstände bei der Verfasserin des Berichts auslösten.

Die Beschäftigung und Analyse der dritten Irritation, nämlich der Verwendung der Anführungszeichen bei Begriffen, wie normal und Normalität und der unbewussten Bedeutung, nämlich dem unbewussten Wunsch nach dem Leben eines Durchschnittsmenschen ohne Schicksalsschläge, wurde von der Verfasserin als am Emotionalsten empfunden. Sie empfand die Interpretation der Irritation seitens des Betreuers im ersten Moment als sehr weit hergeholt und beinahe anmaßend. Gleichzeitig schmerzte sie diese Annahme und sie begann sich zu fragen, ob sie auf die Außenwelt die Wirkung habe, nicht mit sich und ihrer Beeinträchtigung im Reinen zu sein. Trotz der Tatsache, dass sie die Interpretation seitens des Betreuers hinsichtlich der Irritation, nicht bestätigte und diese eher ablehnte, reagierte die Verfasserin des Berichts innerlich sehr heftig auf die Erläuterungen und Behauptungen des Betreuers der Arbeit. Die Verfasserin des Berichts empfand ein hohes Maß an Selbstzweifel bezüglich ihrer bisherigen Selbstwahrnehmung. Das Entstehen von Selbstzweifel war sehr überraschend für die Verfasserin und sie zwang und zwingt sich seither nicht allzu viel darüber nachzudenken, da sie sich selbst immer als selbstbewusst sehen wollte und will.

Lässt sie jedoch Gedanken bezüglich dieser Thematik zu, so muss sich die Verfasserin eingestehen, dass sie sehr wohl an Selbstzweifel leidet, was sich in gewissen Situationen in ihrem Leben mit der Beeinträchtigung zeigt. Die Verfasserin des Berichts meidet zum Beispiel Situationen, Aktionen usw., bei denen ihr ihre Beeinträchtigung im Weg stehen könnte bzw. von fremden Personen bemerkt werden und deswegen Mitleid hervorgerufen werden könnte.

Auch der unbewusste Sinn, also der Wunsch nach dem Leben eines Durchschnittsmenschen ohne Schicksalsschläge, rief ambivalente Gefühle bei der Verfasserin des Berichts hervor. Die Verfasserin befindet sich bei dieser Thematik in einem gewissen inneren Kampf mit sich selbst. Einerseits verneint die Verfasserin das Vorhandensein dieses Wunsches vehement, da dies für sie ein Zeichen von Schwäche und wiederum Selbstzweifel ist. Darüber hinaus verbietet sie sich immer wieder selbst, diesem Wunsch zu folgen, da sie diesen für unangebracht in ihrer Situation sieht.

Erinnerungen und Situationen aus ihrem Leben, zeigen aber, andererseits, dass dieser Wunsch dennoch in der Verfasserin des Berichts vorhanden ist, denn sie hatte und hat immer wieder im Laufe ihres bisherigen Lebens Träume und Fantasievorstellungen, in denen sie als völlig gesundes Mädchen ohne Beeinträchtigung auftritt – und dies war verbunden mit positiven Gefühlen.

Auch ein Gespräch mit ihrem Verlobten zeigt die Ambivalenz bezüglich dieser Thematik. Nach einem Bericht im Fernsehen, wo es darum ging, ob eine Heilung von Krebs gefunden werden könne, kam die Frage seitens ihres Verlobten auf, ob sie sich denn vorstellen könne, dass sie, falls es die Möglichkeit eines Tages gebe, eine Operation machen oder andere Maßnahmen setzen würde, um von ihrer Beeinträchtigung „geheilt“ zu werden. Die Verfasserin beantwortete diese Frage prompt mit einem „Ja“. Unterstützend für die Behauptung, dass sich die Verfasserin das Leben eines Durchschnittsmenschen ohne Schicksalsschläge wünscht, kann auch die Tatsache angeführt werden, dass sie Aussagen von anderen Menschen mit einer Beeinträchtigung darüber, dass sie sich ihre Beeinträchtigung niemals wegwünschen würden und, dass sie es gut finden und, mit Vorbehalt ausgedrückt, stolz sind eine Beeinträchtigung zu haben, nie verstanden hat und als Irrsinn ansieht. Ihrer Meinung nach sind diese Menschen nicht ehrlich zu sich selbst.

Auch bei der Beschäftigung mit der vierten Irritation, dem Wechsel von der Ich- in die Man-Form, insbesondere aber durch die Behauptung dies sei eine unbewusste Relativierung ihres jahrelangen erfolglosen Suchens nach einem Lebenspartner und der damit verbundenen Gleichstellung ihrer Suchschwierigkeiten mit denen nicht beeinträchtigter Menschen, wurden bei der Verfasserin des Berichts Gefühle ausgelöst.

Die Besprechung dieser Thematik bewirkte bei der Verfasserin des Berichts, dass sie sich in die Zeit zurückversetzt fühlte und ihr kamen all die unglücklichen Begegnungen mit Männern wieder in den Sinn. Diese Erinnerungen lösten große Scham aber auch Beklommenheit bei der Verfasserin aus. Sie neigt auch dazu, diese Erinnerungen zu verdrängen, da sie sehr schmerzhaft

für sie waren und immer noch sind – obwohl sie mittlerweile glücklich verlobt ist. Die Verfasserin wehrt sich gegen diese Gefühle, insbesondere gegen den Schmerz, denn sie empfindet ihn aufgrund ihres jetzigen glücklichen Lebens als unangebracht.

5.2.4 Beschreibung der Verbindung zwischen den vier Irritationen und Ausarbeitung der Bedeutung für das Leben der Verfasserin

In diesem Schritt der Analyse soll ausgearbeitet werden, ob eine Verbindung zwischen den vier Irritationen besteht und wie sich diese gestaltet.

Bei der Interpretation und dem genaueren Blick auf die vier Irritationen lassen sich, wie bereits teilweise beschrieben, Zusammenhänge feststellen. Wendet man sich der ersten Irritation, also dem Nicht-Eingehen bzw. Beschreiben des Prozesses der Auseinandersetzung mit den erlebten negativen Erfahrungen, zu, so kann dies in Verbindung mit der zweiten Irritation, nämlich der aus dem Kontext gerissenen Hervorhebung des Nicht-Vorhandenseins von Selbstmitleid, gesetzt werden. Hätte sich die Verfasserin in ihrem Bericht mit dem Prozess der Auseinandersetzung beschäftigt, so hätte sich vermutlich gezeigt, dass Selbstmitleid aufgetreten wäre, denn, wie schon aus der Definition von *duden.de* ersichtlich wird, kommt es beim „Auseinandersetzen mit etwas“ zu einem kritischen Durchdenken des Geschehenen, kurz zu einer Reflexion darüber. Die im Kontext des Berichts nicht nachvollziehbare Betonung des nicht vor Selbstmitleid „Zergehens“ steht wiederum in Verbindung mit der Verwendung der Anführungszeichen bei dem Wort „normal“, also der dritten Irritation. Dies kann demzufolge so interpretiert werden, als dass es durch den Wunsch, der durch die Verwendung der Anführungszeichen unbewusst ausgedrückt wurde, das Leben eines „Durchschnittsmenschen ohne Schicksalsschläge“ führen zu wollen, eventuell erst zu dieser Betonung des Nicht-Vorhandenseins von Selbstmitleid kommt. Dadurch, dass die Verfasserin von der Außenwelt nicht als beeinträchtigt gesehen werden möchte und ihr Leben auch nicht beeinflusst durch die Beeinträchtigung gestalten und leben müssen will, neigt sie eventuell dazu, aufgetretenes Selbstmitleid aber auch den Wunsch nach Mitleid von anderen Menschen zu verdrängen.

Des Weiteren scheint die vierte Irritation, nämlich der Wechsel von der Ich- in die Man-Form bei einem doch sehr intimen Thema des Berichts, eine Erklärung für die Verwendung der Anführungszeichen beim Wort „normal“ und, daraus folgend, für die aus dem Kontext gerissene Betonung des Nicht-Erlebens von Selbstmitleid bezüglich der Beeinträchtigung zu sein. Dieser Erklärungsversuch kann folgendermaßen gesehen werden: Durch den Wechsel in die Man-

Form kommt es zu einer Relativierung der Beeinträchtigung und vor allem den damit verbundenen Problemen und Schwierigkeiten. Diese Relativierung kann aufgrund dem bereits beschriebenen Wunsch nach dem Leben eines „Durchschnittsmenschen ohne Schicksalsschläge“ erklärt werden. Diese Relativierung könnte darüber hinaus auch zeigen, dass die Verfasserin „unbewusst“ doch mit ihrer Beeinträchtigung hadert und dies steht wiederum im Widerspruch zu der Betonung des nicht erlebten Selbstmitleids. Dieses, vielleicht doch erlebte, aber verdrängte Selbstmitleid wird im Zuge des Berichts nicht explizit ausgedrückt, da, wie eingangs bereits erwähnt wurde, die Verfasserin sich nicht oder nur kaum mit dem wesentlichen Teil der Forschungsfrage, nämlich dem Prozess der Auseinandersetzung, in ihrem Bericht beschäftigt. Es kann demzufolge festgehalten werden, dass die vier aufgedeckten Irritationen des Berichts in einem zirkulären Verhältnis zueinanderstehen und sich gegenseitig bedingen.

Persönliche Gedanken der Verfasserin des Berichts hinsichtlich der Bedeutung der vier Irritationen für ihr Leben

Mit der Aufdeckung der vier Irritationen und der angestellten Interpretationen aus der distanzierten Sicht entstanden viele Gedanken hinsichtlich ihres Lebens seitens der Verfasserin des Berichts. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte sie sich noch nie so intensiv mit ihrer Beeinträchtigung, beziehungsweise noch nie in dieser Weise, auseinandergesetzt, wie im Schreibprozess der Masterarbeit. Dies war zum einen sehr verwirrend und löste, zum anderen, wie bereits beschrieben, auch Selbstzweifel und Verunsicherung aus. Die Frage: Bin ich doch unsicher, was meine Beeinträchtigung betrifft, beziehungsweise, hadere ich doch mehr damit, als ich bisher angenommen habe?, beschäftigt die Verfasserin des Berichts seitdem sehr.

Hinsichtlich der Bedeutung der vier Irritationen für ihr Leben, sieht sie ihr bisheriges Leben mit ihrer Beeinträchtigung in einem vollkommen anderen Licht. Insbesondere die Tatsache, der Überbetonung des Nicht-Aufkommens von Selbstmitleid, lässt sie nicht mehr los. Frequenzen aus ihrem Leben, wo sie teilweise vollkommen bewusst ihre Beeinträchtigung als Vorwand für Sachen, die sie nicht machen wollte und, was sie zumindest glaubte, nicht tun konnte, treten wieder in den Vordergrund. Diese lösen folgende Fragen aus: Warum habe ich meine Beeinträchtigung manchmal als Entschuldigung für ungewollte Tätigkeiten genommen? Habe ich dadurch in meinem Leben vielleicht etwas verpasst? Oder habe ich mich dadurch unbewusst vor eventuell auftretenden Selbstmitleid aufgrund von Scheitern geschützt? Es ist eine Tatsache, dass die Verfasserin sich aufgrund ihrer Beeinträchtigung nicht so viel zutraut, wie sie vielleicht doch kann, aber bisher hat sie dies nicht überbewertet oder mit der möglichen Angst,

an ihre Grenzen zu stoßen und somit Selbstmitleid zu erfahren, in Verbindung gesetzt. Auch der durch die Verwendung der Anführungszeichen ausgedrückte Wunsch nach dem Leben eines Durchschnittsmenschen ohne Schicksalsschläge kam ihr bis zu der in diesem Kontext durchgeführten Analyse nie in den Sinn. Natürlich überlegt sie manchmal, wie es wäre diese Beeinträchtigung nicht zu haben, aber dies waren lediglich Gedanken darüber, was wäre wenn. Passend dazu fällt der Verfasserin des Berichts wiederum das Gespräch mit ihrem Verlobten ein, welches bereits in Kapitel 5.2.3 erwähnt wurde. Die Antwort der Verfasserin des Berichts auf die von ihrem Verlobten gestellte Antwort zeigt, eigentlich, genau das, was die vier Irritationen auch zeigen: Die Verfasserin des Berichts ist mit ihrer Beeinträchtigung nicht so sehr im Reinen, wie sie es immer angenommen hat. Die vier aufgedeckten Irritationen beeinflussen ihr Leben in vielerlei Hinsicht, was ihr aber im Vorfeld nicht bewusst war.

Sie relativiert ihre Beeinträchtigung, verdrängt oder hat aufgekommenes Selbstmitleid verdrängt, hat sich kaum mit negativen Erfahrungen auseinandergesetzt und hegt den Wunsch nach dem Leben eines Durchschnittsmenschen. So kann man die momentane Sicht auf sich und ihr Leben sehen. Die Bedeutung dieser vier Irritationen auf ihr Leben ist, aus Sicht der Verfasserin des Berichts, kaum zu fassen.

Um diesen doch negativen Blick auf sich und ihr Leben zu relativieren und umzukehren, wurde der dritte Schritt der Analyse, nämlich die Ausarbeitung der Frage: Wie hat die Hippotherapie der Verfasserin im Prozess der Auseinandersetzung mit den vier zuvor aufgedeckten und explizierten Irritationen geholfen? durchgeführt.

5.2.5 Ausarbeitung des Aspektes der „Hippotherapie als Unterstützung im Prozess der Auseinandersetzung“ mit den vier Irritationen

In der bisherigen Analyse wurden die vier Irritationen und deren Bedeutung für das Leben der Verfasserin des Berichts expliziert, interpretiert und diese Interpretation mit persönlichen Gedanken darüber gestützt. Im dritten Schritt der psychoanalytischen Textinterpretation wird der Frage nachgegangen: Wie hat die Hippotherapie der Verfasserin hinsichtlich der vier Irritationen geholfen?

Im letzten Abschnitt des autobiographischen Berichts geht die Verfasserin auf die Hippotherapie ein. Für sie war der Ort der Hippotherapie, wie auch schon in Kapitel 5.2.4 beschrieben ein dritter „Lebensbereich“ neben dem Elternhaus und der familiären Umgebung sowie dem Kindergarten und später der Schule. Dieser dritte Lebensbereich war unabhängig und losgelöst von

den anderen. Die Verfasserin erlebte dort das Gefühl von Normalität, Unterstützung, Verständnis und Hilfe. Sie war dort frei von den Gedanken, negativen Erfahrungen und Gefühlen, die mit ihrer Beeinträchtigung zusammenhängen.

Hinsichtlich der Frage, die in diesem Schritt der Analyse beantwortet werden soll, stellt einen wesentlichen Punkt die Erfahrung von Normalität innerhalb der Hippotherapie dar. Wie im autobiographischen Bericht an mehreren Stellen beschrieben wurde, hatte die Verfasserin fortwährend das Gefühl, als ein normaler Mensch angesehen zu werden und nicht auf die Beeinträchtigung, die dennoch den Fokus der Therapie darstellte, reduziert zu werden. Angemerkt werden muss, in diesem Zusammenhang, dass diese Vermittlung von Normalität zwar kein explizites Therapieziel ist, aber dennoch fühlte sich die Verfasserin des Berichts durch die Interaktionen und Gespräche mit den Therapeutinnen und Therapeuten als komplett normaler Mensch. Diese Tatsache wirkte unterstützend auf ihr Selbstbild, bestärkte aber vielleicht auch den Wunsch, von der Außenwelt als normal angesehen zu werden. Das Bedürfnis aber auch das Unverständnis der Außenwelt, die sie nicht, wie gewünscht, als normal ansah, wurde durch die Hippotherapie eventuell bestärkt. Positiver gesehen werden kann diese Annahme unter dem Gesichtspunkt, dass ihr Selbstbild und auch ihr Selbstbewusstsein durch die Therapie soweit gestärkt und gefördert wurde, dass sie selbst die Beeinträchtigung als nichts Besonderes ansah und auch heute nicht tut, und sich dies auch von der Außenwelt so wünscht.

Die Annahme, dass es durch die Hippotherapie zu einem Anstieg an Selbstbewusstsein gekommen ist, kann auch in Verbindung mit dem Nicht- Auseinandersetzen mit den negativen Erfahrungen sowie damit, dass anscheinend kein Selbstmitleid wegen der Beeinträchtigung aufgekomen ist, gesetzt werden. Für die Verfasserin war die Hippotherapie, einerseits, ein Ort, wo trotz der Beschäftigung mit ihren physischen Beeinträchtigungen, auch ihre „gesunden“ Fähigkeiten und personenbezogenen Aspekte, sprich ihr Wesen, ihr Charakter – sie als selbstständiger, frei denkender Mensch – in den Mittelpunkt gestellt wurden. Dies bestärkte sie vielleicht darin, negative Erfahrungen nicht überzubewerten. Andererseits wurden, wie auch im autobiographischen Bericht beschrieben wurde, alltägliche Erlebnisse und Geschehnisse mit der Hippotherapeutin bzw. dem Hippotherapeuten besprochen. Allerdings nur, wenn die Verfasserin dies gewünscht hat. Sie hegte aber nie, nicht nur in Bezug auf die Hippotherapie, sondern auch im Alltag, das Verlangen, mit anderen Personen ihre Probleme und negativen Erfahrungen aufgrund ihrer Beeinträchtigung zu besprechen. Dies hängt wiederum mit der Tatsache zusammen, dass sie diese Probleme nicht zu sehr an sich „ran“ ließ und damit, dass sie ihre Beeinträchti-

gung und die etwaigen negativen Erfahrungen immer wieder relativierte. Dennoch wurde eventuell ein Denkprozess angeregt, der wiederum eine Auseinandersetzung mit den negativen Erfahrungen mit sich zog.

Den wesentlichsten positiven Einfluss auf die Verfasserin während der Hippotherapie, so die weitere Annahme, hatten die Pferde beziehungsweise die Tatsache, dass es sich bei der Hippotherapie um eine tiergestützte Therapie handelt. Die Wirkung der Pferde auf den Menschen wurde in unzähligen Publikationen nachgewiesen (vgl. Kap 3.1.1). Die Verfasserin veranschaulicht diese Wirkung des Pferdes auch in ihrem Bericht. Sie schreibt, dass sie stolz darauf war, dass sie als so ein kleiner Mensch sich auf so ein großes Tier gesetzt hat und dass sich die Ruhe der Pferde auf sie übertrug. Ihre Sicherheit wuchs auf dem Rücken der Pferde und sie traute sich im Alltag mehr zu.

Die Pferde hatten auch Einfluss auf das Wesen der Verfasserin des Berichts. War sie zu Beginn der Hippotherapie ein schüchternes und zurückhaltendes Mädchen, so entwickelte sie sich im Laufe der Zeit immer mehr zum Gegenteiligen. Das Vertrauen, welches sie zu den Pferden aufbaute und die positive Resonanz seitens der Hippotherapeutin bzw. dem Hippotherapeuten unterstützten sie, sich immer mehr zu öffnen und über sich hinaus zu wachsen.

5.2.6 Darstellung und Diskussion der Ergebnisse der Analyse

„Hippotherapie hat sich auch neben den medizinischen Aspekten positiv auf meine Entwicklung, ja auf mein gesamtes Leben, ausgewirkt und dies gilt nicht nur für mich, sondern auch für andere Menschen mit einer Beeinträchtigung“. Mit dieser Einstellung kam die Verfasserin das erste Mal zu ihrem Betreuer. Sie war davon überzeugt, dass sich ihr Wesen, ihre Einstellung zu ihrer Beeinträchtigung und damit verbunden ihr Leben seit der Hippotherapie durch diese so positiv entwickelt hatte.

Dieses runde, für sich stimmige Bild begann aber im Laufe der Analyse des autobiographischen Berichts mit Hilfe der psychoanalytischen Textinterpretation immer mehr zu bröckeln und sich zu verändern. Zum einen zeigte sich während der Analyse, dass die Überzeugung der Verfasserin der Arbeit, sie sei mit der Tatsache, dass sie eine Beeinträchtigung habe, im Reinen, nicht ganz so zutreffend ist, wie von ihr angenommen. Der Verfasserin der Arbeit wurde im Zuge der Analyse immer deutlicher, dass Widersprüchlichkeiten zwischen ihrer Selbstwahrnehmung und der Wahrnehmung ihrer Beeinträchtigung und ihrem Unbewussten vorherrschen.

Zum anderen zeigte sich durch die Analyse, dass die Hippotherapie der Verfasserin des Berichts hinsichtlich der vier Irritationen, welche im autobiographischen Bericht aufgedeckt wurden, nur bedingt geholfen hat.

Als ersten Schritt sollen die aufgestellten Interpretationen und die Widersprüchlichkeiten, welche seitens der Verfasserin des Berichts durch diese entstanden, nochmals kurz zusammengefasst werden, um danach in einem zweiten Schritt die Ergebnisse bzw. die Interpretationen bezüglich des Aspekts der Hippotherapie als Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit den negativen Erfahrungen bzw. mit den explizierten Irritationen zusammenzufassen.

Hinsichtlich der ersten Irritation, also dem Sich-Nicht-Auseinandersetzen mit den negativen Erfahrungen wurde die Annahme aufgestellt, dass die Beschäftigung mit den von ihr erlebten negativen Erfahrungen bezüglich ihrer Beeinträchtigung vermutlich doch emotionaler und auch schmerzhafter war, als von der Verfasserin im Vorfeld angenommen. Die Verfasserin des Berichts gibt sich nach außen hin stärker und selbstbewusster, als sie vielleicht ist und sie misst negativen Erfahrungen in ihrem Leben nicht allzu große Bedeutung zu. Man kann auch annehmen, dass sie diese lieber verdrängt, als sich mit ihnen auseinanderzusetzen, vielleicht auch aus Gründen des Selbstschutzes, um nicht zu sehr verletzt zu werden. Durch die entstandenen Emotionen konnte und/oder wollte sich die Verfasserin des Berichts nicht zu intensiv mit ihren Erfahrungen beschäftigen. Diese Behauptung führte jedoch bei der Verfasserin des Berichts zu Widerstand, denn sie hatte bisher den Eindruck ein sensibler Mensch zu sein, der sich nicht davor scheut, sich mit seinen Gefühlen auseinanderzusetzen.

Die nichtnachvollziehbare Erwähnung der Tatsache, dass sie aufgrund ihrer Beeinträchtigung niemals Selbstmitleid verspürte, stellte die zweite Irritation dar. Diese ist, der Analyse folgend, eng mit der ersten Irritation verbunden. Es entstand die Annahme, dass ein tieferes Eintauchen bzw. Auseinandersetzen mit ihren negativen Erfahrungen vielleicht doch das Erleben von Selbstmitleid mit sich ziehen würde. Selbstmitleid ist gesellschaftlich nicht sehr hoch angesehen, da in unserer Leistungsgesellschaft jeder zu funktionieren hat, weshalb Selbstzweifel und Selbstmitleid keinen Platz haben, egal ob man eine Beeinträchtigung hat oder nicht.

Die dritte Irritation betraf die Verwendung der Anführungszeichen vor und nach den Begriffen normal und Normalität innerhalb des Berichts. Interpretiert wurde diese Irritation dahingehend, als dass sie Ausdruck für den unbewussten Wunsch der Verfasserin des Berichts sei, das Leben eines Durchschnittsmenschen ohne Schicksalsschläge zu führen.

Der Wechsel von der ersten Person zur dritten Person innerhalb des Berichts wurde als vierte Irritation beschrieben. Dieser Wechsel geschah an einer Stelle bzw. in einem Kapitel des Be-

richts, in dem sehr intime und persönliche Themen im Leben der Verfasserin des Berichts behandelt wurden. Im Zuge der Analyse wurde diesbezüglich angenommen, dass durch diesen Wechsel die Verfasserin des Berichts wiederum die Normalität ihres Lebens und ihrer Person unterstreichen wollte, indem sie ihre Beeinträchtigung und die damit verbundenen Probleme bei der Suche nach einem Partner relativierte und sich somit auf die gleiche Stufe stellte, wie Menschen ohne Beeinträchtigung. Darüber hinaus könnte der Wechsel auch eine Distanz zu dem Beschriebenen herstellen, welches sehr intime Aspekte preisgab.

Zu welchem Ergebnis kommt nun die Analyse hinsichtlich der Frage „*Wie hat die Hippotherapie der Verfasserin des Berichts hinsichtlich der vier Irritationen geholfen?*“ und auch hinsichtlich der Forschungsfrage.

Wie bereits beschrieben, veränderte sich im Zuge der Analyse das Bild von Hippotherapie seitens der Verfasserin des Berichts, da die Interpretationen bezüglich der obigen Frage, dieses teilweise in Frage stellten. Die Ergebnisse können rein objektiv gesehen positiv betrachtet werden, dennoch nicht in Hinblick auf die vier Irritationen, welche Gegenstand der Analyse waren. Demnach kann festgehalten werden, dass die Hippotherapie als dritter Lebensbereich bzw. die Wahrnehmung ihrer Person durch die beteiligten Personen, der Verfasserin des Berichts zwar das Gefühl von Normalität gab, was sich vermutlich positiv auf ihr Selbstbild und auch ihr Selbstbewusstsein auswirkte, aber auch den Wunsch, von der Außenwelt als normal angesehen zu werden, bestärkte. Diese Annahme kann somit auch eine Erklärung dafür sein, dass die Verfasserin den negativen Erfahrungen nicht allzu viel Bedeutung beimaß und sie vermutlich teilweise verdrängte und somit auch das Erfahren von Selbstmitleid. Die Normalität, welche die Verfasserin durch die Hippotherapie erfuhr, bestärkte sie zwar, sich als normal anzusehen, bewirkte aber eventuell, dass sie sich mit ihrer Beeinträchtigung nicht zu sehr beschäftigte und dies auch bis heute nicht immer will.

5.3 Vergleich der Ergebnisse der beiden Analysen des autobiographischen Berichts

In diesem Kapitel sollen die Ergebnisse der Analysen des autobiographischen Berichts mit Hilfe der qualitativen strukturierenden Inhaltsanalyse mit den Ergebnissen der Analyse mit Hilfe der psychoanalytischen Textinterpretation verglichen werden.

Dazu werden die Ergebnisse der beiden Analysen jeweils nochmals dargestellt und die Bedeutung der einzelnen Ergebnisse für die Verfasserin des Berichts beschrieben. Anschließend wird dies miteinander verglichen, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufzudecken.

Grundsätzlich sticht die Tatsache ins Auge, dass die Analyse mit Hilfe der qualitativen strukturierenden Inhaltsanalyse, also die Frage nach dem manifesten Inhalt des Berichts, maßgeblich positivere Ergebnisse hervorbringt als die Analyse mit Hilfe der psychoanalytischen Textinterpretation. Dies liegt am Fokus der Analyse. Die qualitative Inhaltsanalyse sucht nach den explizit vorliegenden Aussagen und versucht diese in einen größeren interpretativen Kontext einzuordnen (vgl. Kap.4.4). Bei der psychoanalytischen Textinterpretation hingegen geht es um den unbewussten Sinn gewisser Aussagen (vgl. Kap. 4.2).

In diesem Zusammenhang sollen im folgenden Abschnitt die markantesten Unterschiede aber auch die Gemeinsamkeiten hervorgehoben werden.

Die Ergebnisse der Analyse des autobiographischen Berichts mit Hilfe der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse fallen, wie bereits erwähnt, sehr positiv aus:

Die Verfasserin des Berichts erscheint durch die Analyse mit Hilfe der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse als ein Mensch, der zwar eine physische Beeinträchtigung hat, auch negative Erfahrungen damit gemacht hat, aber dennoch immer wieder auf die Unterstützung und den Rückhalt ihrer Bezugspersonen zählen konnte und kann und ihrer Beeinträchtigung keine ambivalenten Gefühle entgegenbringt. Diese scheint von der Verfasserin des Berichts akzeptiert und als nicht veränderbar angesehen zu werden. Die Hippotherapie wird als große Unterstützung bei der Persönlichkeitsentwicklung der Verfasserin des Berichts angesehen, auch wenn die Verfasserin des Berichts nicht näher auf die Art der Unterstützung durch die Hippotherapie eingeht. Dennoch wird beschrieben, dass es durch die Hippotherapie zu einer Selbstbewusstseinssteigerung und zu mehr Selbstachtung gekommen ist, und dass die positiven Erfahrungen, die während der Hippotherapie gemacht wurden, auch maßgeblich Einfluss auf das jetzige Leben der Verfasserin als Erwachsene haben. Insbesondere die Interaktionen mit der Hippotherapeutin bzw. dem Hippotherapeuten sowie mit den Pferden werden als Grund für die positive Entwicklung seitens der Verfasserin des Berichts gesehen.

Es wird in keiner Weise von Selbstmitleid und -zweifel, Verdrängung von negativen Erfahrungen oder Relativierung ihrer Beeinträchtigung gesprochen, und es kommt kein Zweifel auf, dass die Verfasserin des Berichts ihre Beeinträchtigung akzeptiert, mit ihr zurechtkommt, nicht an Selbstzweifel leidet und ein selbstbewusster Mensch ist, der mit beiden Beinen im Leben steht. Der Eindruck, welcher durch die Analyse mithilfe der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse erweckt wird, lässt, in Hinblick auf die zentrale Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit, nämlich „In welcher Hinsicht berichten Menschen, die von Spina Bifida betroffen sind, von Hippotherapie als eine Unterstützung im Prozess der Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen, welche mit ihrer physischen Beeinträchtigung in Verbindung stehen?“, folgenden

Rückschluss ziehen: Die Verfasserin des Berichts hat negative Erfahrungen durch die Hippotherapie leichter akzeptiert und verarbeitet. Dieser Eindruck deckt sich mit dem der Verfasserin der Arbeit über ihr Leben, ihre Beeinträchtigung und auch die Auswirkungen der Hippotherapie darauf.

Vergleicht man nun die Ergebnisse der Analyse des Berichts mit Hilfe der psychoanalytischen Textinterpretation, so lassen sich doch einige gravierende Unterschiede erkennen. Durch die Identifizierung und Interpretation der vier Irritationen zeigt sich, dass die Verfasserin durchaus mit ihrer Beeinträchtigung hadert und es immer wieder zu Selbstzweifel diesbezüglich gekommen ist. Sie neigt dazu, ihre Beeinträchtigung zu relativieren und damit verbundene negative Erfahrungen zu verdrängen. Darüber hinaus besteht durchaus der Wunsch nach einem Leben ohne Beeinträchtigung.

Es kann demnach festgehalten werden, dass die Ergebnisse der psychoanalytischen Textinterpretation wesentlich negativer erscheinen als die der Inhaltsanalyse. Dass dies mit dem unterschiedlichen Fokus der beiden Analysen einhergeht, wurde bereits eingangs beschrieben, aber dennoch klaffen die Ergebnisse der beiden Analysen auseinander.

Bezüglich der Forschungsfrage führen die beiden Analysen aber dennoch zu ähnlichen Ergebnissen, auch wenn diese durch die psychoanalytische Textinterpretation teilweise relativiert bzw. kritischer betrachtet werden. Beide Analysen zeigen, dass es bei der Verfasserin des Berichts durch die Hippotherapie zu einer positiven Entwicklung gekommen ist, auch wenn durch beide Analysen die Frage nach der Art der Unterstützung dieser bei der Auseinandersetzung mit den negativen Erfahrungen nicht beantwortet werden kann. Dies liegt aber daran, dass die Verfasserin des Berichts nicht darauf eingegangen ist (vgl. Kap. 5.2.1). Die durch die Analyse mit Hilfe der psychoanalytischen Textinterpretation hervorgebrachten Ergebnisse haben eine besondere Wirkung auf die Verfasserin der Arbeit, denn durch die vier identifizierten, analysierten und interpretierten Irritationen begannen ihr Selbstbild, die eigene Wahrnehmung ihrer Beeinträchtigung sowie die Wertschätzung der Hippotherapie ins Wanken zu geraten.

War die Verfasserin der Arbeit bei der Analyse mit Hilfe der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse noch davon überzeugt, dass ihre These „Hippotherapie hat sich auch neben den medizinischen Aspekten positiv auf meine Entwicklung, ja auf mein gesamtes Leben ausgewirkt“ durchaus zutrefte, so kann diese These im Anschluss an die Analyse mit Hilfe der psychoanalytischen Textinterpretation nur bedingt als gültig angesehen werden.

Ein besonders markanter Aspekt, bei dem sich ein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Analysen zeigt, betrifft die Vermittlung von Normalität, die, wie bereits beschrieben zwar

nicht als Therapieziel benannt wird, aber die dennoch von der Verfasserin des Berichts innerhalb der Hippotherapie und insbesondere innerhalb der Interaktionen mit und der Wahrnehmung durch die Therapeutinnen und Therapeuten, wahrgenommen wurde.

Wird dieser Aspekt des Berichts an den manifesten Aussagen der Verfasserin des Berichts gemessen, d.h. an der Analyse mit Hilfe der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse, so wurde die implizite Vermittlung von Normalität innerhalb der Hippotherapie von der Verfasserin des Berichts als durchaus positiv aufgefasst und als eine Unterstützung für ihr Leben gesehen.

Kritischer betrachtet wird dieser Aspekt allerdings infolge der Analyse mit Hilfe der psychoanalytischen Textinterpretation, wo die These aufgestellt wird, dass die Vermittlung von Normalität bei der Verfasserin des Berichts den unbewussten Wunsch verstärkte, auch von der Außenwelt als normal angesehen zu werden. Diese These wiederum kann, der psychoanalytischen Textinterpretation folgend, eine Erklärung dafür sein, dass die Verfasserin des Berichts ihren negativen Erfahrungen zunächst nicht allzu viel Bedeutung beimaß und diese vermutlich auch verdrängte.

Als Fazit dieses Vergleiches kann, trotz der beschriebenen Unterschiede, bezüglich der Beantwortung der zentralen Forschungsfrage festgehalten werden, dass Hippotherapie für die Verfasserin des Berichts eine Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen darstellte und zwar dadurch, dass im Laufe der Hippotherapie eine wesentliche Persönlichkeitsentwicklung stattfand, ohne welche die Verfasserin des Berichts negative Erfahrungen aufgrund ihrer Beeinträchtigung heute vielleicht schwieriger akzeptieren, hinnehmen und verarbeiten würde.

6. Analyse der halbstandardisierten Interviews

Wie bereits im Abschnitt „Methodisches Vorgehen“ erläutert, wurden auch zwei halbstandardisierte Interviews mit ebenfalls von Spina Bifida Betroffenen, die auch Hippotherapie über einen längeren Zeitraum in Anspruch genommen haben bzw. nehmen, durchgeführt. Diese Interviews werden im folgenden Kapitel analysiert und diskutiert.

In diesem Zusammenhang sollen die wesentlichen Eckdaten bezüglich der beiden interviewten Personen dargestellt werden:

Interviewpartnerin 1, Steffi, ist 19 Jahre alt, macht seit ca. 13 Jahren Hippotherapie (mit Unterbrechungen) und sitzt im Rollstuhl. Die von der Spina Bifida Myelomeningocele betroffenen Wirbelsäulenstelle liegt zwischen dem 3. und dem 4. Lendenwirbel.

Interviewpartnerin 2, Lisa, ist ebenfalls 19 Jahre alt, macht seit ca. 16 Jahren Hippotherapie (ebenfalls mit Unterbrechungen) und sitzt ebenfalls im Rollstuhl. Ihre betroffene Wirbelsäulenstelle liegt zwischen dem 4. und dem 5. Lendenwirbel.

Zum Vergleich: Bei der Verfasserin der Arbeit ist der 2. Steißbeinwirbel betroffen, d.h. die Spina Bifida liegt viel tiefer vor und, wie bereits in Kapitel 1.1 beschrieben, gilt: Je weiter unten an der Wirbelsäule die Spina Bifida vorliegt, desto günstiger sind ihre Folgesymptome.

6.1 Analyse mit Hilfe der qualitativen (strukturierenden) Inhaltsanalyse

Bei der Analyse der halbstandardisierten Interviews wurden dasselbe Selektionskriterium, also der Aspekt der Hippotherapie als Unterstützung im Prozess der Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen aufgrund der Beeinträchtigung, sowie dieselben Kategorien gewählt. Die Aussagen der beiden interviewten Personen werden den in Kapitel 5.1 aufgestellten Kategorien zugeordnet, danach werden die Ergebnisse pro Kategorie beschrieben und abschließend werden alle Ergebnisse der Analyse diskutiert.

Bezüglich der Darstellung der relevanten Textstellen ist anzumerken, dass pro Kategorie immer zuerst die Aussagen von Interviewpartnerin 1 und dann die Aussagen von Interviewpartnerin 2 aufgelistet werden. Der Wechsel wird zur leichteren Übersicht dementsprechend gekennzeichnet.

Oberkategorie A1: Aussagen über Erfahrungen, die mit der physischen Beeinträchtigung in Verbindung stehen, in Situationen außerhalb der Hippotherapie

1. Darstellung der Textstellen je Kategorie

Positiv:

Int.1, Z.69-72

„Ja, ich meine, ich war mit Freunden unterwegs (I: Mhm) und die haben dann auch gleich Partei ergriffen und haben gleich, ah, dann auch gemeint, dass das voll komisch ist, ja (I: Mhm), und, dass a Ruh geben sollen die anderen und (.), ja ich hab dann gar nicht mehr viel sagen können [lacht] eigentlich, weil meine Freunde dann eben was gesagt haben.“

Int.1, Z.87-91

„Hmm, (2), eigentlich gar nicht. Also die sehen mich so, wie ich bin und ganz normal eigentlich (I: Mhm). Und (.), also es ist auch zu meiner Schwester ganz normal und (2) jo, ich meine es ist halt, ich muss umhergefahren werden, weil ich halt noch keinen Führerschein habe (I: Mhm), aber das gehört mittlerweile auch schon dazu [lacht] (I: Ok.) und ist eigentlich ganz normal (I: Mhm).“

Int.1, Z.97-100

„Ja, ja. Eigentlich (2) nein. Wäre mir jetzt nicht wirklich was aufgefallen. Ich meine, es ist halt das einzige eben das Fahren, aber das is halt, das will meine Schwester dann auch immer, also das machen sie bei meiner Schwester auch immer (I: Mhm), also, wenn sie will und das ist ...“

Int.1, Z.103-105

„Hmmm, ja, das ist ein bisschen schwer zu sagen, weil ich bin doch schon ein bisschen älter (I: Mhm), aber, naaa, also, ich glaub eher, ich würd jetzt eher sagen nein. (I: Ok.) Mir würde nichts auffallen.“

Int.1, Z.114-119

„Jooo, ich würde schon sagen, dass sie mich als ganz normal hinnehmen, als Erwachsene. Und ich wohne sowieso noch daheim und es ist jetzt nicht so, dass ich jetzt, keine Ahnung, also ich werde jetzt nicht ausziehen in nächster Zeit, also (I: Mhm), weil ich auch mit der Schule noch nicht fertig bin (I: Mhm) und jetzt ist das noch nicht soo Thema, sag ich einmal (I: Mhm). Aber

ich glaube nicht, dass sich das, wenn das einmal Thema wird, dann, dass das irgendwie was, äh, anders wäre (I: Mhm). Glaub ich nicht.“

Int.1, Z.166-169

„Ahm, also jetzt nicht direkt eigentlich, dass sie irgendwie was gesagt hätten, na. Also ich habe ein kleines Grüppchen von Freunden, sag ich jetzt einmal (I: Mhm), und die, also da is alles so, also das passt gut und die helfen mir auch, wenn irgendwas ist oder so (I: Mhm, mhm) und das passt, also.“

Int.2, Z.28

„Hmmm, nicht wirklich. Ich mache zu 99 Prozent alles mit (I: Mhm).“

Int.2, Z.204

„Sie nehmen es mit Humor (I: Mhm). Beziehungsweise geben mir wenigstens eine Chance.“

Int.2, Z.219

„Meine beste Freundin bekommt mich dann irgendwie wieder hin [lacht].“

Negativ:

Int. 1, Z.41-47

„Jo, vo Fremde is schon manchmal komisch, oiso, ahm, es is halt auch irgendwie, wenn man, wenn viele Leute sind oder so, oiso i war zum Beispiel jetzt im September auf einem Kirtag in S. und da waren doch ziemlich viele Leut und da sind wir, zum Beispiel, in der Mitte gestanden und dann ham die Leut halt ned vorbei können und das war halt auch voll: ‚Na, jetzt steht de do mitn Rollstuhl da in der Mitte! [abwertender Ton]‘ und (.) das ist halt auch voll komisch (I: Mhm), oba es sind ned olle Leut gleich, oiso, (.) es gibt solche und solche. Es ist eigentlich unterschiedlich (I: Mhm).“

Int.1, Z.188-194

„Ja, ich glaub schon, also eben in Bezug auf Freunde oder so. Also ich glaub schon, dass das (2). Es ist jetzt nicht so im Vordergrund (I: Mhm), aber ich glaube schon, dass es ein bisschen

beeinflusst zumindest, also, es ist schon ein bisschen dadurch auch (I: Mhm). Aber, ja, ich versuche halt irgendwie, dass ich das, ned so in den Vordergrund stelle (I: Mhm) und, dass das einfach irgendwie, keine Ahnung, so Nebensache ist (I: Mhm). Also, das ist auch noch ein bisschen in der Entwicklung [beide lachen]. Ich probiers zumindest, aber es ist halt nicht so einfach (I: Mhm).“

Int.2, Z.11-14

„Teilweise hart, weil in meiner Schul, zum Beispiel, habe ich mich gar nicht mit meinen Klassenkameraden zurecht gefunden, ok, ich war die einzige Behinderte unter hundertfünfzig Schüler acht Jahre lang [lacht] (I: Mhm), ich sag nur: „Einmal und nie wieder!“ [lacht]. Jaaa, aber ich hab mich damit zurecht gefunden.“

Int.2, Z.19

„Schnellbahn (I: Mhm). Da komm ich nämlich alleine gar nicht rein (I: Ja)“

Int.2, Z.39-42

„In der Hauptschule wollten sie mir fast nicht helfen. Da war ich meistens der Außenseiter (I: Mhm). Und ich tu mir auch irrsinnig schwer beim Integrieren, teilweise (I: Mhm), in Gruppen.“

Int.2, Z.55

„Jaaa, mehr als genug!“

Int.2, Z.57-62

„Jo, eben halt auch, dass sie mich überall ausgegrenzt haben, also fast überall, weil sie einfach, keine Ahnung, anscheinend nicht gewusst haben, wie sie mich integrieren sollen (I: Mhm) am Besten. Aber nur von den Mädchen ist mir das aufgefallen (I: Aso?). Ja. Die Buben in der Hauptschule wollten mich immer dabei, meistens dabei haben. Aber wir haben ein, zwei in der Klasse gehabt, die wollten mich nicht dabei haben. Wenn die gesagt haben: „Na, der dürft ihr nicht helfen!“, haben sie mir nicht geholfen.“

Int.2, Z.68-69

„Darum bin ich auch teilweise wegen denen eine halbe Stunde zu spät in den Unterricht gekommen, weil sie mir bei den Rampen eben nicht geholfen haben. (I: Mhm, ok)“

Int.2, Z.,128

„Also, die ist bis jetzt wegen dem Rollstuhl immer schief gegangen! Immer!“

Int.2, Z.132-134

„Ja, am Anfang hats immer geheißen, ihnen ist der Rollstuhl wurscht (I: Mhm) und dann nach zwei drei Wochen hat es auf einmal geheißen: „Nein, ich komme doch nicht mitn Rollstuhl zurecht.“ (I: Mhm) Und, ob wir nicht doch nur normale Freunde sind und so.“

Int.2, Z.165-166

„Hmm, ich habe schon Angst davor, dass mich der andere veräppelt, weil das bin ich ja schon jetzt schon ziemlich oft geworden (I: Mhm). Zu oft! [lacht] (I: Mhm) (2) Ja.“

Int.2, Z.168-170

„Einmal schon. Aber sonst nicht. Aber der hat sich auch nach ein paar Tagen nachher hat er sich noch gemeldet, aber dann war Sendepause. Und seitdem hab ich auch nichts mehr gehört.“

Int.2, Z.178

„Die meisten haben dann auf die Minute den Kontakt abgebrochen.“

Int.2, Z.201

„Ja, ja, ja. Ich hab einfach Angst, dass sie mich wieder sekkieren.“

Nicht zuordbar:

Int. 1, Z.25-30

„Ja, ich mein, schon, ah, natürlich, wenn was nicht barrierefrei ist, des is ziemlich oft in Österreich, leider, (I: Ja.), was nicht sehr gut is (I: Mhm), dann merkstas natürlich schon, oba so unter Freunden, oder so, oiso, merk i jetzt eigentlich, ned, dass das irgendwie anders wäre, (I: Mhm) oiso, vor allem mit denen, wo ich schon immer und afoch, wennst mit denen was tust oder so, is das ganz normal (I: Mhm, mhm). Und, jo, sunst. Jo, eigentlich nur mit der Barrierefreiheit, oba sunst merkstas eigentlich ned.“

2. Zusammenfassende Darstellung der Aussagen

Beide Interviewpartnerinnen berichten sowohl über positive als auch über negative Erfahrungen, die mit ihrer Beeinträchtigung in Verbindung stehen, in Situationen außerhalb der Hippotherapie. Bei Interviewpartnerin 1 überwiegen jedoch die positiven Erfahrungen, bei Interviewpartnerin 2 die negativen.

Die Aussagen von Interviewpartnerin 1 zeigen, dass sie Rückhalt von ihren Freundinnen und Freunden bekommt, wenn sie in Situationen gerät, in denen ihre Beeinträchtigung eine Rolle spielt. Sie wird sowohl von ihrem Freundeskreis als auch von ihrer Familie, laut eigener Aussage, als normal und erwachsen angesehen. Die Eltern machen keinen Unterschied zwischen ihr und ihrer Schwester, die keine Beeinträchtigung hat. Die Interviewpartnerin 1 glaubt auch nicht, dass sich daran was ändern wird, wenn sie nicht mehr im Elternhaus wohnen wird.

Als negativ beurteilt sie aber oftmals die Wahrnehmung ihrer Person in der Außenwelt. Fremde, so Interviewpartnerin 1, reagieren öfter mit Ablehnung und Unverständnis. Auch ihr Selbstbewusstsein leidet unter ihrer Beeinträchtigung, vor allem, wenn es darum geht, neue Menschen kennen zu lernen.

Auch die Aussagen von Interviewpartnerin 2 lassen erkennen, dass es Personen in ihrem Leben gibt, die ihr Halt und Kraft geben. Sie scheint, den Aussagen nach, selbstbewusster mit ihrer Beeinträchtigung umzugehen als Interviewpartnerin 1. Zumindest meint sie, dass sie ihre Beeinträchtigung im Leben kaum einschränkt und sie zu 99% alles mitmache.

Dennoch unterscheiden sich die Aussagen der beiden Interviewpartnerinnen in einem Punkt gravierend. Interviewpartnerin 1 berichtet über einen kleinen aber feinen Freundeskreis, der immer zu ihr steht und sie so nimmt, wie sie ist. Auch das Thema Mobbing spielte bis jetzt kaum eine Rolle in ihrem Leben. Interviewpartnerin 2 hingegen, hat bereits einige Erfahrungen mit Mobbing gemacht. Sie beschreibt, dass die Schulzeit für sie teilweise sehr hart war, da vor allem die Mädchen sie nicht mochten, sie ausgrenzten und ihr ihre Hilfe verweigerten. Sie beschreibt sich als Außenseiterin in der Schule. Die Buben hingegen integrierten sie, zumindest teilweise, und behandelten sie auch normal. Die Erfahrungen haben Interviewpartnerin 2, nach eigenen Aussagen, dahingehend geprägt, als dass sie Schwierigkeiten hat, sich zu integrieren, aus Angst sie könne wieder gemobbt werden.

Mit negativen Erfahrungen verbunden ist bei beiden Interviewpartnerinnen das Zurechtkommen im Alltag, insbesondere im öffentlichen Leben. Schuld daran, so beide, sei die mangelnde Barrierefreiheit, da sie beide im Rollstuhl sitzen.

Ein Aspekt, der bei Interviewpartnerin 2 noch mit negativen Erfahrungen aufgrund ihrer Beeinträchtigung verbunden ist, betrifft die Themen Beziehungen zu einem Mann bzw. Intimität.

Sie sagt, dass ihre Beziehungen, bis jetzt, immer aufgrund ihrer Beeinträchtigung und der Tatsache, dass sie im Rollstuhl sitzt, schiefgegangen sind, da dieser, entgegen der Aussagen der Männer, doch ein „Störfaktor“ gewesen ist.

Oberkategorie C: Aussagen über die Folgen der Hippotherapie

1. Darstellung der Textstellen je Kategorie

Positiv:

Int.1, Z.257-261

„Ja, also ich mag schon Pferde gern und, ah, mir gefällt's auch, dass ich dann ein bisschen raus komme (I: Mhm). Es ist zwar in der Halle, aber es ist aber trotzdem für mich, ich komme raus aus dem Haus quasi einmal (I: Mhm) und, ahm, ich habs auch am Montag, da hab ich eigentlich frei, das heißt, da komme ich auch dann, wenn ich nicht in die Schule geh, bin ich eigentlich immer daheim (I: Mhm) und da passt das eigentlich ganz gut.“

Int.1, Z.271-272

„...aber es bringt mir halt auch was für meine Gesundheit, für meine Haltung und generell.“

Int.1, Z.304-307

„Ja, schon ein bisschen, also das merk ich schon, wenn ich so weit oben bin und so, weil es doch eben was anderes ist, weil sonst bin ich immer so weit unten und muss zu den Leuten rauf schauen und so. Das ist dann eben mal umgekehrt, quasi (I: Ja). Wenn die Therapeutin neben her geht und ja, da merk ich das dann schon.“

Int.1, Z.349-353

„Ja, also das glaube ich schon, weil ich auch eine Beziehung zum Pferd hab aufbauen können und so und mich daran gewöhnen und eben auch mit der Höhe und, ja, also ich glaub schon, dass das irgendwie, weil das eben auch was Neues ist, was ich damals kennen gelernt habe, eben Reiten, und, ja, ahm, ich glaube schon, dass das weiter geholfen hat, also, dass das auch irgendwie, keine Ahnung, als Sport eben quasi auch was Neues war und ahm, ja sonst.“

Int.1, Z.356-362

„Genau, ja. Na, ja, eh, ich glaub eben auch, dass das im Sommer eben ist es dann auch draußen und es ist dann eben auch eine ganze Woche und es ist auch wirklich schon, ich geh dann schon am späten Nachmittag wieder heim (I: Mhm), aber es ist halt auch mit anderen Leuten und, ah, die haben zwar jetzt nicht Dasselbe aber auch Beeinträchtigungen (I: Mhm) und das ist dann schon auch wieder, dass du da jemanden siehst, den du kennst und so. Und, ahm, du kennst eben auch die Therapeuten, die dann immer dabei sind (I: Mhm), die sind auch jetzt nicht so viele und, ahm, nein, ich glaube schon, dass das gut war.“

Int.2, Z.251-252

„(3) Mhhhhm, die Füße bleiben, können nicht steifer werden als sie eh schon sind (I: Mhm). Also sie werden immer wieder aufgelockert (I: Mhm). Ja. (2)“

Int.2, Z.254-256

„Ja, meinem Muskeltonus in den Füßen (I: Ja), der teilweise ziemlich hoch ist (I: OK). Ich weiß zwar nicht, was normal ist, aber beim Thera Vital fahren, merke ich es teilweise Vollgas (I: Mhm).“

Int.2, Z.266-267

„Ja, ja, total. (I: Ok) Das merkt man auch nachher (I: Mhm), weil ich auch nicht so schnell auf, ahm, in die Luft gehe [lacht] (I: Ok).“

Int.2, Z.287

„Ja. (2) Hmm, da traue ich mir zumindest mehr zu.“

Int.2, Z.289

„Ja. Es kann sein, dass ich dann auch freihändig oder so (I: Mhm).“

Int.2, Z.337

„Hmmm, ich hab mehr gekonnt. Das steht fest. Ohne Rollator auch und so weiter.“

Unterkategorie UC₁: Aussagen über die Wirkung und Bedeutung der Pferde und der Interaktionen mit den Therapeutinnen und Therapeuten

1. Darstellung der Textstellen je Kategorie

Positiv:

Int.1, Z.313-318

„Ja, also ich finde, dass die schon gut ist, weil ich sie eben gut kenne und auch alle anderen hab ich eigentlich auch immer gut gekannt (I: Mhm) und, ahm, na, also, ich kann schon über alles Mögliche mit ihr reden und so. Und ich kenn auch von meiner jetzigen kenne ich auch die zwei Kinder, weil die eben auch bei diesen Hippofesten eben auch dabei waren (I: Mhm) und, ja, also das ist schon eine gute Beziehung, find ich (I: Mhm). Ich meine, nicht, dass ich jetzt alles bereden würde, aber, jetzt so, eher allgemeine Dinge.“

Int.1, Z.320

„Ja, eigentlich schon.“

Int.1, Z.329-330

„Ja, es kommt auf das Problem drauf an, (I: Ja) also es ist, ja, es kommt auf den Grund darauf an, also das ist ganz unterschiedlich.“

Int.1, Z.332-333

„Ja, also das glaube ich schon. Ich meine, ich würde jetzt nicht alles mit ihr besprechen, aber, ahm//“

Int.2, Z.260-261

„Ich fühle mich einfach pudelwohl auf Pferden. (I: Ok) Weils einfach so cool, ähm, so einen coolen Rhythmus haben, wenn es wirklich gute Pferde sind (I: Mhm).“

Int.2, Z.283-284

„Weil sie einfach so einen coolen Rhythmus beim Gang haben. Der überträgt sich dann auf mich (I: Mhm).“

Int.2, Z.321-323

„Ja, eh voll cool. Sie wissen, wenn ich doch faul bin, dass sie mich ein bisschen fordern müssen (I: Mhm). Wenn sie sehen, ok, jetzt geht nichts mehr, dann geben sie mir auch ein bisschen Schonfrist.“

Int.2, Z.325

„Ja. Es kommt zwar auf den Therapeuten an, aber die meisten, ja.“

Int.2, Z.360

„Mein Ruhepol ist.“

Int.2, Z.365-366

„Ja, ja. Pferde machen glücklich. Oder, wie es so schön heißt, Pferde sind die besten Zuhörer.“

Negativ:

Int.2, Z.327

„Nicht mit jedem.“

Nicht zuordenbar:

Int.1, Z.293-294

„(4) hmm, das ist schwierig. Es ist so a kurze Zeit irgendwie und, ja, keine Ahnung. Ich schau da nicht so drauf, eigentlich (I: Ok).“

Int.2, Z.312-313

„Also, bis jetzt hab ich immer super Therapeuten gehabt (I: Mhm). Auch, wenn sie gewusst haben, wie sie mich sekkieren können bis aufs Blut.“

2. Zusammenfassende Darstellung der Aussagen

Beide Interviewpartnerinnen beschreiben die Folgen der Hippotherapie als durchwegs positiv. Für Interviewpartnerin 1 ist besonders wichtig, dass sie durch die Hippotherapie nicht immer zu Hause bzw. in der Schule ist, dass sie eben „ein bisschen raus kommt“. Des Weiteren verweist sie auf den positiven Einfluss der Hippotherapie auf ihre Gesundheit und auch darauf, dass sich ihr Selbstbewusstsein steigert, wenn sie auf dem Rücken der Pferde sitzt und auf die

Leute hinunterschauen kann, was sonst umgekehrt ist. Ebenfalls positiv für Interviewpartnerin 1 ist die Tatsache, dass sie neue Menschen kennen lernt.

Für Interviewpartnerin 2 zeigen sich die Folgen der Hippotherapie vor allem im gesundheitlichen Bereich. Sie meint, ihre Füße wären lockerer, der Muskeltonus in den Füßen wäre besser und sie sei ausgeglichener nach der Hippotherapie. Außerdem traue sie sich mehr zu.

Bezüglich der Beziehung zu den Therapeutinnen bzw. Therapeuten meinen beide Interviewpartnerinnen, dass diese gut seien, dennoch unterscheiden sich die Aussagen der beiden in gewisser Hinsicht. Während für Interviewpartnerin 1 die Beziehung zu ihrer Therapeutin als sehr wichtig erscheint, erwähnt Interviewpartnerin lediglich, dass die Therapeutinnen und Therapeuten „eh cool“ seien, sie wüssten aber auch, wie sie sie „sekkieren“ können, indem sie sie Übungen machen ließen, von denen sie wüssten, dass sie diese nicht möge.

Beide sagen aus, dass sie mit ihren Therapeutinnen und Therapeuten über Probleme, dennoch nicht über jedes Problem und nicht mit jeder Therapeutin bzw. jedem Therapeuten sprechen (würden).

Über die Wirkung der Pferde sagt Interviewpartnerin 1 lediglich, dass sie darauf nicht so achtet. Interviewpartnerin 2 hingegen, erwähnt den Rhythmus der Pferde in der Bewegung, der sich auf sie überträgt, und meint, dass Pferde ihr Ruhepol und die besten Zuhörer seien.

6.2 Diskussion der Aussagen der Interviews

In diesem Abschnitt folgt die Diskussion der Ergebnisse der Analyse der Interviews.

Die Diskussion der Auswertung der Interviews soll, wie bereits bei der Diskussion der Ergebnisse des autobiographischen Teils mit Hilfe der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse, jeweils pro Kategorie stattfinden und abschließend zusammengeführt werden.

Kategorie A1: Aussagen über Erfahrungen, die mit der physischen Beeinträchtigung in Verbindung stehen, in Situationen außerhalb der Hippotherapie

Die beiden Interviewpartnerinnen berichten über ihre Erfahrungen bezogen auf diese Kategorie. Auffallend ist dabei, dass Interviewpartnerin 1 eher über positive Erfahrungen diesbezüglich spricht und Interviewpartnerin 2 über negative Erfahrungen. Dies erweckt den Anschein, dass die negativen Erfahrungen aufgrund ihrer Beeinträchtigung überwiegen.

Interviewpartnerin 1 scheint, im Vergleich zu Interviewpartnerin 2, ein sie sehr unterstützendes und schätzendes Umfeld, insbesondere ihren Freundeskreis, zu haben. Auf Interviewpartnerin

2 trifft dies, insbesondere bei ihrer Familie, auch zu, dennoch lassen ihre Aussagen vermuten, dass sie nicht so einen großen bzw. engen Freundeskreis hat wie Interviewpartnerin 1 und es scheint ihr auch, aufgrund der gemachten Erfahrungen, sehr schwer zu fallen, Freundschaften zu schließen bzw. Menschen zu vertrauen.

Ein weiterer Grund für die unterschiedliche Gewichtung von positiven und negativen Aussagen könnte auch sein, dass sich beide Interviewpartnerinnen, obwohl sie das gleiche Alter haben, doch in einer unterschiedlichen Stufe des „Erwachsenwerdens“ befinden. Interviewpartnerin 1 wohnt noch im Elternhaus, ging 8 Jahre lang auf eine reine Mädchenschule, holt nun ihre Matura nach und verbringt sehr viel Zeit zuhause. Interviewpartnerin 2 hingegen wohnt weit weg von ihren Eltern, ist auf eine gemischte Hauptschule gegangen, macht nun eine Ausbildung und scheint bereits viel erlebt zu haben. Leider waren diese Erlebnisse auch mit negativen Erfahrungen versehen. In diesem Kontext könnte angenommen werden, dass Interviewpartnerin 2, da sie bereits nicht mehr zu Hause wohnt, d.h. weitgehend über ihr Leben selbst bestimmen kann – selbst, wenn sie in einem Wohnheim lebt – mehr Erfahrungen außerhalb des behüteten Zuhauses gemacht hat, die mit positiven, aber wie ersichtlich wird, auch mit vielen negativen Erfahrungen verbunden ist. Darüber hinaus scheint der Aspekt des Schulortes auch eine gewisse Rolle bei der Erfahrung von negativen Erlebnissen zu spielen. Während Interviewpartnerin 1 eine reine Mädchenschule besuchte, ging Interviewpartnerin 2 auf eine gemischte Hauptschule. Auffallend in diesem Zusammenhang bei den Aussagen bezüglich dieser Kategorie erscheint die Tatsache, dass Interviewpartnerin 1 anmerkt, dass ihre Familie und ihre Freundinnen und Freunde sie ganz normal behandeln würden (Int.1, Z. 87-91), aber etwas später (Int. 1, Z. 97-100) erwähnt sie die notwendige Hilfe ihrer Eltern, wenn sie irgendwohin gefahren werden möchte.

Diese Passagen lassen eine Parallele zu den Erzählungen der Verfasserin der Arbeit erkennen. Auch sie berichtet davon, dass ihre Eltern und Freundinnen bzw. Freunde sie zwar ganz normal behandelten, aber sie dennoch auf ihre Hilfe angewiesen war, was, vor allem, die Versorgungsnotwendigkeiten, wie das Katheterisieren etc., betraf.

Kategorie C: Aussagen über die Folgen der Hippotherapie

Die Ergebnisse der Auswertung der beiden Interviews hinsichtlich dieser Kategorie zeigen das gleiche positive Bild. Beide Interviewpartnerinnen sind sich sicher, dass die Hippotherapie po-

sitive Folgen hat. Diese liegen für beide vor allem in den Bereichen der Gesundheit bzw. Motorik. Für Interviewpartnerin 1 stellt die Hippotherapie darüber hinaus auch eine willkommene Abwechslung zu ihrem Alltag zu Hause dar.

Bezüglich der Bedeutung der Interaktionen mit den Therapeutinnen bzw. Therapeuten geben zwar beide Interviewpartnerinnen an, dass sie, wenn auch nicht mit allen, durchaus mit den Therapeutinnen bzw. Therapeuten über Probleme sprechen können, es kommt aber Zweifel darüber auf, ob sie dies auch wirklich tun. Grundsätzlich scheint Interviewpartnerin 1 ein sehr gutes Verhältnis zu ihrer Therapeutin zu haben, dennoch nicht so ein enges, also, dass sie mit ihr über ihre Probleme sprechen würde.

Diskussion der Aussagen in Hinblick auf die Beantwortung der zentralen Forschungsfrage

Grundsätzlich fällt bei der Betrachtung der Ergebnisse der Analyse der Interviews sofort ins Auge, dass lediglich zu 2 Kategorien Aussagen von den Interviewpartnerinnen gemacht bzw. gefunden wurden. Dies kann zum einen an der weniger vorhandenen Offenheit und Reflektiertheit der Interviewpartnerinnen liegen und zum anderen an der Qualität der Interviews bzw. der Interviewplanung und -durchführung. Objektiv gesehen, lässt die Qualität der Interviews und somit auch deren Ergebnisse zu wünschen übrig. Ein Grund dafür, den die Verfasserin des Berichts selbst verschuldet hat, betrifft zum einen die Vorbereitung bzw. Wahl der Interviewmethode sowie zum anderen die Durchführung der Interviews. Betrachtet man die wenigen bzw. kaum vorhandenen Aussagen der Interviewpartnerinnen, welche eine Antwort, wenn auch nur implizit, auf die Forschungsfrage „In welcher Hinsicht berichten Menschen, die von Spina Bifida betroffen sind, von Hippotherapie als eine Unterstützung im Prozess der Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen, die sie auf Grund ihrer Beeinträchtigung gemacht haben?“, geben, so bestätigt sich der Verdacht, dass der aufgestellte Leitfaden sowie die Interviewdurchführung nicht hinreichend waren, um explizitere Ergebnisse zu bekommen. Die Wahl für die Methode der halb-standardisierten Interviews wurde aufgrund der Befürchtung der Verfasserin der Arbeit getroffen, durch narrative Interviews noch weniger brauchbare Ergebnisse zu bekommen. Die Tatsache, dass die Interviews ohne Besprechung des Leitfadens mit dem Betreuer der Arbeit durchgeführt wurden, trägt, wie bereits angemerkt, zu dem im nicht zufriedenstellenden Ausgang der Interviews bei. Bezüglich der Interviewführung muss sich die Verfasserin der Arbeit ebenfalls Fehler eingestehen. Betrachtet man die Transkripte der Interviews, so fällt auf, dass die Verfasserin der Arbeit im Laufe der Interviews, ab dem Zeitpunkt als sie gemerkt hat, dass sie auf die Hauptfragen keine brauchbaren bzw. kaum brauchbare Aussagen bekommt,

die Interviewpartnerinnen immer mehr in die gewünschte Richtung lenkt. Das bedeutet, dass sie deren Aussagen beeinflusst.

Ein weiterer Grund für die weniger differenzierten Aussagen der Interviewpartnerinnen könnte darüber hinaus auch sein, dass diese nicht in dem Grade mit der Materie verwurzelt sind, wie die Verfasserin des autobiographischen Berichts aufgrund der intensiven Beschäftigung im Zuge des Schreibprozesses der vorliegenden Arbeit. Konkret bedeutet dies, dass sich die Interviewpartnerinnen möglicherweise bis jetzt noch kaum mit dem Thema bzw. der Forschungsfrage beschäftigt haben. Darüber hinaus sind sie doch einige Jahre jünger als die Verfasserin der Arbeit und befinden sich noch in einem anderen Lebensabschnitt als diese. Die Verfasserin der Arbeit studiert bereits seit einigen Jahren und wurde während ihres Studiums laufend zur (Selbst-) Reflexion animiert und darauf sensibilisiert. Im Leben der Interviewpartnerinnen scheint dies noch nicht so ausgeprägt zu sein.

Diese Faktoren dürften ausschlaggebend dafür, dass die Ergebnisse der Interviews weniger vielschichtig ausfallen und eine Beantwortung der zentralen Forschungsfrage demnach nicht möglich ist. Es kann aber dennoch festgehalten werden, dass die Interviewpartnerinnen sehr positiv über die Hippotherapie denken, auch wenn sie nicht so reflektiert darüber nachdenken.

7. Diskussion der Ergebnisse der Arbeit und Beantwortung der Forschungsfragen

Die These der Verfasserin der Arbeit „Hippotherapie hilft Menschen mit einer Beeinträchtigung auch neben den medizinischen Aspekten und zwar hinsichtlich der Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen, die mit der Beeinträchtigung in Verbindung stehen“ stellt den Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit dar. Die Intention dieser war es diese These zu untersuchen und zu überprüfen, ob es sich dabei um eine allgemein gültige These oder einen spezifischen Einzelfall handelt. Die zur Untersuchung aufgestellte zentrale Forschungsfrage lautet: „In welcher Hinsicht berichten Menschen, die von Spina Bifida betroffen sind, von Hippotherapie als eine Unterstützung im Prozess der Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen, welche mit ihrer physischen Beeinträchtigung in Verbindung stehen?“

Bevor nochmals ein Überblick über die vorliegende Arbeit durch die Zusammenfassung der einzelnen Kapitel geschaffen wird (vgl. Kap. 7.2), wird in Kapitel 7.2 auf die systematisch geführte Diskussion, die sich der Frage widmet, inwieweit es sich bei einer Therapie um eine pädagogische Arbeit handelt, eingegangen, um die pädagogische Relevanz der vorliegenden Arbeit zu unterstreichen (vgl. Kap. 7.1). Danach folgt die Diskussion der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sowie die Beantwortung der zentralen Forschungsfrage (7.3).

In Abschnitt 7.4 folgt ein Resümee bezüglich der vorliegenden Arbeit. Dabei soll die zweite Forschungsfrage, nämlich „Welche heilpädagogischen Konsequenzen lassen sich daraus (aus den Ergebnissen der Untersuchung) ziehen?“ beantwortet werden.

7.1 Klärung der pädagogischen Relevanz der Arbeit sowie Diskussion der Frage, ob Therapie eine pädagogische Arbeit sein kann

Bevor die Diskussion der Ergebnisse stattfindet, soll an dieser Stelle auf die zuvor angesprochene systematisch geführte Diskussion, die sich der Frage widmet, inwieweit es sich bei einer Therapie um eine pädagogische Arbeit handelt, eingegangen werden. Wie bereits in der Einleitung der Arbeit ersichtlich wird, bezeichnet die Verfasserin der Arbeit Hippotherapie als eine tiergestützte Therapie. Um etwaige Zweifel bezüglich der pädagogischen Relevanz der vorliegenden Arbeit zu lindern, wird in diesem Abschnitt auf die Debatte „Therapie ist gleich Pädagogik bzw. Therapie ist/ kann pädagogische Arbeit sein oder nicht?“ eingegangen.

Anzumerken ist in diesem Kontext, dass bezüglich des Verhältnisses von Therapie und Pädagogik eine Vielzahl an Publikationen erschienen sind (vgl. u.a. Datler 1990, 1993, 1996, 1997,

2005, Heitger & Spiel 1984), dass aber, im Rahmen der vorliegenden Arbeit der Fokus auf eine grundlegende Unterscheidung der beiden Begriffe bzw. auf die Klärung dieser zum besseren Verständnis im Kontext der Arbeit gelegt wird. Damit bleiben bewusst so manche Überlegungen der angeführten Publikationen unberücksichtigt.

In Dieter Lenzens Handbuch „Pädagogische Grundbegriffe“ wird Pädagogik wie folgt definiert:

„Pädagogik (...) bezeichnet die Lehre, Theorie und Wissenschaft von der Erziehung und Bildung nicht nur der Kinder, sondern (...) auch der Erwachsenen in unterschiedlichen pädagogischen Feldern wie Familie, Schule, Freizeit und Beruf“
(Lenzen 2005b, 1105).

Das bedeutet demnach, dass überall dort, wo Kinder oder Erwachsene von einer anderen Person erzogen oder gebildet werden, pädagogisch gearbeitet wird. Diese Definition ist sehr allgemein gehalten. Pädagogisch arbeiten bedeutet demnach, im Umkehrschluss, die Arbeit mit Kindern und Erwachsenen mit Fokus auf Bildung und Erziehung dieser Menschen.

Die für die vorliegende Arbeit relevante Heilpädagogik wird nach Antor und Bleidick (2001, 71) folgend als *„der Theorie- und Praxisbereich verstanden, der sich auf die Erziehung, Unterrichtung und Therapie von Menschen bezieht, die wegen individueller und sozialer Lern- und Entwicklungshindernisse einer besonderen Unterstützung bedürfen, um ein menschenwürdiges Leben führen zu können“*.

Wie aus dieser Definition von Heilpädagogik ersichtlich ist, verwenden Antor und Bleidick den Begriff Therapie.

Als Therapie bezeichnet man *„die Behandlung einer Krankheit im weitesten Sinne. Dabei können verschiedene Konzepte zur Anwendung kommen, die entweder auf die Beseitigung der Krankheitsursache (kausale Therapie) oder die Beseitigung der Symptome (symptomatische Therapie) abzielen. Übergeordnetes Ziel der Therapie ist die möglichst vollständige Wiederherstellung der normalen physischen und psychischen Funktionen (der Patientin bzw., Anm.d.V.) des Patienten“* (flexikon 2016).

Die Verwendung des Begriffes Therapie in der Definition von Heilpädagogik lässt die unklare Abgrenzung der beiden Begriffe (Heil-)Pädagogik und Therapie bereits erahnen

Diese Verwischung der Grenzen zwischen (Heil-)Pädagogik und Therapie spricht auch Urs Haerberlin (2001, 16) in „Grundlagen der Heilpädagogik“ an und meint dazu, dass Therapie in

der ursprünglichen Bedeutung eine ärztliche und keine pädagogische Tätigkeit ist und dass eine Therapie im medizinischen, traditionellen Sinne des Wortes „lediglich günstigere Voraussetzungen dafür schaffen“ könne, „dass ein Kind erzogen und unterrichtet werden kann“. Durch die Entstehung der Psychiatrie als medizinisches Spezialgebiet, so Haerberlin (ebd., 17) weiter, ist der Begriff Therapie auch auf den „seelisch-geistigen Bereich“ ausgedehnt worden. Vielen Richtungen der Psychotherapie, so Haerberlin (ebd.) weiter, geht es um „den Aufbau von neuen Verhaltensweisen“ und dies stellt auch ein Ziel der Erziehung dar. Erziehung wiederum ist, neben der Bildung, Fokus pädagogischer Arbeit.

Haberlin (ebd., 18) kommt zu dem Schluss, dass Therapie vorwiegend Erziehung ist, wenn diese „primär auf den Aufbau von neuen seelisch-geistigen Strukturen eines Menschen hinarbeitet“. Wenn Therapie aber hingegen „primär auf Linderung von subjektiven Leiden ausgerichtet ist“, kann man sie nicht als Erziehung verstehen (ebd.).

Auch Charlton und Wetzel (1980, 103; zit. nach Brem-Gräser 1993b, 6) verweisen auf unklaren Grenzen zwischen Therapie und Erziehung. Für sie liegt der Grund dafür ebenfalls in der Entwicklung verschiedener Strömungen in der klinischen Psychologie und der Verhaltenstherapie (ebd.). Für sie stellt „(...) der Ansatz der ‚Pädagogischen Verhaltensmodifikation‘ (...) die Gemeinsamkeiten der beiden Aktivitäten Erziehung und Therapie“ dar (ebd.). Verhaltensmodifikation, so die Autoren weiter (ebd.), kann als „allgemeine Form der Veränderung menschlichen Verhaltens“ betrachtet werden und somit „Erziehung als geplante Verhaltensmodifikation und umgekehrt Verhaltenstherapie als erzieherische Maßnahme“. Folgende sechs Punkte rechtfertigen, so Charlton und Wetzel (ebd.), diese Betrachtungsweise:

- 1.) „Verhaltensänderung kann praktisch als das gemeinsame Ziel bezeichnet werden, so daß schwer zu trennen ist, wann Erziehung und wann Therapie vorliegt.
- 2.) Erziehungswissenschaft und Verhaltenstherapie haben eine breite, identische fachwissenschaftliche Grundlage (z.B. Lern-, Entwicklungs- und Sozialpsychologie, Philosophie und Soziologie).
- 3.) Unterricht, Erziehung und Therapie werden häufig mit den gleichen sozialwissenschaftlichen Methoden erforscht, so daß sich dadurch zusätzlich auch ähnliche methodische Probleme stellen.
- 4.) Im praktischen Vorgehen besteht eine große Ähnlichkeit: z.B. in der Analyse und Definition der Ziele; bei der Feststellung der aktuellen Verhaltensweisen (der Schülerin bzw., Anm.d.V.) des Schülers bzw. (der Klientin bzw. des, Anm.d.V.) Klienten; in den Maßnahmen, um das Ziel zu erreichen; bei der Erfolgskontrolle.
- 5.) Die Diskussion der Normen und Ziele betrifft sowohl Erziehung als auch Therapie.

6.) Die allgemeine Zielsetzung kann sowohl für Therapie als auch für Erziehung als identisch angesehen werden.“

Festgehalten werden kann in diesem Kontext, dass durch die Verwischung der Grenzen zwischen Therapie, Erziehung und somit Pädagogik und deren Zielsetzungen, sich eine klare Abgrenzung der Begriffe als sehr schwierig gestaltet, und so werden Begriffe wie tiergestützte Pädagogik und tiergestützte Therapie oftmals durchaus synonym verwendet. Dennoch unterscheiden sich diese zwei Begriffe laut dem Berufsverband Tiergestützte Therapie, Pädagogik und Fördermaßnahmen e.V. (2016).

Tiergestützte Pädagogik wird demnach als Unterstützung des „Lern- oder Trainingsprozess durch gezielten Tiereinsatz im pädagogischen Setting“ definiert, wobei besondere Beachtung Bereiche finden, „in denen die Präsenz oder der Einsatz von Tieren besonders förderlich ist, wie zum Beispiel in der Sozialentwicklung“ (ebd.). Das Tier wird „entweder direkt als Lernsubjekt eingesetzt, oder es erleichtert den pädagogischen Prozess und den Aufbau einer pädagogischen Beziehung“ (ebd.) Tiergestützte Pädagogik arbeitet mit einem „subjekt- und umweltorientierten Konzept und setzt Instrumente zur Qualitätssicherung ein“ und wird von ausgebildeten Pädagoginnen und Pädagogen ausgeführt (ebd.).

Tiergestützte Therapie hingegen „ist Bestandteil der Arbeit (einer professionell ausgebildeten Therapeutin bzw., Anm.d.V.) eines professionell ausgebildeten Therapeuten“, das bedeutet, es handelt sich um eine „zielgerichtete therapeutische Intervention, in der ein Tier mit spezifischen Eigenschaften ein integraler Bestandteil des Behandlungsprozesses ist“ (ebd.). Des Weiteren erfolgt eine wissenschaftliche Dokumentation und Auswertung der Behandlung (ebd.). Demzufolge handelt es sich bei Hippotherapie um eine tiergestützte Therapie.

Doch worin liegt nun die pädagogische Relevanz der vorliegenden Arbeit?

Folgt man den von Haeberlin und auch Charlton und Wetzel angestellten Erklärungsversuchen, was eine Therapie ist und was als pädagogische Arbeit bzw. als Teil dieser, als Erziehung verstanden werden kann, so lässt sich erkennen, dass bei der Hippotherapie durchaus (heil-)pädagogische Zielsetzungen zu finden sind. Des Weiteren besteht, den Ausführungen zu Folge eine Gemeinsamkeit von Therapie und Pädagogik darin, eine Veränderung des Verhaltens bzw. der Aufbau neuer seelisch-geistiger Strukturen, und diese ist insbesondere in der Zielsetzung des psychomotorischen und auch des sensomotorischen Ansatzes der Hippotherapie (vgl. Kap. 3.4)

implizit beinhaltet. Mit Hilfe der Hippotherapie soll demzufolge eine Persönlichkeitsentwicklung, die Entwicklung eines optimalen mentalen Status sowie die Linderung von Wahrnehmungsstörungen und die damit verbundene Auswirkung auf Entwicklungs- und Lernprozesse von Menschen angestrebt werden.

Als Fazit kann gesagt werden, dass der Hippotherapie auch pädagogische Zielsetzungen zugrunde liegen und dies unterstreicht die pädagogische Relevanz der vorliegenden Arbeit.

7.2 Zusammenfassung der einzelnen Kapitel

Die ersten zwei Kapitel dieser Arbeit widmeten sich dem ersten Schlagwort der zentralen Forschungsfrage, nämlich Spina Bifida. Neben der Begriffsdefinition, den Ausprägungsformen, Ursachen und Entwicklungsbedingungen, wurde auch auf die gesundheitlichen und körperlichen Komplikationen sowie auf die psychosozialen Herausforderungen, die mit dieser Beeinträchtigung verbunden sind, eingegangen (vgl. Kap. 1.1-1.5). Darüber hinaus beschäftigte sich das 2. Kapitel mit den konventionellen Maßnahmen bei der Behandlung von Spina Bifida. Zum einen wurden konservative, therapeutisch-medizinische Maßnahmen, die, um eine Einschränkung zu gewährleisten, von der Verfasserin der Arbeit selbst in Anspruch genommen wurden, beschrieben (Bobath-Konzept und Vojta-Konzept), und zum anderen fand ein Einblick in operative, neurochirurgische Maßnahmen (Versorgung der Myelomeningocele, In-Utero Behandlung der Myelomeningocele) statt.

Hauptaugenmerk dieses Kapitels lag im Abschnitt 2.4, nämlich der Darstellung der Ähnlichkeiten dieser beschriebenen Maßnahmen zur Hippotherapie und der Explikation des „Besonderen“ der Hippotherapie. Dabei wurden die beschriebenen Maßnahmen, Bobath- und Vojta-Konzept, hinsichtlich ihrer Ähnlichkeiten, Nähe und Unterschiede mit und zur Hippotherapie analysiert und anschließend der Aspekt des „Besonderen“ der Hippotherapie ausgearbeitet.

Das folgende 3. Kapitel beschäftigte sich mit dem zweiten Schlagwort der zentralen Forschungsfrage – Hippotherapie. Dabei wurden die Aspekte Indikation und Kontraindikation, die allgemeinen Ziele und Wirkungen, das Therapieteam, die Qualifikation des Hippotherapiepferdes, Hippotherapie bei Kleinkindern sowie die finanziellen Aspekte behandelt. Außerdem wurde die Thematik des Pferdes als Helfer in der Therapie aufgegriffen und expliziert.

Die Kapitel 4 bis 6 befassten sich schließlich mit dem forschungsmethodischen Vorgehen innerhalb dieser Untersuchung.

In Kapitel 4 folgte zunächst die eingehende Beschreibung des Vorgehens. Darunter fielen die Definition und Erläuterung des autobiographischen Schreibens sowie der damit verbundenen und für die vorliegende Arbeit essentiellen Relevanz des Konzepts der Selbstdistanzierung, die Darstellung der Methode der psychoanalytischen Textinterpretation, der damit verbundenen Analyseschritte im Zuge dieser Arbeit und die Darstellung der Methode der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring.

Die beiden Analysen des autobiographischen Berichts stellten den Inhalt des 5. Kapitels dar. In Abschnitt 5.1 erfolgte die Analyse mit Hilfe der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse sowie die Diskussion der Ergebnisse. Danach wurden in Abschnitt 5.2 die in Kapitel 4 beschriebenen Analyseschritte der psychoanalytischen Textinterpretation durchgeführt und anschließend die Ergebnisse dargestellt und diskutiert. Darauf folgte ein Vergleich der Ergebnisse der beiden Analysen des autobiographischen Berichts (vgl. Kap. 5.3).

Im 6. Kapitel schließlich, wurden die durchgeführten halbstandardisierten Interviews wiederum mit Hilfe der zuvor in Kapitel 5.1 im Zuge der inhaltsanalytischen Analyse des autobiographischen Berichts aufgestellten Kategorien, analysiert und diskutiert.

Nach dieser Zusammenfassung der einzelnen Kapitel der vorliegenden Arbeit sollen die durch die Analysen erhaltenen Ergebnisse diskutiert werden.

7.3 Diskussion der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit und Beantwortung der zentralen Forschungsfrage

Wie bereits erwähnt, lautete die zentrale Forschungsfrage dieser Untersuchung „In welcher Hinsicht berichten Menschen, die von Spina Bifida betroffen sind, von Hippotherapie als eine Unterstützung im Prozess der Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen, die mit ihrer physischen Beeinträchtigung in Verbindung stehen?“

Die Verfasserin der Arbeit war zu Beginn der Beschäftigung mit dieser Thematik davon überzeugt, dass ihre persönlichen Erfahrungen, nämlich, dass die Hippotherapie durchaus eine Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen aufgrund ihrer Beeinträchtigung war, auch auf andere betroffene Personen zutrifft. Diese Annahme kann jedoch durch die durchgeführten Analysen nur bedingt verifiziert werden. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass die These der Verfasserin der Arbeit, nämlich „Hippotherapie hat mir nicht nur bei der Behandlung meiner medizinischen Symptome, sondern auch auf psychischer Ebene, bei der

Auseinandersetzung mit meiner Beeinträchtigung und der damit verbundenen etwaigen negativen Erfahrungen, geholfen.“ durchaus zutrifft, wenn auch nur teilweise. Diese Relativierung kommt dadurch zustande, dass die Ergebnisse der beiden Analysen des autobiographischen Berichts – einerseits mit Hilfe der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse und andererseits mit Hilfe der psychoanalytischen Textinterpretation – zum Teil etwas auseinanderklaffen.

Wurde durch die Ergebnisse der Inhaltsanalyse das positive Bild, welches die Verfasserin der Arbeit von der Hippotherapie bis dahin hatte, noch weitgehend bestätigt, so wurde dieses nach der Analyse mit Hilfe der psychoanalytischen Textinterpretation etwas getrübt.

Die Ergebnisse der Inhaltsanalyse sprechen eine klare Sprache: Die Verfasserin der Arbeit (und des autobiographischen Berichts) hatte zwar im Laufe ihres Lebens immer wieder mit negativen Erfahrungen aufgrund ihrer Beeinträchtigung zu kämpfen, erfuhr aber dennoch immer wieder Unterstützung durch ihr Umfeld und auch, wenn auch nur implizit angeführt, durch die Hippotherapie bzw. die Interaktionen und Gespräche innerhalb der Therapie. Dies führte bei der Verfasserin zur Steigerung ihrer Selbstachtung, ihres Selbstbildes und ihres Selbstbewusstseins. Sie spricht in diesem Zusammenhang von einer enormen Persönlichkeitsentwicklung und schreibt dies zum einen den Gesprächen mit der Hippotherapeutin bzw. dem Hippotherapeuten zu und zum anderen den Interaktionen und der Beschäftigung mit den Pferden. Die Verwendung der Pferde als Therapeutika sowie die positive Wirkung dieser auf die Patientinnen bzw. Patienten wurde auch im Zuge dieser Arbeit immer wieder bestätigt (vgl. Kap. 3.2) und auch als das „Besondere“ der Hippotherapie festgemacht (vgl. Kap. 2.4.2).

Es wird in den Ergebnissen der Inhaltsanalyse in keiner Weise der Anschein erweckt, dass die Verfasserin mit ihrer Beeinträchtigung hadert und unter Selbstzweifel leidet.

Dieser Eindruck verändert sich aber durch die Ergebnisse der Analyse des Berichts mit Hilfe der psychoanalytischen Textinterpretation (vgl. Kap. 5.2). Die Interpretationen der in diesem Kontext aufgedeckten Irritationen zeigen, dass die Verfasserin der Arbeit durchaus mit ihrer Beeinträchtigung in gewisser Weise hadert und Selbstzweifel diesbezüglich vorhanden sind. Die Verfasserin der Arbeit, so das Fazit der Analyse, neigte dazu, sich nicht zu intensiv mit negativen Erfahrungen aufgrund ihrer Beeinträchtigung zu beschäftigen und, darüber hinaus, sie zu verdrängen. Sie mied Situationen, in denen sie aufgrund ihrer Beeinträchtigung in ein schlechtes Licht gerückt werden könnte. Die bis zu dem Zeitpunkt der Analyse des autobiographischen Berichts vorherrschende, nicht sehr eingehende Beschäftigung mit ihrer Beeinträchtigung aus Gründen des Selbstschutzes, zeigt sich auch im autobiographischen Bericht, und zwar insbesondere, darin, dass die Verfasserin nicht auf den Aspekt der Auseinandersetzung mit den negativen Erfahrungen eingeht und somit einen wesentlichen Teil der Forschungsfrage

ignoriert. Der Wunsch nach Akzeptanz ihrer Beeinträchtigung durch die Außenwelt und danach durch diese Akzeptanz Normalität zu erfahren, aber auch der Wunsch nach dem Leben eines Durchschnittsmenschen ohne Schicksalsschläge erweist sich als allgegenwärtig im Leben der Verfasserin der Arbeit und findet auch Ausdruck in der Relativierung ihrer Beeinträchtigung durch den Wechsel von der Ich-Form in die Man-Form. Dadurch setzt sich die Verfasserin der Arbeit mit Menschen ohne Beeinträchtigung gleich, was wiederum den Wunsch nach Normalität unterstreicht. Aber auch die Verwendung der Anführungszeichen vor und nach den Begriffen „normal“ und „Normalität“ bringen den Wunsch nach dem Leben eines Durchschnittsmenschen ohne Schicksalsschläge zum Ausdruck.

Die Überbetonung des Nicht-Aufkommens von Selbstmitleid in ihrem Leben aufgrund ihrer Beeinträchtigung zeigt, der Analyse folgend, wiederum die Neigung der Verfasserin des Berichts, negative Erfahrungen aufgrund ihrer Beeinträchtigung als unwichtig anzusehen und sich nicht mit ihnen auseinanderzusetzen bzw. sie zu verdrängen. Dadurch entsteht ein Zyklus, denn durch die Verdrängung der negativen Erfahrungen und dem vielleicht damit verbundenen Selbstmitleid bzw. -zweifel könnten genau diese wiederum entstehen. Davor schützt sich die Verfasserin, wie beschrieben, dadurch, dass sie nicht auf die Auseinandersetzung mit den negativen Erfahrungen eingeht bzw. sich nicht mit ihnen auseinandersetzt.

Es kann demnach festgehalten werden, dass die beiden Analysen des autobiographischen Berichts sehr unterschiedliche Bilder der Person der Verfasserin der Arbeit zeichnen, bezüglich der zentralen Forschungsfrage ergeben sich dennoch einige Gemeinsamkeiten.

Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse machen deutlich, dass die Hipponotherapie die Verfasserin der Arbeit bei der Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen unterstützt hat. Es wird zwar nicht die Art und Weise der Unterstützung expliziert, dennoch kann aus den beschriebenen Folgen der Hipponotherapie geschlossen werden, dass die Verfasserin der Arbeit durch die Persönlichkeitsentwicklung, die Interaktionen mit der Therapeutin bzw. dem Therapeuten und auch durch die positive Wirkung der Pferde etwaige negative Erfahrungen leichter aufgenommen, akzeptiert und verarbeitet hat als ohne diese Therapie. Dies kann auch zum Teil durch die Analyse mit Hilfe der psychoanalytischen Textinterpretation bestätigt werden, dennoch wird das durchwegs positive Bild der Hipponotherapie, welches durch die Inhaltsanalyse gezeichnet wurde, differenzierter und kritischer betrachtet. Der größte Widerspruch zwischen den beiden Analysen liegt in der im Bericht beschriebenen Vermittlung von Normalität. Diese wird, gemessen am manifesten Inhalt, also der Aussagen der Verfasserin der Arbeit innerhalb

des Berichts, als durchwegs positiv und entwicklungsfördernd gesehen. Der psychoanalytischen Textinterpretation folgend verstärkte aber diese Vermittlung von Normalität innerhalb der Hipbothherapie wiederum den Wunsch der Verfasserin nach dem Leben eines Durchschnittsmenschen sowie den Wunsch von der Außenwelt als normal betrachtet zu werden. Des Weiteren unterstützte die Vermittlung von Normalität die Verfasserin des Berichts darin ihre negativen Erfahrungen als unwichtig anzusehen, sich nicht damit zu beschäftigen und sie zu verdrängen.

Die Ergebnisse der durchgeführten Interviews fielen weniger differenziert und aussagekräftig aus. Wie bereits in Kapitel 6.2 beschrieben, hatte dies mehrere Gründe. Zum einen führte die Interviewplanung und -durchführung seitens der Verfasserin zu den weniger aufschlussreichen Ergebnissen, zum anderen lassen sich diese vermutlich auf die Annahme der Verfasserin der Arbeit zurückführen, dass die Interviewpartnerinnen sich bis zum Zeitpunkt der Interviews noch kaum mit der Thematik so intensiv beschäftigt haben wie die Verfasserin der Arbeit selbst. Trotz der weniger aussagekräftigen Ergebnisse bezüglich der Forschungsfrage, kann als Fazit für die Interviews festgehalten werden, dass auch die Interviewpartnerinnen wesentlich von der Hipbothherapie profitieren, selbst wenn diese in ihrem Leben und für die Auseinandersetzung mit ihrer Beeinträchtigung allem Anschein nach, eine unwesentlichere Rolle spielt als für die Verfasserin der Arbeit.

Eine Beantwortung der zentralen Forschungsfrage ist aber anhand der Ergebnisse nicht möglich, da sich beide Interviewpartnerinnen nicht über die Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen aufgrund ihrer Beeinträchtigung, welche von der Hipbothherapie angeregt wurde, äußern bzw. äußern können.

7.4 Resümee und Ausblick

In diesem Abschnitt wird, wie bereits beschrieben, die zweite Forschungsfrage der Arbeit, nämlich „Welche heilpädagogischen Konsequenzen lassen sich daraus (aus den Ergebnissen der Untersuchung der ersten Forschungsfrage) ziehen?“ beantwortet und ein Resümee der Arbeit gegeben.

Durch die Literatursuche im Kontext dieser Arbeit sowie der Darstellung des aktuellen Forschungsstandes (vgl. Abschnitt *Aktueller Forschungsstand*, 2ff) wurde ersichtlich, dass Spina Bifida hauptsächlich mit einem medizinischen Hintergrund erforscht wird. Sozialwissenschaftliche Abhandlungen diesbezüglich sind, vor allem im deutschsprachigen Raum, kaum zu fin-

den. Des Weiteren findet überwiegend eine Beschäftigung unter medizinischen Gesichtspunkten mit Spina Bifida und Hippotherapie statt. Das bedeutet, dass vor allem die positiven Auswirkungen dieser Therapieform auf die medizinischen Symptome der Beeinträchtigung expliziert werden. Auswirkungen auf die Psyche und das Wesen der Patientinnen bzw. Patienten werden in den meisten Fällen lediglich erwähnt und nicht weiter beschrieben (vgl. z.B. Strauß 2001)

Es wäre demnach, als heilpädagogische Konsequenz, wünschenswert, wenn eine intensivere Beschäftigung bildungswissenschaftlicher Arbeitsfelder mit der Thematik Spina Bifida und Hippotherapie stattfände, denn wie diese Arbeit darstellt, kann Hippotherapie durchaus Einfluss auf die (psychische) Entwicklung eines Menschen, wie die Steigerung des Selbstbewusstseins und der Selbstachtung haben. Es kommt dann, dies zeigen die Ergebnisse der Arbeit, zu einer Persönlichkeitsentwicklung der Patientinnen bzw. Patienten, die auch eine Veränderung des Verhaltens beinhalten kann, und dies wird auch durch pädagogische Arbeit angestrebt (vgl. Kap.7.1). Um damit umzugehen, bedarf es auch mit pädagogischem Fachwissen ausgebildete Hippotherapeutinnen bzw. Hippotherapeuten. In Österreich wird jedoch die pädagogische Ausbildung dieser weitestgehend vernachlässigt (vgl. Kap. 3.5). Die Voraussetzung für die Ausbildung zur Hippotherapeutin bzw. zum Hippotherapeuten besteht darin, dass eine Ausbildung zur Physiotherapeutin bzw. zum Physiotherapeuten vorliegt. Hinsichtlich der Ergebnisse der Arbeit kann dies als Versäumnis angesehen werden, denn durch eine entsprechende pädagogische Schulung würde der Blick auf bzw. die Aufmerksamkeit für etwaige Entwicklungen bei der Patientin bzw. beim Patienten geschärft werden.

Als Resümee dieser Arbeit kann festgehalten werden, dass Hippotherapie durchaus mehr bieten kann als die Verbesserung der medizinischen Symptome einer Beeinträchtigung. Sie kann, zumindest im Fall der Verfasserin der Arbeit, durchaus eine Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen aufgrund der Beeinträchtigung sein. Dabei stellen vor allem die Interaktionen mit der Hippotherapeutin bzw. dem Hippotherapeuten und den damit verbundenen angeregten Denk- und Verarbeitungsprozessen und die Steigerung der Selbstakzeptanz durch die Vermittlung von Normalität die unterstützenden Faktoren dar. Dies mag zwar bei anderen, nicht tiergestützten Therapien auch der Fall sein, aber dennoch beweist die Untersuchung der Erzählungen der Verfasserin der Arbeit, dass darüber hinaus die Besonderheit einer tiergestützten Therapie, wie der Hippotherapie, nämlich der Einsatz eines Tieres bzw. Pferdes die Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen dahingehend positive Folgen nach sich ziehen kann, als dass es dadurch zur Steigerung des Selbstbewusstseins kommt. Dies wirkt sich

wiederum, der Analyse der Ergebnisse der Arbeit folgend, auch auf die Art und Weise, wie mit etwaigen negativen Erfahrungen umgegangen wird und eine Auseinandersetzung damit erfolgt, aus.

Als Fazit der Arbeit kann festgehalten werden, dass Hippotherapie im Fall der Verfasserin der Arbeit eine Unterstützung beim Prozess der Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen aufgrund ihrer Beeinträchtigung eine Unterstützung darstellte, obwohl, wie bereits an mehreren Stellen der Arbeit beschrieben wurde, die Analyse des autobiographischen Berichts mit Hilfe der Psychoanalytischen Textinterpretation teilweise daran zweifeln lässt. Dennoch ist der Ertrag, den diese Analyse einbrachte, insbesondere für die subjektive Wahrnehmung der Verfasserin bezüglich ihres Lebens mit der Beeinträchtigung von großer Bedeutung. Die Analyse bot ihr Einsicht in unbewusste bzw. verdrängte Aspekte ihrer Erfahrungen und Erlebnisse, wodurch es zu einem differenzierten Bild über sich selbst, aber auch über ihre negativen Erfahrungen, insbesondere in Bezug auf ihre Eltern und den als sehr schwierig beschriebenen Ablöseprozess kam. Es entwickelte sich auf Seiten der Verfasserin ein tieferes Verständnis für die Handlungsweisen ihrer Eltern und ebenso eine differenzierte Sichtweise über die im Bericht beschriebenen Probleme ihrerseits mit dem Ablöseprozess.

Die Verfasserin der Arbeit hat das Gefühl durch die intensive Beschäftigung mit der Thematik Arbeit und insbesondere durch die psychoanalytisch orientierte Analyse ihrer Erzählungen ein Stück gewachsen zu sein, wenngleich die Auseinandersetzung damit auch viele schmerzhaftes Emotionen, wie Selbstzweifel oder auch die Bewusstwerdung der verdrängten Aspekte mit sich zog.

Literaturverzeichnis

Adzick, N.S., Thom, E.A., Spong, C.Y. u.a. (2011): A Randomized Trial of Prenatal versus Postnatal Repair of Myelomeningocele. In: The New England Journal of Medicine 364 (Vol. 11), 993-1004

Antor, G. Bleidick, U.: (2001): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis. Kohlhammer: Stuttgart, Berlin, Köln

Bellin, M.H., Dosa, N., Zabel, T.A. u.a. (2012): Self-Management, Satisfaction With Family Functioning, and the Course of Psychological Symptoms in Emerging Adults with Spina Bifida. In: Journal of Pediatric Psychology 38 (Vol. 1), 50-62

Bergeest, H. (2006): Körperbehindertenpädagogik: Studium und Praxis. Klinkhardt: Bad Heilbrunn

Bernard, K. (2005): Bobath- Konzept. In: Hüter-Becker, A., Dölken, M. (Hrsg.): Physiotherapie in der Pädiatrie. Georg Thieme Verlag: Stuttgart, New York, 62-72

Bierbeck, B. (2010): Kindermusiktherapie bei Spina bifida im Rahmen der Gesundheitspädagogik - Therapie und Wirkung im Hinblick auf die Bewältigung körperlicher und psychischer Probleme und die Förderung psychosozialer Integration. Opus: Bamberg

Biermann, A., Goetze H. (2005): Sonderpädagogik. Eine Einführung. W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart

Bittner, G. (2006): Ich bin mein Erinnern. Über autobiographisches und kollektives Gedächtnis. Königshausen & Neumann GmbH: Würzburg

Brem-Gräser, L. (1993): Handbuch der Beratung für helfende Berufe. Band 2. Ernst Reinhardt Verlag: München, Basel

Bremer, R. (2003): Spina Bifida. In: Monatsschrift Kinderheilkunde (Heft 8), 833-841

Danzer, E., Gerdes, M., Zarnow, D.M. (2010): Preschool neurodevelopmental outcome of children following fetal myelomeningocele closure. In: American Journal of Obstetrics & Gynecology (Vol. 202), 1-9

Datler W. (1990): Zur Bedeutung von Pädagogik, Heilpädagogik, Psychotherapie, Psychologie und Psychiatrie für die Arbeit des Erziehers. Oder: Von unmöglichen Grenzziehungen und deren Konsequenzen. In: Behindertenpädagogik 29, 377-393

Datler, W. (1993): Welchen Sinn kann es haben, zwischen Pädagogik, Heilpädagogik und Psychotherapie zu differenzieren? In: Lehmkuhl, U. (Hrsg.): Verlaufsanalysen von Therapien und Beratungen (Beiträge zur Individualpsychologie 18). Reinhardt: München u.a., 11-169

Datler, W. (1996): Psychotherapie und/oder Pädagogik? In: Cahiers de Psychologie I: Prägen, Bilden und Heilen. Beiträge zur kindlichen Persönlichkeitsentwicklung, ihrer Störbarkeit und ihrer Heilung. Luxembourg: Publications du Centre Universitaire de Luxembourg, 79-95

Datler, W. (1997): Psychotherapie und Pädagogik. In: Reinelt, T., Bogyi, G. & Schuch, B. (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderpsychotherapie. E. Reinhardt: München u.a., 107-111

Datler, W. (2005): Bilden und Heilen. Auf dem Weg zu einer pädagogischen Theorie psychoanalytischer Praxis. Zugleich ein Beitrag zur Diskussion um das Verhältnis zwischen Psychotherapie und Pädagogik. Wien: Empirie Verlag (3. Aufl.)

Datler M., Datler W. (1998): Außerschulische Kinderarbeit als „dritter Ort“. Entwicklungspsychologische Anmerkungen über einige Grundlagen zeitgemäßer Kinderarbeit. In: Krieger, W. & Sieberer, B. (Hrsg.): Zeitgemäße Wege der Kinderpastoral. Don Bosco Verlag: München, 46-65

Devine, K.A., Gayes, L., Holmbeck, G.N. u.a. (2011): Friendships of Children and Adolescents With Spina Bifida: Social Adjustment, Social Performance, and Social Skills. In: Journal of Pediatric Psychology 37 (Vol. 2), 220-231

Haerberlin, U. (2005): Grundlagen der Heilpädagogik. Haupt Verlag: Bern

Hartje, W.C. (2009): Therapien mit Pferden. Heilpädagogik – Hippotherapie – Psychiatrie. Eugen Ulmer KG: Stuttgart

Hartmannsgruber, R. (2005): Prinzipien der Physiotherapie in der Pädiatrie. In: Hüter-Becker A. & Dölken, M. (Hrsg.): Physiotherapie in der Pädiatrie. Georg Thieme Verlag: Stuttgart, New York, 3

Heinze, C. (2009): Identität und Geschichte in autobiographischen Lebenskonstruktionen. Jüdische und nicht-jüdische Vergangenheitsbearbeitungen in Ost- und Westdeutschland. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden

Heitger, M. (1984): Zum Verhältnis von Pädagogik und Therapie aus Sicht der Pädagogik. In: Heitger, M. & Spiel, W. (Hrsg.): Interdisziplinäre Aspekte der Sonder- und Heilpädagogik. Reinhardt: München-Basel, 64-80

Hermes, G. (2007): Behinderung und Normalität. In: Schnoor, H. (Hrsg.): Leben mit Behinderungen. Eine Einführung in die Rehabilitationspädagogik anhand von Fallbeispielen. W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart, 69-79

Kuckartz, U. (2008): Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden

Leithäuser T., Volmerg, B. (1979): Anleitung zur empirischen Hermeneutik. Psychoanalytische Textinterpretation als sozialwissenschaftliches Verfahren. Suhrkamp Verlag: Frankfurt am Main

Lehmann, J. (1988): Bekennen – Erzählen – Berichten. Studien zur Theorie und Geschichte der Autobiographie. May Niemeyer Verlag: Tübingen

Lehmann, J., Jansen, P. (2012): The influence of juggling on mental rotation performance in children with spina bifida. In: *Brain and Cognition* 80 (Vol. 2), 223-229

Lenzen, D. (2005): *Pädagogische Grundbegriffe. Band 2: Jugend bis Zeugnis*. Rowohlt Taschenbuch Verlag: Hamburg

Lohse-Busch, H., Riedel, M., Graf-Baumann, T. (2001): *Das therapeutische Angebot für bewegungsgestörte Kinder. Konzepte, Bewertung, Ausblicke*. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg

Lorenzer, A. (1993): Die Analyse der subjektiven Struktur von Lebensläufen und das gesellschaftliche Objektive. In: Baacke, D., Schulze, T. (Hrsg.): *Aus Geschichten lernen. Zur Einübung pädagogischen Verstehens*. Juventa Verlag: Weinheim, München

Mayring, P. (2002): *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Beltz Verlag: Weinheim und Basel

Mayring, P. (2008): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Beltz Verlag: Weinheim und Basel

Meuli, M., Moehrlen, U., Oxenbein, N. u.a. (2012): Fetal Surgery in Zurich: Key Features of Our First Open in Utero Repair of Myelomeningocele. In: *European Journal of Pediatric Surgery* o.A.

Mitchell, L., Melchionne, J., Pasquariello, P. u.a. (2004): Spina Bifida. In: *The Lancet* 364, 1885-1895

Naue, U. (2005): Zur Analyse der Behindertenpolitik in Österreich aus dem Blickwinkel der Disability Studies. In: *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft* 5, 82-91

Ohr, P. (2001): Bobath-Konzept. In: Lohse-Busch, H., Riedel, M., Graf-Baumann, T. (Hrsg.): *Das therapeutische Angebot für bewegungsgestörte Kinder. Konzepte, Bewertung, Ausblicke*. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg, 25-38

Parsch, K., Schulitz, K. (1972): Das Spina-bifida-Kind. Klinik und Rehabilitation. Georg Thieme Verlag: Stuttgart

Priestley, M. (2003): Worum geht es in den Disability Studies? Eine britische Sichtweise. In: Waldschmidt, A. (Hrsg.): Kulturwissenschaftliche Perspektiven der Disability Studies. bifos: Kassel, 23-35

Pruitt, L. (2012): Living With Spina Bifida: A Historical Perspective. In: Pediatrics, 130 (Vol. 2), 181-183

Purjo, T. (2012): Die Logotherapie von Viktor Frankl. Der Weg zum wertvollen und sinnhaften Leben. BoD – Books on Demand: Norderstedt

von Aufschnaiter, D. (2005): Vojta-Konzept. In: Hüter-Becker A., Dölken, M. (Hrsg.): Physiotherapie in der Pädiatrie. Georg Thieme Verlag: Stuttgart, New York, 72-109

von Aufschnaiter, D. (2005): Physiotherapie bei Kindern mit Neuralrohrdefekten am Beispiel der Spina Bifida. In: Hüter-Becker A., Dölken, M. (Hrsg.): Physiotherapie in der Pädiatrie. Georg Thieme Verlag: Stuttgart, New York, 268-278

von Felden, H. (2008): Perspektiven erziehungswissenschaftlicher Biographieforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden

Radke, R. (2009): Lebensbilder von Menschen mit Spina bifida, offenem Rücken. "Ich hatte ja bisher kein langweiliges Leben". Kovač: Hamburg

Ridosh, M., Roux, P., Sawin, K. (2011): Transition in young adults with spina bifida: a qualitative study. In: Child: care, health and development 37 (Vol. 6), 866-874

Schick, P. (2001): Vojta-Therapie. In: Lohse-Busch, H., Riedel, M., Graf-Baumann, T. (Hrsg.): Das therapeutische Angebot für bewegungsgestörte Kinder. Konzepte, Bewertung, Ausblicke. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg, 39-50

Schulze, T. (1993): Autobiographie und Lebensgeschichte. In: Baacke, D., Schulze, T. (Hrsg.): Aus Geschichten lernen. Zur Einübung pädagogischen Verstehens. Juventa Verlag: Weinheim, München

Shaer, C., Cheschier, N., Schulkin J. (2007): Myelomeningocele: A Review of the Epidemiology, Genetics, Risk Factors for Conception, Prenatal Diagnosis, and Prognosis for Affected Individuals. In: Obstetrical and Gynecological Survey 62 (Vol. 7), 471-479

Soehnle, A., Lamprecht S. (2012): Hippotherapie: Befunderhebung – Bewegungsanalyse – Therapie. Norderstedt: BoD – Books on Demand

Strauß, I. (2000): Hippotherapie. Neurophysiologische Behandlung mit und auf dem Pferd. Hippokrates Verlag: Stuttgart:

Tauffkirchen, E. (2001): Hippotherapie. In: Lohse-Busch, H., Riedel, M., Graf-Baumann, T. (Hrsg.): Das therapeutische Angebot für bewegungsgestörte Kinder. Konzepte, Bewertung, Ausblicke. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg, 81-99

Internetquellen

Duden.de: <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/auseinandersetzen%20mit>
(Stand: 14.1.2016)

Duden.de: <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/umgehen%20mit>
(Stand: 14.1.2016)

Flexikon: <http://flexikon.doccheck.com/de/Therapie#Definition>
(Stand: 14.1.2016)

mediLexicon: <http://www.medilexicon.com/medicaldictionary.php?t=58325>
(Stand: 18.10.2015)

National Institute of Neurological Disorders and Stroke: NINDS Spina Bifida Information Page
unter: http://www.ninds.nih.gov/disorders/spina_bifida/spina_bifida.htm (Stand: 12.3.2015)

Österreichisches Kuratorium für Therapeutisches Reiten: Hippotherapie
unter: <http://www.oktr.at/hippotherapie> (Stand: 14.1.2016)

Autobiographischer Bericht

1. „KOMISCHES GEHEN“, UNTERSUCHUNGEN, WAHRNEHMUNG DURCH AUSSEN- WELT

Den genauen Zeitpunkt, wann mir klar wurde, dass ich nicht so bin, wie die meisten anderen Kinder, kann ich nicht mehr genau sagen, ich denke, dass es zur Kindergartenzeit war. Ich glaube auch, dass es für mich einfach normal war, so wie ich bin einschließlich dem ganzen Drumherum. Das war auch ca. die Zeit, in der ich zur Hippotherapie kam. Ich war bereits bei einer Bewegungstherapeutin, die nach dem Bobath- Konzept arbeitete, und sie riet meinen Eltern, es mit der Hippotherapie zu probieren. Bis zur Kindergartenzeit habe ich auch keine Erinnerungen mehr, inwieweit meine Beeinträchtigung sich irgendwie negativ auf mein Leben auswirkte.

Ich kann mich erst so ab einem Alter von ca. 4 Jahren an die ganzen „Versorgungsnotwendigkeiten“ erinnern, etwa daran, dass mich meine Mutter bis zu 6 Mal am Tag kathederisieren musste, oder daran, dass ich Windeln tragen musste. Meine Kindergartentanten wechselten mir diese auch, was mich nicht störte, im Gegenteil, ich fühlte mich dadurch als etwas Besonderes. Ich hatte gleichzeitig auch immer die Einstellung, dass das alles ganz normal war, ich kannte es ja auch nicht anders! Im Kindergarten selbst hatte ich nie Probleme mit den anderen Kindern und fand schnell Freunde. Ich kann nicht mehr genau sagen, ob die Kinder etwas von meiner Beeinträchtigung wussten oder nicht, es kam auch nicht zur Sprache. Ich denke, dass es ihnen auch egal war. In diesem Zusammenhang kann ich mich noch genau an ein Erlebnis erinnern, und zwar daran, wie ich das erste Mal von mir aus einer Freundin von meiner Beeinträchtigung erzählte: Es war, denke ich, in der 1. oder 2. Volksschulklasse und ich war bei dieser Freundin zu Hause. Sie fragte mich, warum ich so „komisch“ gehe, und ich erzählte ihr das, was mir meine Eltern erzählt hatten, nämlich, dass bei meiner Geburt ein Stückchen von meiner Wirbelsäule nicht zugewachsen war und ich deswegen Windeln tragen musste und auch nicht auf die „Zehen steigen könne“.

Dieses „komische Gehen“ verfolgt mich eigentlich bis heute. Viele neue Bekanntschaften von mir gehen immer zuerst davon aus, dass ich mir am Fuß weggetan hätte oder so. Niemand wäre durch mein Äußeres und mein Auftreten darauf gekommen, dass ich doch eine Beeinträchtigung von 50% habe. Dies ist dann immer sehr überraschend für sie und sie sind sehr daran interessiert, mehr zu erfahren. Dies ist mir besonders seit meinem Studium aufgefallen. Außerdem habe ich bemerkt, dass es bei Fremden einen Unterschied gibt, wie sie mich ansehen. Ich

habe bis jetzt noch kaum erlebt, dass mich jüngere Menschen oder welche, die so circa in meinem Alter, also Mitte 20, sind, blöd auf meine Füße starren und mich von oben bis unten mustern. Leider muss ich sagen, dass das bei Menschen im mittleren Alter doch öfter vorkommt. Natürlich nicht bei der Mehrheit dieser Personengruppe, aber es fällt schon auf, dass ich vor allem ältere Menschen angestarrt werde. Früher schaute ich immer ganz beschämt auf den Boden oder versuchte es zu ignorieren, wenn mich ihre, teilweise ziemlich penetranten Blicke trafen. Manche starren ja so richtig und ihnen fällt das gar nicht auf. Ich fühlte mich jedes Mal so richtig als Aussätzige. Mit steigendem Alter entwickelte ich aber eine Art Schutz, der auch mit meinem steigenden Selbstbewusstsein zusammenhängt: Jedes Mal, wenn mich wieder jemand ganz penetrant anstarrt bzw. auf meine Füße, blicke ich demjenigen fest in die Augen. Wenn ich mit jemandem unterwegs bin, sage ich mitunter, sodass diese es hören: „Der bzw. die hat ja wieder ganz blöd gschaut“.

Das bewirkt, dass diese Personen, wenn sie es bemerken, selbst beschämt wegschauen. Das gibt mir dann irgendwie eine Art von Genugtuung. Man kann diesen Menschen ja eigentlich nichts vorhalten, denn der Mensch ist ja neugierig und auch fasziniert von dem, was er nicht kennt, oder von dem, was er in seiner Vorstellung als nicht „normal“ ansieht, und an dem, was aus der Masse heraussticht. Ich beobachte solch ein Verhalten leider nicht nur bei mir, sondern auch bei Menschen, die ganz offensichtlich eine Beeinträchtigung haben. Ganz schlimm ist es bei Menschen, die geistig beeinträchtigt sind oder bei denen, die physisch nicht den „Normen“ entsprechen. Ich denke, dass hängt einfach mit der „Bekanntheit“ einer Beeinträchtigung zusammen. Jemand, der im Rollstuhl sitzt, wird nicht so sehr angestarrt wie jemand, der offensichtlich geistig beeinträchtigt ist und aus diesem Grund vielleicht Schwierigkeiten beim Sprechen hat. Oder eben jemand, der nach außen hin „normal“ ist, aber dennoch „komisch geht“. Leider kommen solche Menschen aber auch nicht auf die Idee, mich zu fragen, warum ich denn so „komisch gehe“. Wenn dies mehr Menschen machen würden, würde dies der Aufklärung dienen, aber leider kommt die so gut wie gar nicht vor. Dies habe ich lediglich bei Menschen in ca. meinem Alter erlebt – hauptsächlich auf der Universität. Wenn Menschen mich konkret und nett fragen, ist das auch überhaupt kein Problem, ich habe nur ein Problem damit, wenn sie mich hinterrücks und heimlich anstarren, ohne auch nur zu wissen, warum ich nun so „komisch“ gehe bzw. sie auch kein Interesse daran zeigen, wie ich mich dabei fühle.

Erinnerungen aus meiner ganzen Kindheit und auch Jugend betreffen die fortwährenden Besuche in Krankenhäusern bzw. die urologischen Untersuchungen. Ich weiß noch, dass ich jedes Mal Angst hatte, es aber im Nachhinein nie so schlimm war wie befürchtet. Ich hegte ab einem

gewissen Alter ein gewisses Interesse an dem, was bei den Untersuchungen geschah. Sei es, dass mir Kontrastmittel gespritzt wurden, um den Blaseninhalt bzw. meine Blasenkapazität zu untersuchen, oder sei es um meine Sensibilität zu ermitteln. Ein besonders unbehagliches Erlebnis hatte ich, als ich im Krankenhaus in Wien zum ersten Mal in meinem Leben eine Infusion durch meine Adern bekam und eine Nadel in meinem Arm steckte. Dies empfand ich als sehr unangenehm und ich versuchte vehement, meine Hand nicht zu viel zu bewegen. In Erinnerung blieb mir auch, dass ich nach der Untersuchung einen Schokoriegel bekam, und als ich in diesen hineinbiss, fiel mir ein schon lange wackelnder Zahn heraus.

Ansonsten habe ich keine negativen Erinnerungen an meine Untersuchungen. Die gehörten und gehören einfach dazu. Immerhin haben sich dadurch meine „Probleme“, die ich doch mit meiner Beeinträchtigung habe, verbessert. Ich denke in diesem Zusammenhang ganz stark an die Probleme mit meiner Inkontinenz. Wie ich schon geschrieben habe, war das Kathedern in meiner Kindheit gang und gäbe und auch das Tragen von Windeln bzw. später von Einlagen. Mit Beginn meiner Pubertät hegte ich aber immer mehr Abneigung gegen das ständige Kathedern und meine Eltern beschlossen, dies und auch die ständigen Untersuchungen einzustellen. Leider hatte dies dann zur Folge, dass ich immer öfter ins Bett nässte bzw. auch am Tag, wenn ich in der Schule war, in meine Hose. Besonders war dies der Fall, als ich begann, abends fortzugehen und, wie viele Jugendliche in dem Alter von ca. 16 – 18 Jahren auch, Alkohol trank. Ich nahm dann immer vorsichtshalber eine Weste oder ein Tuch mit, welche ich mir um die Hüften band. Als ich dann im Alter von 18 Jahren nach Wien zog, um zu studieren, war ich auf mich alleine gestellt, was Wäsche waschen betraf. Ich hatte zwar immer einen Kautschukbezug über der Matratze, aber dennoch wurde das ständige Waschen zur Last und schließlich beschloss ich, dass ich etwas dagegen tun wollte. Dies hing ebenfalls mit meinem erhöhten Verbrauch an Einlagen zusammen, von denen ich nur eine beschränkte Stückzahl pro Quartal finanziert bekomme. Ich fing also wieder an, mich selbst zu kathederisieren und zusätzlich Tabletten zu nehmen, die meine Blasenkapazität steigern sollen. Leider haben diese auch einen Nachteil, und zwar bewirken sie, dass ich nun gar nicht mehr oder sehr schwer selbstständig Wasser lassen kann. Das bedeutet, ich muss mich selbst kathederisieren. Mir wurde dies aber so erklärt, dass mein Blasendruck so hoch ansteigt, wenn ich selbstständig Wasser lassen möchte, da ich meinen Beckenboden nicht ohne Anstrengung entspannen kann und dass dies zu einem Rücklauf des Urins in die Nieren führt. Deswegen nehme ich das ständige Kathedern natürlich in Kauf. Neben dieses kleinen negativen Aspekts hat der Selbstkathederismus sonst nur Vorteile. Die Häufigkeit meines ins Bettnässen hat enorm nachgelassen und auch sonst brauche ich nicht mehr so viele frische Hosen.

1. MOBBING

Meine erste negative Erfahrung durch Mobbing hatte ich in der ersten oder zweiten Volksschulklasse. Damals beschimpfte mich ein Schulkollege als „Windelbaby“. Ich war traurig und reagierte mit Rückzug. Meine damalige beste Freundin, welche damals schon selbstbewusst war, reagierte aber in einer Weise, die ich nie vergessen werde: Sie packte mich und ging mit mir in die angrenzende Hauptschule und holte ihren größeren Bruder. Wir erzählten ihm das Geschehene und er knöpfte sich meinen Klassenkollegen vor und sagte, dass man sowas nicht sage und wer sowas sage, sei dumm. Mein Klassenkollege erstarrte und sank immer mehr in den Boden, denn immerhin sprach da ein größerer und älterer Junge mit ihm. Als dieser mit der Standpauke fertig war, drehte er sich zu mir um und sagte, wenn das nochmal vorkäme, solle ich ihn wieder holen. Ab diesem Zeitpunkt wurde ich nicht mehr gemobbt – zumindest nicht in der Volksschule.

Leider änderte sich das im Gymnasium. Denn auch da wurde ich zum Mobbingopfer. Es geschah ebenfalls in der 1. oder 2. Klasse. Jeden Tag in der Früh, wenn ich in die Klasse kam, war mein Sessel, der auf der Sitzfläche eine kleine Mulde hatte, mit Wasser gefüllt. Dies begann total unvermittelt und war ein Schock für mich, denn bis dahin hatte ich keine Probleme mit meinen Klassenkollegen, im Gegenteil, ich verstand mich mit allen recht gut und war auch in einer Clique von mehreren Kindern. Dies ging dann eine Weile, bis es mir zu viel war und ich eines Tages weinend aus der Klasse lief. Zwei gute Freundinnen von mir kamen mir nach und fragten, was denn los sei, und beschlossen mir zu helfen. Wir überlegten, wer das gemacht haben könnte, und kamen zu dem Schluss, dass es eigentlich nur diejenige Schülerin sein könne, die in der Früh als Erste in die Klasse kam. Also lockte eine meiner Freundinnen diese einmal aus der Klasse, wo ich mit der anderen Freundin schon auf sie wartete. Dort konfrontierten wir diese mit unseren Vorwürfen, welche sie aber zu Beginn abstritt. Doch dann knickte sie ein und meinte, sie wisse nicht, warum sie es tat, denn sie mochte mich ja eigentlich. In der Tat war diese Klassenkollegin eigentlich, so dachte ich jedenfalls, eine Freundin von mir und war auch schon auf einer meiner Geburtstagspartys. Sie meinte, ihr war nur fad und sie habe nicht darüber nachgedacht, dass dies mich verletzen könnte.

Ab diesem Zeitpunkt war das Mobbing vorbei. Die Klassenkollegin und ich vertrugen uns zwar auch wieder, aber ich traute ihr nicht mehr und wir wurden nie mehr Freundinnen. Auch bei den anderen, die das Ganze ebenfalls bemerkt hatten, war sie nicht mehr so beliebt. Die meisten

hielten zu mir. Ich war aber noch nie so ein Mensch, der das bewusst provozierte, indem ich so etwas herumerzählte, es passierte einfach so.

2. VERHÄTSCHELUNG IN DER KINDHEIT UND DER ABLÖSEPROZESS VON UND DURCH DIE ELTERN

Einen weiteren subjektiv negativ erlebten Aspekt in meinem Leben, welchen ich in Zusammenhang mit meiner Beeinträchtigung sehe, ist der schwierige Ablösungsprozess von meinen Eltern. Natürlich kann man jetzt sagen, der ist bei jedem Jugendlichen oder jungen Erwachsenen schwierig. Aber dennoch bin ich überzeugt, dass dieser bei mir, oder allgemeiner bei vielen Menschen mit einer Beeinträchtigung, schwieriger und langwieriger ist als bei Menschen ohne Beeinträchtigung.

Ich hatte und habe, seit ich denken kann, das Gefühl, mehr im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit meiner Eltern zu stehen als mein älterer Bruder. Wenn ich zum Beispiel mit meinem Bruder im Garten spielte, hieß es zwar nie „Mach das nicht!“, aber dennoch blickten meine Eltern sehr aufmerksam auf das, was ich tat. Ich war aber nie ein schlimmes oder sehr von Unsinn getriebenes Kind. Ich wusste schon früh, wo meine Grenzen waren und was ich mir zutraute oder eben nicht. Meine Eltern ermöglichten mir auch vieles, was ich machen wollte, wenn auch mit einem sehr wachsamen Auge. Insbesondere als ich mit dem Reiten, also der Hippotherapie, begann, war meine Mutter zu Beginn sehr ängstlich.

Als ich in die Pubertät kam, fing ich, wie jeder Teenager, an zu rebellieren. Ich fing an zu hinterfragen, warum ich dies und das nicht machen durfte und stellte mich auch schon mal quer. Dies äußerte sich ganz gewaltig in Form von Ausgehen und Partymachen. Es gab jedes Wochenende endlose Diskussionen, wann ich denn nach Hause kommen musste, und wenn meine Eltern bemerkten, dass ich zu viel Alkohol getrunken hatte, gab es des Öfteren ein Donnerwetter.

Ich wurde von ihnen sehr behütet: Sie holten und setzten mich bei den Lokalen oder bei den Freunden ab, kauften mir Pfeffersprays und sie riefen mich sofort an, wenn ich nur ein bisschen zu spät zum Auto kam. Im Nachhinein gesehen muss ich gestehen, dass diese Aktionen eigentlich vollkommen „normal“ waren und nicht unbedingt mit meiner Beeinträchtigung zusammen hingen, aber dennoch hatte ich immer das Gefühl, dass sie wegen meiner Beeinträchtigung sehr aufmerksam waren.

Zu meinem Bedauern ist aber diese behütete Zeit mit meinem 18. Geburtstag und dem Zeitpunkt, als ich nach Wien gezogen bin, nicht so sehr besser geworden. Und genau da, so denke

ich, liegt nun der Knackpunkt bzw. eben der feine Unterschied gegenüber vielen jungen Erwachsenen ohne Beeinträchtigung und ihren Eltern und mir.

Ab dem Zeitpunkt, ab dem ich 18. Jahre alt war, handhabte ich es so, dass mir meine Eltern nichts mehr vorschreiben konnten. Leider kollidierte diese Entscheidung mit den Vorstellungen meiner Eltern. Diese, das muss ich zugeben, wurden zwar immer lockerer, was die Festlegung der Ausgehzeiten betraf, aber dennoch wiesen sie mich immer wieder darauf hin, achtsam zu sein, und gaben mir gutgemeinte Ratschläge und versuchten mich subtil zu lenken.

Angemerkt werden muss hier, dass meine Mutter Lehrerin ist. Ich denke, dass damit auch ihre, teilweise etwas übertriebene Fürsorge zusammenhängt. Ich war auch in meiner Jugend ein relativ braves und umgängliches Mädchen und ich kann mich an keine Situation erinnern, wo ich etwas gemacht oder gesagt habe, was für sie einem Weltuntergang glich. Natürlich macht man im jugendlichen Leichtsinn Sachen, die man am Besten nicht getan hätte, und ich denke, dass ich da ganz der „Norm“ entsprach.

Trotz der etwas lockeren Erziehung ab meinem 18. Geburtstag hatte und habe ich immer noch das Gefühl, mehr „erzogen“ zu werden als andere junge Erwachsene – und immerhin bin ich bereits 26 Jahre alt, lebe seit knapp 8 Jahren in Wien, bin in einer sehr gut funktionierenden Beziehung und handle mein Leben, wie ich überzeugt bin, recht gut. Dennoch kann meine Mutter es nicht lassen, mir Ratschläge zu machen, und mich mein Leben so leben zu lassen, wie ich es glaube ohne sich einzumischen. Klar, das ist der „mütterliche Instinkt“, kann man jetzt behaupten, aber das, was meine Mutter macht, geht klar über die „durchschnittliche mütterliche Eimischung“ hinaus. Es fällt mir ein bisschen schwer, dies in Worte zu fassen, aber ich versuch es an einem Beispiel, das auch bis vor Kurzem sehr aktuell war: Obwohl ich bereits mein Studium recht erfolgreich mit einem Bachelortitel abgeschlossen habe und ich eben bereits meine Masterarbeit schreibe, d.h. am Ende meines Studiums und ich schon viele Seminararbeiten, Projekte usw. gemeistert habe – und das durchaus ohne die Hilfe meiner Eltern –, kann es meine Mutter nicht lassen, mir Ratschläge geben zu wollen, wie ich denn meine Masterarbeit schreiben solle, wann ich zu meinem Betreuer gehen solle usw. Sie hat bis jetzt nicht gelernt, dass ich mein ganzes Studium durch alles alleine gemacht habe und es immer geschafft habe. Ich denke, sie will mich sehr vor Fehlern schützen.

Neben der Einmischung in meine Studienangelegenheiten betrifft diese auch mein privates Leben. „Willst nicht das so und so machen?“, „Warum machst du nicht das und das?“ und „Mach das doch so und so!“ – dies sind nur einige typische Phrasen meiner Mutter.

Ich denke, der Umstand, dass ich, neben dem, dass ich das jüngere Kind bin, auch noch eine Beeinträchtigung habe, kompliziert und erschwert den Ablösungs- oder besser gesagt den „Loslassprozess“ meiner Mutter.

3. MANGELNDE/S SELBSTAKZEPTANZ UND SELBSTBEWUSSTSEIN/ SONDERSTELLUNG IN DER SCHULE

Als ich älter wurde und ins Gymnasium kam und somit auch langsam in die Pubertät, hatte ich, wie jeder andere Teenager auch mit meinem Selbstbewusstsein zu kämpfen. Anders als in der frühen Kindheit (Kindergarten und Volksschule) versuchte ich meine Beeinträchtigung nicht an die große Glocke zu hängen und begann darüber nachzudenken, wie es wäre, keine Beeinträchtigung zu haben. Dieses Wunschdenken führte dazu, dass ich mir zu dieser Zeit vor niemandem die Blöße geben wollte, etwas aufgrund meiner Beeinträchtigung nicht machen zu können oder es mich nicht zu trauen. Dies war dann auch die Zeit, als meine Eltern entschieden, all die medizinischen Notwendigkeiten (Untersuchungen, Selbstkatherismus) ruhen zu lassen. Aus heutiger Sicht denke ich, dass dies zu dieser Zeit auch ganz gut war, denn so bekam ich dann doch mehr das Gefühl, „dazu zu gehören“ und nicht „anders“ zu sein. Ich wollte auch nicht, dass mich meine Eltern wie ein „armes Hascherl“ ansahen, und tat alles, um von meiner Beeinträchtigung abzulenken – auch durch mein Äußeres. So kam es, dass ich mir in der 6. Klasse Dread-Locks verpassen ließ, um eben dadurch aufzufallen.

Ich hatte damals bereits viele Freundinnen und Freunde, die mich auch so nahmen, wie ich war, aber dennoch schämte ich mich sehr für meine Beeinträchtigung. Ich denke, dass der Grund dafür zum einen der Schulwechsel (Volksschule – Gymnasium) war und zum anderen, damit verbunden, das Finden von neuen Freunden. Ich wollte nicht, dass sie mich wegen meiner Beeinträchtigung mochten und vielleicht auch Mitleid mit mir hatten. Mitleid ist in diesem Zusammenhang ein wichtiges Schlagwort. Natürlich unterrichteten meine Eltern meinen Klassenvorstand, wie auch früher im Kindergarten und in der Volksschule, von meiner Beeinträchtigung. Aber anders als im Kindergarten und in der Volksschule, wo ich meine Beeinträchtigung schon des Öfteren als Entschuldigung für etwas, das ich nicht machen konnte oder auch wollte, vorschob, hatte ich im Gymnasium ein Problem damit. Das hatte aber zum Teil auch sehr mit meinem Klassenvorstand zu tun, die es teilweise schon zu gut meinte. Ich wurde bei jeder Wandertagsplanung gefragt, ob ich das denn könne und mir zutraue. Bei jedem Ausflug wurde ich an die Spitze der Schlange von Schülerinnen und Schülern gestellt und sollte nun das Tempo vorgeben. Bis zu einem gewissen Grad genoss ich die besondere Aufmerksamkeit, aber es ging

mir auch zu weit, denn meine „Sonderstellung“ wurde nicht von allen Schülerinnen und Schülern gern gesehen und es kam zu Missgunst und Neid. Natürlich legte sich das mit unserem Älterwerden, aber besonders in der Unterstufe hatte ich damit zu kämpfen und auch damit, diese „Sonderstellung“ selbst zu akzeptieren. Es war und ist nun mal so, dass ich nicht alles machen kann, was ein Mensch ohne Beeinträchtigung kann. Dennoch hatte ich immer wieder das Gefühl, aufgrund meiner Beeinträchtigung eine bestimmte Sonderstellung und auch einen Bonus bei den Lehrenden zu haben. Dies war insbesondere im Turnunterricht der Fall. Wie schon gesagt, konnte ich nicht alle Übungen machen. Dennoch bekam ich die gleiche Note wie die Schülerinnen, die alles perfekt machten und konnten. Der Neid und die Missgunst waren damals dann vorprogrammiert. Schließlich entschied ich, mich, in der 5. Klasse, vom Turnunterricht befreien zu lassen, und das war auch gut so, denn der Lehrplan wurde doch immer anspruchsvoller.

Man kann also sagen, dass ich, besonders in der Unterstufe von manchen meiner Lehrerinnen und Lehrern bevorzugt, ja, schon fast verhätschelt wurde. Dies missfiel dann wieder meinen Klassenkolleginnen und Klassenkollegen und führte dazu, dass ich mich nicht akzeptiert fühlte und auch nicht für „voll genommen“ fühlte. Diese Tatsache wirkte sich wiederum negativ auf mein Selbstbewusstsein und meine Selbstachtung aus und ich hatte damals wirklich mit meiner Beeinträchtigung bzw. deren Akzeptanz zu kämpfen.

Damit umzugehen und mein Selbstbewusstsein sowie meine Selbstakzeptanz wieder zu finden, dabei hat mir mit Sicherheit die Hippotherapie geholfen.

4. BEZIEHUNGSÄNGSTE, SEXUALITÄT/ INTIMITÄT, ANGST VOR ZURÜCKWEISUNG

Ein wichtiger Aspekt, der viele negative Erfahrungen mit sich zog und der mich eigentlich schon seit meiner Pubertät begleitet, ist meine Angst davor, wie mich die Außenwelt und vor allem das männliche Geschlecht sieht. Ich war, kann man so sagen, körperlich etwas „frühreif“, was nicht nur bedeutete, dass mich das männliche Geschlecht schon bald interessierte, sondern auch, dass ich für mein Alter ziemlich reif, körperlich und auch geistig, war – zumindest wurde mir das immer wieder gesagt. Als ich „fortzugehen“ begann, sprich abends auf Partys und so weiter, erlebte ich mit, wie nach und nach meine Freundinnen mit Jungen „anbandelten“ und feste Freunde bekamen. Ich entwickelte daraufhin ein immer stärker werdendes Bedürfnis, es ihnen gleich zu tun, und stürzte mich immer mehr in kurze und belanglose „Geschichtln“ mit Männern. Dies nahm schon „unnatürliche Züge“ an, insbesondere als ich in meiner Anfangszeit

in Wien ein „Gschichtl“ nach dem anderen hatte. Leider bildete ich mir immer ein, dass daraus mehr werden könnte, und ich verliebte mich sehr schnell – oder glaubte zumindest, es zu sein. Alle meine Freundinnen hatten mit 15 oder 16 Jahren bereits ihre ersten festen Freunde und ich wollte das auch. Es spielte aber immer der Gedanke mit, dass ich nicht so akzeptiert werden würde. Darum, so denke ich heute, und um mir selbst zu beweisen, dass ich „normal“ bin, war ich so verbissen darin, einen Freund zu suchen. Ich bekam auch die Bestätigung, aber leider erst ab dem Zeitpunkt, als ich mit den Männern intimer wurde. Diese Bestätigung war auch, wie ich schnell bemerkte, nicht die, die ich mir erhofft hatte. Ich hatte das Gefühl, dass ich nur „für das Eine“ gut genug war. Ich war damals sehr offen und, wie ich heute sagen würde, „leicht zu haben“. Das bedeutete auch, dass ich den Männern sehr schnell von meiner Beeinträchtigung erzählte, und das führte des Öfteren zu Ablehnung ihrerseits und es hielt, davon bin ich auch überzeugt, einige Männer auch davon ab, mich näher kennenlernen zu wollen und etwas „Festes“ daraus werden zu lassen.

Heute spreche ich aus Erfahrung, wenn ich sage, dass man erst gefunden wird, wenn man nicht mehr sucht, denn bei mir war dies der Fall. Als ich mit 20 Jahren nach einer doch schmerzhaft endenden Affäre, von der ich mir auch wieder mal mehr erhofft hatte, und etlichen unbefriedigenden Treffen mit Bekanntschaften aus einer Internet-Dating-Plattform, einen Schlusstrich unter meine schon an Verzweiflung grenzende Suche nach Liebe setzte. Als ich „nur mehr aus Spaß“ diese Webseiten besuchte, lernte ich dadurch meinen jetzigen Freund und auch Verlobten kennen. Mit ihm bin ich nun seit knapp 6 Jahren zusammen. Von unserer Kennenlernphase wird mir immer eine Chatunterhaltung in Erinnerung bleiben, die sehr gut in diesen Rahmen und dem von mir zuvor angesprochenen dem Wunsch als „normal“ angesehen zu werden, passt: In unserer Kennenlernphase unterhielten wir uns nur über Chatnachrichten und dies kann, wie ich jetzt weiß, zu Missverständnissen führen. Als wir uns schon besser „kannten“, erwähnte ich meine Beeinträchtigung. Mein Freund fragte mich, wie sich diese denn äußern würde, und ich begann mit dem „Harmlosesten“ und schrieb, dass ich Einlagen tragen muss. Und seine Antwort kam sehr überraschend: „Hab ich auch als Kind tragen müssen.“ Was er aber nicht wusste, war, dass ich Einlagen gegen meine Inkontinenz meinte. Er wiederum dachte, ich meine Einlagen in den Schuhen. Als ich das Missverständnis dann aufklärte, meinte er nur: „Ok.“ und war sehr interessiert, mehr über meine Beeinträchtigung zu erfahren. Es war für ihn von Anfang an absolut kein Problem. Bei ihm stoße ich auch auf taube Ohren, wenn ich, was immer wieder vorkommt, meine Beeinträchtigung als Ausrede für irgendetwas, was ich nicht machen will, verwende. Er nimmt mich als völlig „normalen“ Menschen wahr und behandelt mich auch so.

Nichtsdestotrotz ist er immer zu Stelle, wenn Arztbesuche, das Holen meiner Katheder und Einlagen usw. anstehen. Nach langem Suchen kann ich nun heute sagen, dass ich jetzt die „Normalität“ und Anerkennung gefunden habe, die ich in meiner Jugend so verbissen gesucht und nie gefunden habe.

In diesem Zusammenhang möchte ich auch noch den Aspekt der Intimität ansprechen. Bevor ich meinen Freund hatte, hatte ich immer enorme Selbstzweifel, was Intimität betraf. Ich hatte, neben den Zweifeln, je einen festen Freund zu finden, auch die Angst, wenn es denn mal so sein würde, wie er darauf reagieren würde, wenn wir mal intim werden würden. Es ist nun mal Tatsache, dass ich nicht nur Einlagen wegen meiner Inkontinenz tragen muss, sondern auch, dass ich ab meiner Hüfte sowohl äußerlich als auch innerlich eine verringerte bzw. teilweise nicht vorhandene Sensibilität habe. Diese Tatsache verschwieg ich aber den meisten Männern immer. Es ist auch so, dass ich nicht so großen Wert auf Sexualität bzw. Geschlechtsverkehr lege, und das, denke ich, hängt mit meiner Beeinträchtigung zusammen. Um mir aber das Gegenteil zu beweisen und den Schein nach außen zu wahren, hatte ich in meiner Anfangszeit in Wien immer wieder One-Night-Stands. Ich verschwieg den Männern aber immer, dass ich nicht wirklich Spaß dabei hatte, da bei mir beim rein körperlich vollzogenen Akt kaum Gefühle auftreten. Außerdem konnte ich mich nie vollkommen fallen lassen, da aufgrund meiner Blasen- und Darmschwäche es immer zu einem „Unfall“ kommen konnte. Heute denke ich, dass der Grund, warum ich mich den Männern nie ganz öffnete, darin bestand, dass ich ihnen nie ganz vertrauen konnte. Außerdem waren sie, obwohl ich mir des Öfteren eine Beziehung erhoffte oder mich in den Gedanken, eine zu wollen, hineinsteigerte, nie die Richtigen für mich. Dies denke ich auch, wenn ich an meine doch ein halbes Jahr lang dauernde „Affäre“ zurück blicke. Ich dachte zwar, dass ich diesen Mann mochte und in ihn verliebt war, aber tief in meinem Inneren wusste ich schon damals, dass dies nicht der Fall war.

Heute kann ich mit Sicherheit sagen, dass es mir nicht schwer fällt mich zu öffnen, wenn ich den Mann wirklich liebe, denn bei meinem jetzigen Freund waren all die Zweifel, was meine Sensibilität und auch mein sexuelles Verlangen angeht, nie ein Problem. Wir sprachen und sprechen viel darüber und er weiß ganz genau, was er tun muss, um mein vermindertes Gefühl wett zu machen.

5. ERFAHRUNGEN MIT HIPPOTHERAPIE

Das erste Mal, als ich gemeinsam mit meinen Eltern und meinem Bruder zur Hippotherapie fuhr, sehe ich auch noch genau vor mir. Nach meiner Einschätzung dauerte die Fahrt dorthin ewig. Der Bauernhof, wo die Therapie stattfand, lag etwas abgelegen auf einer Anhöhe, und es gab dort neben den Pferden auch Hühner und, ich glaube, auch Ziegen. Die Besitzer hießen Peter und Claudia und sie boten Hippotherapie und heilpädagogisches Reiten, ich denke auch heilpädagogisches Voltigieren im privaten Kreis, an. Ich war damals so ca. 4 Jahre alt und sehr schüchtern, dennoch gefiel es mir dort sofort. Zuerst wurden wir in die Stube gebeten, wo meine Eltern mit Peter und Claudia über die Therapie, also den Ablauf, meine Beeinträchtigung usw. sprachen, während mein Bruder und ich mit dem Hund der beiden spielten. Nachdem alles Organisatorische besprochen wurde, ging es hinaus zu den Pferden. Ich sollte auf „Bubi“, einem Haflingerhengst, reiten. Obwohl ich noch nie zuvor so nahe bei einem Pferd stand, hatte ich überhaupt keine Angst und fühlte mich sofort wohl bei „Bubi“. Nachdem ich mich mit ihm bekannt gemacht hatte, mir Peter das Pferd und seine Anatomie genau erklärt und gezeigt hatte, ich ihn gestreichelt und ihm eine Karotte zu Fressen gegeben hatte, ging es los. Es passierte alles ohne Zeitdruck und mit Ruhe. Peter, der den Hauptpart bei der Therapie übernehmen würde, setzte mich auf den Rücken des Pferdes. Dieses war ungesattelt und trug nur ein Halfter. Nachdem ich mich an das Pferd und die neue Erfahrung, auf ihm zu sitzen, gewöhnt hatte, setzten wir uns in Bewegung. Claudia nahm das Halfter und ging an der rechten Seite von Bubis Kopf. Sie war also die Pferdeführerin. Peter, der Hippotherapeut, ging direkt neben meinem Fuß und auch meine Eltern gingen mit uns mit. Peter fragte mich, wie ich mich fühlte, und sagte mir, ich solle beschreiben, wie sich die Bewegung des Pferdes anfühle und was ich dabei empfand. Wichtig war auch, dass ich mich total auf die Bewegungen des Pferdes einließ.

Ich kann mich noch gut daran erinnern, dass diese Erfahrung im ersten Moment eine Sinnesüberflutung und sehr intensiv für mich war. Ich saß erhöht auf dem Rücken des Pferdes, dieses bewegte sich gleichmäßig und ruhig im Schritt voran, dennoch ungewohnt, und ich hatte das Gefühl, ich könne alles erreichen und war auch sehr stolz auf mich, dass ich winziger Mensch bzw. Kind mich so Etwas traute. Wir gingen eine Runde, die, wie sich herausstellte, quasi zur „Therapierunde“ wurde, d.h. wir absolvierten diese bei jeder Einheit. Es ging über die Koppel, dann in einen kleinen Wald, neben einem Bächlein und schließlich bis zum nächsten Bauernhof und dann auf der Straße zurück. Peter wies mich immer wieder an, Übungen zu machen. Diese beinhalteten, zu meinen Füßen zu greifen, die Arme nach oben zu strecken oder mich nach hinten auf den Rücken des Pferdes oder so weit wie möglich nach vorne zu legen.

Soweit ich mich erinnern kann, wurde bei der ersten Einheit noch nicht so viel mit mir kommuniziert, es wurde eher alles erklärt, also wozu die Übungen gut seien usw.

Nach ein paar Einheiten meinte Peter dann, dass meine Eltern nicht mehr mitgehen sollten. Das rief zuerst ein Gefühl von Angst in mir hervor, da ich ein sehr schüchternes, zurückhaltendes und mutterbezogenes Kind war. Dennoch fühlte ich mich total sicher und aufgehoben bei Peter, Claudia und vor allem bei Bubi. Ich entwickelte eine enorme Bindung zu Bubi und es machte mir immer Vergnügen, auf ihm zu reiten. Ich konnte es nie erwarten, zum nächsten Termin zu fahren. Heute kann ich mit Sicherheit sagen, dass alleine der intensive Kontakt mit Pferden über eine doch große Zeitspanne eine enorme Persönlichkeitsentwicklung bewirkte. Ich bin mir sicher, dass dadurch mein Selbstbewusstsein enorm gestiegen ist, denn ich wurde nicht nur von meinen Freunden und Schulkollegen dafür bewundert, dass ich mich auf so ein großes Tier traute, auch mein Umfeld reagierte durchwegs mit Respekt für das, was ich tat.

Den Pferden ist es egal, ob man eine Beeinträchtigung hat oder nicht. Sie strahlen eine enorme Ruhe aus und lassen sich bedingungslos von einem lenken und leiten. Diese Tatsache erfuhr ich vor allem einige Jahre später, als ich bei uns im Ort nach einer Pause wieder mit der Hip-
potherapie anfang. Dieses Mal war es aber in Kombination mit dem Erlernen des traditionellen Reitens. Das bedeutete, dass ich weiterhin Übungen machte und bei Ausritten außerhalb der Koppel zwar auch geführt wurde, ich aber dennoch, in der Koppel, selbständig das Pferd lenken durfte.

Neben der Ausstrahlung und Wirkung des Pferdes trugen auch die bedingungslose Achtung vor meiner Person und die Wahrnehmung von mir seitens meiner Therapeutin bzw. meines Therapeuten enorm zu der positiven Entwicklung bei. Ich kann mich noch erinnern, dass mir Peter und eben später Irmi immer in Gespräche verwickelten, die einen typischen Therapiecharakter hatten. Es fing meistens mit einer harmlos wirkenden Frage an und endete nicht selten in der Analyse meiner Probleme. Ich wurde immer wieder gefragt, wie ich mich in gewissen Situationen gefühlt habe, was ich persönlich von meiner Beeinträchtigung halte und welche Reaktionen ich von der Außenwelt bekäme. Das bedeutet, es wurde durch die Gespräche ein Denk- und Verarbeitungsprozess ausgelöst. Diese Gespräche wurden für mich vor allem beim Einsetzen meiner Pubertät enorm wichtig, da meine Therapeutin Irmi für mich zwar eine Bezugsperson war, aber dennoch eine Außenstehende, die nichts meinen Eltern erzählen würde. Dies war sehr wichtig für mich, denn wie so ziemlich jeder Jugendliche in dieser Zeit, hatte ich nicht so ein großes Bedürfnis, mit meinen Eltern über meine Probleme zu sprechen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, bei dem mir die Hippotherapie geholfen hat, denke ich, betrifft die Selbstakzeptanz, also die Akzeptanz meiner Beeinträchtigung. Ich hatte als Kind zwar nie

so große Probleme damit, denn, wie ich schon beschrieben habe, war dies für mich die Normalität, aber in der Pubertät kamen dann doch Selbstzweifel auf und es kam auch, wie ich ebenfalls schon beschrieben habe, immer wieder zu Situationen, die ohne Beeinträchtigung vielleicht nicht negativ gewesen wären. Diese Situationen betrafen vor allem das Thema Mobbing, die Wahrnehmung durch das männliche Geschlecht, aber auch das Finden von „wahren“ Freunden. Ich bin davon überzeugt, dass mir die Hippotherapie insofern geholfen hat, mich und meine Beeinträchtigung mehr zu akzeptieren, als ich in diesem Setting eben als vollwertiger, komplett „normaler“ Mensch gesehen wurde. Natürlich wurden Übungen gemacht usw. aber dennoch wurden diese mir zugetraut bzw. erfuhr ich immer großes Lob, wenn ich eine Übung, die ich vielleicht zuvor nicht machen konnte, dann doch durchführen konnte. Eine große Rolle in diesem Zusammenhang spielten auch immer wieder die Pferde, denn, wie schon beschrieben, nehmen diese einen als vollkommen „normalen“ Menschen an, sie bemerken aber dennoch, dass dies in irgendeiner Weise doch nicht der Fall ist. Es ist einfach ein großartiges Gefühl, als kleiner Mensch, der man neben einem Pferd ist, dieses große, starke Tier zu lenken und dieses hört bedingungslos auf die Befehle. Ich denke, dadurch, dass die Pferde nach außen hin keinen Unterschied zwischen Menschen mit oder ohne einer Beeinträchtigung machen und lediglich auf die Signale, die ihnen gegeben werden, reagieren, gab mir ein unglaubliches Gefühl der Stärke, aber eben auch der „Normalität“.

Das Selbstbewusstsein und die Selbstakzeptanz, die ich ohne Zweifel durch die Hippotherapie entwickelt habe, sind und waren ausschlaggebend dafür, dass ich die damaligen, die jetzigen und auch die kommenden Probleme und negativen Erfahrungen, die ich aufgrund meiner Beeinträchtigung gemacht habe und machen werde, so bewältigt habe und bewältigen werde, wie ich es getan habe. Das Zusammenspiel von dem Pferd, welches keinen Unterschied zwischen Menschen mit Beeinträchtigung und Menschen ohne Beeinträchtigung erkennt bzw. sieht, und der aufrichtigen Aufmerksamkeit und Akzeptanz der Therapeutinnen und Therapeuten bewirkt eine enorme Persönlichkeitsentwicklung beim Kind/ Erwachsenen. Es wird einem gezeigt, dass man (mit Hilfe des Pferdes) genau so ist, wie Menschen ohne Beeinträchtigung, und genau diese Tatsache wirkt sich positiv auf viele Bereiche des Menschen mit Beeinträchtigung aus. Dies geschieht natürlich nicht bewusst, aber ich kann aus eigener Erfahrung und auch den Berichten von Menschen, die mir nahe stehen, sagen, dass ich eben eine solche Persönlichkeitsentwicklung in der Zeit, als ich die Hippotherapie in Anspruch genommen habe, vollzogen habe. Ich bin absolut davon überzeugt, dass, wenn ich diese Therapie nicht gemacht hätte, ich immer noch von Selbstzweifeln bezüglich meiner Beeinträchtigung geplagt werden würde und mein Leben bis jetzt nicht so positiv verlaufen wäre, wie es ist.

Ich bin überzeugt, dass die Hippotherapie dazu beigetragen hat, mich zu dem Menschen werden zu lassen, der ich jetzt bin: ein Mensch mit einem gesunden Selbstbewusstsein, der seine Beeinträchtigung zwar nicht verleugnet, diese aber nur mit Menschen teilt, denen er mit gutem Gewissen vertrauen kann; sich so akzeptiert, wie er ist; sich seine Schwächen eingestehen kann und weiß, was und wie viel er sich zutrauen kann; und vor allem ein Mensch, der mit beiden Beinen im Leben steht und nicht vor Selbstmitleid zergeht.

Abstract in Deutsch

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit der Frage, inwieweit Hippotherapie Menschen, die von Spina Bifida betroffen sind, bei der Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen aufgrund ihrer Beeinträchtigung unterstützen kann. Der Fokus liegt dabei auf alltägliche Erfahrungen, wie die Wahrnehmung durch die Außenwelt, dem Ablöseprozess von den Eltern oder auch der Selbstakzeptanz ihrer Beeinträchtigung.

Neben der theoretischen Beschäftigung mit den beiden Schlagwörtern Spina Bifida und Hippotherapie, den in der Literatur beschriebenen psychosozialen und gesundheitlichen Herausforderungen und Komplikationen des Lebens mit Spina Bifida sowie der Explikation konventioneller Therapiemaßnahmen bei Betroffenen, wird auch auf das „Besondere“ der Hippotherapie aus Sicht der Verfasserin eingegangen.

Das forschungsmethodische Vorgehen der Masterarbeit gliedert sich in drei Schritte. Da eine persönliche Betroffenheit vorliegt, stellt das Hauptaugenmerk der Arbeit die Analyse eines autobiographischen Berichts bezüglich der Forschungsfrage dar. Dabei werden, zum einen, die manifesten Aussagen der Verfasserin mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring evaluiert und, zum anderen, mit Hilfe der Psychoanalytischen Textinterpretation, dem unbewussten Sinn sogenannter „Irritationen“ im autobiographischen Bericht nachgegangen. Die Ergebnisse der beiden Analysen werden, danach, sowohl untereinander als auch mit den Ergebnissen zweier durchgeführten und analysierten halb-standardisierten Interviews verglichen, um einerseits die Differenz zwischen bewussten und unbewussten Aspekten von Aussagen aufzuzeigen, und andererseits, um die Frage zu klären, ob die aufgestellte These: „Hippotherapie kann eine Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen aufgrund der Beeinträchtigung sein“ lediglich den Einzelfall der Verfasserin der Arbeit betrifft oder, ob diese verallgemeinerbar ist.

Die durchgeführten Analysen des autobiographischen Berichts ergeben teilweise ein recht unterschiedliches Bild bezüglich des Aspekts der „Unterstützung“ seitens der Hippotherapie. Dennoch kann die These der Verfasserin der Arbeit bestätigt werden. Die Ergebnisse der durchgeführten Interviews zeigen jedoch, dass diese nur bedingt verallgemeinerbar ist, da es einen Unterschied macht, wie intensiv und reflektiert mit der Forschungsfrage umgegangen wird.

Abstract in English

This master thesis examines, to what extent Hippotherapy can support people with Spina Bifida in dealing with negative experiences caused by the disability. The study focusses on everyday experiences such as perception by others, emancipation from the parents, and self-acceptance. Besides discussing the keywords Spina Bifida and Hippotherapy, the psychosocial and sanitary challenges and complications of living with Spina Bifida described in the literature and an explication of conventional therapeutic measures, the thesis also focusses on describing the particularities of Hippotherapy compared to these measures.

Since there is a personal concern, the main focus of this thesis lies on the analysis of the autobiographical report in respect to the research question. The methodical research approach was divided into three steps. First, the manifest statements of the author were evaluated using the Qualitative Content Analysis after Mayring. Then the unconscious meaning of the so-called „Irritations“ of the autobiographical report were discovered using the Psychoanalytic Text Interpretation. Finally, the results of these analyzes were compared among themselves and with two analyzed semi-structured interviews in order to show a difference between conscious and unconscious aspects of statements and to determine, if the established theory: „Hippotherapy may be a support in dealing with negative experiences due to a disability“ only concerns the author or if it is generalisable.

These analyzes of the autobiographical report partially show a quite different picture of „support“ by Hippotherapy. Nonetheless the above mentioned theory could be confirmed. The results of the conducted interviews however reveal, that this theory can only be confirmed to a limited extent, depending on how intense and reflected the research question is dealt with.

Lebenslauf der Verfasserin

Persönliche Daten: geboren am 31.3.1988, österreichische Staatsbürgerschaft, ledig

BILDUNGSGANG:

- seit Oktober 2011* Universität Wien Masterstudium der Bildungswissenschaft
Schwerpunkt: Bildung, Beratung und Entwicklung über die Lebensalter
- Mai 2011* Abschluss des Studiums der Bildungswissenschaft mit dem Titel Bachelor of Arts
- Bachelorarbeit II Titel: „Disability Studies – Neue Einblicke in die berufliche Integration“, Fertigstellung Sommersemester 2010
- Bachelorarbeit I Titel: „Vergleich Sonderschule und Integrative Schule hinsichtlich der Umweltfaktoren der ICF“, Fertigstellung Sommersemester 2011
- 2006- 2011* Bachelorstudium der Bildungswissenschaft
Schwerpunkt: Heil- und Inklusive Pädagogik
- Juni 2006* Reifeprüfung am Bundesgymnasium Amstetten (neusprachlicher Zweig)

BERUFLICHE ERFAHRUNGEN/ PRAKTIKA:

- 9./10. Nov. 2012* Mitarbeit bei der Konferenz „Persönliche Zukunftsplanung – Lust auf Veränderung“ in Linz
- April 2012 – Nov. 2012* Arbeit im Bereich der Persönlichen Zukunftsplanung im Zentrum für Kompetenzen- Beratungsstelle für Menschen mit einer Beeinträchtigung

2010- 2011

Mitarbeit an der Studie CLASDISA (Classifications of disabilities in the field of education)

August 2008

Praktikum im Ambulatorium Sonnenschein im
Bereich der Motopädagogik