

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik  
Departement 1  
Studiengang Sonderpädagogik  
Vertiefungsrichtung Schulische Heilpädagogik

# **Hundegestützte Intervention – Ansatz in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen**

Eine Literaturarbeit zum aktuellen  
Forschungsstand

Masterarbeit  
eingereicht von: Martina Isler  
begleitet durch: Lars Mohr  
Datum der Abgabe: 11.12.2016

## Abstract

Die vorliegende Masterarbeit untersucht den aktuellen Forschungsstand zur hundegestützten Intervention bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Die Literatuarbeit geht folgenden Fragen nach: „Inwiefern können hundegestützte Interventionen nach aktuellem Forschungsstand für traumatisierte Kinder und Jugendliche Hilfe bieten? Welche Konsequenzen lassen sich für das sonderpädagogische Setting ableiten?“ Die Literatuarbeit beinhaltet ein Studium der Grundlagenliteratur, eine Analyse von Studien sowie Überlegungen zur praktischen Umsetzung. Bemerkenswerte Ergebnisse hundegestützter Interventionen lassen sich im physiologischen, psychologischen und sozial-emotionalen Bereich finden, z. B. die Reduktion von Depression, Angst und Stress sowie die Erhöhung der psychischen Widerstandsfähigkeit, des subjektiven Wohlbefindens und der Sozialkompetenz. Die Resultate sind zwar vielversprechend, die Forschung ist aber noch jung und sollte weiter intensiviert werden.

## **INHALTSVERZEICHNIS**

<b>1. EINLEITUNG</b>	<b>4</b>
<b>2. TRAUMA</b>	<b>7</b>
2.1 DEFINITION	7
2.2 STÖRUNGSBILDER	9
2.2.1 AKUTE BELASTUNGSSTÖRUNG ODER ACUTE STRESS DISORDER	10
2.2.2 POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNGEN ODER POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER	11
2.3 TRAUMA IN DER ENTWICKLUNG UND TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN	14
2.4 TRAUMAPÄDAGOGIK	16
2.4.1 SENSIBILITÄT	17
2.4.2 TRAUMAPÄDAGOGISCHE KONZEPTE	18
<b>3. HUNDEGESTÜTZTE INTERVENTION</b>	<b>21</b>
3.1 DEFINITION	21
3.2 INHALTE DER HUNDEGESTÜTZTEN INTERVENTION	22
3.2.1 HUNDE-/ TIERGESTÜTZTE AKTIVITÄT – ANIMAL ASSISTED ACTIVITY	23
3.2.2 HUNDE-/TIERGESTÜTZTE THERAPIE - ANIMAL ASSISTED THERAPY	23
3.3 AUSWIRKUNGEN DER HUNDEGESTÜTZTEN INTERVENTION AUF DIE ENTWICKLUNG DES KINDES	24
<b>4. LITERATURCORPUS UND METHODISCHES VORGEHEN</b>	<b>28</b>
4.1 RECHERCHE	28
4.2 PROTOKOLL	29
4.3 ÜBERSICHT DER STUDIEN UND REVIEWS	32
4.3.1 PARISH-PLESS ET AL. (2008)	32
4.3.2 LEFKOWITZ ET AL. (2005)	34
4.3.3 YORKE (2010)	36
4.3.4 HAMAMA ET AL. (2011)	36
4.3.5 DIETZ ET AL. (2012)	39
4.3.6 BALLUERKA ET AL. (2014)	40
4.3.7 TEDESCHI ET AL. (2015)	43
4.3.8 O’HAIRE ET AL. (2015)	44
4.4 QUALITATIVE INHALTSANALYSE	45

<b>5. AUSWERTUNG</b>	<b>48</b>
5.1 ZENTRALE AUSSAGEN DER EINZELNEN STUDIEN	48
5.2 ERGEBNISSE	50
5.2.1 PHYSIOLOGISCHE AUSWIRKUNGEN	50
5.2.2 PSYCHOLOGISCHE AUSWIRKUNGEN	53
5.2.3 SOZIAL-EMOTIONALE AUSWIRKUNGEN	56
<b>6. PÄDAGOGISCHE/HEILPÄDAGOGISCHE RELEVANZ</b>	<b>60</b>
<b>7. DISKUSSION / BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNG</b>	<b>62</b>
<b>8. HUNDEGESTÜTZTE INTERVENTION ZUGUNSTEN TRAUMATISierter KINDER UND JUGENDLICHER - EINE PRAKTISCHE UMSETZUNG</b>	<b>65</b>
8.1 VERKNÜPFUNG THEORIE/PRAXIS	65
8.2 ZÜRCHER RESSOURCEN MODELL (ZRM)	65
8.3 FALLBEISPIEL	67
8.4 VERKNÜPFUNG DER SYMPTOME MIT DER ZIELSETZUNG DER UNTERRICHTSEINHEIT	68
8.4.1 TAGTRÄUME	68
8.4.2 PASSIV-AGGRESSIVES VERHALTEN	70
8.4.3 ZWEI GESICHTER	73
<b>9. REFLEXION UND KRITISCHE WÜRDIGUNG DER ARBEIT</b>	<b>76</b>
9.1 KRITISCHE WÜRDIGUNG	76
9.2 SCHLUSSWORTE UND AUSBLICK	77
<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>78</b>
<b>TABELLENVERZEICHNIS</b>	<b>78</b>
<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>78</b>
<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>79</b>
<b>ANHANG 1: KATEGORIENSYSTEM</b>	<b>84</b>
<b>ANHANG 2: UNTERRICHTSEINHEIT</b>	<b>87</b>

## 1. Einleitung

---

Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen ist ein ernstzunehmendes Problem. Es wird vermutet, dass 40 Prozent der Kinder und Jugendlichen bis zum Ende ihrer Adoleszenz traumatische Erfahrung machen (vgl. Hamama et al., 2011, S. 1976). Allein die Zahl der sexuell missbrauchten Kinder und Jugendlichen lässt Schlimmes ahnen: Jedes dritte Mädchen und jeder siebte Junge erleiden eine sexuell traumatische Erfahrung, wobei von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden muss (vgl. Dietz, Davis & Pennings, 2012, S. 666). Statistisch gesehen weisen Kinder, die einer Traumatisierung durch sexuelle Gewalt, Missbrauch oder Ablehnung ausgesetzt waren, eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, selber zu missbrauchenden oder ablehnenden Eltern zu werden (vgl. Parish-Plass, 2008, S. 7). Zudem tragen sie ein erhöhtes Risiko für Suizid und interpersonale sowie familiäre Probleme. Die häufigsten psychischen und gesundheitlichen Folgeerscheinungen sind Depression, Angstzustände, Wut, Aggressivität und sozialer Rückzug (vgl. Dietz, 2012, S. 666). Die relativ hohe Anzahl traumatisierter Kinder und Jugendlicher bedingt eine genaue Überprüfung und Evaluation nützlicher Therapieformen.

Könnte in dem Bereich allenfalls der Einsatz von Hunden Hilfe bieten? Zum Beispiel zur Vertrauensbildung und das Erleben von positiven Gefühlen durch einen verlässlichen, treuen Partner? Wäre dadurch ein erster Schritt in Richtung Genesung möglich? Im Umgang mit Tieren dürfen Kinder und Jugendliche ihre emotionalen, persönlichen und sozialen Kompetenzen spielerisch üben und erweitern. Das Tier gibt direktes Feedback, kann Trost spenden und empathisch auf seinen menschlichen Freund eingehen. Freude, Spass und Ausgelassenheit sind bei guter Führung des Tieres garantiert.

Zunehmend entdecken auch Institutionen die positiven Effekte durch den Einsatz eines Tieres. Die Hauptziele der tiergestützten Pädagogik sind einerseits Ängste im direkten Kontakt mit der Therapeutin/dem Therapeuten abzubauen und andererseits Vertrauen aufzubauen. Der Einsatz von Hunden in pädagogischen und therapeutischen Bereichen nimmt seine Anfänge in den 1960er Jahren. In den 1980er und 1990er Jahren entstehen vermehrt literarische Angaben zur hundegestützten Intervention. Seither werden Hunde und allgemein Tiere zunehmend in therapeutischen Settings wie pädiatrischen Kliniken und Langzeit-Pflege-Einrichtungen für Kinder mit

psychischen Störungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Hyperaktivität, Schmerzregulationsproblemen und Bindungsstörungen eingesetzt (vgl. Dietz, Davis & Pennings, 2012, S. 667). Wachsende Bedeutung erhält die Therapieform im Gebiet der Resilienzforschung. Der Hund nimmt hier die Rolle des „sozialen Katalysators“ ein. Am interdisziplinären Thema beteiligt sich die soziale Arbeit und die Pädagogik bisher noch wenig. Im Internet finden sich zwar zahlreiche Diplom- und Bachelorarbeiten von Studentinnen und Studenten, dieser Trend vermag jedoch die Hochschulen nicht zu veranlassen ihr Seminar- bzw. Forschungsangebot auszuweiten. Der Einsatz in pädagogischen und sonderpädagogischen Institutionen wird in der Schweiz und den umgrenzenden Ländern unterschiedlich gehandhabt. Im Jahre 2014 hat das Bundesministerium für Bildung Österreich einen Leitfaden zur hundegestützten Pädagogik herausgegeben. Er enthält wichtige Informationen für die Umsetzung vom Hunde-Einsatz, damit die physische Sicherheit der Schülerinnen und Schüler (SuS) sowie der pädagogischen Qualität sichergestellt ist. Schulautonom können Hunde als pädagogische und therapeutische Unterstützung eingesetzt werden, vorausgesetzt, die Lehrerschaft, die Schulleitung (SL) und die Elternschaft zeigen sich damit einverstanden (vgl. Kölbl-Tschulik, 2014, S. 6).

Die Wirkung einer hundegestützten Pädagogik ist umstritten. Neben Forschungs-Literatur gibt es viele Ratgeber und Berichte aus der Praxiserfahrung, welche die Wissenschaftlichkeit teilweise untergraben. Im deutschsprachigen Raum sind vergleichsweise wenige Publikationen vorhanden. Im englischsprachigen Raum findet sich ausführliche Literatur.

Die vorliegende Masterarbeit untersucht den aktuellen Forschungsstand anhand von Literatur, Studien sowie einem Review zur hundegestützten Intervention für traumatisierte Kinder und Jugendliche. Aktuelle Forschungsergebnisse werden detailliert analysiert, übersichtlich dargestellt und einander gegenübergestellt. Es folgt eine praktische Umsetzung hundegestützter Intervention bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen im sonderpädagogischen Bereich.

Die Fragestellung zur Masterarbeit lautet:

Inwiefern können hundegestützte Interventionen nach aktuellem Forschungsstand für traumatisierte Kinder und Jugendliche Hilfe bieten? Welche Konsequenzen lassen sich daraus für das sonderpädagogische Setting ableiten?

Die beiden nachfolgenden Kapitel 2 und 3 liefern einen Überblick über die Begrifflichkeiten zu hundegestützter Intervention, Trauma und Traumapädagogik. Kapitel 4 beschreibt die Methodik der Literaturrecherche sowie das methodische Vorgehen. In Kapitel 5 folgt die Auswertung des Literaturcorpus. Hier werden die vorgelegten Studien und Reviews dargestellt, ausgewertet und einander gegenüber gestellt. Kapitel 6 setzt sich mit der pädagogischen bzw. heilpädagogischen Relevanz auseinander. Kapitel 7 bietet Platz für Diskussion und die Beantwortung der Fragestellung. Kapitel 8 erläutert eine mögliche, praktische Umsetzung, indem die zusammengetragenen Erkenntnisse angewandt werden. Kapitel 9 beinhaltet die Reflexion und kritische Würdigung der Arbeit. Abschliessend sind Abbildungs-/ Tabellen-/ Abkürzungs- und Literaturverzeichnis sowie Anhang dargestellt.

## 2. Trauma

---

Das folgende Kapitel fasst Begrifflichkeiten rund um das Thema **Trauma** durch verschiedene Autorinnen und Autoren zusammen. So entsteht ein erster Überblick. Die Vielfalt der teilweise ähnlichen und sich ergänzenden Definitionen zeigt die Komplexität einer Traumatisierung.

„Ein Trauma ist überwältigend, lebensgefährlich, über alle Massen erschreckend, etwas, das man eigentlich nicht verkraften kann, ein Ereignis ausserhalb dessen, was der Mensch sonst kennt, verbunden mit der Überzeugung, dass man es nie überwindet, so schlimm, dass man nachher denkt, das könne nicht passiert sein, mit enormen seelischen und/ oder körperlichen Schmerzen verbunden, etwas was von unserem Gehirn aufgesplittert oder ganz verdrängt wird“ (Huber, 2003, S. 38).

### 2.1 Definition

Der Begriff Trauma stammt ursprünglich aus dem Altgriechischen und bedeutet „Wunde“. Er definiert eine starke psychische Erschütterung, die im Unterbewusstsein noch lange wirksam ist (vgl. Bibliographisches Institut, 2016, 08.03.2016).

Im klinischen Kontext wird der Begriff Trauma über das ICD 10 (WHO/Internationale Klassifikation von Krankheiten) wie folgt definiert: Ein Trauma versteht sich als ein belastendes Ereignis, eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Ein Mensch gilt im klinischen Sinne als traumatisiert, wenn seine Informationsverarbeitung für bestimmte überwältigende Lebensereignisse fragmentiert und unvollständig ist. Die Qualität des Ereignisses ist dabei wichtig, aber nicht zentral. Der Organismus wählt aus, was er als lebensbedrohlich einschätzt und welche Programme und Automatismen sich danach abspielen (vgl. Krollner und Krollner, 2016, F43.1).

Scherwath und Friedrich begegnen dieser „Verwundung“ auf verschiedenen Ebenen. Zunächst beleuchten sie das medizinische Feld, wonach sich ein Trauma auf eine Schädigung des Körpers bezieht. In der Psychologie wird



von der Verletzung der menschlichen Psyche, dem sogenannten „Psychotrauma“ gesprochen (vgl. 2014, S. 17). Der Grad und die Schwere der Traumatisierungsfolgen ist davon abhängig, auf welche situative und biografische Oberfläche ein traumatisches Ereignis oder traumatisierende Bedingungen treffen. Traumaspezifische Situationsfaktoren sind immer in enger Wechselwirkung mit persönlicher Vulnerabilität und lebensgeschichtlich bedingten Risiko- und Schutzfaktoren, die ihre Auswirkungen verstärken oder abmildern können (vgl. Scherwath und Friedrich, 2014, S. 50-51).

Das Wort „Verwundung“ oder „Verletzung“ wird in vielen Definitionen im Zusammenhang mit Traumata zitiert. So legen sowohl Fischer und Riedesser, als auch Fischer, Gurrus, Pross und Riedesser den Schwerpunkt auf die Beschreibung einer seelischen „Verwundung“ oder „Verletzung“.

Diese „tiefgreifende seelische Verwundung ist eine entscheidende Grundlage zum Verständnis dieser Kinder ..., die durch existenzbedrohende Lebenserfahrungen den Glauben an sich selbst und an ihre Umwelt verloren haben.“ Weiter führen Bausam, Besser, Kühn und Weiss aus: „Traumatische Erlebnisse ... sind Situationen, in denen Menschen von schockierenden Ereignissen überrascht werden, die durch ihr plötzliches Auftreten und ihre Heftigkeit/Intensität an Bedrohung und Ausgeliefertsein die Betroffenen in eine ungeschützte Angst-Schreck-Schock-Situation („Inescapable shock“) und damit in einen innerlich überflutenden „Stresszustand“ versetzen, der die steuernden Hirnfunktionen vorübergehend beeinträchtigt oder gar mehr oder weniger ausser Kraft setzt.“ (Bausam et al., 2013, S. 7/ S. 45).

Gemeinsame Merkmale lassen sich auch in den Beschreibungen von Fischer und Riedesser finden. Sie erläutern die Auswirkungen auf das seelische System des Menschen, welches bei einem Trauma einer punktuellen Belastung ausgesetzt ist. Das System sowie seine Bewältigungsmechanismen werden massiv überfordert. Es kann zu einer Traumatisierung bzw. Verletzung der menschlichen Seele kommen (vgl. Fischer und Riedesser, 2003, S. 22).

Fischer et al. (2008) beschreiben das Trauma als seelische Verletzung, welche die Widerstandskraft des Menschen überfordert. Dabei werden Bewältigungsstrategien, sogenannte Coping-Mechanismen, gebrochen (S. 43).

Eine wichtige Beleuchtung des Begriffs „Trauma“ liefert die Hirnforschung. Die Erkenntnisse heben die hirnorganische Bedeutung des Themas hervor und verdeutlichen, dass ein biografisch erlebtes Trauma neuronal verankert in uns liegt und Spuren in der Persönlichkeitsentwicklung hinterlassen kann. Hüther (2002) berichtet von einer unkontrollierbaren Belastung und einem Destabilisierungsprozess – beide können ein lebensbedrohliches Ausmass annehmen. Er beschreibt das Trauma als „eine plötzlich auftretende Störung der inneren Struktur und Organisation des Gehirns, die so massiv ist, dass es in Folge dieser Störung zu nachhaltigen Veränderungen der von dieser Person bis zu diesem Zeitpunkt entwickelten neuronalen Verschaltung und der von diesen Verschaltungen ausgehenden und gesteuerten Leistungen des Gehirns kommt. Eine solche Traumatisierung kann durch physische oder psychische (psychosoziale) Einwirkungen ausgelöst werden.“ (2002, S. 29).

Zusammenfassend können folgende Attribute als zentral für den Begriff Trauma aufgezählt werden: Eine tiefgreifende Verwundung, die durch eine existenzbedrohende Situation katastrophenartigen Ausmasses zu einer Verzweiflung, innerer Störung oder einem anhaltenden Stresszustand führen kann.

## **2.2 Störungsbilder**

Trauma- und belastungsbezogene Störungsbilder bezeichnen Störungen, bei denen das Vorliegen eines traumatischen oder stressreichen Ereignisses explizit als diagnostisches Kriterium betrachtet wird. Die Störungsgruppe beinhaltet folgende Bezeichnungen:

- Die akute Belastungsstörung (ABS)
- Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
- Die reaktive Bindungsstörung
- Die Beziehungsstörung mit Enthemmung
- Anpassungsstörungen (vgl. Falkai, 2015, S. 263)

Die beiden erst genannten Störungsbilder werden nun anhand des ICD-10-Diagnoseschlüssels (International Classification of Diseases and Related Health Problems) und des DSM-5-Manuals (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) näher definiert.

### 2.2.1 Akute Belastungsstörung oder acute stress disorder

Das Hauptkennzeichen der **akuten Belastungsstörung (ABS)** ist das Vorkommen von charakteristischen Merkmalen für die Dauer von drei Tagen bis zu einem Monat nach Belastung mit einem oder mehreren traumatischen Ereignissen. Es handelt sich um „eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine aussergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt, und die im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt. Die individuelle Vulnerabilität und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen spielen bei Auftreten und Schweregrad der akuten Belastungsreaktionen eine Rolle“ (Dilling, 2015, S. 20).

Traumatische Erlebnisse sind:

- Kriegserlebnisse als Soldat oder Zivilist
- Angedrohte oder tatsächliche gewalttätige Angriffe auf die eigene Person (sexuelle Gewalt, physische Gewalt, Raubüberfall, Teilnahme an Kampfhandlungen, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Folter)
- Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen
- Schwere Unfälle

Bei Kindern sind auch ihrem Entwicklungsstand unangemessene sexuelle Erfahrungen ohne Anwendung von Gewalt oder Verletzung als sexuell traumatisch zu werten.

Die klinischen Erscheinungen können individuell variieren. Sie sind aber typischerweise gekennzeichnet durch Angstreaktionen, Panikattacken, Formen des Wiedererlebens oder der Reagibilität (sensible Reaktion). Es kann zu Entfremdungserleben, Wutreaktionen, aggressiven Ausbrüchen und dissoziativen Symptomen kommen (vgl. Falkai, 2015, S. 382-386).

Die Dissoziation beschreibt die Trennung von Wahrnehmungs- und Gedächtnisinhalten, welche das Bewusstsein, das Gedächtnis und die Wahrnehmung der Identität beeinträchtigen können (vgl. Bibliographisches Institut, 2016, 11.04.2016). Sie ist eine Notfallreaktion des Menschen, die ihm ermöglicht, lebensbedrohliche Situationen zu überstehen, indem das Geschehene abgespaltet und als nicht mehr real empfunden wird. Durch die wiederholte Amygdala-Stimulierung erfolgt ein erhöhtes Erregungsniveau.

Die Dissoziation bewirkt, dass die unerträgliche Angst und die unaushaltbare Körperempfindung (Schmerzen) ins Erträgliche überführt werden. Dies bedeutet für den Moment Rettung, langfristig aber wird eine pathologische Situation geschaffen. Daraus können sich Symptome entwickeln, die unter dem Oberbegriff „posttraumatische Belastungsstörung“ klassifiziert werden (vgl. Sächsische Gesellschaft für soziale Psychiatrie, 2009, 11.04.2016).

Personen mit akuter Belastungsstörung entwickeln gewöhnlich katastrophisierende oder äusserst negative Gedanken bezüglich ihrer Rolle, der Reaktion oder der Wahrscheinlichkeit eines zukünftigen Schadens des traumatischen Ereignisses. Demnach kann sich eine Person übermässig schuldig fühlen, das traumatische Ereignis nicht verhindert oder die belastende Erfahrung nicht erfolgreicher bewältigt zu haben. Menschen mit akuter Belastungsstörung können chaotisches, impulsives oder irrationales Verhalten zeigen. Bei Kindern können klinisch auffällige Trennungsängste zum Vorschein kommen, die sich in hohem Bedürfnis nach Aufmerksamkeit durch die Bezugsperson widerspiegeln (vgl. Falkai, 2015, S. 387).

### **2.2.2 Posttraumatische Belastungsstörungen oder posttraumatic stress disorder**

Die **posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)** ist eine intensiv erforschte Störung. Im Vergleich zur akuten Belastungsstörung, die nach wenigen Stunden oder Tagen wieder abklingt, ist die PTBS eine länger andauernde Stressreaktion. Wenn sich die unter traumatischer Belastung entstandenen Symptome intensivieren, ausbreiten und nach vier Wochen keine deutliche Linderung oder Heilung festzustellen ist, spricht man von einer PTBS (vgl. Falkai, 2015, S. 373).

Das Hauptmerkmal der PTBS ist die Entwicklung charakteristischer Symptome nach der Konfrontation mit einem oder mehreren traumatischen Ereignissen. Bereits während oder kurz nach dem Trauma können intensive Symptome auftreten. Zwischen dem Erleben traumatisierender Ereignisse und der Ausbildung der PTBS kann es bei manchen Betroffenen zu erheblichen Latenzzeiten von Monaten bis Jahren kommen, allerdings überschreitet sie nur selten die Dauer von zwei Jahren (vgl. Freyberger & Stieglitz, In Freyberger, Maercker & Seidler, 2015, S. 160-161). Das klinische Bild der PTBS ist vielfältig.

Die PTBS kann entsprechend charakterisiert werden:

- Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche und belastende Gedanken und Erinnerungen wie Alpträume, Flashbacks oder Erinnerungslücken (partielle Amnesie)
- Schreckhaftigkeit, Affektintoleranz, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen
- Vermeidungsverhalten
- Emotionale Taubheit wie Rückzug, Interessenverlust, Teilnahmslosigkeit

“Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls der Benommenheit und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten.“ (Krollner & Krollner, 2016, F43.1).

Hohenthal spricht dabei auch von Konstriktionen (Vermeidungen). Sobald die Erinnerungen kommen, wird mit Suchtmitteln wie Alkohol und Schlafmitteln oder Drogen dichtgemacht. Eine maximale Anspannung wird überdeckt. Das kann zu einem Gefühl der Abstumpfung oder der Lähmung kommen. Des Weiteren beschreibt Hohenthal die Stressregulationsstörung. Sie entwickelt sich durch chronische frühe Extremlastungen bereits im Kleinkindalter, mit plötzlich einschliessender hoher Anspannung, die lange erhöht bleibt und nur langsam wieder reguliert werden kann (vgl. 2011, S. 23).

Als weitere Merkmale spricht die Sächsische Gesellschaft für soziale Psychiatrie von Misstrauen, sozialem Rückzug, Gefühlen der Leere und Entfremdung, Hoffnungslosigkeit und chronischer Nervosität. Zudem können akute Durchbrüche von Angst, Panik und Aggression auftreten. Nicht selten kommt es zu andauernden Persönlichkeitsveränderungen nach Extremlastung (vgl. Sächsische Gesellschaft für soziale Psychiatrie, 2009, 11.04.2016).

„Meist tritt ein Zustand von vegetativer Überregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermässigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken nicht selten“ (Krollner & Krollner, 2016, F43.1).

Die Klassifikation der posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 unterscheidet sich von den Aspekten des DSM-5. Sie wird unter Punkt F4 als „neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen“ und unter Punkt F43 als „Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ klassifiziert (vgl. Freyberger und Stieglitz, In Freyberger, Maercker & Seidler, 2015, S. 162-163).

Nach DSM-5 wird die PTBS bei den „Angststörungen“ eingeordnet (vgl. Falkai, 2015, S. 373). Unterschiedliche Wahrnehmungen von Dauer und Beeinträchtigung tragen wesentlich zu den Differenzen der beiden Systeme bei. Die Diagnosestellung der PTBS ist bei Kindern häufig erschwert. Das DSM-5 trägt diesem Fakt Rechnung, indem zum einen für Kinder >6 Jahre Ergänzungen bei den Diagnosekriterien gelten und zum anderen für Kinder im Alter von 6 Jahren und jünger eigene Diagnosekriterien für die PTBS aufgestellt wurden (siehe 2.3.1).

Wichtig für den Umgang mit PTBS ist das Wissen um die Unterscheidung zwischen einer simplen und einer komplexen PTBS. In Literatur und Forschung konnte nur in einer Quelle eine ausreichende Erklärung gefunden werden:

Die Art und Schwere der traumatischen Situation trägt massgeblich dazu bei, wie stark die Symptome ausfallen. Eine simple PTBS wird auch als Monotrauma beschrieben. Dazu gehören beispielsweise Verkehrsunfälle und Naturkatastrophen. Frühe, komplexe Traumatisierungen können eine über Jahre erfolgte Kindesmisshandlung, eine schwere emotionale Vernachlässigung oder chronische Ablehnung sein (vgl. Kunzke & Güls, 2003, S. 51).

### 2.3 Trauma in der Entwicklung und Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen

Bei Traumata ist es wichtig zwischen der traumatischen Situation (dem Zusammenspiel von Innen- und Aussenperspektive, von traumatischen Umweltbedingungen und subjektiver Bedeutungszuschreibung), der traumatischen Reaktion und dem traumatischen Prozess zu unterscheiden (vgl. Fischer und Riedesser, 2013, S. 210). In der Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen werden den traumatischen Umweltbedingungen eine zentrale Rolle zugeschrieben. Sie beeinflussen den Schweregrad und die Verarbeitung der Belastung. Zudem entscheiden sie darüber, ob es zu einer Chronifizierung kommt.

Für die vorliegende Arbeit sind die DSM-5-Diagnosekriterien der PTBS für Kinder und Jugendliche ab 6 Jahren bis zur Adoleszenz ausschlaggebend. Für die DSM-5-Diagnosekriterien der PTBS bei Kindern im Alter von 6 Jahren und jünger wird an dieser Stelle direkt auf das DSM-5 verwiesen, da eine ausführliche Darstellung den Umfang dieser Arbeit überschreiten würde und die Zielgruppe älter als 6 Jahre alt ist. Folgende Diagnosekriterien der PTBS betreffen Kinder und Jugendliche über 6 Jahre bis zur Adoleszenz:

In **Kriterium A** reagiert die betroffene Person auf die erlebte, beobachtete oder mit einem oder mehreren traumatischen Ereignissen konfrontierte Situation wie drohendem Tod, ernsthafte Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit mit Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

Bei **Kriterium B** werden Erinnerungen an das Trauma durch Träume, Gefühle, Illusionen, Halluzinationen, dissoziative Flashback-Episoden oder internale oder externale Hinweisreize geweckt.

**Kriterium C** beschreibt das Vermeidungsverhalten der Betroffenen. Dazu gehören das bewusste Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen sowie von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen. Weitere Symptome sind die Unfähigkeit, sich zu erinnern und ein deutlich vermindertes Interesse oder eine geringere Teilnahme an Aktivitäten. Das Gefühl der Losgelöstheit, eingeschränkte Gefühlsempfindung und das Gefühl einer eingeschränkten Zukunft können ebenfalls vorkommen.

**Kriterium D** beschreibt Symptome wie Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten, Reizbarkeit, Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, übermäßige Wachsamkeit und übertriebene Schreckreaktion.

**Kriterium E** erklärt die deutlichen Veränderungen des Erregungsniveaus und der Reaktivität im Zusammenhang mit den traumatischen Ereignissen wie zum Beispiel Reizbarkeit, Wutausbrüche, riskantes oder selbstzerstörerisches Verhalten, übermäßige Wachsamkeit, übertriebene Schreckreaktionen und Konzentrationsschwierigkeiten.

**Kriterium F** definiert den Zeitraum. Das Störungsbild muss länger als einen Monat andauern, damit man von einer PTBS spricht.

**Kriterium G** beschreibt die Funktionsbeeinträchtigungen wie zum Beispiel das Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen für die Betroffenen wichtigen Funktionsbereichen.

**Kriterium H** wird als Ausschlusskriterium von Suchtmitteln, Medikamenten oder medizinischen Krankheitsfaktoren angewandt (vgl. Falkai, 2015, S. 369-371).

Anhand der aufgeführten Kriterien A-H kann die Diagnose PTBS gestellt werden.

Durch ein erlebtes Trauma im Kindesalter (Entwicklungstrauma) können Kinder belastende Situationen kognitiv/sprachlich häufig nicht oder nur in geringem Masse bewältigen. „Traumatisierte Kinder haben zunächst keine Möglichkeiten das Unaussprechliche verbal zu kommunizieren, da ihnen ein bewusster Gedächtniszugriff zunächst versperrt ist“ (Bausam et al., 2013, S. 33). Neurobiologisch bildet sich das in dysfunktionalen Verarbeitungsprozess-Erschwerungen im Gehirn ab. Folgende Auswirkungen sind danach körperlich oder geistig bemerkbar:

- Aufmerksamkeitsregulation
- Aggressivität
- Impulsdurchbrüche
- Angstzustände und Depression
- selbstverletzendes Verhalten
- Schlafstörungen
- motorische Unruhe
- Leistungseinbrüche und Antriebslosigkeit



- Störung der Stressverarbeitung
- Mangel an Resilienz als Folge fehlerhafter Reizaufnahme und -verarbeitung
- Mangel an Selbstwahrnehmung bis zu dissoziativen Zuständen
- Konzentrations-, Lern- und Handlungsplanungsstörungen
- Verspannungen und Schmerzen
- Verdauungsbeschwerden
- Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen (vgl. Scherwath und Friedrich, 2014, S. 42-44)

Panik und Hilflosigkeit werden als neurologische/psychosomatische Muster verinnerlicht. Das sogenannte Abspalten oder auch Dissoziation sind Folgeerscheinungen. Eine der grössten Herausforderungen in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen ist Vertrauen und Sicherheit zu gewinnen. Gerade in Heim-Einrichtungen wird viel Wert darauf gelegt, mit den Bewohnern eine sichere Bindung aufzubauen. Kinder und Jugendliche, welche in ihrer Vergangenheit Misshandlung erfahren haben, demonstrieren häufig eine Resistenz im Aufbau von Beziehungen und engen Bindungen. Sie haben selbst nie gelernt zu vertrauen und dieses Gefühl hat sich verinnerlicht. Das wahre Selbst eines Missbrauchsofopfers tritt häufig zugunsten eines falschen Selbst zurück. Eine neue Welt wird geschaffen, in der die Person eine neue Rolle übernimmt. Für das Therapiesetting ist es äusserst wichtig, wieder einen Zugang zum wahren Selbst zu finden. Dies stellt die Therapeutin/den Therapeuten aber häufig vor grosse Schwierigkeiten, da die Klientin/der Klient das Vertrauen in sich selbst und in andere verloren hat (vgl. Tedeschi et al., 2015, S. 309)

Die Forschung hat gezeigt, dass institutionalisierte Jugendliche, welche gelernt haben, eine Beziehung von enger Bindung aufzubauen, besseres Anpassungsverhalten und weniger aggressives und depressives Verhalten aufzeigen (vgl. Balluerka et al., 2014, S. 104).

## **2.4 Traumapädagogik**

Seit Anfang des 20. Jahrhunderts wird der pädagogische Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen öffentlich diskutiert. Mit ihrem Buch „Philipp sucht sein Ich“ verfasste Wilma Weiss einen Grundstein der Traumapädagogik. Rahmenbedingungen und Konzepte wie der Sichere Ort

(Kühn, 2007), das Konzept der Selbstbemächtigung (Weiss, 2009), die traumazentrierte Pädagogik (Uttendörfer, 2008) und die traumapädagogische Gruppenarbeit (Bausam, 2009) wurden entwickelt. Die Pädagogik kann der Therapie als Behandlungsmöglichkeit bei der Bewältigung von traumatischen Ereignissen einen grossen Dienst erweisen. Eine traumabezogene, pädagogische Hilfestellung bietet grosse Chancen, dass Kinder und Jugendliche lernen können, ihre traumatischen Erfahrungen zu bewältigen und zu akzeptieren.

„Traumapädagogik hat sich in den letzten Jahren als neue, eigenständige Fachdisziplin entwickelt und etabliert. Traumapädagogische Ansätze sind dabei längst nicht mehr auf die stationäre Jugendhilfe begrenzt, sondern kommen in vielfältigen Arbeitsfeldern zum Einsatz. Traumapädagogik ist eine Fachdisziplin, die mit den lebensgeschichtlich belasteten Mädchen und Jungen Antworten auf die Frage suchen, was sie brauchen, um selbstbemächtigt ihren Weg wählen zu können.“ (Bausam, Besser, Kühn & Weiss, 2013, S. 7). Sie bietet Möglichkeiten zur Unterstützung bei der Korrektur von negativen Selbstbilder und Verhaltensweisen und kann als Orientierungshilfe für eine relativ selbstbestimmte Zukunft fungieren. Die pädagogischen Interventionen dienen der psychischen und sozialen Unterstützung traumatisierter Kinder und Jugendlichen, wie der Förderung der Eigeninitiative oder der Aufhebung der Isolation. „Traumapädagogik ist die konsequente Anwendung der Erkenntnisse der Psychotraumatologie auf die sozialpädagogische Begleitung von komplex traumatisierten Menschen.“ (Schmid & Fegert, 2012, S. 489).

„Im Besonderen ist festzuhalten, dass eine traumapädagogische Sichtweise nicht nur die pädagogische Begegnung zwischen Kind und Pädagogen fokussiert, sondern gleichberechtigt die Handlungssicherheit der pädagogischen Fachkräfte, sowie die institutionellen Strukturen der Einrichtungen mit in Betracht zieht. Handlungsleitend in der Traumapädagogik ist also die Fragestellung: „Was macht traumatisch belastete Mädchen und Jungen in einem ganzheitlichen Verständnis wieder selbstsicher und stark?“ (Bausam et al., 2013, S. 8).

#### **2.4.1 Sensibilität**

Die Erinnerung an eine lebensbedrohende Situation ist als körperliche Erinnerung ständig präsent und kann sich in Form von emotionalen

Ausbrüchen oder diffusen Vermeidungsstrategien bemerkbar machen. Traumatische Verursachung ist häufig nicht offensichtlich aber bei entsprechender Sensibilisierung für Fachleute bemerkbar und für Betroffene in daraus resultierenden Erlebens- und Verhaltensmustern spürbar. Traumatisierte Kinder denken weder berechnend noch wollen sie provozieren. Sie benötigen Fachpersonen, die dieses Verhalten nicht fehlinterpretieren. Sie brauchen behutsame, geduldige pädagogische Begleitung, um den Umgang mit den eigenen Emotionen und ihrer Selbstwirksamkeit wieder kennen zu lernen. (vgl. Bausam et al., 2013, S. 33-34). Traumatisierte Kinder und Jugendliche haben einen existenziellen Verlust an individueller, edukativer und sozialer Teilhabe erfahren. Ihnen ist es vorerst nicht möglich, das Geschehene verbal zu kommunizieren. Ein bewusster Gedächtniszugriff ist ihnen versperrt. Traumageschädigte Kinder und Jugendliche waren in der Regel ihren belastenden Erlebnissen hilf- und schutzlos ausgeliefert. Sie müssen eine grenzenlose Ohnmacht empfunden haben. Die Fähigkeit, Ereignisse wieder kontrollieren oder vorhersehen zu können, ist eine wesentliche Grundlage zur Herstellung ihrer inneren Stabilität.

## **2.4.2 Traumapädagogische Konzepte**

### **2.4.2.1 Konzept nach Bausam et al.**

Die Rahmenaspekte der Traumapädagogik wurde von Jacob Bausam, einem Diplom-Sozial-arbeiter, Erzieher und Traumapädagogen sowie drei weiteren Personen entwickelt. Es handelt sich um drei Rahmenaspekte, welche als zentrale Grundvoraussetzung für die Trauma-Arbeit gelten:

#### **1. Die Gestaltung des sicheren Ortes**

Das primäre Anliegen der Traumapädagogik ist die Sorge um einen „sicheren Ort“. Er ist die wichtige und notwendige Voraussetzung für den Bewältigungsprozess. Nur ein sicherer Ort erlaubt es, die hochwirksamen Überlebensstrategien aufzugeben und alternative Verhaltensweisen zu erlernen. Dabei geht es sowohl um die innere, als auch um die äussere Sicherheit. Innere Sicherheit bedeutet Selbstbemächtigung, Traumaverarbeitung und Stabilisierung. Dank äusseren, sicheren Orten wie verlässliche, einschätzbare und zu bewältigende Lebensraum- und Alltagsbedingungen kann das Kind Schritt für Schritt Vertrauen fassen. Die

Umwelt wieder als sicher zu erleben ist für traumatisierte Kinder und Jugendliche ein langer Prozess. Innere und äussere Sicherheit bedeutet Schutz vor erneuten Traumatisierungen. Sicherheit wird wesentlich durch Einhalten von Vereinbarungen, Versprechungen oder angekündigten Konsequenzen gegeben. Dies bedeutet auch keine oder nur wenige Wechsel oder Veränderungen und keine weiteren Belastungen oder Verunsicherungen.

## **2. Die Gestaltung der emotionalen Dialoge**

An wichtigster Stelle steht die Beziehung. Durch den emotional-orientierten Dialog erlangt das Kind die Fähigkeit, neues Vertrauen gegenüber seiner Umgebung aufzubauen. Auch die bekannten Erziehungsautoren Omer und von Schlippe vertreten die Auffassung, dass Nähe, Partnerschaftlichkeit und Respekt zu einem wünschenswerten Dialog führen (vgl. Omer & von Schlippe, 2015, S. 29).

## **3. Die Gestaltung der geschützten Handlungsräume**

Der pädagogische Auftrag in der Kinder- und Jugendhilfe ist es, Entwicklungsräume zu schaffen, in denen sich alle Beteiligten zu selbstbestimmten Persönlichkeiten entwickeln können. Diese anspruchsvolle Aufgabe ist langwierig und für die pädagogischen Fachkräfte unter Umständen sehr belastend. Ein geschützter Entwicklungsraum des Kindes braucht einen geschützten Handlungsraum der Pädagoginnen und Pädagogen. Das Betreuungspersonal und die Leitungskräfte stehen in einer besonderen fachlichen Verantwortung, Unterstützung und Rahmenbedingungen zu gewährleisten, um diese komplexen Aufgaben zu bewältigen (vgl. Bausam, Besser, Kühn und Weiss, 2013, S. 33-37).

Zusammenfassend können als Kernstücke der Traumapädagogik nach Bausam et al. der „sichere Ort“ und die „verlässliche Bindung“ zu den Bezugspersonen, welche durch Förderung des Selbstverstehens und der Selbstregulation, der Selbstakzeptanz und Körperwahrnehmung zur Selbstbemächtigung beitragen, hervorgehoben werden.

### **2.4.2.2 Bindungstheorie nach Bowlby et al.**

Die Bindungstheorie ist eine psychologische Theorie, die auf der Annahme beruht, der Mensch habe ein angeborenes Bedürfnis für enge Bindungen

und das Erleben von intensiven Gefühlen. Sie wurde vom britischen Kinderpsychiater John Bowlby, dem schottischen Psychoanalytiker James Robertson und der US-amerikanisch-kanadischen Psychologin Mary Ainsworth entwickelt. Die Bindungstheorie verbindet ethologisches, entwicklungspsychologisches, psychoanalytisches und systemisches Denken. Sie nimmt Bezug auf die frühe Mutter-Kind-Beziehung. Kurz nach der Geburt sucht der Säugling den Körperkontakt zur Mutter und dem Vater, um ein Gefühl der Sicherheit zu erlangen. Es fühlt sich dank seinem Vermögen zur sozialen Kompetenz sicher, wenn es die Eltern hört, sieht oder später auch nur in einem angrenzten Raum weiss (vgl. Bowlby, 1980, S. 10-22). Ein Kind, welches von einer intensiven, gesunden Bindung zu den Eltern profitieren konnte, hat später gute Chancen, selbst gesunde Bindungen mit anderen Menschen einzugehen. Hingegen kann ein Kind, welches wenig Nähe und Bindung erfahren hat, Schwierigkeiten im Beziehungsaufbau und dem Aufrechterhalten von Beziehungen aufzeigen (vgl. Parish-Plass et al, 2008, S. 14).

### 3. Hundegestützte Intervention

---

#### 3.1 Definition

Die Begrifflichkeiten rund um die Thematik **hundegestützte Intervention (HGI)** umfassen eine Fülle an unterschiedlichen Bezeichnungen. Sie werden in wissenschaftlichen Aufsätzen und Fachbüchern nicht homogen verwendet. Sie sind weder offiziell festgelegt, noch werden sie in der Literatur als einheitliche Terminologien angewandt (vgl. Vernooij & Schneider, 2013, S. 34).

Die HGI ist ein Teilbereich der **tiergestützten Intervention (TGI)**. Sie bezeichnet ein weitgefasstes Gebiet möglicher Massnahmen unter Einbezug eines Hundes. Nach Vernooij und Schneider beschreibt sie Handlungen, in denen Hunde als Medium zur Anbahnung bzw. Erzielung bestimmter positiver Effekte sowohl im Praxisfeld als auch in der Wissenschaft zum Einsatz kommen. Um Tiere in der TGI einzusetzen, bedarf es fundierter Konzepte, nach denen systematisch und zielorientiert gearbeitet wird (vgl. Vernooij & Schneider, 2010, S. XIII).

Die Begrifflichkeit HGI hat sich zwar im deutschsprachigen Raum etabliert, dennoch benutzt die Literatur teilweise synonym dafür hundegestützte Therapie (HGT)/tiergestützte Therapie (TGT) und hundegestützte Aktivität (HGA)/tiergestützte Aktivität (TGA). Ein grosser Teil der deutschsprachigen Literatur legt Wert auf eine strikte begriffliche Unterscheidung von HGT/TGT und HGA/TGA.

Als **Therapiehund (TH)** wird ein trainierter bzw. ausgebildeter Hund bezeichnet, welcher im sozialen Sektor therapeutischen oder pädagogischen Einsatz leistet. Dieser Begriff zeigt sich in der Literatur als umstritten, da er unter Umständen für Verwirrung sorgen kann. Dem Hund alleine ist es nicht möglich eine Therapie durchzuführen. Er begleitet den Pädagogen oder Therapeuten lediglich.

Um die Arbeitsfelder und Kompetenzen der Menschen-Hunde-Teams klar zu definieren ist diese begriffliche Differenzierung sehr wichtig. Bei Vernooij und Schneider ergibt sich zusammenfassend eine noch genauere Unterscheidung in vier Bereiche mit folgenden Zielsetzungen:

1. Hunde-/tiergestützte Aktivität – Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens
2. Hunde-/tiergestützte Förderung – Erzielen allgemeiner Entwicklungsfortschritte
3. Hunde-/tiergestützte Pädagogik – Erlernen spezifischer Lernfortschritte
4. Hunde-/tiergestützte Therapie – Stärkung der Lebensgestaltungskompetenz (vgl. 2013, S. 34)

Die von Vernooij und Schneider (2013) genannten vier Unterscheidungen der HGI/TGI sind für die Autorin dieser Arbeit nicht abschliessend nachvollziehbar. Eine Differenzierung von tiergestützter Förderung und tiergestützter Pädagogik ist für die vorliegende Arbeit irrelevant. Sie werden deshalb zu einem Punkt zusammengefügt. Aus diesem Grund wird hier eine Beschränkung auf drei Unterscheidungen vorgenommen:

1. Hunde-/tiergestützte Aktivität
2. Hunde-/tiergestützte Pädagogik
3. Hunde-/tiergestützte Therapie

Im englischsprachigen Raum wird die HGI begrifflich nicht spezifisch für den Hund erwähnt. Sie findet sich in der Literatur unter dem Begriff animal assisted intervention (AAI). Es werden auch hier in gewisser Literatur zwei Unterscheidungen vorgenommen:

Die animal assisted therapy (AAT) und die animal assisted activity (AAA). Die AAT kann mehrheitlich unter dem deutschen Begriff HGT/TGT, die AAA unter dem Begriff HGA/TGA eingeordnet werden. Parish-Plass et al. legen als eine der wenigen Autorinnen und Autoren Wert auf eine noch genauere Spezifizierung zwischen AAT, AAA und AAE (animal assisted education). AAE kann mit dem deutschen Begriff „Hundegestützte Pädagogik“ verglichen werden (vgl. 2008, S. 12). Der grösste Teil der gelesenen Literatur arbeitet jedoch mit dem Begriff AAI und schliesst damit gleichzeitig die Begriffe HGI/TGI, HGT/TGT, AAT und AAE mit ein.

### **3.2 Inhalte der hundegestützten Intervention**

HGI/TGI bzw. AAI unterscheiden sich wie bereits erwähnt in einiger Literatur in zwei Hauptkategorien, nämlich die HGA/TGA bzw. AAA und die HGT/TGT

bzw. AAT. Die beiden Kategorien werden nun in Abschnitt 3.2.1 und 3.2.2 genauer erläutert.

### **3.2.1 Hunde-/ tiergestützte Aktivität – animal assisted activity**

Die HGA/TGA bzw. AAA bietet Unterstützung bezogen auf rehabilitative, motivationale und erzieherische Prozesse. Sie bezeichnet die Arbeit inklusive Einsatz eines Hundes ohne therapeutische oder pädagogische Absichten. Ein weiterer synonyme Begriff im deutschsprachigen Raum ist der „Besuchsdienst“ (vgl. Vernooij und Schneider, 2013, S. 34-40). Grundsätzlich werden die Besuche von ehrenamtlichen Helfern ohne pädagogischen oder therapeutischen Hintergrund durchgeführt. Sie haben zum Ziel, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Bei der HGA/TGA bzw. AAA besuchen Menschen mit ihren Begleittieren meist Institutionen (z.B. Kitas, Seniorenheime) oder Privatpersonen (vgl. International Society for animal assisted therapy, 2016, 14.10.2016).

„Die natürlichen Fähigkeiten des Hundes, die Beziehung zum Menschen als wortloser, emotional zugewandter und authentischer Interaktionspartner zu gestalten, ist wohl eine der wichtigsten und effektivsten Voraussetzungen.“ (Vernooij & Schneider, 2010, S. 190).

Im Unterschied zu Therapie-Programmen kann die gleiche Aktivität mit verschiedenen Menschen wiederholt werden. Spezifische Therapieziele werden nicht als zwingend erachtet. Ehrenamtliches und unterstützendes Personal ist zudem nicht verpflichtet, detaillierte Notizen zu machen. Der Inhalt des Besuches ist spontan und die Treffen dauern so lange wie nötig.

### **3.2.2 Hunde-/tiergestützte Therapie - animal assisted therapy**

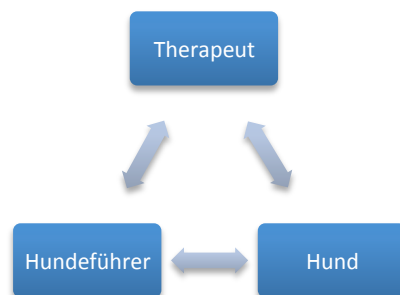
HGT/TGT bzw. AAT ist eine zielgerichtete Intervention, bei der ein Hund bzw. Tier Bestandteil des Behandlungsprozesses ist (vgl. International Society for Animal Assisted Therapy, 2016, 14.10.2016). Sie wird durch Menschen mit Berufen aus dem Gesundheits- oder Sozialbereich im Rahmen der Ausübung ihres Berufes durchgeführt. Das Einsatz-Tier genießt in der Regel eine spezifische Ausbildung und gehört der Therapeutin/dem Therapeuten. HGT/TGT bzw. AAT hat die Verbesserung von physischen, sozialen, emotionalen und kognitiven Fähigkeiten des Menschen zum Ziel. Die AAT ist zielorientiert und individuell. Alle Inhalte,



Massnahmen und Fortschritte werden sorgfältig geplant, dokumentiert und evaluiert. Die Sitzungen finden regelmässig über einen längeren Zeitraum und zu festgelegten Zeiten statt (vgl. Vernooij und Schneider, 2013, S. 34-40).

In einigen Institutionen wird im Bereich der AAT eine Dreier-Kombination bevorzugt:

### **Therapeut – Hund – Hundeführer**



**Abbildung 1 | Dreieck-Therapeut/Hund/Hundeführer**

Der Hauptteil der gelesenen englischen Literatur arbeitet mit dem Begriff AAI und schliesst damit gleichzeitig die Begriffe HGI/TGI, HGT/TGT und AAT mit ein.

Da die vorliegende Arbeit auf englischsprachiger Literatur basiert, beschränkt sich die Autorin auf die Abkürzung AAI. Um ein besserer Verständnis zu gewährleisten, verwendet sie ab jetzt nur noch die Bezeichnung AAI.

### **3.3 Auswirkungen der hundegestützten Intervention auf die Entwicklung des Kindes**

„All therapeutic interventions involving animals rest on a powerful assumption: there is something about animals that powerfully attracts and motivates humans. This assumption becomes especially compelling when children are involved. No matter what face of human-animal interaction one examines-pet ownership, fascination with wild animals, imaginary animals, robotic pets - children are particularly involved“ (Fine, 2015, S. 179).

Fine beschreibt die Verbindung von Mensch und Tier als zentrale Grundvoraussetzung für eine gelingende Intervention und wichtige therapeutische Hilfestellung.

Parish-Plass et al. heben hervor, dass das Hauptziel der AAI vielmehr darin bestehen soll, das Kind zu erreichen und weniger, es unbedingt zu verstehen. Das Kind soll zu emotionalem Ausdruck hingeführt werden. Dadurch wird Veränderung möglich und die Lebensqualität erhöht. Der Hund kann als Brücke in der Beziehung von Therapeutin/Therapeut und Klientin/Klient fungieren (vorausgesetzt, es besteht kein Trauma mit Tieren). Parish-Plass et al. beschreiben 12 positive Zugänge, die eine AAI bei Kindern und Jugendlichen schaffen kann (vgl. Parish-Plass, 2008, S. 13-15):

**Verbindung:** Der Hund vermag den Zugang zum Kind zu ermöglichen. Wo das Kind aufgrund schlechter Erfahrungen Menschen gegenüber miss-trauisch ist, zeigt es sich gegenüber Tieren häufig offener und toleranter.

**Normalität, Sicherheit:** Die Präsenz des Hundes allein schafft Normalität und Sicherheit. Der Hund ermöglicht und fördert ein Klima von natürlichem Verhalten und spontaner Reaktion.

**Akzeptanz:** Ein Hund verurteilt nicht. Er zeigt sich gegenüber Fehlleistungen des Kindes weder kritisch noch besorgt. Eine gelingende Identifikation mit dem Tier kann dazu führen, dass sich das Kind durch die Therapeutin/den Therapeuten von Beginn an akzeptiert fühlt.

**Realität vs. Spiel:** Der Hund weckt eine Bandbreite an Assoziationen, Erinnerungen, Emotionen und Reaktionen im Kind. Das Verhalten des Hundes ist nicht immer berechenbar, was einen nahen Realitätsbezug und eine Reflexion über das eigene Leben ermöglicht.

- Selbstwertschätzung:** Die Beziehungsbildung mit dem Hund löst instinktiv ein Gefühl von Verantwortung aus. Das Kind ist wichtig für den Hund, und das spürt es. Die Selbstwertschätzung und das Gefühl, etwas zu können, steigen.
- Im Hier und Jetzt:** Interaktionen mit dem Hund im Hier und Jetzt eröffnen Möglichkeiten für Rollenspiele. Sie bieten Raum für Projektionen. Der Hund fungiert einerseits als sicherer Hafen und andererseits als Katalysator für den Therapie-Prozess.
- Adaptives Verhalten:** In der AAI kann die soziale Interaktion mit dem Hund zusammen mit der Mediation der Therapeutin/des Therapeuten zwischen Kind und Hund die Akzeptanz von Regeln und die Übernahme von Verantwortung in einem sozialen Gefüge bewirken.
- Empathie:** Die Fähigkeit zu empathischem Verhalten ist der Schlüssel für gesunde zwischenmenschliche Beziehungen. Empathisches Verhalten dem Hund gegenüber verbessert die Empathie Menschen gegenüber. Der Umgang der Therapeutin/des Therapeuten mit dem Hund kann von der Klientin/dem Klienten als vorbildliches Verhalten übernommen werden.
- Kontrolle:** Kontrolle über sich und andere zu haben ist ein menschliches Bedürfnis. In der Realität von traumatisierten Kindern und Jugendlichen zeigt sich häufig ein anderes Bild: Hilflosigkeit und Ohnmacht prägen den Alltag. Das Empowerment der Kinder, wie beispielsweise ihnen die Kompetenz der Kontroll-Übernahme zu übertragen, lässt sich mit einem Hund gewinnbringend umsetzen.

<b>Nähe:</b>	Jeder Mensch wird mit dem Bedürfnis nach Nähe geboren. Die Möglichkeiten dafür sind manchmal aber sehr gering. Die Präsenz eines Hundes legitimiert den Körperkontakt und Berührungen. Den Hund zu streicheln und mit ihm zu kuscheln wird als natürlicher Vorgang betrachtet..
<b>Ego-Rückbildung:</b>	Schlafstörungen und unter Stress auftretende Übererregung sowie Schreckhaftigkeit verhindern eine gesunde Entwicklung der Persönlichkeit. Themen anzugehen und sie zu bearbeiten wird fast unmöglich. Die Präsenz eines Hundes vermag diese Faktoren zu vermindern. So kann ein Wachstum in der emotionalen Welt des Kindes stattfinden. Der Therapie-Prozess bestärkt das Kind in der emotionalen Entwicklung.
<b>Abspaltung und schmerzlicher Verlust:</b>	Ein Hund ist ein Lebewesen, welches auch krank sein oder sterben kann. Diese Konfrontation mit der Realität ermöglicht es dem Kind, sich mit einem schmerzlichen Verlust auseinander zu setzen. Dies ist vor allem da wichtig, wo Schmerz und Trauer aufgrund traumatischer Erfahrungen emotional nicht zugelassen werden können.

## 4. Literaturcorpus und methodisches Vorgehen

---

In Kapitel 4 wird die Zusammenstellung des Literaturcorpus, das Vorgehen bei der Analyse der Literatur und die dafür ausgewählte Methodik ausführlich beschrieben. Unter 4.1 findet sich der Vorgang der Recherche für die Titelauswahl, um Erkenntnisse aus der aktuellen Forschung bezüglich AAI bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu erforschen. Dies bietet die Grundlage dafür, die Fragestellung anhand ausgewählter Kriterien zu beantworten. Unter 4.2 wird jede der sieben Studien sowie das Review in einer Übersicht vorgestellt. Die Studien und das Review sind die Grundlage für die danach aufgeführte qualitative Inhaltsanalyse. Sie wird spezifisch mit Blick auf ihren thematischen Inhalt im Bezug zur Fragestellung ausgewählt. Unter 4.3 folgt die qualitative Inhaltsanalyse, die aufgrund ihrer Relevanz für die Masterarbeit sorgfältig aufgearbeitet wird.

### 4.1 Recherche

Die Bandbreite an Literatur zur AAI ist im englischsprachigen Raum deutlich grösser. Mittels unten dargestellten Suchbegriffen werden anhand vorgängig studierter Grundlagenliteratur die Fachdatenbanken für Erziehungs- und Sozialwissenschaften von „Eric“, „PsycINFO“ und „Psyindex“ über die Gesamtabfrage Ebsco-Host durchsucht:

**Eric** ist eine umfangreiche bildungs- und erziehungswissenschaftliche Literaturdatenbank. Sie wird vom Education Resources Information Center in Washington DC, USA, erstellt und enthält hauptsächlich englischsprachige Literatur zu allen Bereichen der Pädagogik.

**PsycINFO** ist eine der grössten internationalen Datenbanken für psychologische Fachliteratur. Sie verzeichnet Zeitschriften, Zeitschriftenaufsätze, Bücher, Dissertationen und technische Berichte zu Psychologie sowie zu psychologierelevanten Gebieten wie Medizin, Psychiatrie, Krankenpflege, Soziologie, Erziehungswissenschaften, Pharmakologie, Physiologie, Linguistik, Anthropologie, Wirtschafts- und Rechtswissenschaften.

**Psyindex** ist eine Datenbank deutsch- und englischsprachiger Publikationen, psychologisch relevanter audiovisueller Medien, psychologischer und pädagogischer Testverfahren sowie Beschreibungen von psychologischen Behandlungsprogrammen.

## 4.2 Protokoll

Alle behandelten englischen Suchwörter sind in Tabelle 1 und 2 dargestellt. Tabelle 1 stellt Begriffe für den Bereich AAI, Tabelle 2 für den Bereich Trauma dar. Die fettgedruckten Suchwörter liefern für die vorliegende Masterarbeit brauchbare Ergebnisse:

### Suchwörter AAI:

<b>AAI</b>	Assistance dog(s)	<b>Animal therapy</b>
Animal assistance	Assisted intervention	<b>Dog assisted</b>
<b>Animal assisted</b>	<b>Animal intervention</b>	Pet assisted
Assistance animals	Assistance pets	<b>Service dog(s)</b>

Tabelle 1 | Liste der eingegebenen Begrifflichkeiten für AAI

### Suchwörter Trauma:

<b>PTSD</b>
<b>Trauma</b>
<b>Traumatic</b>

Tabelle 2 | Liste der eingegebenen Begrifflichkeiten für Trauma

Es werden jeweils zwei Suchwörter aus je den Bereichen AAI und Trauma zusammen eingegeben. In Tabelle 3 sind die Ergebnisse aufgeführt.

### Suchwörter Ergebnisse:

Suchwort 1	Suchwort 2	Alle Artikel	Duplikate	Abweichendes Thema	Autobiographien und reine Fallschilderungen	Brauchbare Artikel
Animal assisted	Trauma	5	0	0	0	5
Animal assisted	PTSD	15	6	1	2	6
Animal intervention	Traumatic	1	0	0	0	1
Animal intervention	Trauma	1	0	0	0	1
Animal intervention	PTSD	16	4	11	0	1
Animal therapy	Traumatic	6	0	2	0	4
Animal therapy	Trauma	14	4	2	0	8
Animal therapy	PTSD	24	6	9	9	0
Dog assisted	PTSD	4	1	1	0	2
Dog assisted	Trauma	3	2	0	0	1
Service dog (s)	Trauma	4	2	0	2	0
Service dog(s)	PTSD	2	0	1	0	1
AAI	Trauma	24	5	10	8	1
AAI	PTSD	2	2	0	0	0
Animal	Traumatic	57	6	41	9	1
Animal	Trauma	27	8	16	1	2
Total:		205	46	94	31	<b>34</b>

**Tabelle 3 | Matrix der Begrifflichkeiten**

Aus den 205 vorgeschlagenen Artikeln können sich 34 hervorheben, welche die beiden Themenbereiche AAI und Trauma vereinen. Daraufhin wird eine spezifischere Eingrenzung vorgenommen, indem folgende Kriterien berücksichtigt werden:

- Artikel müssen in Deutsch oder Englisch geschrieben sein
- Artikel beinhalten Ergebnisse über Kinder oder Jugendliche
- Artikel sind nicht älter als 11 Jahre

Folgende acht Titel werden für die Arbeit verwendet:

Balluerka, N., Muela, A., Amiano, N., Caldentey, M.A. (2014). Influence of animal assisted therapy (AAT) on the attachment representations of youth in residential care. *Children and Youth Services Review*, 42, 103-109.

Dietz, T.J., Davis, D., Pennings, J. (2012). Evaluating Animal-Assisted Therapy in Group Treatment for Child Sexual Abuse. *Journal of Child sexual Abuse*, 21 (6), 665-683. 08.09.2016: <http://dx.doi.org/10.1080/10538712.2012.726700>.

Hamama, L., Hamama-Raz, Y., Dagan, K., Greenfeld, H., Rubinstein, C., Ben-Ezra, M. (2011). A preliminary study of group intervention along with basic canine training among traumatized teenagers: A 3-month longitudinal study. *Children and Youth Services Review*, 33, 1975-1980.

Lefkowitz, C., Paharia, I., Prout, M., Debiak, D., Bleiberg, J. (2005). Animal-Assisted Prolonged Exposure: A Treatment for Survivors of Sexual Assault Suffering Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Human-Animal-Studies*, 13 (4), 275-295.

O'Haire, M.E., Guérin, N.A., Kirkham, A.C. (2015). Animal-Assisted Intervention for trauma: A systematic literature review. *Frontiers in psychology*, 6, p.1121.

Parish-Plass, N. (2008). Animal-Assisted Therapy with Children Suffering from Insecure Attachment Due to Abuse and Neglect: A Method to Lower the Risk of Intergenerational Transmission of Abuse? *Clinical child psychology and psychiatry*, 13 (1), 7-30.

Tedeschi, P., Sisa, M.L., Olmert, M.D., Parish-Plass, N. und Yount, R. (2015). Treating Human Trauma with the Help of Animals: Trauma Informed Intervention for Child Maltreatment and Adult Post-Traumatic Stress. In Fine, A.H. (Hrsg.), *Handbook on Animal Assisted Therapy*. (S. 305-310). California State Polytechnic University, Pomona, CA, USA: Elsevier.

Yorke, J. (2010). *The Significance of Human-Animal Relationships as Modulators of Trauma Effects in Children: A Developmental Neurobiological Perspective*. 08.09.2016: <http://www.informaworld.com/openurl?genre=article&id=doi:10.1080/03004430802181189>.



### **4.3 Übersicht der Studien und Reviews**

Es folgt die Darstellung der genannten Titel. Es handelt sich um sieben Studien und ein Review. Als erster Titel wird ein persönlicher Bericht einer Therapeutin über ihre erfolgreiche Therapie-Form beschrieben – eine qualitative Studie, in der Einzelfälle präsentiert werden. Der zweite und dritte Titel behandelt je ein Modell, welches näher vorgestellt wird. Der vierte Titel schaut die AAI durch die Brille der Neurobiologie an. Die darauf folgenden Studien sind Gruppen-Therapie-Interventionen, welche sich teilweise auf das Modell des zweiten Titels beziehen. In der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen findet sich die Gruppen-Therapie als häufigste Form. Sie hat sich als Behandlungs-Form bewährt, da Kinder und Jugendliche ihren Peers einen hohen Stellenwert zuschreiben. Zudem kann die Gruppe dem Individuum einen geschützten Raum bieten, in dem das Vertrauen in die Welt wieder neu gebildet werden kann (vgl. Hamama et al., 2011, S. 1979). Die Studien sind wie folgt strukturiert; der Titel und das Thema werden vorgestellt; der Inhalt wird zusammengefasst; die zentralen Merkmale werden dargelegt und die Erhebung erläutert.

Als letzter Titel wird ein Review vorgestellt. Im Review kommen drei der vorhin erläuterten Studien im Vergleich zu anderen Studien nochmals vor. Es sind die Studien von Balluerka et al. (2014), Dietz et al. (2012) und Hamama et al. (2011). Alle Studien und das Review arbeiten mit Kindern und Jugendlichen sowie dem Hund in der AAI. Eine Studie und das Review beziehen zusätzlich Erwachsene und andere Tiere mit ein. Alle Studien, bis auf eine, beinhalten nur Gruppeninterventionen. Alle Studien sowie das Review arbeiten mit Traumatisierung aus der Kindheit oder Jugend. Vier der sechs Studien behandeln ausschliesslich das Thema sexuelle Traumatisierung. Das Review vergleicht Studien über verschiedene Ursachen der Traumatisierung.

#### **4.3.1 Parish-Plass et al. (2008)**

Im Artikel von Parish-Plass et al. wird die erfolgreiche Therapie von traumatisierten Kindern durch AAI anhand klinischer Beispiele aufgezeigt. Der Vorgang der Behandlungsmethoden wird erläutert. Das Modell der AAI, welches das Risiko einer generationenübergreifenden Übertragung von Missbrauch und damit verbundenen Traumatisierung minimieren soll, wird vorgestellt.

Parish-Plass et al. behandelt die Thematik, dass Menschen, welche als Kinder Missbrauchsoffer waren, häufig selber zu Missbrauchstätern werden. Kinder, die in einem unsicheren Umfeld aufwachsen, in dem Missbrauch und Vernachlässigung den Alltag prägen, haben statistisch gesehen eine hohe Tendenz ihre eigenen Kinder ebenfalls zu missbrauchen oder zu vernachlässigen. Dieser Artikel soll Auskunft darüber geben, wie es möglich sein kann, diesen Teufelskreis zu durchbrechen. Einerseits wird die AAI als brauchbare Methode eruiert, andererseits werden praktische Beispiele dargestellt. Parish-Plass et al. arbeiten mit Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 5 bis 13 Jahren. Sie alle waren psychologischer, physischer oder sexueller Gewalt ausgeliefert und erlitten dadurch ein Trauma. Manche von ihnen sind für durchschnittlich sechs Monate in einem Notfall-Kinderschutzprogramm untergebracht. Parish-Plass et al. arbeiten im Bayit Lechol Yeled B'Yisrael Emergency Shelter for At-risk Children in Kiryat Ata und im Megadim Children's-SOS-Dorf, Migdal Ha'emek in Israel.

Die Therapeutin Parish-Plass arbeitet mit der nondirektiven Spiel-Therapie. Kinder dürfen aus einer Fülle an Spielsachen (Puppen, Puppenhaus, Plastik-Figuren, Spiel-Waffen, Küchen-Utensilien, Spielkarten etc.), diversen Aktivitäts-Angeboten und Themen selber das gewünschte Setting auswählen. Zusätzlich haben sie die Möglichkeit, einen oder mehrere tierische Spielgefährten auszusuchen. Alle Tiere sind Haustiere der Therapeutin. Sie sind zunächst in einem Käfig und werden nach Bedarf herausgenommen. Parish-Plass geht im Spiel aufmerksam mit der Klientin/dem Klienten mit. Sie beobachtet, reflektiert und spiegelt. Es sind auch Rollenspiele möglich, welche zu Empowerment der Klienten führen sollen. Wenn es die Kinder und Jugendlichen wünschen, dürfen sie mit dem Hund einen Spaziergang machen. Die Therapie kann auch im nahgelegenen Zoo stattfinden. Oftmals werden Schlüsselerlebnisse erst in der Natur freigesetzt. Eine äusserst wichtige Regel muss dabei stets beachtet werden: Die Sicherheit von allen Beteiligten (auch den Tieren) steht an oberster Stelle. Deshalb wird eine gewaltfreie Zone vorausgesetzt und eingefordert. Die Misshandlung eines Tieres deutet in den meisten Fällen darauf hin, dass die Traumatisierung im Kind nach wie vor stark ausgeprägt ist. Häufig wird der Zoowärter symbolisch als die misshandelnde Person im Leben der Kinder wahrgenommen.

Parish-Plass erläutert ihr 5-Punkte-Assessment-Tool wie folgt:

- Den Children's Apperception Test (CAT), eine populäre Version des Thematic Apperception Test (TAT), indem anstelle von Figuren Tiere eingesetzt werden, durchführen.
- Die Verbindung zwischen der Geschichte von Haustieren der Kinder (allfälligen Misshandlungen der Tiere), häuslicher Gewalt und Kindsmissbrauch eruieren.
- Tier-Misshandlung als Hinweis auf eigene Missbrauchsgeschichte erkennen.
- Anhand eines Fragebogens erörtern, welche Tiere dem Kind vom Verhalten und dem Selbstbild am ähnlichsten sind und mit welchem Tier emotionale Gefühle wie Ängste, Enttäuschung, Gefühl der Leere etc. geteilt werden würden.
- Beobachten der Interaktion zwischen dem Hund und dem Kind. Bezug nehmen auf das soziale Umfeld, indem das Kind aufwächst.

Parish-Plass führt keine Erhebung durch. Sie zeigt die individuellen Erfolge ihrer Therapien anhand detaillierter Beschreibungen von acht Kindern, den jeweiligen Therapie-Sitzungen und ihren Erfolgen auf.

#### **4.3.2 Lefkowitz et al. (2005)**

Im Paper von Lefkowitz et al. wird die Behandlungsmethode Animal-Assisted Prolonged-Exposure vorgestellt. Anhand eines Manuals wird das Modell in einem praktischen Beispiel beschrieben und erläutert.

Lefkowitz et al. beantragen die Entwicklung dieses neuen Modells für die Behandlung Überlebender von sexuellem Missbrauch, die unter einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden. „Animal-Assisted Prolonged Exposure“ wird als hochgradig effektive Behandlungsmethode beschrieben. Die Studie möchte veranschaulichen, dass AAI folgende Symptome zu verringern vermag: Angst und tiefer physiologischer Arousel. Arousel ist ein Begriff der Psychologie und Physiologie und beschreibt den Grad der Aktivierung des zentralen Nervensystems beim Menschen wie z.B. Aufmerksamkeit, Wachheit, Reaktionsbereitschaft. Zudem gehen Lefkowitz et al. der Frage nach, ob AAI die therapeutische Verknüpfung verbessert und die soziale Interaktion fördert. Dieses Paper soll einerseits zur Erweiterung

der Behandlungsmöglichkeiten für Überlebende von sexuellem Übergriff und andererseits der Literatur-Basis zum Thema AAI beitragen. Weder eine spezifische Altersgruppe, noch das Ausmass oder die Form von Traumatisierung wird erwähnt, um effektiv mit dem Animal-Assisted Prolonged-Exposure zu arbeiten. Das Paper wird an der Widener und der West Chester-University, Pennsylvania, USA, erarbeitet.

Das Modell des Animal-Assisted Prolonged-Exposures basiert auf der Version von Altschuler (vgl. Altschuler, 1999). Die Klientin/der Klient wird einerseits innerhalb der Therapie vom Therapie-Hund der Therapeutin/des Therapeuten unterstützt, andererseits erledigt sie/er zu Hause mit einem eigenen oder benachbarten Begleithund Hausaufgaben.

1. Sitzung: Kennenlernen und Freundschaft schliessen mit dem Hund. Erläuterung des Therapie-Programms. Spielzeit mit dem Hund: 10-15 Minuten.
2. Sitzung: Informationen sammeln, Entlocken von Erzählungen aus der Vergangenheit. Beschreiben von Gefühlen. Atemübungen. Spielzeit mit dem Hund: 5 Minuten.
3. Sitzung: Check-In (Fazit vergangene Woche), Benutzung des Subjective Unit of Discomfort (SUD) scale (Auf einer Skala von 0-10 wird angezeigt, wie stark das Gefühl von Leiden, Furcht und Angst ist). Spielzeit mit dem Hund: ohne Zeitangabe.
4. Sitzung: Erfolge der vergangenen Sitzung erarbeiten, Erinnerungen an schlimme Ereignisse bearbeiten und den Umgang damit üben. Sinneswahrnehmung und Atemübung. Spielzeit mit dem Hund: ohne Zeitangabe.
5. Sitzung: Aufforderung der Klientin/des Klienten sich Gedanken über Gegenwarts- und Zukunftspläne zu machen und diese zu konkretisieren. Gegenseitiger Austausch von Feedback. Verabschiedung vom Hund.

Es findet keine Erhebung statt. Der Animal-Assisted Prolonged-Exposure wird seit 2010 vermehrt eingesetzt. In den unten aufgeführten Studien wurden Bezüge auf dieses Modell gefunden.

#### **4.3.3 Yorke (2010)**

Der Artikel von Yorke basiert auf einer Literaturrecherche im Bereich der AAI und der Neurobiologie.

Yorke arbeitet am College of Social Work und Veterinary Social Work an der Universität von Tennessee, Knoxville, USA. Er evaluiert AAI, die folgende Tiere miteinbezieht: Hunde, Pferde, Katzen, Hasen und Vögel. Untersucht wird der mentale Status (emotional, psychologisch und kognitiv) und die Mensch-Tier-Beziehung als mögliche Beeinflussung von neuronalen Entwicklungsprozessen bei Kindern zwischen zwei Jahren und Adoleszenz. Es findet keine Erhebung statt.

Yorke stellt als Erstes die Hypothese auf, dass emotionaler Stress verursacht durch Traumatisierung das neurobiologische System von Kindern und Jugendlichen negativ beeinflusst. Das Gehirn wird durch ein stressiges Geschehnis stimuliert und neue, neuronale Verknüpfungen finden statt. Traumatische Ereignisse von extremer oder chronischer Erfahrung von Stress können eine aktive Handlung wie Missbrauch oder eine passive Handlung wie Vernachlässigung verursachen.

Als zweite Hypothese geht er den positiven Effekten der AAI nach, in dem er Veränderungen neurobiologisch darstellt und hervorhebt. Yorke erforscht die Veränderung der neurochemischen Werte durch Einwirken von Interaktions- und Bindungs-Beispielen. Es wird darüber diskutiert, welche Rolle diese Beziehung bezüglich Selbstregulation und Selbstorganisation haben kann. Yorke will damit Aufschluss über die hormonellen Veränderungen durch AAI geben, welche sich wiederum positiv auf die Selbstregulation und Selbstorganisation auswirken. AAI als Therapiemethode kann aus neurologischer Sicht wirksame Ergebnisse aufzeigen.

#### **4.3.4 Hamama et al. (2011)**

Hamama et al. erarbeiten eine Vorstudie zu Gruppen-Therapie-Interventionen von traumatisierten Jugendlichen. Hamama et al. gehen der Frage nach, wie psychologisches Leiden von jugendlichen Mädchen, welche physischen oder sexuellen Missbrauch erlitten haben, verringert werden kann. Sie stellen die Hypothese auf, dass AAI die Symptome von Depression und PTBS zu verringern vermag. Die Studie will Leidens-Reduktion dank Einbezug von AAI in der Gruppen-Therapie nachweisen. Eine Stärkung des

Selbstvertrauens und des subjektiven Wohlbefindens soll ersichtlich werden. Dank einer Kontrollgruppe kann die Wirksamkeit von AAI überprüft werden.

Es handelt sich um eine dreimonatige Längsschnitt- und eine Querschnitt-Studie. Dabei wird auf zwei Intentionen aufgebaut:

1. Die Längsschnitt-Studie soll aufzeigen, dass dank AAI einbezogen in eine Gruppen-Therapie die Symptome Depression und PTBS verringert werden können. Zudem soll eine Stärkung des Selbstvertrauens und des subjektiven Wohlbefindens nachgewiesen werden. Die Fort- oder Rückschritte innerhalb der Behandlungsgruppe werden zu Beginn und am Ende der Studie aufgezeigt.
2. Die Querschnitt-Studie hat zum Ziel, die Behandlungsgruppe mit der Kontrollgruppe zu Beginn und am Ende der Studie miteinander zu vergleichen. Anhand folgender Merkmale werden sie geprüft: soziodemographische Variablen, subjektives Wohlbefinden, Depression und PTBS-Symptome.

18 potenzielle jugendliche Mädchen im Alter zwischen 14-16 Jahren von zwei verschiedenen High-Schools aus der Umgebung von Judea und Samaria in Israel werden für diese Studie ausgesucht. Die Mädchen sprechen Hebräisch. Sie weisen alle aufgrund traumatischer Erfahrungen durch physische oder sexuelle Gewalt in ihrer Kindheit interpersonale Schwierigkeiten sowie Schulschwierigkeiten auf. Unter anderem zeigen sie verbale oder physische Gewaltausbrüche. Die Behandlungsgruppe umfasst 9 Mädchen, die Kontrollgruppe ebenfalls 9 Mädchen. Die Behandlungsgruppe erfährt eine Gruppen-Therapie mit AAI, die Kontrollgruppe eine Gruppen-Therapie ohne AAI.

Die Therapie mit AAI wird nach folgendem Schema durchgeführt:

**1.-2. Sitzung:** Heranführen und gegenseitiges Vorstellen. Hunde werden den Mädchen zugeordnet. Vertrauensaufbau unter den Gruppenmitgliedern.

**3.-4. Sitzung:** Vertrauensaufbau und Kennenlernen des Hundeverhaltens. Mädchen erhalten Rückmeldung zum Umgang mit dem Hund. Sozialspele und Kreativspele in der Gruppe mit den Hunden.

**5.-8. Sitzung:** Hundetraining mit den Mädchen (Kommando, Feedback-Kultur, Kontroll-Fähigkeiten).

**9.-11. Sitzung:** Hundespaziergang mit dem Sprechen über Gefühle verbinden. Lernen emotionale Themen auszusprechen. Kreativ-Spiele üben.

**12. Sitzung:** Abschiednehmen vom Hund, dem Therapeuten und den Gruppenmitgliedern. Fazit aus den Beziehungen zum Tier und zu den Gruppenmitgliedern ziehen.

Die Fort- oder Rückschritte innerhalb der Behandlungsgruppe werden gemessen, indem die Resultate des unten erläuterten Fragebogens zu Beginn und am Ende der Studie miteinander verglichen werden.

Die Teilnehmerinnen füllen auf dem Fragebogen selbstständig das Alter und das Einkommen der Eltern aus. Das Ausmass an Misshandlung und Traumatisierung wird anhand der Kriterien für PTSD des DSM-IV vorgängig abgefragt. Fragen können beispielsweise sein: „Blickst du auf ein Erlebnis zurück, in welchem du Todesangst hattest, ernsthaft verletzt oder bedroht wurdest? Warst du selbst involviert, konfrontiert oder wurdest Zeuge davon? Hattest du dabei Gefühle von Furcht, Hilflosigkeit oder Horror?“

Des Weiteren geht der Fragebogen auf vier Bereiche näher ein:

**Subjektives Wohlfühlen:** Anhand einer Vier-Punkte-Skalierung (1=überhaupt nicht, 4=sehr stark) wird gefragt: „Wenn du alle Erlebnisse miteinbeziehst, wie zufrieden hast du dich in den letzten Tagen gefühlt?“

**Umgang mit stressigen Erlebnissen:** Anhand einer Vier-Punkte-Skala (1=sehr tief, 4=hoch) wird gefragt: „Wie bewertest du deine Coping-Strategien im Umgang mit deinem täglichen Leben?“

**PTBS-Symptome:** Eine Checkliste für PTSD-Symptome wird mit der Civilian version (PCL-C) erstellt. Sie beinhaltet 17 Items der Diagnostik-Kriterien des DSM-IV. Die Auskunftgebenden benutzen dafür eine 5-Punkte-Skala. Je höher die Bewertung, desto höher das Symptom.

**Depression:** Dieses Symptom wird mit dem „Short Center for Epidemiologic Studies Depression Scale“ (SCESD) bewertet. Man arbeitet mit 10 verschiedenen Items, welche Aussagen über depressives Verhalten

machen. Gemessen wird anhand einer Vier-Punkte-Skala. Je höher die Bewertung, desto stärker das Symptom.

#### **4.3.5 Dietz et al. (2012)**

Die Studie von Dietz et al. evaluiert und vergleicht drei Trauma-Gruppen-Interventionen mit Unterstützung durch AAI für Kinder, die sexuelle Misshandlung erlitten haben. Dietz et al. stellen die Hypothese auf, dass die gewählte Therapie-Form positive Auswirkungen auf die Symptome Angst, Depression, Wut, PTBS, Dissoziation und sexueller Vorbehalt hat.

Studien über die Effektivität von AAI gibt es bis zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieser Studie bereits einige. Mehrheitlich fokussieren sie sich aber darauf, die Verbesserung bei Einzelpersonen zu finden. Zudem wird an diesen Studien das Fehlen von Kontroll-Gruppen stark kritisiert. In der vorliegenden Studie wird eine Kontroll-Gruppe miteinbezogen.

An der Studie nehmen 153 Kinder im Alter zwischen 7 und 17 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 11.39 Jahren teil. Davon sind 143 Mädchen und 10 Jungen. Die Studie wird zwischen 2006 und 2009 durchgeführt. Die Teilnehmenden besuchen ein Therapiecenter speziell für sexuell traumatisierte Kinder und Jugendliche in Texas, USA. Die Kinder und Jugendlichen kommen aus der näheren Umgebung, aus Pflege- oder Adoptivfamilien sowie direkt aus dem Spital. Sie weisen alle Symptome der PTBS auf. Die eine Hälfte aller Teilnehmenden sind lateinamerikanischer, die andere Hälfte westlicher Herkunft. Über 60 Prozent haben in ihrer Kindheit ein bis zweimal, 20 Prozent fünf oder mehrmals sexuellen Missbrauch erlebt. Die sexuellen Übergriffe dauerten nicht länger als sechs Monate.

Alle drei Gruppen erhalten dasselbe Behandlungs-Protokoll. Das „Storytelling“ oder auch das Geschichten erzählen wird als ein wichtiger Teil der therapeutischen Arbeit mit Kindern in die Studie miteinbezogen. Zwei der drei Gruppen bekommen zusätzlich Unterstützung durch AAI. Eine davon arbeitet zudem mit dem „Storytelling“. Eine Gruppe erhält weder Unterstützung durch Hunde noch durch Geschichten. Ziel des Geschichten-Erzählens ist es, den Kindern eine vertraute Umgebung zu schaffen, damit sie sich offenbaren können und ihnen die therapeutische Situation so angenehm wie möglich wird. Kinder lieben es, Geschichten zu hören. Sie



können sich gut mit den Charakteren der Erzählungen identifizieren. Das Setting muss professionell gestaltet werden, damit Effektivität geschaffen wird.

Folgende Aufteilung der Gruppen findet statt:

1. Gruppe: Keine Hunde, keine Geschichten
2. Gruppe: Hunde, keine Geschichten
3. Gruppe: Hunde und Geschichten

Es wird darauf geachtet, dass die Gruppenverteilung einigermaßen ausgeglichen ist. In der Gruppe „Hunde, keine Geschichten“ sind allerdings die meisten Kinder vorhanden, welche sexuellen Missbrauch durch einen Geistlichen erlitten haben. Die Gruppen enthalten sechs bis zehn Kinder. Die Therapien dauern 12 Sitzungen. Gruppe 1 erhält dasselbe Programm wie Gruppe 2. Diese bekommt aber in jeder Sitzung während 10-15 Minuten Besuch durch einen Therapie-Hund und AAI. In der Gruppe 3 werden die therapeutischen Geschichten des „Storytellings“ an die AAI gekoppelt. Die Inhalte haben jeweils einen direkten Zusammenhang mit dem Hund. Anhand der Hundegeschichten wird nach dem Besuch durch den Therapie-Hund Bezug auf die einzelnen Missbrauchs-Erlebnisse genommen.

Für die Erhebung werden die Trauma-Symptome anhand der Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) untersucht. Der Test wird in der ersten und in der letzten Sitzung durchgeführt. 54 Items prüfen die Kinder und Jugendlichen auf ihre Symptome.

#### **4.3.6 Balluerka et al. (2014)**

In der Studie von Balluerka et al. wird die Evaluation des Einflusses von AAI anhand einer repräsentativen Gruppe von Jugendlichen in stationärer Betreuung präsentiert. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer leiden bis heute unter einer traumatischen Kindheit. Sie weisen gesundheitliche und psychische Probleme wie Depression, Angstzustände und Problemverhalten auf. Ein Drittel der Jugendlichen nimmt Psychopharmaka ein.

Die Studie wird im Baskenland durchgeführt. Die Autonome Gemeinschaft Baskenland ist nicht identisch mit dem Baskenland im kulturellen Sinne, zu dem auch das französische Baskenland und die im Nordwesten baskisch geprägte spanische Foralgemeinschaft Navarra gehören. Die Autonome

Gemeinschaft Baskenland ist spanisch geprägt. Die Landessprachen sind Spanisch und Baskisch.

Die Studie wird zwischen 2010 und 2012 unter denselben Konditionen mit fünf unterschiedlichen Gruppen durchgeführt. An der Studie nehmen 46 Jugendliche (14 Mädchen und 32 Jungen) im Alter zwischen 12 und 17 Jahren teil. Das Durchschnittsalter der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist 15,41 Jahre. 63 Prozent stammen aus dem Baskenland, 37 Prozent aus Nordafrika. 74 Prozent kommen aus einem Wohnheim, 26 Prozent aus einem spezialisierten Pflege- und Wohnheim. 39 Prozent der Jugendlichen erhält Pflichtunterricht, 52 Prozent befinden sich in der Berufsausbildung und 9 Prozent besuchen keinen Unterricht.

Die Personen werden auf zwei Gruppen verteilt: Eine Interventionsgruppe und eine Kontrollgruppe. In der Interventionsgruppe befinden sich 21 (8 Mädchen, 13 Jungen), in der Kontrollgruppe 25 (6 Mädchen, 19 Jungen) Jugendliche. Es wird darauf geachtet, dass die Gruppen in Bezug auf ihre Herkunft, ihre psychischen und gesundheitlichen Probleme und ihren Aufenthalt möglichst identisch sind. Beide Gruppen folgen demselben Tagesablauf. Die Interventionsgruppe erhält zu ihrem Therapieprogramm zusätzlich AAI mit Hunden und Pferden.

Die Studie bezieht sich auf die Bindungstheorie nach Bowlby, einer psychologischen Theorie, die auf der Hypothese beruht, Menschen hätten ein angeborenes Bedürfnis, enge und von intensiven Emotionen geprägte Beziehungen zu Mitmenschen aufzubauen, körperliche Nähe zu bekommen und emotionale Offenheit zu leben. Laut der Bindungstheorie ist ein grosser Anteil von seelischen Problemen auf eine mangelhafte Befriedigung des Bindungsbedürfnisses zurückzuführen.

Die Studie stellt die Hypothese auf, dass der Einfluss von HGI auf das Bindungsverhalten von Jugendlichen in stationärer Betreuung mit einem Hintergrund von traumatischen Kindheitserfahrungen und Gesundheitsproblemen einen positiven Effekt hat. Ein positives Bindungsverhalten soll wiederum zur Resilienz-Steigerung beitragen. Des Weiteren geht die Studie der Frage nach, ob der Einfluss auf das Bindungsverhalten ebenfalls positive Auswirkungen auf die Störung hat, welche durch die fehlende Bindung zu den Eltern ausgelöst wurde.

Das Therapieprogramm mit AAI ist an das theoretische Modell nach Bowlby angelehnt. Die fünf Schritte der bindungsbasierten Psychotherapie werden wie folgt erarbeitet (vgl. Bowlby, 1988):

1. Eine sichere Basis wird zur Verfügung gestellt, von wo aus die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre schmerzhaften Gefühle wahrnehmen können. Aus der Interventionsgruppe darf sich an dieser Stelle jeder ein Tier für die kommende Zeit auswählen.
2. Gefühle, bezogen auf aktuelle sowie frühere Beziehungen, werden erkundet. Reflexion über das aktuelle Beziehungsverhalten der Jugendlichen findet statt.
3. Die Bindungs-Beziehung, welche zwischen der Teilnehmerin/dem Teilnehmer, dem Tier und der Therapeutin/dem Therapeuten stattgefunden hat, wird eruiert.
4. Zusammen mit den Jugendlichen wird erforscht, in welchem Zusammenhang die Beziehungsgestaltung von heute mit dem erlebten Beziehungsmuster aus früher Kindheit zusammenhängen mag. Ebenfalls wird der Umgang mit dem Tier auf früher gelernte und verinnerlichte Muster bezogen.
5. Die Intervention endet mit einer begleiteten Reflexion über die Änderung im Verhalten und im Umgang mit heutigen Beziehungen unter Einbezug der aufkommenden Gefühle.

Für die Studie wird mit einem Fragebogen, bzw. einer reduzierten Version des „CaMir questionnaire for evaluation of attachment gearbeitet (vgl. Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela & Pierrehumbert, 2011). Diese Version beruht auf 32 Items, welche nach einer Fünf-Punkte-Skala (1P=ich stimme überhaupt nicht zu bis 5P=ich stimme total zu) gemessen werden. Der CaMir ist ein Fragebogen, welcher zum Ziel hat, das Bindungsverhalten von Individuen zu messen. Er basiert auf dem Abfragen nach Erfahrungen zum Bindungsverhalten aus der Vergangenheit sowie der Gegenwart. Das Tool ist sowohl in der Forschung wie auch im klinischen Setting verbreitet und häufig eingesetzt. Der CaMir ist eine verkürzte Version des CaMir-R. Der Test dauert zwischen 15 und 20 Minuten und wird am Anfang und am Ende der Intervention durchgeführt.

#### **4.3.7 Tedeschi et al. (2015)**

Die Studie von Tedeschi et al. zeigt die Behandlung eines Traumas mittels AAI auf. Es werden Quellen aus der nordamerikanischen und der israelischen Literatur zum Thema „Behandlung von Trauma mit der Hilfe von AAI“ zusammengefasst und wiedergegeben. Es wird hauptsächlich Bezug genommen auf Traumas, verursacht durch zwischenmenschliche Beziehungen. Zudem werden praktische Beispiele vorgestellt. Zwei Interventions-Methoden bei Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen werden wie folgt vorgestellt:

Das erste therapeutische Modell untersucht den Einbezug von AAI in der Kinder-Psychotherapie. In welchen institutionellen Lebensverhältnissen und woher die beschriebenen Klienten sind, wird nicht erläutert. Eine Erhebung findet nicht statt. Es wird der Frage nachgegangen, wie in einem therapeutischen Setting mit dem Gefühl der Scham umgegangen werden kann. Interpersonale Themen werden anhand der AAI-Triangel-Technik behandelt. Tedeschi et al. erläutern bezüglich Triangel-Technik, dass in einer Psychotherapie mit AAI die Projektion auf unterschiedlichen Ebenen stattfinden kann. So werden mehr Zugänge ermöglicht. Anhand eines Beispiels soll diese Projektion beschrieben werden. Ein Beispiel einer Reaktion auf den Therapiehund, welcher im Rahmen des Therapie-Settings das 10 Jahre alte Mädchen anbellt, geben Tedeschi et al. wie folgt wieder: „You have eyes like a tiger, just like Daddy. You have black hair just like Daddy. I hate when you yell at me. I hate when you hit me. You're not my friend.“

Das zweite therapeutische Modell begutachtet die Verbindung von AAI in der Therapie von Veteranen, welche unter PTBS leiden. Die Veteranen sind durch den Afghanistan- oder den Irakkrieg stark traumatisiert. Man spricht von einer halben Million Menschen, die an einem Nachkriegstrauma mit Symptomen der PTBS leiden. Der Therapie-Ort, das Canine Warrior Connection Program, befindet sich im National Intrepid Center of Excellence at Walter Reed Medical Center, Maryland, USA. Es ist auf die Behandlung von PTBS-Symptomen spezialisiert.

Für diese Arbeit ist das erste therapeutische Modell von zentraler Bedeutung, da es die AAI mit der Kinder-Psychotherapie verbindet. Das zweite Modell hingegen ist für die Arbeit irrelevant. Es handelt sich um

erwachsene Veteranen. Daher wird nur Bezug auf das erste Modell genommen.

#### **4.3.8 O'Haire et al. (2015)**

Das literarische Review von O'Haire behandelt eine systematische Gegenüberstellung von zehn Studien für die Behandlung von Trauma mit AAI.

Die Studien beinhalten sechs begutachtete Zeitschriften-Artikel und vier unveröffentlichte Arbeiten. Vier davon arbeiten mit Einzeltherapie, drei mit Gruppentherapie, und drei mit Einzel- sowie Gruppentherapie. Die AAI enthält vor allem Hunde. Pferde und Farmtiere kommen in einzelnen Studien auch zum Einsatz. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studien sind zwischen 10 und 18 Jahre alt und grösstenteils Missbrauchsoffer aus früher Kindheit. Eine Studie arbeitet zudem mit Kriegs-Veteranen im Alter von ca. 50 Jahren. Die institutionellen Lebensumstände des untersuchten Personenkreises gehen von Eigenheim, über Adoptivfamilien bis Pflegeheimen.

Die Einschlusskriterien für das Review sind folgende:

1. Publikationen müssen in Englisch und von Experten begutachtet sein.
2. Original empirische Daten sollen als Resultate von AAI ersichtlich sein.
3. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer leiden unter Traumatisierung oder PTBS.

Es handelt sich um diese 10 Studien:

Wolley et al. (2004)

Hamama et al. (2011)

McCullough et al. (2011)

Dietz et al. (2012)

Nevins et al. (2013)

Murrow et al. (2013)

Balluerka et al. (2014)

Kemp et al. (2013)

Lass-Hennemann (2014)

Newton et al. (2014)

Die Autoren des Reviews gehen der Frage nach, ob durch AAI die oben genannten Symptome verringert werden können. Sie wollen die Eigenschaften von AAI darstellen und den aktuellen empirischen Stand der Forschung aufzeigen. Zudem soll die AAI als komplementäre Behandlungsmethode sichergestellt werden.

Im Review werden Ergebnisse der Auswirkungen auf Depression, PTBS-Symptome, Angstzustände, sozial-emotionale Faktoren, Wohlbefinden und Schlaf präsentiert. Anstelle von Einzelberichten soll eine systematische Übersicht von empirischen Studien dargestellt werden. Bezüglich der drei Hauptsymptome, welche miteinander verglichen werden, können folgende Screening-Instrumente genannt werden:

**Depression:** Becks's Depression Inventory (BDI), the Children's Depression Inventory (CDI) the Short Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (SCESD), the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC). Eine der Studien arbeitet mit einem qualitativen Selbstreport.

**Angst:** State-Trait Anxiety Inventory (STAI), the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC), Beck's Anxiety Inventory (BAI).

**PTBS:** Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES), the PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C), the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC).

#### 4.4 Qualitative Inhaltsanalyse

Die Studien werden angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring und Brunner (2010), Roos und Leutwyler (2011) sowie Kuckartz (2014) zusammengefasst und nach Einheiten geordnet. Bei der qualitativen Inhaltsanalyse steht nicht die ganzheitliche Erfassung im Vordergrund. Es handelt sich vielmehr um ein selektives, kategorienbezogenes Vorgehen (vgl. Mayring & Brunner, 2010, S. 325). In der vorliegenden Arbeit werden einzelne Textstellen mehr gewichtet als andere. Gewisse Passagen werden ausgelassen. Es wird spezifisch auf die Forschungsfrage hin selektioniert.

Um qualitative Erhebungen aufzuzeigen braucht es einen Forschungsprozess. Derjenige für die vorliegende Arbeit kann wie folgt beschrieben werden:

1. **Datenmaterial sichten, auswählen und vorbereiten:** Überblick über das gesamte Datenmaterial gewinnen. Relevante Texte oder Texteinheiten aussortieren und für die Analyse vorbereiten.
2. **Kategorien entwickeln - ein Suchraster vorbereiten:** Die Kategorien bilden das Suchraster, mit dem die ausgewählten Titel durchsucht werden. Mit dem Kategoriensystem können ähnliche Aussagen nach ausgewählten Kriterien verbunden werden. Die Selektion hängt von der Fragestellung ab.

**Deduktives Vorgehen:** Für die qualitative Datenanalyse wird unter anderem deduktiv gearbeitet. Es wird aus dem Allgemeinen auf das Besondere geschlossen. Bevor das Datenmaterial analysiert wird, werden Kategorien abgeleitet. Das deduktive Vorgehen kann verwendet werden, wenn eine vorgängig formulierte Hypothese bzw. Fragestellung geprüft werden soll. Dies ist bei vorliegender Arbeit der Fall. Es ist ein theoriegeleiteter Prozess. Aus diesem Grund werden erste Kategorien gebildet, welche für die Arbeit eine hohe Relevanz aufweisen.

**Induktives Vorgehen:** Aus dem vorliegenden Datenmaterial werden Kategorien heraus entwickelt. Diese Kategorien bilden sich erst im Laufe der Analyse. Das induktive Vorgehen ist bei dieser Arbeit sinnvoll, da Kategorien aufgrund der Texte fortlaufend weiter entwickelt werden. Dies geschieht angelehnt an die hermeneutische Vorgehensweise des zirkulären Forschungsprozesses (vgl. Roos & Leutwyler, 2011, S. 278).

3. **Codieren - Ordnung in die Vielfalt an Informationen bringen:** Der Text wird auf relevante Informationen durchsucht. Die zentralen Aussagen sind einzelnen Kategorien zugeordnet.
4. **Analysieren - geordnete Informationen auswerten:** Die geordneten Informationen werden zusammengefasst, strukturiert und ausgelegt.
5. **Begriffsdefinition:** Die aus den Kategorien entstandenen Begriffe werden definiert und dargestellt.

6. **Ankerbeispiele:** Zu jeder Kategorie wird ein Ankerbeispiel gesucht. Eine treffende Textstelle wird zitiert und neben die Begriffsdefinition geschrieben.
7. **Darstellung der Analyse:** Die Ergebnisse werden in Form eines kleinen Berichtes dargestellt (vgl. Mayring & Brunner, 2010, S. 326-334).

**Das Kategoriensystem** ergibt sich aus dem Forschungsprozess (siehe Anhang 1). Es beinhaltet drei Hauptkategorien und acht Unterkategorien. Die Kategorien werden einerseits deduktiv entwickelt. Sie sind bereits bei den Vorüberlegungen zum Thema und zum Vorgehen bekannt und werden aus der Fragestellung abgeleitet. Andererseits werden sie auch induktiv bearbeitet. Für das Kategoriensystem sind folgende Kategorien (**fett**) und Unterkategorien dargestellt:

1. Physiologische Auswirkungen
2. Stress
3. Subjektives Wohlbefinden
4. Psychologische Auswirkungen
5. Depression
6. Angst
7. Resilienz
8. Sozial-emotionale Auswirkungen
9. Selbstwirksamkeitskonzept
10. Soziale Interaktion
11. Problemverhalten



## 5. Auswertung

---

Nach der qualitativen Inhaltsanalyse der Studien werden die Ergebnisse sowie die zentralen Aussagen mittels eines Kategoriensystems wie bereits unter Punkt 4.3 erwähnt, vorgestellt (siehe Anhang 1). Unter Punkt 5.1 sind die zentralen Aussagen der einzelnen Studien nochmals zusammengefasst. In der detaillierten Beschreibung werden unter Punkt 5.2 alle Ergebnisse der Studien anhand von Kategorien vorgestellt. Dabei wird auf eine möglichst scharfe Trennung der Kategorien und Unterkategorien geachtet. Diese können allerdings nicht immer deutlich voneinander unterschieden werden. Unter Punkt 5.3 folgt eine Darstellung zentraler Merkmale in Bezug auf AAI bei Traumatisierung.

### 5.1 Zentrale Aussagen der einzelnen Studien

**Parish-Plass et al. (2008)** erwähnen bei ihrer qualitativen Analyse der AAI den Rückgang von Angst. Bei einer Klientin und einem Klienten verzeichnen sie eine Verstärkung der Widerstandsfähigkeit in Bezug auf Schuld- und Ohnmachtsgefühle. Weiter wird ein Wandel im Selbstwirksamkeitskonzept eines Kindes festgehalten. Dazu soll beachtet werden, dass dies eine qualitative Analyse ist und nur einzelne Personen betrifft.

**Lefkowitz et al. (2005)** erwähnen als Ergebnis einerseits die Erweiterung von Behandlungsmöglichkeiten, damit Überlebende von sexuellem Übergriff durch die Gruppentherapie zu Stärke und Resilienz gelangen. Andererseits können sie zur Erweiterung der Literatur-Basis zum Thema AAI beitragen. Literatur wird dank dieser Studie gestärkt und vergrößert.

**Yorke (2008)** bezeugt, dass die Mensch-Tier-Interaktion das Potenzial hat, das Gehirn neurobiologisch in ähnlicher Art und Weise zu stimulieren, wie eine frühe positive Bindung zwischen dem Säugling und seiner Bezugsperson. Weiter zeigt sich eine deutliche positive Beeinflussung auf depressive Zustände. Die Folgen einer Mensch-Tier-Interaktion kann denselben Effekt kreieren wie ein Antidepressiva. Selbstverständlich ohne Konsequenzen von Risiken, die jedes Medikament mit sich bringt. Weiter hat AAI die Produktion von Opioiden zur Folge, welche positiv auf

emotionale Prozesse einwirken und das Gefühl von Nähe, Wärme, Geborgenheit und Sicherheit freizusetzen vermag.

**Hamama** et al. (2011) können den Rückgang von PTBS-Symptomen und Stress-Symptomen nachweisen. Dank einer Kontrollgruppe wird die Wirksamkeit von AAI überprüft.

**Dietz** et al. (2011) erkennen, dass die beiden AAI-unterstützten Gruppen eine erhebliche Senkung bezüglich der folgenden Symptome aufzeigen: Angst, Depression, Wut, PTBS, Dissoziation und sexueller Vorbehalt. Es gibt eine signifikante Senkung der Symptome Depression und PTBS. Der Rückgang ist bei allen Symptomen in der Gruppe „Hunde mit Geschichten“ am deutlichsten. Danach folgt die Gruppe „Hunde ohne Geschichten“. Für die Therapie-Form „Keine Hunde, keine Geschichten“ kann ebenfalls für alle Symptome ausser der Wut ein Rücklauf gemessen werden. Dieser ist allerdings beachtlich kleiner als bei der Integration von AAI.

**Balluerka** et al. (2013) zeigen auf, dass Jugendliche, die AAI geniessen, danach höhere Werte in der Bindungs-Sicherheit und tiefere Werte in der Störung durch elterlichen Einfluss, welcher wiederum mit der vertieften Bindung assoziiert werden kann, haben.

**Tedeschi** et al. (2015) fassen zusammen, dass die psychologischen und physiologischen Prozesse in der Tier-Mensch-Interaktion massgeblich beeinflusst werden. Es kann eine positive Beeinflussung der Angst- und Stresssymptome und eine Steigerung des Wohlbefindens verzeichnet werden.

**O'Haire** et al. (2015) halten in ihrer Zusammenfassung von zehn kürzlich erschienenen Studien (6 „peer-reviewed journal articles“ und 4 „unpublished theses“) folgende Resultate fest: Die AAI vermag Depression, Angst sowie diverse PTBS-Symptome zu vermindern.

## **5.2 Ergebnisse**

### **5.2.1 Physiologische Auswirkungen**

#### **5.2.1.1 Stress**

Lefkowitz et al. (2005) können nach ausführlichen Vergleichen diverser Studien und themenbezogener Literatur die Reduktion von Stress durch AAI auch in ihrer eigenen Praxis bestätigen. Für traumatisierte Menschen bedeutet eine neue Umgebung mit fremden Menschen häufig eine massive Überforderung. Dadurch werden Stresssymptome freigesetzt. Ein Hund vermag in solchen Situationen durch einfache Gesten, indem er beispielsweise seinen Kopf auf die Beine seines ängstlichen Freundes legt, den erlebten Stress zu reduzieren. Lefkowitz et al. (2005) beschreiben Beispiele von Menschen, die dank ihrer vierbeinigen Assistenten viel einfacher in einer neuen Umgebung zurecht kommen und sich schneller adaptieren lernen. Bereits in der 2. Sitzung des Animal Assisted Prolonged Exposures besteht ein wichtiger Bestandteil darin, dass die Klientin/der Klient selbst wählen kann, ob die eigenen Gefühle und Erzählungen aus der Vergangenheit zuerst dem Hund ins Ohr geflüstert werden, bevor sie die Therapeutin/der Therapeut erfährt. Während der 3. und 4. Sitzung darf der Hund bei Bedarf während des Aufarbeitens schlimmer Ereignisse gestreichelt werden. Das bietet laut Lefkowitz et al. (2005) einen geschützten Raum, verhilft zu Komfort und Erdung.

Parish-Plass et al. (2008) weisen auf den Rückgang von Bluthochdruck und Herzrasen hin. Dieser Rückgang wiederum führt zu einem Wechsel im Hormon-Haushalt und vermindert den Stress-Pegel sowie den Wert des Hyperarousal. Hyperarousal bezeichnet eine meist unter Stress auftretende Überregung. Symptome davon sind Schlafstörung, Schreckhaftigkeit, erhöhte Reizbarkeit und mangelnde Affekttoleranz. Hyperarousal ist ein Zustand, der vor allem aus der Angst, nicht schlafen zu können, entsteht, und sich als ständiges Beschäftigtsein mit dem Thema auch während des Tages als Belastung äußert und das Problem zusätzlich verstärkt. Hyperarousal wird laut Parish-Plass (2008) dank AAI verringert, was zu einem besseren Schlaf der Klientin/des Klienten führt.

Yorke (2010) beschreibt das Trauma als Resultat von chronischem Stress, der das Gehirn während der Entwicklungszeit vom Kind- zum Erwachsenenalter erheblich beeinflusst. Unter anderem kann nachgewiesen werden, dass die Selbstorganisation und Selbstregulation beim Kind dadurch

gehemmt und nicht weiter entwickelt wird. AAI hingegen wirkt sich positiv auf Stress aus. Die Tier-Mensch-Interaktion stimuliert und aktiviert die Hirnregionen, welche für die Entwicklung von Vertrauen und Zuneigung zuständig sind. Die HPA-Achse (Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse) ist ein neuronal ausgelöstes, hormonelles Reaktionssystem, an dem sich das Zwischenhirn, die Hypophyse und die Nebennierenrinde beteiligen. Die Hypophyse, auch Hirnanhangdrüse genannt, hat eine erbsenförmige Struktur und liegt unter dem Hypothalamus. Der Hypothalamus ist ein Abschnitt des Zwischenhirns im Bereich der Sehnervenkreuzung. Die HPA-Achse bezeichnet eine komplexe Reihe von direkten Einflüssen und Feedback-Schleifen. Die Wechselwirkungen zwischen diesen Organen bilden die HPA-Achse, ein Hauptteil des neuroendokrinen Systems, welches u.a. Reaktionen auf Stress kontrolliert. Es reguliert zudem viele Prozesse im Körper wie Immunsystem, Verdauung, Stimmung und Emotionen. Durch die Berührung und das Kuscheln wird Oxytocin, umgangssprachlich das Kuschelhormon, ausgeschüttet. Oxytocin sorgt einerseits als Hormon, andererseits als Neurotransmitter für Stressminderung und Vertrauensförderung. Es wird bei inniger Nähe und zwischen Liebespartnern, Mutter und Kind oder eben auch zwischen Tier und Kind ausgeschüttet. Oxytocin wirkt sedierend und vermag den Blutdruck und den Cortisolspiegel zu senken. Yorke kann dies sowohl beim Menschen als auch beim Tier bestätigen.

Im Review von O'Haire et al. werden diese Werte in der Studie von Lass-Hennemann et al. (2014) ebenfalls untersucht. Gegensätzlich zu den Aussagen von Yorke kann hier physiologisch keine Veränderung im Körper festgestellt werden; weder eine Senkung des Cortisolwertes, noch des Herzschlages. Der Blutdruck weist in seiner Studie ebenfalls keine Verbesserung auf. Eine Verringerung der Angst wird jedoch als Resultat angegeben. Dazu muss gesagt werden, dass die Beschreibung über die physiologischen Resultate dieser Studie im Review wenig Klarheit aufweist. Bei der Form der Studie handelt es sich um ein randomisiertes Kontrollgruppen-Design. Dabei gibt es eine Versuchsgruppe und eine Kontrollgruppe. Die Zuweisung der Klientinnen und Klienten geschieht bei dieser Form zufällig. Leider sind weder die Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer, noch das Durchschnittsalter beschrieben. Zudem wird nicht von echten Tieren geschrieben, sondern von Kuscheltieren. Aufgrund zu weniger Informationen hinsichtlich der Fragestellung der vorliegenden Arbeit soll dieser Studie daher nicht zu viel Gewicht gegeben werden.

### 5.2.1.2 Wohlbefinden

Tedeschi et al. (2015) erläutern, dass Tiere den Zugang zur inneren Welt von traumatisierten Kindern und Jugendlichen ermöglichen können. Neurobiologisch wird dies folgendermassen erklärt: Die Amygdala, der Teil des Gehirns, welcher wesentlich an der Entstehung der Angst beteiligt ist und eine wichtige Rolle bei der emotionalen Bewertung und Wiedererkennung von Situationen spielt, wird stimuliert. Tiere schaffen es, uns in einer sehr basalen und natürlichen Art emotional zu berühren und lösen ein Gefühl von Wohlbefinden aus. Der anteriore cinguläre Cortex (ACC), welcher sich direkt hinter den Augen befindet, spielt dabei eine zentrale Rolle. Je optimistischer sich Personen selbst einschätzen, desto höher ist die Aktivität im ACC. Der ACC kann als Knotenpunkt für Signale bezeichnet werden, welche aus anderen Hirnregionen kommen und Einfluss darauf haben, wie wir uns in bestimmten Ereignissen fühlen. Den menschlichen Optimismus haben wir zweier Hirnareale zu verdanken, die normalerweise für die Regulation von Emotionen auf Entscheidungen und Erinnerungen zuständig sind: Dem tief im Gehirn verborgenen Mandelkern und dem ACC. Yorke (2010) schreibt zudem, dass ACC durch die Berührung von Tieren stimuliert wird und somit ein positiveres Bild der Zukunft gestaltet wird.

Das Wohlbefinden wird auch im Review von O'Haire et al. (2015) in der Studie von Nevins et al. (2013) mit männlichen Kriegs-Veteranen untersucht. Hier handelt es sich spezifisch um erlebtes Wohlbefinden dank Erhöhung der Lebensqualität. Es wird ein gesteigertes Wohlbefinden und eine Erhöhung der Lebensqualität um 80 Prozent und ein Rückgang der Unzufriedenheit um 93 Prozent gemessen. Es wird allerdings weder beschrieben, was mit Lebensqualität und Unzufriedenheit gemeint ist, noch wird die Evaluation genauer erklärt. Daher können an dieser Stelle keine spezifischeren Angaben und Definitionen gemacht werden.

Hamama et al. (2011) halten zwar fest, dass das Selbstwirksamkeitskonzept der 18 untersuchten Mädchen um 7% gesteigert wird. Die Studie kann aber keine Verbesserung des Wohlbefindens durch AAI feststellen. Auch O'Haire et al. (2015) beschreiben im Review anhand der Studie von Hamama et al. (2011) keinen Nachweis für eine Veränderung des Wohlbefindens nach AAI.

## **5.2.2 Psychologische Auswirkungen**

### **5.2.2.1 Depression**

Yorke (2010) verweist darauf, dass die Tier-Kind-Interaktion eine starke positive Wirkung auf Depression hat. Diese vermag ähnlich einem Anti-Depressiva zu wirken, jedoch ohne die Risiken und Nebeneffekte, welche die chemischen Strukturen eines Medikamentes mit sich bringen.

Dietz et al. (2012) kommen anhand eines Vor- und Nachtests, welche jeweils in der ersten und der letzten Sitzung durch die Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) anhand von 54 Items durchgeführt werden, zu folgendem Resultat: Der Wert für die Depression wird neben PTBS durch alle drei Gruppen-Interventionen am tiefsten gesenkt. Signifikant rückläufig ist der Wert bei der Gruppe, die durch Geschichten und AAI geführt wird. Können also Kinder anhand einer Geschichte mit dem Therapie-Hund Verbindung aufnehmen, hat dies den grössten Effekt in Bezug auf Depression. Die Senkung der Depression ist allerdings auch bei der Gruppe, die ohne Geschichten aber mit AAI arbeitet, deutlich erkennbar.

Hamama et al. (2011) stellen einen Rückgang der Depression durch AAI fest. Allerdings soll das Ergebnis ihrer Studie wegen der eher geringen Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Vorsicht genossen werden. Hamama et al. (2011) zählen auch zu einer der sechs Studien des Reviews von O'Haire et al. (2015), welche Depression als untersuchtes Symptom mit einschliesst. Alle sechs Studien können einen massiven Rückgang von Depression feststellen. Es werden vier unterschiedliche Instrumente zur Messung benutzt (siehe 4.2.4). Durchschnittlich wird von 45.5% weniger Depression geredet. Das höchste Resultat mit 51% weist die Studie von Wooley (2004) auf. Diese Messungen können aber in jeder Studie erst nach der letzten Sitzung bestätigt werden. So zeigen sich zwischen den Sitzungen keine derart hohen Zahlen. Es muss zudem erwähnt werden, dass nur eine der Studien von Nevins et al. (2013) auch einen Langzeit-Effekt prüft und diese eine Pferde-Therapie bei Kriegsveteranen beinhaltet. Sie kann auf einen langfristigen Rückgang der Depressions-Rate von 44% zählen. Nochmals zurück zur Studie von Dietz et al. (2011), welche im vorgängig genannten Review auch untersucht wird: Sie stellt bei den 153 Kinder im Alter zwischen 7 und 17 Jahren eine Linderung der Depression um 43% fest.

### 5.2.2.2 Angst

Parish-Plass et al. (2008) können bei ihrer qualitativen Analyse vom Rückgang der Angst berichten. Ein Beispiel aus ihrer Praxis erzählt von folgendem Therapie-Verlauf: D., ein Junge aus geschiedenem Elternhaus, wurde durch den Vater physisch misshandelt. D. freundet sich mit einem Wellensittich aus der Therapie an. Kurz darauf beginnt er, die Therapeutin mit häufigen Telefon-Anrufen zu konfrontieren. Anfangs hängt er den Hörer jeweils gleich wieder auf. Als die Therapeutin dies in der Therapie mit ihm bespricht und ihn um Rat für die mysteriösen Anrufe bittet, kann dieser nur mit den Schultern zucken und eine gleichgültige Miene aufsetzen. Sie sagt ihm, dass sie befürchte, der Anrufer brauche Hilfe und habe Angst. Daraufhin verändern sich die Telefon-Anrufe. Der Junge bittet die Therapeutin um Hilfe, gibt ihr eine Adresse und erzählt von einem Wellensittich, welcher in diesem Haus misshandelt werde. Eine Woche später kommt der Junge enttäuscht in die Therapie und schreit die Therapeutin wütend an, warum sie den Wellensittich nicht gerettet habe. Dieser sei nämlich zwischenzeitlich an den Misshandlungen gestorben. Von diesem Moment an ist es für D. möglich, anhand von Projektionen auf den Wellensittich, von seinen grössten Ängsten zu berichten und sie zusammen mit der Therapeutin zu bearbeiten.

Yorke (2010) beschreibt den Einfluss der AAI auf Angst aus neurobiologischer Sicht als wirksam. Die Bonding-Theorie, welche vorgängig ausführlich erwähnt wurde, nimmt hier einen wichtigen Stellenwert ein. Die Mensch-Tier-Interaktion hat das Potenzial, das Gehirn zu stimulieren und zu aktivieren. Neurobiologisch kann der Vorgang wie folgt erklärt werden: Durch Berührungen, Wärme und Resonanz werden das ventrale System oder der präfrontale Cortex zusammen mit dem Hippocampus und der Amygdala aktiviert. Der orbitofrontale Cortex (OFC) und der bereits unter Punkt 5.2.1.2 erklärte anteriore cinguläre Cortex (ACC) werden stimuliert. Der orbitofrontale Cortex (OFC) befindet sich hinter den Augenhöhlen. Im OFC laufen wichtige Informationen zusammen. Aus lerntheoretischer Perspektive ist dieser Teil des Gehirns für rasche Verhaltensänderungen und der Regulation von Sozialverhalten zuständig. Auf diese Stimulation von ACC und OFC durch AAI reagiert der Präfrontale Cortex (PFC). Der PFC ist zuständig für das Zusammenspiel von Gedächtnisinhalten und emotionaler Bewertung sowie weiterführend für das Verhältnis von Hirnaktivität und Handlungsplanung. Die Funktionen und Prozesse präfrontaler Hirnstrukturen

bieten die notwendige Basis für eine situationsangemessene Handlungssteuerung und Regulation emotionaler Prozesse. Durch diese Mechanismen werden Opioide freigesetzt, welche beruhigend und angstreduzierend wirken.

Das Symptom Angst wird in der Studie von Dietz et al. (2012) durch alle drei Gruppen-Interventionen gesenkt. Signifikant rückläufig ist der Wert bei der Gruppe, die durch Geschichten und AAI geführt wird. Auch hier kann gesagt werden, je mehr Verbindung die Geschichten zum Therapiehund haben, desto höher ist der gemessene Effekt.

Im Review von O'Haire et al. (2015) wird die Reduktion von Angstsymptomen bei allen vier untersuchten Studien, welche das Symptom Angst einbeziehen, festgehalten. Die Angstreduktion liegt zwischen 21% und 65%. Eine der begutachteten Studien kann nachweisen, dass gesunde Menschen im Beisein eines Hundes beim Anschauen eines traumatischen Videos weniger Angstsymptome aufzeigen. Eine der Studien beschreibt die synaptischen Verbindungen hin zum Hypothalamus, welche durch AAI positiv beeinflusst werden. Dadurch wird die Produktion von Opioiden, die beruhigende und angstmindernde Wirkung haben, angekurbelt.

Tedeschi et al. (2015) beschreiben den Rückgang der Angst anhand der Cortisol-Werte und des Blutdruckes. Auch hier kommt wieder der Anstieg des Hormons Oxytocin zum Zug, welcher für ein erhöhtes Ruhegefühl sorgt. Lefkowitz et al. (2005) bestätigen die Reduktion der Angst durch AAI ebenfalls in ihrer eigenen Praxis.

### **5.2.2.3 Resilienz**

Resilienz wird unter den Begriffen psychische Widerstandsfähigkeit und der Fähigkeit, Krisen zu bewältigen, zusammengefasst. Dabei spielt die Entstehung von Gesundheit, Widerstandsfähigkeit, Bewältigungsstrategien (Coping) sowie Selbsterhaltung eine wesentliche Rolle. In den unten aufgeführten Studien wird Resilienz einerseits unter dem Aspekt der Widerstandsfähigkeit beschrieben. Bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen gilt es, Schuld- und Ohnmachtsgefühle zu minimieren. Andererseits wird der Fokus auf den Umgang mit stressigen Situationen im Alltag gelegt.



Parisch-Plass et al. (2008) erleben bei einer Klientin und einem Klienten eine Verstärkung der Widerstandsfähigkeit in Bezug auf Schuld- und Ohnmachtsgefühle. In dieser Studie soll wiederum beachtet werden, dass es sich um eine qualitative Aussage handelt und lediglich zwei Personen betrifft.

Balluerka et al. (2014) können in ihrer Studie feststellen, dass die Störung, verursacht durch elterlichen Einfluss dank AAI, kleiner wird. Elterliche Störung bezieht sich hier auf die negative Beeinflussung und die Vorbildrolle der Eltern, die einen unregelmäßigen, von Depressionen und Stimmungsschwankungen geprägten, Alltag leben.

In der Studie von Hamama et al. (2011) wird bei den Kriegs-Veteranen eine Steigerung der Resilienz nachgewiesen. Resilienz bezieht sich hier vor allem darauf, mit stressigen Situationen im Leben klar zu kommen, einen kühlen Kopf zu bewahren und das eigene Verhalten zu reflektieren. O'Haire et al. (2015) schreiben im Review für die Studie von Hamama et al. (2011) ebenfalls von einer leichten Verbesserung der Coping-Strategien durch AAI.

### **5.2.3 Sozial-emotionale Auswirkungen**

#### **5.2.3.1 Selbstwirksamkeitskonzept**

Das Selbstwirksamkeitskonzept wird in den unten aufgeführten Studien hauptsächlich unter dem Aspekt des Selbsterlebens und der Selbstkontrolle beschrieben. Ein Mensch, der daran glaubt, in der Welt etwas zu bewirken und auch in schwierigen Situationen selbstständig handeln zu können, hat demnach eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung. Die Annahme, man könne als Person gezielt Einfluss auf die Dinge und die Welt nehmen, ist eine wichtige Voraussetzung für ein hohes Selbstwirksamkeitskonzept.

Parish-Plass et al. (2008) berichten in ihrer qualitativen Studie von einem erfolgreichen Wandel im Selbstwirksamkeitskonzept eines Kindes. D., ein Junge, der durch seine alleinerziehende, drogenabhängige Mutter wenig Empathie, ständige emotionale und physische Vernachlässigung sowie Ablehnung erfahren hat, wird in der Therapie mit Tieren vertraut gemacht. Anfänglich zeigt er ein ablehnendes, destruktives und sogar missbrauchendes Verhalten gegenüber den Tieren. Eines Tages bemerkt die Therapeutin, dass er sich mit zwei Hamstern zu identifizieren beginnt. Die Hamster sind ebenfalls kleine Wesen und in ständiger Bewegung, ähnlich wie D. Ein Wendepunkt in der Therapie zeigt sein Verhalten gegenüber

einem Hamster, als er ihn eines Tages etwas unsanft in eine kleine, dunkle Schachtel steckt. Entgegen seinen Erwartungen lobt ihn die Therapeutin: „Du hast den Hamster glücklich gemacht. Er fühlt sich wohl in kleinen, dunklen Räumen.“ Die Antwort von D. kommt postwendend: „Habe ich etwas gemacht, was ihn glücklich macht? Was macht den Hamster auch noch zufrieden?“ Von dem Moment an ist der Junge bestrebt, auch für die anderen Tiere Gutes zu tun. Einerseits zeigt sich D. über sein Verhalten überrascht, etwas Gutes für jemand anderen gemacht zu haben. Andererseits fühlt er sich geschätzt, dass die Therapeutin dieses Verhalten in ihm erkennt und respektiert. Er merkt, dass er sich dadurch selbst zufriedener fühlt, was sich wiederum positiv auf sein Selbstwirksamkeitskonzept auswirkt.

Lefkowitz et al. (2005) berichten ebenfalls davon, dass Klientinnen und Klienten, welche das Behandlungsprogramm des Animal Assisted Prolonged Exposures bis zum Ende durchziehen, die eigene Wahrnehmung über sich und ihre Leistungen sowie ihre Fähigkeiten positiv beeinflussen.

Tedeschi et al. (2015) erklären den Vorgang der Stärkung des Selbstwirksamkeitskonzepts, indem eine Projektion der eigenen Schwächen auf den Hund stattfindet. Nämlich, indem die Klientin/der Klient seine Gefühle über den Hund ausdrückt: „Ich fühle mich gut, aber der Hund ist verängstigt, schwach, wütend, das Opfer etc.“ Weiter erläutern sie, dass die Therapeutin/der Therapeut in jenem Fall als Mediatorin/Mediator fungiert und erheblich zur Findung des wahren Selbst beitragen kann. Somit wird ein Zugang und eine Verbindung zu den eigenen Emotionen geschaffen. Dieses Verhalten beschreiben Parish-Plass et al. (2008) sehr schön: „The presence of the animal enables the child to project objects onto the animals and reenact social situations that will help children work through issues and gain insight into their roles“ (S. 27).

Auch Hamama et al. (2011) können über einen positiven Einfluss auf das Selbstwirksamkeitskonzept berichten: Wie bereits unter dem Punkt 5.2.3.1 erwähnt, halten sie in ihrer Studie fest, dass das Selbstwirksamkeitskonzept der 18 Mädchen durch AAI um 7% gesteigert wird.

### **5.2.3.2 Soziale Interaktion**

Es kann vorweggenommen werden, dass keine hohen Sozialkompetenzen nötig sind, um die Aufmerksamkeit eines Hundes zu erlangen. Yorke (2008) schätzt die gegenseitige Beeinflussung der Interaktion von Kind und Hund als sehr hoch ein. Das Kind lernt dadurch, eine urteilsfreie Begegnung, geprägt von Konstanz und Vertrauen, kennen. Die Empathie, welche durch die Beziehung zum Hund aufgebaut wird, prägt den späteren Umgang mit Menschen massgeblich.

Balluerka et al. (2014) können anhand der Vor- und Nachuntersuchungen feststellen, dass das Bindungsvermögen zu anderen Menschen durch den Einsatz von AAI gestärkt wird. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe zeigen einen höheren Grad an Bindungsvermögen nach der AAI. Die Klientin/der Klient ist also in der Lage, sich gegenüber Personen zu öffnen, ihnen Wärme und Empathie entgegenzubringen. Sie/er kann einer anderen Person vertrauen. Dieses Vertrauen wiederum führt in Institutionen dazu, dass sie/er sich besser anzupassen lernt. Die Kontrollgruppe hingegen zeigt keine Erhöhung auf. Somit kann durch AAI ein wesentlicher Beitrag zur Bindungstheorie geschaffen werden.

### **5.2.3.3 Problemverhalten**

Die Teilnehmenden der Studie von Balluerka et al. (2014) weisen einen höheren Grad an Bindungsvermögen auf. Diese positive Beeinflussung, anderen Menschen Wärme und Empathie entgegenzubringen, führt wiederum zu mehr Vertrauen. Durch Vertrauen wird die Anpassungsfähigkeit gesteigert. Dies hat eine Verminderung von Aggression zur Folge. Somit wird das Problemverhalten, das durch aggressives Verhalten verursacht wird, gesenkt.

Die Studie von Dietz et al. (2012) kann eine Verminderung der Wut für die beiden Gruppen „Hunde mit Geschichten“ und „Hunde ohne Geschichten“ verzeichnen, die ersterwähnte eine deutlich höhere. Für die Gruppe „Keine Hunde, keine Geschichten“ wird kein Unterschied zwischen der Vor- und der Nachuntersuchung festgestellt. Das ist ein wichtiges Ergebnis. Kinder, die sexuellen Missbrauch erlitten haben, zeigen häufig Schwierigkeiten, ihre Gefühle zu offenbaren und die Erlebnisse zu erzählen. Die dadurch aufgestaute Wut kann alleine durch die genannte Psychotherapie nicht

verringert werden. Zusammen mit AAI zeigt die Psychotherapie allerdings ihre Wirkung. Die Gefühle dem Hund zu offenbaren, scheint für einige Kinder und Jugendliche deutlich einfacher zu sein, was wiederum einen positiven Effekt auf die aufgestaute Wut haben kann.

Zwei Studien des Reviews von O'Haire et al. (2015) konzentrieren sich ebenfalls auf das Problemverhalten von Kindern und Jugendlichen: Die Studie von Kemp (2013), welche 30 Kinder untersucht, kann von einer Verbesserung des Problemverhaltens um 63% sprechen. Dies wird anhand der Child Behavior Checklist überprüft. Die Studie von Woolley (2004) verzeichnet ebenfalls eine Verbesserung, allerdings nur anhand der Erhebung durch die Angestellten (+15%), nicht aber durch den Selbstreport der Teilnehmenden (0%). Gemessen wird anhand des Youth Outcome Questionnaire. Was die Studien genau unter Problemverhalten verstehen, ist leider nicht ausführlich beschrieben und kann daher nicht genauer definiert werden.

## 6. Pädagogische/Heilpädagogische Relevanz

---

Störendes oder destruktives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen hat nichts mit Böswilligkeit zu tun. Es ist in den meisten Fällen darauf zurückzuführen, dass ihnen die entsprechenden Fähigkeiten für angepasstes Verhalten fehlen. Erwachsene in öffentlichen oder privaten Institutionen sind in der Arbeit mit ihren traumatisierten Klientinnen und Klienten gefordert, die Waage zwischen professioneller Distanz, empathischem Verhalten, Verständnis und Zuwendung zu halten. Es gehört zu ihrem Auftrag, ihr eigenes Handeln, ihre Gefühle dem Kind gegenüber sowie schwierige Situationen zu reflektieren. Traumatisierte Kinder und Jugendliche testen die Vertrauenswürdigkeit der Erwachsenen. Sie provozieren und experimentieren mit Grenzen. Die Reaktionen sind sehr individuell und jedes Kind verhält sich unterschiedlich intensiv. „Traumatisierte Kinder benötigen Orientierung, Strukturen und positive Rückmeldungen in kleinen Schritten“ (vgl. Bausam et al., 2013, S. 63). Lob kann häufig nicht angenommen werden, denn Lob wird, aufgrund der Negativ-Erfahrungen, als Lüge empfunden. Traumatisierte Kinder und Jugendliche kennen die Gefühle des „Gut-Seins“ oft nicht und haben Mühe sie in ihre Gefühlswelt zu integrieren. Ein negatives Selbstbild, mangelndes Selbstvertrauen und die Angst zu versagen, überwiegen. Ein Kind oder Jugendlicher mit traumatisierenden Erfahrungen braucht jedoch in besonderem Masse Lob sowie Anerkennung von Stärken, Selbstbewusstheit und Selbstwahrnehmung. Die professionelle Haltung der Bezugs- und Erziehungspersonen ist wichtig. Grenzüberschreitendes oder ablehnendes Verhalten der Erwachsenen würde das Kind darin bestätigen, dass Menschen nicht vertrauenswürdig sind. Um Überforderung zu vermeiden, brauchen Pädagoginnen und Pädagogen genügend Raum zur Erholung. Lehrpersonen sollen sich für ihre Selbstfürsorge verantwortlich fühlen. Schulleitung und Schulverwaltung müssen die extremen Belastungen anerkennen und für Unterstützung und Ressourcen sorgen. Information, Unterstützung, Beratung, Coaching und Fortbildung zum Thema Traumapädagogik sind Teil der Professionalisierung und pädagogischer Handlungskompetenz (vgl. Bausam et al. S. 62-67).

Eine Schule soll nicht nur ein Ort zum Lernen kognitiver Inhalte sein. Eine Schule darf auch ein Ort sein, der positive Bindungen ermöglicht, die Neugierde im Kind weckt und eine Persönlichkeit stärkende Umgebung schafft. Eine Schule bietet dann einen sicheren Ort, wenn eine Atmosphäre

von Sicherheit, Präsenz und Zugewandtheit gelebt wird. Die Gruppe kann als wesentlicher Bestandteil gesehen werden, der zur Sicherheit des Ortes beiträgt. Pädagoginnen und Pädagogen arbeiten als sogenannte „Sicherheitsbeauftragte“. Traumatisierte Kinder und Jugendliche haben in ihrer Vergangenheit menschliche Systeme vielfach als zerstörerisch erlebt. Zur Entwicklung eines sicheren Ortes in einer Gruppe gehören neben allen strukturellen und individuellen Ansätzen auch gruppenpädagogische Interventionen, die zum Ziel haben, aus Gruppen heilende und tragende Gemeinschaften zu bilden (vgl. Scherwath & Friedrich, 2014, S. 30-37).

Eine Schule ist nicht der Ort für therapeutische Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Dennoch können traumapädagogische Ansätze und traumapädagogisches Grundwissen dabei helfen, das Kind auf dem Weg zur Heilung zu unterstützen. Traumapädagogik ist eine Fachdisziplin, die mit den lebensgeschichtlich belasteten Mädchen und Jungen Antworten auf die Frage suchen, was sie brauchen, um selbstbestimmt ihren Weg wählen zu können. Sie bietet Möglichkeiten zur Unterstützung bei der Korrektur der negativen Selbstbilder oder Verhaltensweisen. Sie weist den Weg für eine selbstbestimmte Zukunft.

## 7. Diskussion / Beantwortung der Fragestellung

---

Die Auseinandersetzung mit den Studien und der Grundlagenliteratur ermöglicht die Beantwortung der Fragestellung der Masterarbeit und lässt Spielraum für weiterführende Diskussionen. Im physiologischen, psychologischen sowie emotional-sozialen Bereich finden sich eine Reihe von Erkenntnissen, welche für die Arbeit mit AAI bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen sprechen. Hingegen gibt es auch kritische Argumente, die in diesem Kapitel ihre Berechtigung finden sollen.

Die Präsenz eines Hundes eröffnet eine beruhigende und angstreduzierende Atmosphäre. Die Beziehung zwischen Hund und Therapeutin/Therapeut bewirkt bei der Klientin/dem Klienten eine vertrauensvollere Haltung ihr/ihm gegenüber. AAI nimmt in einer Art Zwischenwelt zwischen Realität und Spiel seinen Platz ein und vermag diese zwei Welten miteinander zu verbinden. Die Flexibilität während der Therapie zwischen Realität und Spiel zu wechseln, ist für die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen wichtig. Das beinhaltet auch symbolhafte oder projektive Handlungen, anstelle des direkten Zuganges zum offensichtlichen Problem. Der Hund bemächtigt Kinder und Jugendliche darin Lebens-Themen anhand von Projektionen zu bearbeiten und so in sozialen Situationen angepasstes Verhalten zu zeigen.

Psychologische und physiologische Prozesse werden in der Hund-Mensch-Interaktion massgeblich beeinflusst. AAI vermag Symptome von Depression, Angst und Stress zu vermindern. Sie kann denselben Effekt kreieren wie ein Antidepressiva. Selbstverständlich ohne Konsequenzen von Risiken, die jedes Medikament mit sich bringt. Weiter kann eine Verminderung von Wut verzeichnet werden. Das ist ein wichtiges Ergebnis. Kinder, welche sexuellen Missbrauch erlitten haben, zeigen häufig Schwierigkeiten, ihre Gefühle zu offenbaren und die Erlebnisse zu erzählen. Die dadurch aufgestaute Wut kann aber alleine durch die genannte Psychotherapie nicht verringert werden. Mit dem Einbezug von AAI zeigt die Psychotherapie allerdings ihre Wirkung. Die Gefühle dem Hund zu offenbaren, scheint für einige Kinder und Jugendliche deutlich einfacher zu sein, was wiederum einen positiven Effekt auf weiteren Ebenen haben kann.

Weiter lassen sich Befunde im Bereich der Resilienz, d.h., der psychischen Widerstandsfähigkeit und der Fähigkeit, Krisen zu bewältigen, finden.

Resilienz spielt eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von Gesundheit, Widerstandsfähigkeit, Bewältigungsstrategien (Coping) sowie Selbsterhaltung. Bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen gilt es, Schuld- und Ohnmachtsgefühle zu minimieren. Andererseits wird der Fokus auf den Umgang mit stressigen Situationen im Alltag gelegt. Die Widerstandsfähigkeit in Bezug auf Schuld- und Ohnmachtsgefühle wird durch AAI gestärkt. Von einem Wandel im Selbstwirksamkeitskonzept kann in einigen Fällen berichtet werden.

Erkenntnisse zeigen sich auch auf der emotionalen Ebene, wie z.B. bezüglich Wohlbefinden. Die Mensch-Hund-Interaktion hat das Potenzial, das Gehirn neurobiologisch in ähnlicher Art und Weise zu stimulieren, wie eine frühe positive Bindung zwischen dem Säugling und seiner Bezugsperson. Das limbische System reagiert rapide auf Nähe, Berührung, Wärme und Empfänglichkeit.

Es wird angenommen, dass sich Kinder während einer AAI glücklich fühlen. Hunde können betroffenen Kindern in bestimmten Situationen dabei helfen, ihr Umfeld als positiv und sicher wahrzunehmen bzw. zu beurteilen.

Vom sozialen Aspekt aus betrachtet, lassen sich bemerkenswerte Prozesse finden. Biologische Strukturen und Funktionen, die bei Sozialbeziehungen massgeblich beteiligt sind, können bei Mensch und Tier als identisch erachtet werden. Echte, von Liebe und Wärme geprägte Beziehungen zwischen Mensch und Hund sind auch aus wissenschaftlicher Sicht möglich. Das Kuschelhormon Oxytocin ist für die beziehungsfördernden sowie stress- und angstreduzierenden Effekte verantwortlich. Empirische Daten stützen diese Annahme, dass positive soziale Beziehungen zwischen Mensch und Hund mit erhöhtem Oxytocin-Spiegel sowohl beim Menschen als auch beim Hund einhergehen. Kinder und Jugendliche, welche AAI geniessen, zeigen danach höhere Werte in der Bindungs-Sicherheit. Dies wiederum führt zu einem grösseren Wohlbefinden der Klientin/des Klienten.

Weiter legen Befunde nahe, dass die negativen Folgen, beeinflusst durch elterliches Versagen in der Erziehung, dank AAI verkleinert werden kann. Elterliche Störung bezieht sich hier auf die negative Beeinflussung und die Vorbildrolle der Eltern, die einen unregelmässigen, von Depressionen und Stimmungsschwankungen geprägten Alltag leben. Diese Störungen, die



wiederum mit einer wenig vertieften Bindung assoziiert werden können, lassen sich durch AAI besänftigen.

Die Forschung im Bereich der AAI steckt noch in den Kinderschuhen. So vielversprechend die Ergebnisse sind, darf nicht vergessen werden, dass weitere Forschung mit standardisierten und komplexen Methoden nötig sein wird. Kritik findet sich vor allem dann, wenn Forschungsmethoden keine Kontrollgruppen miteinbeziehen oder die Studien mit unterschiedlichen Messinstrumenten arbeiten. Um AAI zu etablieren, muss die Grundlagen-Literatur anhand von Studien weiter gestärkt und vergrößert werden. Das Ziel soll eine breite Anerkennung des Fachgebietes AAI sein.

## **8. Hundegestützte Intervention zugunsten traumatisierter Kinder und Jugendlicher - Eine praktische Umsetzung**

---

### **8.1 Verknüpfung Theorie/Praxis**

Die Ergebnisse der Abhandlung von AAI in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen werden nun anhand zweier Theorien verknüpft und gedanklich in die Praxis übertragen. Dabei handelt es sich einerseits um die Theorie der Rahmenaspekte von Traumapädagogik nach Bausam et al. (vgl. Bausam et al., 2013, S. 33-37) und andererseits um die Bindungstheorie nach Bowlby und Ainsworth (vgl. Bowlby, 1980, S. 52-66). Die Rahmenaspekte beinhalten die Gestaltung der geschützten Handlungsräume, die Gestaltung der emotionalen Dialoge und die Gestaltung der sicheren Orte. Die Bindungstheorie behandelt die Strukturorientierung, die Beziehungsorientierung und die Prozessorientierung. Beispiele und Ideen der praktischen Umsetzung sind an die behandelten Studien sowie an das Zürcher Ressourcen Modell (ZRM) angelehnt.

### **8.2 Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)**

Das ZRM umfasst ein psychologisches, edukatives Selbstmanagement-Training. Entwickelt wurde es für die Universität Zürich durch Maja Storch und Frank Krause. „Es liefert ein theoretisches Modell, das auf der Basis neurowissenschaftlicher Ergebnisse und akademisch-psychologischer Theoriebildung als schulübergreifendes Selbstmanagementmodell gedacht ist“ (Storch, 2003, S. 11). Wissen aus der Psychoanalyse und der Motivationspsychologie, basierend auf neurowissenschaftlichen Erkenntnissen zum menschlichen Lernen und Handeln, fliessen in die praktische Umsetzung mit ein. Im Training kommt es zum Einsatz von Analyse, Coaching, Wissensvermittlung und Selbsthilfetechniken in der Gruppe. Es soll Menschen in ihrem Entwicklungsprozess systematisch einerseits auf der intellektuell/kognitiven, andererseits auf der emotionalen Ebene berühren und weiterbringen. Mit Hilfe des ZRM kann sich der Mensch über seine Lebens-Themen Klarheit verschaffen, Ziele entwickeln, eigene Ressourcen entdecken und Fähigkeiten erlangen. Dabei werden nötige Ressourcen aktiviert, die zielorientiertes Handeln ermöglichen. Dies soll zur

Entwicklung und Erweiterung der eigenen Selbstmanagementfähigkeiten führen.

Der „Rubikon-Prozess“ kann als wesentlicher Bestandteil des ZRM-Modells beschrieben werden. Seinen Namen hat er vom Ausdruck „den Rubikon überschreiten“. Diese Metapher bezieht sich auf das geschichtliche Ereignis, als Caesar 49 v. Chr. mutig und wagehalsig den Fluss Rubikon überschritt, und bedeutet, „sich unwiderruflich auf eine riskante Handlung einzulassen“.

Der Rubikon-Prozess beschreibt zum Entstehen einer Handlung folgende fünf Phasen:

1. **Bedürfnis:** Ein oft unbewusstes Bedürfnis nach Veränderung oder ein vages Unbehagen mit der aktuellen Situation. „Irgendetwas ist da, ich weiss nicht recht, was.“
2. **Motiv:** Ein noch nicht handlungswirksamer ausformulierter Wunsch oder ein bewusst gewordenes Bedürfnis: „Es wäre schön, wenn ...“
3. **Intention:** Eine verbindliche Handlungsabsicht oder ein handlungswirksames Ziel. „Ich will!“
4. **Präaktionale Vorbereitung:** Sich selbst in die Lage versetzen, zielorientiert zu handeln. „Ich will, und ich kann!“
5. **Handlung:** Jetzt wird gehandelt: „Ich pack's.“

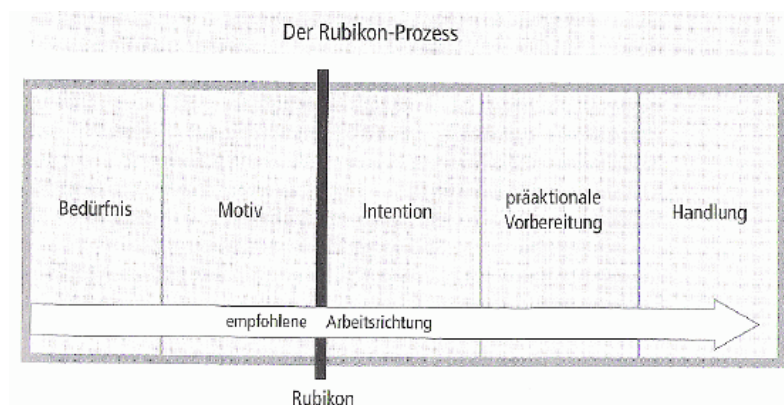


Abbildung 2 | Der Rubikonprozess (Storch, 2003, S. 11)

Der Schritt von Punkt 2. „Motiv“ zu Punkt 3. „Intention“ wird als Schritt über den Rubikon bezeichnet, da hier das Unbehagen zu Ende ist und ein klares Ziel angestrebt wird.

Im ZRM wird mit dem Begriff „somatischer Marker“ gearbeitet. Um gelernte Verbindungen von Vorstellungsbildern mit Gefühlen und Empfindungen zu

verinnerlichen, wird ein sogenannter somatischer Marker gesetzt. Er ist eine automatische Körperreaktion als Signal emotionaler Befindlichkeit. Er wirkt als Startsignal für eine Handlung oder auf unbewusster Ebene als Alarmsignal und Vorwarnung. Positive somatische Marker lösen umgangssprachlich ein „gutes Bauchgefühl“ aus. Sie können unbewusste Bedürfnisse ans Licht holen, die Motivation steigern und die Lernwirkung intensivieren. Um den Schritt über den Rubikon zu tätigen, ist motivational ein starker emotionaler Impuls für das angestrebte Ziel nötig. Das ZRM-Training schult die Klientin/den Klienten, auf positive somatische Marker bei sich selbst und bei anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu achten. Es hilft dabei, diesen emotionalen Impuls zu erkennen und den Schritt über den Rubikon zu erleichtern (vgl. Storch, 2003, S. 11-14).

### **8.3 Fallbeispiel**

Die genannten pädagogischen Interventionen dienen der psychischen und sozialen Unterstützung sowie der Förderung der Eigeninitiative und Aufhebung der Isolation. An dieser Stelle wird ein fiktives, praktisches Beispiel vorgestellt. Es wird anhand der beiden Theorien, des ZRM und der Erkenntnisse aus den Studien bearbeitet. Die Intervention ist für eine Kleingruppe von 6 Personen gedacht. Um gezielter zu arbeiten und den Rahmen der Masterarbeit nicht zu sprengen, wird nur auf ein Fallbeispiel näher eingegangen. Es folgt ein kurzer Abriss der Person sowie der spezifischen Symptome bezogen auf die traumatische Vergangenheit.

Ein integrierter Sonderschüler der 3. Oberstufe (15 J.) leidet unter einem vermuteten Kriegs-Trauma aus der Kindheit. Die Familie flüchtete in seiner frühen Kindheit vor dem Krieg. Der Junge hat ein wenig unterstützendes familiäres Umfeld. Im emotionalen und sozialen Bereich ist er noch sehr unsicher und instabil. Er hat wegen Verdacht auf eine frühe traumatische Kriegs-Erfahrung während seiner Kindheit einen Kinderpsychiater besucht. Mit kommender Adoleszenz verweigerte er die Sitzungen, worauf die Therapie abgebrochen wurde.

Folgende Erscheinungen könnten ein Hinweis auf ein tatsächlich erlebtes Trauma sein:

1. Tagträume
2. Passiv-aggressives Verhalten
3. Zwei Gesichter

Wie in der Definition bereits erläutert, sind traumaspezifische Situationsfaktoren immer in enger Wechselwirkung mit persönlicher Vulnerabilität und lebensgeschichtlich bedingten Risiko- und Schutzfaktoren (vgl. Scherwath & Friedrich, 2014, S. 50-51). Die Symptome variieren in ihrer Intensität. In einigen Fällen können sie gut im Kontext von Angst und Furcht verstanden werden. Es gibt allerdings auch auffälligere Symptomerscheinungen. Die Tagträume, die der Junge durchlebt, hindern ihn an seiner Arbeit. Es ist ein stetiges Gefühl der Benommenheit und emotionaler Stumpfheit vorhanden. Die sozialen Kontakte können dadurch nur erschwert aufgebaut werden. In überfordernden Situationen zeigt der Junge ein passiv-aggressives Verhalten. Seine Wut richtet er gegen sich selbst. Es ist ein sozialer Rückzug erkennbar. In herausfordernden Situationen wird der Junge wahrgenommen, als hätte er zwei Gesichter. Er setzt eine Miene auf, welche unecht und emotionslos erscheint. Die Mitmenschen wissen nicht, was er denkt und fühlt, und seine Handlungen werden dadurch unberechenbar. Die „zwei Gesichter“ könnten ein Hinweis auf eine Dissoziation sein.

#### **8.4 Verknüpfung der Symptome mit der Zielsetzung der Unterrichtseinheit**

Die drei genannten Symptome werden nun unter Einbezug der vorgestellten AAI-Modelle jeweils zuerst anhand der Traumapädagogik nach Bausam et al. und danach anhand der Bindungstheorie nach Bowlby und Ainsworth behandelt. Die Unterrichtseinheit ist von Coaching-Ansätzen des ZRM abgeleitet.

##### **8.4.1 Tagträume**

**Bausam et al.: Die Gestaltung der geschützten Handlungsräume:** Der pädagogische Auftrag in der Kinder- und Jugendhilfe ist es, Entwicklungsräume zu schaffen, in denen sich alle Beteiligten zu selbstbestimmten Persönlichkeiten entwickeln können. Diese anspruchsvolle Aufgabe ist langwierig und für die pädagogischen Fachkräfte unter Umständen sehr belastend. Ein geschützter Entwicklungsraum des Kindes braucht einen geschützten Handlungsraum der Pädagoginnen und Pädagogen. Das Betreuungspersonal und die Leitungskräfte stehen in einer besonderen fachlichen Verantwortung, Unterstützung und Rahmenbedingungen zu gewährleisten, um diese komplexen Aufgaben zu bewältigen (vgl. Bausam et. al., 2013, S. 33-37).

**Bowlby und Ainsworth: Strukturorientierung:** Traumatisierte Kinder und Jugendliche leiden unter nicht kontrollierbaren Erinnerungen (Flashbacks). Sie übertragen traumatische Bindungserfahrungen und reinszenieren ihre traumatischen Erfahrungen. Eine Vermeidung von traumabezogenem Material ist deshalb wenig hilfreich. Haltgebende Strukturen wie ein verlässlicher Betreuungsrahmen und Rituale können Abhilfe leisten. Dazu gehören vorhersehbare Tages- und Wochenpläne, vereinbarte Ziele, klare Grenzen, Stopps und Standards. Innere und äussere Sicherheit ohne Willkür, dafür mit viel Transparenz, müssen gelebt werden (vgl. Bowlby, 1980, S. 5-56).

Die Ebene der Strukturorientierung beschreibt die Wichtigkeit von:

- Raumstruktur
- Zeitstruktur
- Regeln für Umgang und Arbeit
- Rituale
- Zielsetzungen für Verhalten und Inhalt
- Rollenübernahme

## Unterrichtssequenz „Tagträume“

Ziele	Teilziele	Mittel und Wege zur Zielerreichung	Indikatoren
Kennenlernen und Freundschaft schliessen mit dem Hund. Rahmenbedingungen werden geschaffen	Die SuS lernen den Hund kennen und schliessen Freundschaft.	Die SuS gehen angeleitet durch die SHP mit dem Hund spazieren. Jeder SuS darf den Hund einmal an der Leine führen.	Die SuS können den Hund an der Leine führen.
	Die SuS lernen den Umgang mit dem Hund und die Kommandos kennen.	Die SuS sollen dem Hund je ein Kommando geben. Die SuS lernen den Umgang mit dem Hund in der Natur.	Die SuS können die verwendeten Kommandos wiedergeben. Der Hund hört auf ihr Kommando.
Verbesserung der Selbstwahrnehmung und Körperwahrnehmung	Sich auf die Atemübung konzentrieren. (ZRM: Bedürfnis wahrnehmen)	Die SuS dürfen sich in seiner gewünschten Umgebung entspannen. Wahl des Ortes. Der Hund liegt in der Mitte des Raumes.	Die SuS liegen ruhig und entspannt auf einer selbst gewählten Matte.
Positive Gefühle ausgelöst durch den Spaziergang sowie Verhaltensmuster beim Hund und bei einem selbst erkennen und reflektieren.	Positive Gefühle vom Spaziergang werden erkannt und aufgeschrieben. (ZRM: Motiv aktivieren)	Den SuS wird die Vorgehensweise und die Arbeit der folgenden Lektionen erklärt. Sie werden in den Rubikon-Prozess eingeführt. Die SuS schreiben auf dem AB1 drei, durch den Hundespaziergang ausgelöste Gefühle, auf.	Die SuS kennen die Schritte des Rubikon-Prozesses. Drei Gefühle stehen auf AB 1.

Tabelle 4 | Unterrichtssequenz „Tagträume“

### 8.4.2 Passiv-aggressives Verhalten

**Bausam et. al.: Die Gestaltung der emotionalen Dialoge:** Durch den emotional-orientierten Dialog erlangt das Kind die Fähigkeit, neues Vertrauen in seine Umgebung aufzubauen. Das traumatisierte Kind benötigt eine behutsame, geduldige und aushaltende pädagogische Begleitung, um den Umgang mit den eigenen Emotionen wieder erlangen zu können. Die bekannten Erziehungsautoren Omer und von Schlippe vertreten die Auffassung, dass Nähe, Partnerschaftlichkeit und Respekt zu einem wünschenswerten Dialog führen (vgl. Omer und von Schlippe, 2015, S. 29). Eine haltgebende Beziehung zu einem

Erwachsenen und die Entwicklung selbstschützender Bindungsmodelle stehen an oberster Stelle (vgl. Bausam et al., 2013, S. 22-40).

**Bowlby und Ainsworth: Beziehungsorientierung:** Die Beziehungsorientierung kann mit folgender Haltung beschrieben werden: Der Unberechenbarkeit des Schülerverhaltens muss eine Berechenbarkeit des Lehrerverhaltens gegenüberstehen. Es ist wichtig, immer wieder Beziehungsangebote zu machen. Eine ressourcenorientierte Arbeit bedeutet, die Stärken des Gegenübers zu erfragen, Erfolgserlebnisse aufzubauen und positive Zukunftsvorstellungen zu generieren. Dazu gehört auch das Identifizieren von Triggern. Trigger sind Sinneseindrücke, die Erinnerungen an alte Erfahrungen in einer Art wecken, als ob diese Erfahrungen nochmals neu erlebt würden. Dies kann mit grosser Wucht geschehen. Die damaligen Gefühle werden unmittelbar hervorgerufen. Als Trigger können auch ganz schwache Signale wirken, beispielsweise Gerüche, Geräusche, Geschmack, Gesten, Farben oder ein Jahrestag. Sobald diese Trigger erkannt werden, kann mit ihnen gearbeitet werden, z.B. anhand von positiven somatischen Markern (vgl. Bowlby, 1980, S. 5-56).

#### Unterrichtssequenz „Passiv-aggressives Verhalten“

Ziele	Teilziele	Mittel und Wege zur Zielerreichung	Indikatoren
Thema und Ziel auf der Haltungsebene erkennen und schriftlich festhalten.	Die SuS können das eigene Thema beschreiben.	Das aktuelle individuelle Thema, wo die SuS Verbesserung anstreben, wird in einer Einzelarbeit auf AB 2 formuliert. Coaching durch SHP.	Die SuS lösen AB 2 vollständig.
	Das Ziel kann beschrieben und positiv formuliert werden. (ZRM: Intention)	Anhand des aktuellen Themas werden auftretende Gefühle aufgelistet. Danach wird ein Ziel formuliert. Das selbst entworfene Ziel wird auf der Haltungsebene auf AB 3 in Einzelarbeit positiv formuliert. Dabei können die positiven Gefühle von AB 1 helfen. Coaching durch SHP.	Die SuS lösen AB 3 vollständig.
Entlocken und Erzählen aus der Vergangenheit. Präzisierung des Zieles.	Erzählungen aus der Vergangenheit können mit Hilfe des Hundes getätigt werden.	Dem Hund wird das eigen formulierte Ziel während eines Spazierganges einflüstern oder erzählt. Begleitung durch SHP.	Die SuS können sich dem Hund gegenüber öffnen und mit ihm leise oder laut über das eigene Thema sprechen.



	Das Ziel kann noch genauer formuliert werden.	Was würde der Hund denken? Durch die Ohren des Hundes das Ziel noch präziser formulieren.	Die SuS lösen AB 4 vollständig. Eine Präzisierung des Zieles findet statt.
Verbesserung der Selbstwahrnehmung und der Körperwahrnehmung. Aktivierung des eigenen Körpers.	Die SuS können sich auf die Atemübung konzentrieren.	Jeder SuS darf sich in seiner gewünschten Umgebung entspannen. Wahl des Ortes, evtl. Wahl der Musik und anderer somatischer Marker. Der Hund liegt in der Mitte des Raumes.	Die SuS liegen ruhig und entspannt auf einer selbst gewählten Matte.
	Die SuS können das Ziel in Verbindung mit ihrem Körper (ZRM: Präaktionale Vorbereitung)	Das formulierte Ziel aus AB 4 wird leise gesprochen. Dazu zuerst im Stehen danach im Sitzen folgende äusseren Merkmale wahrnehmen: -Stand, Stellung der Füße -Waden, Knie, Oberschenkel -Becken, Bauch, Brustraum Rücken, Schultern, Hände. -Kontakt zum Hund: streicheln, kuscheln, füttern etc. Danach innere Merkmale wahrnehmen: -Atmung -Körpertonus -Temperatur -Farben, Geräusche, Bilder -alles was spontan auftaucht.  AB 5 wird ausgefüllt. Persönliche Ressourcen werden festgehalten.	Aktivierung des Zieles.  Wahrnehmung und Aktivierung des eigenen Körpers.
Erkunden, wahrnehmen und Reflexion von Gefühlen. Pläne schmieden.	Die SuS können ihre Gefühle in den Körper bringen.	Gefühle bezogen auf aktuelle und frühere Beziehungen werden einzeln und in der Gruppe erkundet. Reflexion über das aktuelle Beziehungsverhalten der Jugendlichen findet statt. Der Hund ist während des Einzelgespräches neben der/ des SuS. Während der Gruppendiskussion geht er frei umher oder legt sich in der Mitte auf seine Decke. SHP fungiert als Mentorin oder Mentor und Gesprächsleitung.	Das Einzelgespräch wird vertrauensvoll geführt. Die Gruppendiskussion wird so gestaltet, dass alle SuS Vertrauen finden und sich öffnen können.  Die SuS erzählen von aktuellen und früheren Beziehungen aus der Vergangenheit.

Tabelle 5 | Unterrichtssequenz „Passiv-aggressives Verhalten“

### 8.4.3 Zwei Gesichter

Die Dissoziation beschreibt eine Trennung von Wahrnehmungs- und Gedächtnisinhalten. Sie ist eine Notfallreaktion des Menschen, die ihm ermöglicht, lebensbedrohliche Situationen zu überstehen, indem das Geschehene abgespaltet und nicht mehr real empfunden wird. Durch die wiederholte Amygdalastimulierung erfolgt ein erhöhtes Erregungsniveau.

Die Dissoziation bewirkt, dass die unerträgliche Angst oder auch unerträgliche Körperempfindungen (Schmerzen) ins Erträgliche überführt werden. Dies bedeutet für den Moment Rettung, langfristig aber wird eine pathologische Situation geschaffen.

**Bausam et. al.: Die Gestaltung des sicheren Ortes:** Die Umwelt wieder als sicher zu erleben, ist für traumatisierte Kinder und Jugendliche ein langer Prozess. Dank eines äusseren sicheren Ortes, wie verlässliche, einschätzbare und bewältigende Lebensraum- und Alltagsbedingungen kann das Kind Schritt für Schritt Vertrauen fassen. Innere und äussere Sicherheit bedeutet Schutz vor erneuter Traumatisierung. Sicherheit wird wesentlich durch das Einhalten von Vereinbarungen, Versprechungen oder angekündigten Konsequenzen gegeben. Dies bedeutet auch keine oder nur wenige Veränderungen und keine weiteren Belastungen bzw. Verunsicherungen (vgl. Bausam et al., 2013, S. 15-40).

**Bowlby und Ainsworth: Prozessorientierung:** Voraussetzung für das Gelingen der Prozessorientierung ist die Umsetzung der prozessorientierten Denk- und Handlungssätze aller Beteiligten. Die Entwicklung von Körpergewahrsein und Selbstfürsorge sind wichtige Grundpfeiler. Den eigenen Körper feinfühlig wahrzunehmen gibt Selbstbewusstsein und Ermächtigung, Gewohnheiten des Alltags zu durchbrechen. Weiter wird die Vorstellung vom „sicheren inneren Ort“ gefördert. Sich selbst trösten zu können und die eigenen Gefühle zu regulieren, sind Handlungen, die gelernt werden müssen. Das Selbstwirksamkeitskonzept spielt hier eine grosse Rolle. Pädagoginnen und Pädagogen sollen Unterstützung in der Bearbeitung der eigenen Lebensgeschichte sowie der Achtsamkeit sich selbst und anderen gegenüber bieten. Psychohygiene einzelner SuS, der Gruppe und der Lehrperson müssen im Auge behalten werden. Eigenverantwortung und Selbsthilfe dürfen gelernt werden. Folgende Handlungen können die

Prozessorientierung unterstützen:

- Klare und doch flexible Grenzen einhalten
- Rasch auf situative Veränderungen reagieren
- Doppelbesetzung/Teamteaching anstreben

Traumageschädigte Kinder und Jugendliche waren in der Regel ihren belastenden Erlebnissen hilflos ausgeliefert, was zu Ohnmachtsgefühlen führt. Ereignisse wieder kontrollieren oder vorhersehen zu können ist eine wichtige Grundlage zur Herstellung innerer Stabilität. Die Förderung des Selbstverstehens, der Selbstregulation, der Selbstakzeptanz und Körperwahrnehmung tragen zur Selbstbemächtigung bei (vgl. Bowlby, 1980, S. 5-56).

#### Unterrichtssequenz „Zwei Gesichter“

Ziele	Teilziele	Mittel und Wege zur Zielerreichung	Indikatoren
Erkennen von Ressourcen und Aktivierung des Zieles.  Wahrnehmung und Aktivierung des eigenen Körpers.	Die SuS können die eigenen Ressourcen, die das Ziel aktivieren, erkennen und festhalten.	Die SuS stellen sich eine Spinne vor, die ein Netz für das formulierte Ziel auf AB 4 spinnt.  Die Spinne legt ca. 5 Erinnerungshilfen, welche die SuS mit sich herumtragen können (mobil) und ca. 5 Erinnerungshilfen, die fest an einem Ort sind (stationär) auf das Netz. Sie sollen dabei helfen das Ziel schneller zu erreichen. Am Ende der Fäden werden sie aufgeschrieben.	Die SuS notieren ca. 5 mobile und ca. 5 stationäre Erinnerungshilfen auf AB 5.
	Die SuS können die Veränderung im eigenen Körper wahrnehmen. (ZRM: Handlung)	Wie verändert sich der Körper, wenn er in Kontakt mit dem Ziel kommt?  Checkliste zuerst im Stehen und dann im Sitzen oder Liegen.  Äussere Merkmale: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stand, Stellung der Füsse               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Waden, Knie, Oberschenkel</li> <li>○ Becken, Bauch, Brustraum</li> <li>○ Rücken, Schultern, Hände.</li> <li>○ Kontakt zum</li> </ul> </li> </ul>	Die SuS bearbeiten AB 6 und AB 7.

		<p>Hund: streicheln, kuscheln, füttern etc.</p> <p>Innere Merkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atmung</li> <li>○ Körpertonus</li> <li>○ Temperaturwahrnehmung</li> <li>○ zugehörige Farben, Geräusche, Bilder</li> <li>○ alles was spontan auftaucht</li> </ul>	
	Die SuS können Körperteile auf dem AB mit Farben kennzeichnen.	Die SuS zeichnen die Veränderungen im eigenen Körper mit Farbe auf den Symbol-Körper des ABs 8 auf.	Die SuS bearbeiten AB 8.

Tabelle 6 | Unterrichtssequenz „Zwei Gesichter“

## **9. Reflexion und kritische Würdigung der Arbeit**

---

Im letzten Kapitel wird die Autorin die eigene Arbeit kritisch beurteilen und positive sowie negative Erkenntnisse aus dem Arbeitsprozess darstellen. Die Autorin ist überzeugt, dass die Reflexion einen wesentlichen Bestandteil des eigenen Lernprozesses darstellt. Die Schlussworte dienen dazu, die Arbeit abzurunden und einen Ausblick auf weiterführende Beiträge zu geben.

### **9.1 Kritische Würdigung**

Die Zielsetzung der Literatur-Arbeit lag im Wesentlichen darin, einen Erkenntnisgewinn über das Thema AAI, angewandt bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen, zu erlangen. Aktuelle Literatur und Studien der letzten 11 Jahre wurden durchforscht und einander gegenüber gestellt. Daraus wurde die Essenz herausgelesen, um auf dieser Basis eine praktische Umsetzung zu erarbeiten.

Es hat sich als keine leichte Aufgabe herausgestellt, geeignete Studien zu finden. Um eine Gegenüberstellung der Studien zu ermöglichen, durften sie sich vom Thema und der Durchführung der Interventionen nicht zu sehr unterscheiden. Anfangs wurde eine Eingrenzung auf sexuell traumatisierte Kinder und Jugendliche angestrebt. Dieses Feld musste nach erster Recherche wieder geöffnet werden, da sich nicht genügend Material für die Vereinigung dieser zwei Bereiche finden liess.

Ein Kritikpunkt der Studien zeigte sich in der fehlenden Methodenvielfalt der Messinstrumente, welche einen Vergleich der Studien erschwerten. Ein weiterer Kritikpunkt liess sich darin finden, dass viele Forschungsmethoden keine Kontrollgruppen miteinbeziehen. Ohne Kontrollgruppe ist ein Vergleich der Beeinflussung durch AAI schwierig. In der klinischen Forschung gibt es einige Faktoren, die nach Vereinheitlichung verlangen. Es wäre zum Beispiel wichtig, übereinstimmende Hunde-Therapie-Ausbildungen vorzuweisen. Weiter wäre es hilfreich, einheitliche Hunderassen zu untersuchen, da sich Hunde in ihrem Verhalten unterscheiden können. Ein zentraler Aspekt ist das Wissen, auf welchem Hintergrund die Gruppentherapie aufbaut und welche Dynamik die einzelnen Therapie-Gruppen aufzeigen. Dies würde zu mehr Vereinheitlichung und somit einer klareren Abgrenzung des Gebietes führen. Um diese Kritikpunkte anzugehen und somit einen Durchbruch der AAI als

Interventionsmethode zu erreichen, wird weitere Forschung mit standardisierten Verfahren nötig sein.

## **9.2 Schlussworte und Ausblick**

Die vorliegende Masterarbeit gibt Aufschluss darüber, inwiefern die Arbeit mit Hunden für traumatisierte Kinder und Jugendliche Hilfe bieten kann. Die Forschung im Bereich der AAI ist ein sehr junges Gebiet und wird erst seit knapp zwei Jahrzehnten umgesetzt. Die Ergebnisse sind durchaus vielversprechend. Bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen können Hunde auf physiologische, psychologische und sozial-emotionale Faktoren einen fördernden Einfluss haben. Das konnte in dieser Arbeit anhand von Ergebnissen aus qualitativen und quantitativen Studien belegt werden.

Es wird unbedingt weitere Forschung mit standardisierten und komplexeren Methoden brauchen, um der AAI als Interventionsmethode Anerkennung und Etablierung zu ermöglichen. Die in Kapitel 9.1 erwähnten Kritikpunkte müssen in der künftigen Forschung Beachtung finden. Um AAI zu etablieren, bedarf es weiterer Stärkung und Aufarbeitung der Grundlagen-Literatur sowie Studien zum Thema.

Die Bedeutung einer Kind-Hund-Beziehung lässt sich empirisch kaum messen. Oftmals zeigt sich jedoch innige Verbundenheit zwischen den beiden Lebewesen, was bereits beim Zuschauen für emotionale Momente sorgen kann. Für das betroffene Individuum hat es unter Umständen, speziell im Falle einer erlebten traumatischen Erfahrung, überlebenswichtige Bedeutung.

Die Arbeit wird mit einem Zitat eines grossartigen Dichters und Lyrikers abgeschlossen, der in einem Satz den qualitativen und höchst emotionalen Gehalt einer Kind-Hund-Intervention so zieltreffend zu erklären vermag, dass wissenschaftliche Erkenntnisse beinahe zum Nebenschauplatz werden:

„Für die Welt bist du irgendjemand. Für irgendjemanden  
bist du die Welt.“  
(Erich Fried, 1979).

## Abbildungsverzeichnis

---

Abbildung 1   Dreieck-Therapeut / Hund / Hundeführer .....	24
Abbildung 2   Der Rubikonprozess (Storch, 2003, S. 11) .....	66

## Tabellenverzeichnis

---

Tabelle 1   Liste der eingegebenen Begrifflichkeiten für AAI .....	29
Tabelle 2   Liste der eingegebenen Begrifflichkeiten für Trauma .....	29
Tabelle 3   Matrix der Begrifflichkeiten .....	30
Tabelle 4   Unterrichtssequenz „Tagträume“ .....	70
Tabelle 5   Unterrichtssequenz „Passiv-aggressives Verhalten“ .....	72
Tabelle 6   Unterrichtssequenz „Zwei Gesichter“ .....	75

## Abkürzungsverzeichnis

---

AAA	animal assisted activity
AAI	animal assisted intervention
AAE	animal assisted education
AAT	animal assisted therapy
ABS	akute Belastungsstörung
HGI	hundegestützte Intervention
HGT	hundegestützte Therapie
LP	Lehrperson
PTBS	posttraumatische Belastungsstörung
SL	Schulleitung
SuS	Schülerinnen und Schüler
TGI	tiergestützte Intervention
TH	Therapiehund

## Literaturverzeichnis

---

- Altschuler, E.L. (1999). Pet-faciliated therapy for posttraumativ stress disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 11 (1), 29,30.
- Balluerka, N., Muela, A., Amiano, N., Caldentey, M.A. (2014). Influence of animal assisted therapy (AAT) on the attachment representations of youth in residential care. *Children and Youth Services Review*, 42, 103-109.
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A. & Pierrehumbert, B. (2011). Version reducida del cuestionario Camir (Camir-R) para la evaluacion del apego. *Psicothema*, 23, S. 486-494.
- Bausam J, Besser L.U., Kühn, M. & Weiss W. (2013). *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis*. Weinhheim und Basel: Beltz-Juventa.
- Beetz A., Julius H., Kotrschal K., Turner D.C. & Uvnäs-Moberg K (2014). *Bindung zu Tieren. Psychologische und neurobiologische Grundlagen tiergestützter Interventionen*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Sadness and depresiion: Anxiety and anger*. Vol. 3. New York: Basic Books.
- Bibliographisches Institut. (2016). *Duden*,  
08.03.2016:<http://www.duden.de/rechtschreibung/Trauma>
- Bluhm, R. (2005). *Schmerz und Kontingenz*. In Heinz R. und Karger H., *Trauma und Schmerz*. (S. 41-50). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Coletta, Ch. N. (2010). Animal-assisted therapy: A group therapy treatment manual for children exposed to trauma. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 71 (4-B), pp. 2680.
- Dietz, T.J., Davis, D., Pennings, J. (2012). Evaluating Animal-Assisted Therapy in Group Treatment for Child Sexual Abuse. *Journal of Child sexual Abuse*, 21 (6), 665-683. 08.09.2016:  
<http://dx.doi.org/10.1080/10538712.2012.726700>
- Dilling H. (2015). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.



Erhard, O. & Otterstedt C. (Hrsg.) (2003). *Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie*. Stuttgart: Franckh-Kosmos Verlags-GmbH & Co KG.

Falkai P. (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®*. Göttingen: Hogrefe.

Fine, A.H. (2015). *Handbook on Animal Assisted Therapy*. California State Polytechnic University, Pomona, CA, USA: Elsevier

Fischer, G. & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. 3. aktualisierte und erweiterte Auflage. München, Basel: Ernst Reinhard Verlag UTB.

Freyberger, H.J. und Stieglitz, R.D. (2015). *Die Posttraumatische Belastungsstörung und die Anpassungsstörungen in der ICD-10 und im DSM-IV bzw. DSM-5*. In Freyberger H.J., Maercker A. & Seidler G.H.(Hrsg.) *Handbuch der Psychotraumatologie*. (S. 160-166). Stuttgart: Klett-Cotta.

Frick, Tanner, E. (2003). *Von der Bedeutung des Kontakts mit Tieren für die emotionale, soziale und kognitive Entwicklung von Kindern*. In: Weissbuch des IEMT.Schweiz, Ausgabe. URL:  
<http://www.iemt.ch/images/stories/pdf/d%20weissbuch%201%202003%20deutsch.pdf> [05.02.09].

Huber, M. (2003). *Trauma und die Folgen, Trauma und Traumabehandlung Teil 1*. 3. Auflage. Paderbord: Junfermann.

Huber, M. (2009). *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1.4*. Auflage. Paderborn: Junfermann.

Hüther, G. (2002). *Biologie der Angst*. 5. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Hohenthal, M. (2011). *Verstehen und Handeln – Basisstrategien. Vortragvorlage zum Fachtag der Hans-Wendt-Stiftung am 23.03.2011, „Wege aus dem Alptraum, Trauma-Pädagogik in Jugendhilfe, Klinik und Alltag“*, 18.04.2016: [www.hans-wendt-stiftung.de](http://www.hans-wendt-stiftung.de).

International Society for Animal Assisted Therapy. (2016). *ISAAT*. 14.09.2016: <http://www.aat-isaat.org>.

Klose, B. (2005). *Schmerz und Schmerzschicksal. Funktionswandel des primären Schmerzes der traumatisierenden Situation*. In Heinz R. und Karger H., *Trauma und Schmerz*. (S. 59 -70). Giessen: Psychosozial-Verlag.

Kölbl-Tschulik, D. (2014). *Hunde in der Schule. Allgemeine Hinweise zu Tieren in der Schule*. (S. 5-19) Wien: Bundesministerium für Bildung und Frauen. 08.09.2016:  
<https://www.bmb.gv.at/schulen/unterricht/ba/hundeinderschule/hundeinderschule.pdf?5i83o4>.

Krowatschek, D. (2007). *Kinder brauchen Tiere. Wie Tiere die kindliche Entwicklung fördern*. Düsseldorf: Patmos Verlag GmbH & Co. KG.

Krollner Dr. B. & Krollner Dr. med. D.M. (2016). *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen*. ICD Code 08.03.2016:  
<http://www.icd-code.de>.

Kuckartz, U. (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Kühn, M. (2007) *Wir können auch anders! Anmerkungen zu einem interdisziplinären Verständnis von Trauma und Kindheit in der Pädagogik*, 26.4.2016: [www.traumapädagogik.de](http://www.traumapädagogik.de).

Kunzke, D. & Güls, F. (2003). Diagnostik einfacher und komplexer posttraumatischer Störungen im Erwachsenenalter. Eine Übersicht für die klinische Praxis. *Psychotherapeut*, 1, 50-53.

Lefkowitz, C., Paharia, I., Prout, M., Debiak, D., Bleiberg, J. (2005). Animal-Assisted Prolonged Exposure: A Treatment for Survivors of Sexual Assault Suffering Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Human-Animal-Studies*, 13 (4), 275-295.

Marcus, D.A. (2015). *Hundegestützte Therapie*. Bern: Hogrefe Verlag.

Mayring, P. (2008). Qualitative Inhaltsanalyse. In Friebertshäuser B., Langer, A. & Prengel A. (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (S. 323-334). Weinheim: Juventa.

- Mende, E.-M., Mende, M. (2011). Integrating animals in psychotherapy: The **dog** as co-therapist in the hypnotherapeutic treatment of **trauma**—A case report. *Contemporary Hypnosis & Integrative Therapy*, 28 (1), 8-16.
- O'Haire, M.E., Guérin, N.A., Kirkham, A.C. (2015). Animal-Assisted Intervention for trauma: a systematic literature review. *Frontiers in psychology*, 6, p.1121.
- Omer, H. & von Schlippe, A. (2015). *Stärke statt Macht. Neue Autorität in Familie, Schule und Gemeinde*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.
- Parish-Plass, N. (2008). Animal-Assisted Therapy with Children Suffering from Insecure Attachment Due to Abuse and Neglect: A Method to Lower the Risk of Intergenerational Transmission of Abuse? *Clinical child psychology and psychiatry*, 13 (1), 7-30.
- Roos, M. & Leutwyler, B. (2011). *Wissenschaftliches Arbeiten im Lehramtsstudium*. Göttingen: Hubert & Co.
- Sächsische Gesellschaft für soziale Psychiatrie. (2009). *Traumatisierungen in Kindheit und Jugend*. 11.04.2016. [www.dissoziation-und-trauma.de](http://www.dissoziation-und-trauma.de).
- Schickedanz H. und Plassmann R. (2015). *Belastende Kindheitserfahrungen und körperliche Erkrankungen*. In Freyberger H.J., Maercker A. & Seidler G.H.(Hrsg.) *Handbuch der Psychotraumatologie*. (S. 455-488). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Scherwath, C. & Friedrich, Dr. S. (2014). *Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung*. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag.
- Schmid, M. & Fegert, J.M. (2012). Traumasensibilität und traumapädagogische Konzepte in der Jugendhilfe. In Freyberger H.J., Maercker A. & Seidler G.H.(Hrsg.) *Handbuch der Psychotraumatologie*. (S. 489-491). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Storch M. (2003). Die Bedeutung neurobiologischer Forschung für die psychotherapeutische Praxis. Teil II – Praxis: Das Zürcher Ressourcen Modell (ZRM). *Psychotherapie*, 8, (1), 11-29.
- Tedeschi, P., Sisa, M.L., Olmert, M.D., Parish-Plass, N. und Yount, R.

(2015). Treating Human Trauma with the Help of Animals: Trauma Informed Intervention for Child Maltreatment and Adult Post-Traumatic Stress. In Fine, A.H. (Hrsg.), *Handbook on Animal Assisted Therapy*. (S. 305-310). California State Polytechnic University, Pomona, CA, USA: Elsevier.

Uttendörfer, J. (2006). Traumazentrierte Pädagogik, 20.04.2016:  
[www.traumapädagogik.de](http://www.traumapädagogik.de)

Vanek- Gullner, A. *Tiergestützte Heilpädagogik – ein individualpsychologischer Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität verhaltensauffälliger Kinder*. In: Erhard, O. & Otterstedt C. (Hrsg.) (2003). *Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie*. Stuttgart: Franckh-Kosmos Verlags-GmbH & Co KG.

Vernooij M.A. & Schneider S. (2013). *Handbuch der Tiergestützten Intervention – Grundlagen –Konzepte - Praxisfelder*. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag GmbH & Co.

Weiss.W. (2008). *Phillipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. 4. Auflage*. Weinheim und München: Juventa.

Woolley, C.C. (2005). Changes in child symptomatology associated with animal-assisted therapy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 65(12-B), pp. 6681.

Yorke, J. (2010). *The Significance of Human-Animal Relationships as Modulators of Trauma Effects in Children: A Developmental Neurobiological Perspective*. 08.09.2016:  
<http://www.informaworld.com/openurl?genre=article&id=doi:10.1080/03004430802181189>.

## Anhang 1: Kategoriensystem

Kategorien	Definitionen	Ankerbeispiele	Fundstellen
<b>Physiologische Auswirkungen</b>			
Stress	Die Kategorie beinhaltet die Zuordnung der Textstellen, welche sich auf die Wirkung von Hunden auf das hormonelle Stresssystem (z.B. Cortisolwert) oder die sympathoadrenerge Aktivierung bei Stress (z.B. Blutdruck, Herzfrequenz) von Kindern und Jugendlichen beziehen.	„In one study, simply talking to their animals was found to lower blood pressure and heart rate in pet owners, even lowering blood pressure below resting states....In light of this research, one could theorize that the presence of the dog might quicken habituation during imaginal and in vivo exposures, helping quickly to decrease physiological stress responses“ (Lefkowitz et al., 2005, S. 279).	-Parish-Plass et al, 2008, S. 15, A.1. -Yorke, 2010, S. 565, A.4, Z.2 -Lefkowitz et al., 2005, S. 279. A.3, Z.2 -O'Haire et al., 2015, S. 8, A.1, Z.11
Subjektives Wohlbefinden	Die Kategorie beschreibt Textstellen, welche das von einem Menschen selbst wahrgenommene Gefühl der Zufriedenheit oder des Glücks im Leben umfassen. In dieser Arbeit bezieht sich das subjektive Wohlbefinden auch auf die Bindungssicherheit des Kindes. Das subjektive Wohlbefinden unterscheidet sich vom objektiven Wohlbefinden, welches versucht, die Lebensqualität eines Menschen darzustellen. Fasst man beide Begriffe zusammen, erhält man das Wohlbefinden als Wohlstandsindikator auf nationalem und internationalem Niveau.	„Regarding the change that occurred between the pre- and post-test in the treatment group, the results reveal that AAT exerts a statistically significant improvement regarding the dimension of attachment security“ (Baluerka et al., 2014, S. 106).	-Yorke, 2010, S. 566, S. 11 -Hamama et al., 2011, S. 1978, A.3, Z.4 -O'Haire et al., 2015, S. 9, Tabelle -O'Haire et al., 2015, S. 9, A.1, Z.3 -O'Haire et al., 2015, S. 9, A.1, Z.4 -Tedeschi et al., 2015, S. 309, A.6, Z.4
<b>Psychologische Auswirkungen</b>			
Depression	Dieser Kategorie werden Textstellen zugeordnet, die den Bereich Depression beleuchten.	„The most common finding was reduced depression following AAI. This outcome is consistent	-Yorke, 2010, S.566, Z.2 -Hamama et al., 2011, S.1978, A.3, Z.6

	Es handelt sich um eine psychische Störung, die von negativen Stimmungen und Gedanken sowie dem Verlust von Freude, Lustempfinden, Interesse, Antrieb, Einfühlungsvermögen, Selbstwertgefühl und Leistungsfähigkeit einhergeht. Diese Symptome können auch bei gesunden Menschen in Form von Stimmungstiefs aufkommen, welche als normale Gefühlsreaktionen anzusehen sind. Bei den Depressionen sind sie jedoch länger vorhanden, schwerwiegender ausgeprägt und senken deutlich die Lebensqualität.	with prior research indicating that AAI can reduce depression may be related to positive perceptions of animals. Indeed the simple presence of an animal has been related to increased instances of smiling and laughing among children“ (O’Haire et al., 2015, S. 10).	<p>-Dietz et al., 2012. S.675, Z.3</p> <p>-Dietz et al., 2012. S. 676, Z.1</p> <p>-Dietz et al., 2012. S. 676, Z.5</p> <p>-O’Haire et al., 2015, S. 7, A.3, Z.10</p> <p>-O’Haire et al., 2015, S. 7, A.4, Z.3</p> <p>-O’Haire et al., 2015, S. 7, A.3, Z.7</p>
Angst	Die Kategorie behandelt Textstellen, welche das Grundgefühl einer unbestimmten Bedrohung signalisiert. Ursache können erwartete Bedrohungen der körperlichen Unversehrtheit, der Selbstachtung oder des Selbstbildes sein. Eine krankhaft übersteigerte Angst wird als Angststörung bezeichnet.	„Child sexual abused survivors need to feel safe, loved and accepted. Therapy dogs can offer unconditional acceptance, which can help children overcome their fears and insecurities“ (Parish, Plass et al., 2008, S. 27)	<p>-Parish-Plass et al., 2008, S. 27, Z.10</p> <p>-Lefkowitz et al., 2005, S. 279. A.3, Z.1</p> <p>-Yorke, 2010, S. 566, Z.12</p> <p>-Dietz et al., 2012. S. 675, Z.3</p> <p>-Tedeschi et al., 2015, S. 310, Z.2</p> <p>-Tedeschi et al., 2015, S. 310, Z.5</p> <p>-O’Haire et al., 2015, S. 7, A.6, Z.6</p> <p>-O’Haire et al., 2015, S. 8, A.1, Z.6</p> <p>-O’Haire et al., 2015, S. 7, A.3, Z.14</p>
Resilienz	Die Kategorie enthält Textstellen, welche die Resilienz beschreiben. Resilienz bedeutet die psychische Widerstandsfähigkeit sowie die Fähigkeit, Krisen zu bewältigen und sie durch Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen als Anlass für Entwicklungen zu nutzen. Für die Resilienz wichtig ist die Entstehung von Gesundheit, Widerstandsfähigkeit, Bewältigungsstrategien (Coping) und Selbsterhaltung.	„Trough their own observations, the feedback of the animals (via their reactions), and reflection by the therapist, children come to realize their own personal responsibility in the shaping of their interpersonal world, thus discovering their power to change it. The children may then risk new behaviors and then practice them, first within the ‚group‘ and later outside of fit“ (Parish-Plass et al., 2008, S.16)	<p>-Parish-Plass, 2008, S. 27, Z.4</p> <p>-Parish-Plass, 2008, S. 27, Z.7</p> <p>-Baluerka et al., 2014, S. 106. A8, Z.2</p> <p>-Baluerka et al., 2014, S. 106. A8, Z.6</p> <p>-O’Haire, 2015, S. 6, Tabelle</p>
<b>Sozial-emotionale Auswirkungen</b>			

Selbstwirk- samkeits- konzept	Die Kategorie enthält die Zuordnung von Textstellen, welche die persönliche Einschätzung der eigenen Kompetenzen, sowie der Schwierigkeiten im täglichen Leben zurecht-zukommen, festhalten. Die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten bestimmt, wie Menschen sich in einer konkreten Situation fühlen, wie sie denken, sich motivieren und auch handeln. Die Selbstwirksamkeit beeinflusst die Wahrnehmung und Leistung. Sie bezieht sich auf die Überzeugung, dass man zum Lernen fähig ist und Aufgaben ausführen kann.	„The creative process of using canines along group intervention seemed like enhancing their sense of confidence and belief in their abilities, regaining them with a sense of control and ego-mastery“ (Hamama et al., 2011, S. 1979).	-Lefkowitz et al., 2005, S. 279. A.3, Z.1 -Hamama et al., 2011, S. 1978,A.3,Z.13 -Tedeschi et al., 2015, S. 309, A.4, Z.6
Soziale Interaktion	Die soziale Interaktion bezeichnet die umfassende, nicht nur auf sprachlicher Ebene beruhende Wechselwirkung zwischen zwei oder mehreren Personen. Es handelt sich also um soziale Interaktion, wenn zwei oder mehrere Personen ein Gespräch miteinander führen, aber auch, wenn z. B. eine Lehrperson seine Schülerin durch Gesten und Mimik zur Mitarbeit auffordert.	„The presence of the animal enables the child to project objects onto the animals and reenact social situations that will help children work through issues and gain insight into their roles“ (Parish-Plass et al., 2008, S. 27).	-Yorke, 2010, S.567, A.2, Z.15 -Yorke, 2010, S.567, A.2, Z.19 -Balluerka, 2014, S.106. A8, Z.3
Problem- verhalten	Die Kategorie enthält die Zuordnung von Textstellen, welche sich im Bereich Problemverhalten zusammenschliessen lassen. Dazu gehören Verhaltensweisen, welche häufig bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen beobachtet werden, wie: Aggression, Probleme in der Aufmerksamkeitsregulation, Impulsdurchbrüche und selbstverletzendes Verhalten (vgl. Scherwath & Friedrich, 2014, S. 42)	„One study reported a 63% reduction in problem behaviors among 30 children and adolescents following AAI with horses, compared to before AAI.... Another study of therapy sessions with a dog reported increases in global scores of behavioral functioning from before to after AAI....(+15%)“ (O’Haire et al., 2015, S. 8).	-Balluerka et al., 2014,S. 104, A.3, Z.8 -Dietz et al., 2012. S. 675, Z.2 -O’Haire et al., 2015, S. 8, Sp.5, Z.2 -O’Haire et al., 2015, S. 8, Sp.5, Z.8 -O’Haire et al., 2015, S. 8, Sp.5, Z.10

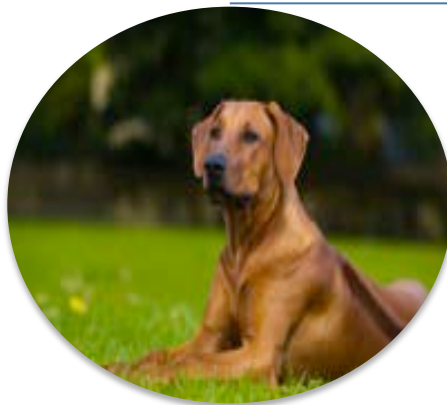
### 1. Mein Thema klären mit Hilfe des Hundes

Du warst mit dem Hund in der Natur spazieren.

Was hat der Spaziergang in dir ausgelöst?

Welche Gefühle hast du erlebt?

Schreibe drei Gefühle auf:



Empty oval shape for writing a feeling.

Empty oval shape for writing a feeling.

Empty oval shape for writing a feeling.

Meine Erinnerungen an den Spaziergang:

Four horizontal lines for writing memories.



## 2. Mein Thema im Augenblick

Welches schwierige Thema beschäftigt dich im Augenblick hauptsächlich?

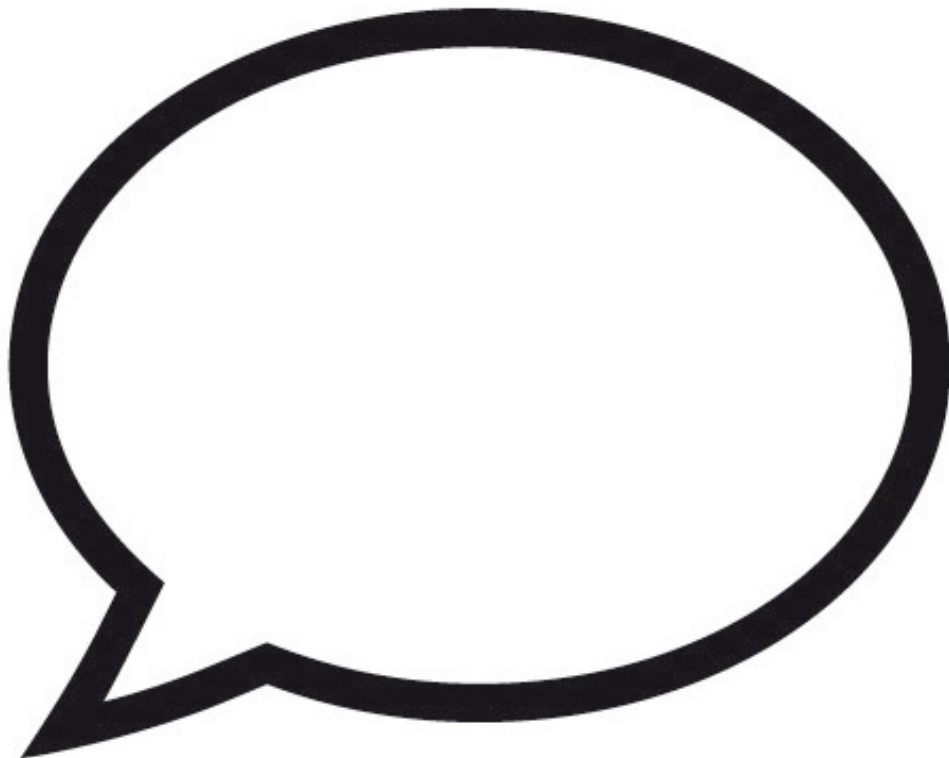
---

---

---

---

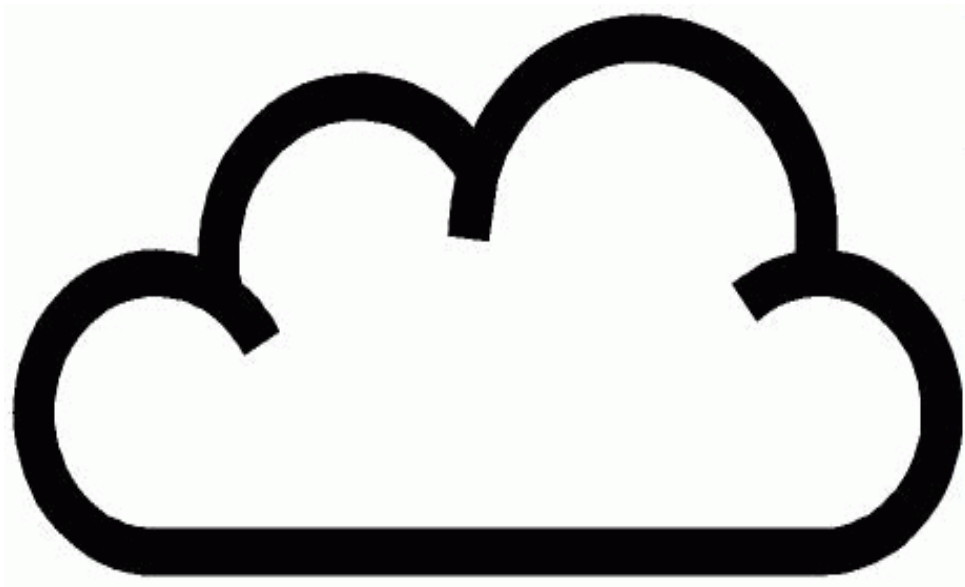
Formuliere dein Thema positiv:



### 3. Mein Ziel

Du hast dir nun Gedanken zu deinem Thema gemacht, welches du in der Sprechblase positiv formuliert hast.

Schreibe alle Wörter in die Wolke, die ein positives Gefühl zu diesem Satz auslösen:



#### Mein Ziel - Erster Entwurf

Schreibe den ersten Entwurf für dein Ziel auf:

---

---

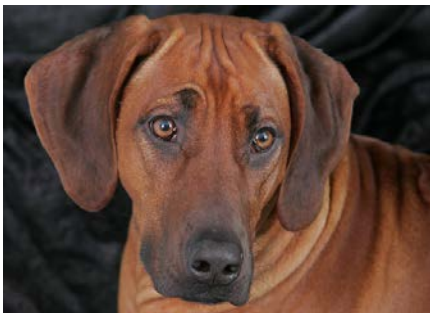
---

---

## 4. Ich spreche mit dem Hund

Geh mit dem Hund spazieren. Erkläre dem Hund entweder laut oder leise dein Ziel. Du darfst es ihm auch ins Ohr flüstern.

Wenn der Hund schreiben könnte, wie würde er dein oben aufgeschriebenes Ziel formulieren? Schreibe es für ihn in die Sprechblase.



## 5. Hilfen, die mein Ziel aktivieren

Dank diesen Erinnerungshilfen kann ich mein Ziel erreichen:

Musik: \_\_\_\_\_

Duft: \_\_\_\_\_

Schmuck: \_\_\_\_\_

Pflanzen: \_\_\_\_\_

Bilder: \_\_\_\_\_

Kleider: \_\_\_\_\_

Farben: \_\_\_\_\_

Tiere: \_\_\_\_\_

anderes: \_\_\_\_\_

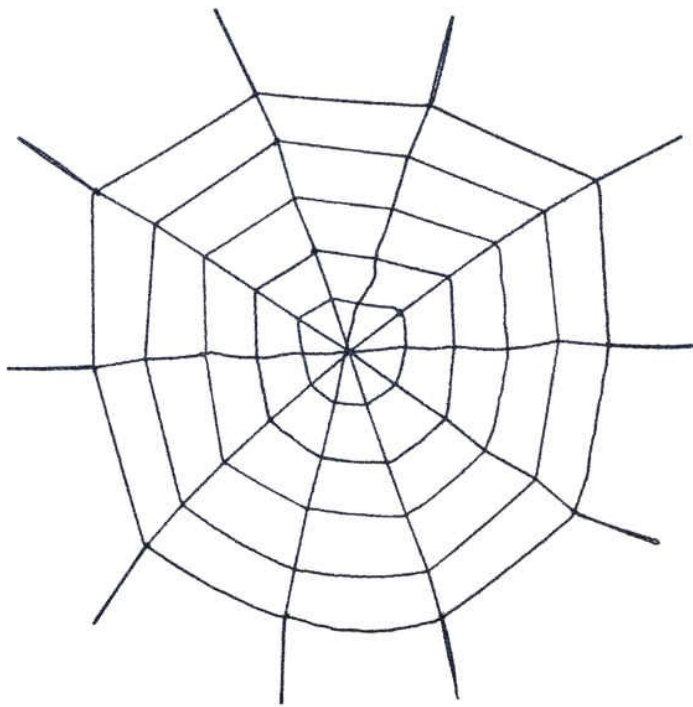
\_\_\_\_\_

(z.B. Symbole, Orte, Menschen, Spirituelles...)

## 6. Mein neues Ziel stärken

Stell dir vor, eine Spinne spinnt ein neues Netz für dein Ziel.

Die Spinne legt 5 Erinnerungshilfen, die du mit dir herumträgst und 5 Erinnerungshilfen, die fest an einem Ort sind auf das Netz. Sie helfen dir dabei, dein Ziel schnell zu erreichen. Schreibe sie am Ende der 10 Fäden hin.



## 7. Mein Ziel in den Körper bringen

Schreibe hier dein Ziel nochmals auf:

---

---

---

---

Wie verändert sich mein Körper, wenn er in Kontakt mit meinem Ziel kommt?

Checke durch: (zuerst im Stehen, dann im Sitzen, dann im Liegen)

Innere Merkmale:

- Stand, Stellung der Füße
- Waden, Knie, Oberschenkel
- Becken, Bauch, Brustraum
- Rücken, Schultern, Hände
- Kontakt zum Hund: streicheln, kuscheln, füttern etc.

Innere Merkmale:

- Atmung
- Körpertonus
- Temperaturwahrnehmung
- zugehörige Farben, Geräusche, Bilder
- alles, was spontan auftaucht

## 8. Mein Körper

Male die Veränderung in deinem Körper mit Farbe möglichst genau auf:

