



# Hausarbeit

## „Mit vier Pfoten zurück ins Leben“

Ein Konzept für den Hundeeinsatz in der Trauma-fokussierten kognitiv-behavioralen Therapie von Kindern und Jugendlichen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen

Verfasser/VerfasserIn:  
Janka Dörr, BSc

Zur Erlangung des Titels  
„geprüfte Fachkraft für tiergestützte Therapie und tiergestützte Fördermaßnahmen“

Wien, im April 2022

Verein „Tiere als Therapie“ – Wissenschafts- und Ausbildungszentrum

Silenegasse 2-6, 1220 Wien

**X.** Diplomlehrgang für tiergestützte Therapie und tiergestützte Fördermaßnahmen

Begutachter/Begutachterin: Dr. Beate Pottmann-Knapp

# Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, 07.04.2022

Janka Dörr

## Zusammenfassung

Sexueller Missbrauch bzw. sexuelle Gewalt zählt zu den schwerwiegendsten Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter. Darunter ist jede sexuelle Handlung an Minderjährigen durch Drohung, Gewalt, Einschüchterung, oder Manipulation unter Ausnutzung von Vertrauens- oder Verantwortungsverhältnissen (vgl. COLLIN-VEZINA et al., 2013, S.1). Der sexuelle Missbrauch von Kindern und Jugendlichen stellt ein weltweites Problem dar, welches nicht verschwiegen werden darf. Es kann mit einer hohen Dunkelziffer gerechnet werden, da Gefühle von Scham und Schuld, die Angst vor Verurteilung oder der ausgeübte Druck der Täter/Täterinnen die Betroffenen davon abhält, den Missbrauch zu melden. Sexueller Missbrauch in der Kindheit führt häufig zu Bindungstraumatisierungen, wodurch die Betroffenen keine sicheren Bindungserfahrungen sammeln können, die für eine resiliente Entwicklung unabdinglich ist. Starke andauernde Belastungssymptome, sind oft die Folge von langen andauernden Traumatisierungen. Wenn diese Symptome über 1 Monat hinweg bestehen, spricht man auch von einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die Trauma-fokussierte kognitiv-behaviorale Therapie (TF-KBT) weist sehr gute Erfolge in der Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen, sowie komorbiden Störungsbildern auf. Die einzelnen Behandlungskomponenten bieten Struktur, haben klare Zielvoraussetzungen, bieten aber auch genügend Flexibilität, um tiergestützte Interventionen zu integrieren. Das vorliegende Konzept zeigt eine Möglichkeit auf, wie der Hund in die TF-KBT einbezogen werden kann und bietet Ideen für die Interventionen mit Hund in den einzelnen Behandlungsphasen.

# Inhaltsverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| A. Theoretischer Teil .....   |    |
| 1. Einleitung.....  | 1  |
| 2. Sexueller Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen.....   | 2  |
| 2.1. Definition .....   | 2  |
| 2.2. Prävalenz & Inzidenz .....   | 3  |
| 2.3. Traumtypen.....  | 6  |
| 2.4. Entwicklung und Trauma .....   | 7  |
| 2.5. Folgen sexuellen Missbrauchs .....   | 10 |
| 2.5.1. Kurz, mittel und langfristige physische und psychische Folgen von sexuellem<br>Missbrauch.....   | 10 |
| 2.5.2. Überblick über Traumafolgestörungen .....  | 12 |
| 2.6. Trauma und Bindung.....  | 15 |
| 2.7. Welche Therapiemöglichkeiten gibt es? .....  | 17 |
| 2.7.1. Grundlagen und Ziele der Traumatherapie .....  | 17 |
| 2.7.2. Phasen der Traumatherapie.....   | 18 |
| 2.7.3. Trauma-fokussierte kognitiv-behaviorale Therapie.....  | 20 |
| 3. Grundlagen der Mensch-Tier-Beziehung .....   | 24 |
| 3.1. Die Biophilie-Hypothese.....   | 24 |
| 3.2. Die „Du-Evidenz“ .....   | 25 |
| 3.3. Bindung .....  | 25 |
| 3.4. Die Bedeutung von Spiegelneuronen in der Mensch-Tier-Beziehung.....  | 26 |
| 3.5. Überblick über positive Tiereffekte auf den Menschen .....   | 26 |
| 4. Tiergestützte (Trauma-)Therapie .....  | 29 |
| 4.1. Definitionen.....  | 29 |
| 4.2. Warum ist tiergestützte Therapie sinnvoll?.....  | 30 |
| 5. Tiere in der Therapie von Kindern und Jugendlichen mit sexuellen<br>Missbrauchserfahrungen .....   | 32 |
| 6. Der Hund als Therapietier.....   | 33 |
| B. Praktischer Teil .....   | 35 |
| 7. Konzept: Hundeeinsatz in der Trauma-fokussierten kognitiv-behavioralen Therapie von<br>Kindern und Jugendlichen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen ..... | 36 |
| 7.1. Idee .....   | 36 |
| 7.2. Ziele.....   | 37 |
| 7.3. Voraussetzungen .....  | 37 |

|   |    |
|---|----|
| 7.4. Ethische Aspekte .....   | 39 |
| 7.5. Vorbereitung.....  | 39 |
| 7.6. Einbezug des Hundes in den einzelnen Phasen der Traumatherapie ..... | 41 |
| 7.6.1. Stabilisierungsphase.....  | 41 |
| 7.6.1.1. Beziehungsaufbau .....   | 41 |
| 7.6.1.2. Psychoedukation.....   | 42 |
| 7.6.1.3. Affektbenennung und Affektregulation .....                       | 43 |
| 7.6.1.4. Entspannungsverfahren .....                                      | 45 |
| 7.6.2. Traumabearbeitung .....  | 45 |
| 7.6.3. Integration .....  | 46 |
| 7.6.3.1. Identifikation und Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen ..... | 46 |
| 7.6.3.2. Einübung alternativer Verhaltens- und Copingstrategien .....     | 47 |
| 7.6.4. Abschluss der Therapie.....  | 49 |
| 8. Fazit.....   | 50 |
| 9. Literaturverzeichnis .....   | 51 |

## A. Theoretischer Teil

## 1. Einleitung

Sexueller Missbrauch ist eine Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Sexuelle Handlungen vor und mit Kindern sind immer strafbar. Sexueller Missbrauch bzw. sexuelle Gewalt ist für Kinder und Jugendliche in der Entwicklung eine enorme Belastung und die Folgen für die Betroffenen sind oft dramatisch und beeinflussen das gesamte Leben. Frühzeitige Therapien sind dann von besonderer Bedeutung. Tiergestützte Interventionen können in der Therapie von Kindern und Jugendlichen, die sexuellen Missbrauch erlebt haben eine sehr gute Ergänzung sein. Die Mitarbeit und Motivation an der Therapie wird gestärkt, das Tier wirkt als sozialer Katalysator unterstützend auf den Beziehungsaufbau von Therapeut/Therapeutin und Kind und hat unter den richtigen Voraussetzungen auf vielen Ebenen positive Auswirkungen auf das Kind und den Therapieerfolg.

In dem vorliegenden Konzept wird ein Einblick in die Trauma-fokussierte kognitiv-behaviorale Therapie gegeben und die Frage beantwortet, wie sich Hunde in ein traumafokussiertes Therapieverfahren für Kinder und Jugendliche mit sexuellen Missbrauchserfahrungen einbinden lassen, welchen Mehrwert der Einsatz bietet und welche Aspekte dabei zu beachten sind. Das vorgestellte Konzept zeigt beispielhaft auf, wie der Hund in die einzelnen Behandlungsphasen der Traumatherapie integriert werden kann.

## 2. Sexueller Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen

### 2.1. Definition

Unter sexuellem Missbrauch (auch sexuelle Gewalt oder sexualisierte Gewalt) an Kindern und Jugendlichen versteht man jede sexuelle Handlung an Minderjährigen durch Drohung, Gewalt, Einschüchterung, oder Manipulation (vgl. COLLIN-VEZINA et al., 2013, S.1). Weiters definiert sich sexueller Kindesmissbrauch durch ein Ungleichgewicht von Alter und Entwicklungsstand und die Ausnutzung eines Verantwortungs-, Vertrauens- oder Machtverhältnis zur sexuellen Befriedigung (vgl. COLLIN-VEZINA et al., 2013, S.2).

Sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen wird häufig nicht durch Fremdtäter/Fremdtäterinnen ausgeübt, sondern durch Personen im nahen Umfeld der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Dadurch sind die Betroffenen nicht nur mit der traumatischen Erfahrung des Übergriffs konfrontiert, sondern auch mit einem Bruch des Vertrauensverhältnisses zur Bezugs- oder Betreuungsperson (vgl. JUD, 2014, S.42). Daher grenzt JUD (2014, S.43) den Begriff des sexuellen Missbrauchs durch Bezugs- und Betreuungspersonen von anderen Formen sexueller Übergriffe an Minderjährigen ab und definiert sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen wie folgt: „Als sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen wird jeder versuchte und vollendete sexuelle Akt und Kontakt von Bezugs- und Betreuungspersonen am Kind aufgefasst, aber auch sexuelle Handlungen, die ohne direkten Körperkontakt stattfinden.“

Der eingetragene Verein WENDEPUNKT FREIBURG (2022) definiert sexuellen Missbrauch folgendermaßen: „Sexueller Missbrauch an Kindern ist sexualisierte Gewalt. Gemeint sind damit sexuelle Handlungen, die an, mit oder vor Mädchen und Jungen vorgenommen werden. Diese Handlungen finden unter Ausnutzung von Vertrauen, Abhängigkeiten und/oder Unwissenheit statt. Sexueller Missbrauch bedeutet, dass der/die Täter/Täterin seine/ihre Macht und Autorität ausnutzt, um seine/ihre eigenen Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen. Die Opfer werden direkt oder indirekt zur Geheimhaltung verpflichtet. Alle sexuellen Handlungen eines Erwachsenen oder Jugendlichen mit Kindern sind sexueller Missbrauch. Sexuelle Handlungen sind zum Beispiel der Gebrauch sexualisierter Worte,



Blicke oder Gesten, das Berühren oder Streicheln der Genitalien der Kinder, das Veranlassen von Berührungen am eigenen Körper, um sich sexuell zu befriedigen, Fotografieren eines Kindes nackt oder in aufreizenden Posen, Masturbieren vor einem Kind, Zungenküsse oder Pornos zeigen. Weitere Formen sind Kinderprostitution und Kinderpornografie. In schweren Fällen kommt es zu oralem, genitalem oder analem Eindringen in den Körper.“

Sexuelle Übergriffe an Kindern und Jugendlichen umfassen sowohl Übergriffe mit direktem Körperkontakt wie penetrativen Handlungen oder Handlungen mit sexuellem Kontakt als auch sexuelle Übergriffe, die ohne direkten Körperkontakt auskommen, wie zum Beispiel verbale sexuelle Belästigung oder Film- und Fotoaufnahmen, die das Kind auf eine sexualisierte Art darstellen (vgl. JUD, 2014, S.44).

In Institutionen, wie z.B. Kirchen, Schulen, Heimen und Internaten kann sich ein Milieu entwickeln, wo sexueller Missbrauch möglich wird. Bei sexuellen Übergriffen in professionellen Abhängigkeitsverhältnissen, werden Autoritätspositionen von Personen ausgenutzt, die von Berufs wegen zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz des Kindes verpflichtet sind. Dazu zählen sexuelle Handlungen in Beziehungen zwischen Arzt/Ärztin-Patient/Patientin oder Fachpersonen-Klient/Klientin. (vgl. JUD, 2014, S.47). Sexuelle Gewalt kann auch unter Kindern und Jugendlichen stattfinden. Gleichaltrige können körperliche, kognitive und psychische Überlegenheit ausnutzen, um anderen sexuelle Handlungen aufzuzwingen (vgl. JUD, 2014, S.43).

## 2.2.Prävalenz & Inzidenz

Unter der Prävalenz versteht man die Anzahl an Personen, die über eine bestimmte Zeitdauer hinweg oder im gesamten bisherigen Lebenszyklus von sexuellem Missbrauch betroffen war. Mithilfe von Prävalenzzahlen kann der Grad der Betroffenheit in der Bevölkerung quantitativ erfasst werden (vgl. ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR FAMILIENFORSCHUNG (ÖIF), 2011, S.53). Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen ist ein weltweites Problem. Die Prävalenz für sexuellen Kindesmissbrauch weltweit liegt bei Mädchen in einer

Range zwischen 8 und 31% und bei Jungen zwischen 3 und 17 % (vgl. COLLIN-VEZINA et al., 2013, S.2). Ein Vergleich von Studien weltweit zu sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen ergab durchschnittliche Prävalenzen von 18-20% für Mädchen und von 8-10% für Jungen. Dabei waren für Mädchen (11,3%) und Jungen (4,1%) die Prävalenzraten in Asien am niedrigsten und die Raten für Mädchen in Australien (21,5%) und Jungen in Afrika (19,3%) am höchsten. Es zeigt sich eine große Diskrepanz zwischen wenigen offiziellen Meldungen von sexuellem Missbrauch und den hohen Zahlen aus Selbstauskünften von Erwachsenen und Jugendlichen (vgl. COLLIN-VEZINA et al., 2013, S.2). Eine Erklärung dafür ist, dass sehr viele Übergriffe nicht gemeldet und aufgedeckt werden, da die Schwelle Anzeige zu erstatten sehr hoch ist. Befragungen und Verhandlungen stellen eine enorme Belastung dar und die Gefahr einer Retraumatisierung besteht (vgl. GARBE, 2018, S.43). Daher ist mit einer hohen Dunkelziffer an nicht berichteten Fällen zu rechnen (vgl. SIGNAL et al., 2017, S.81).

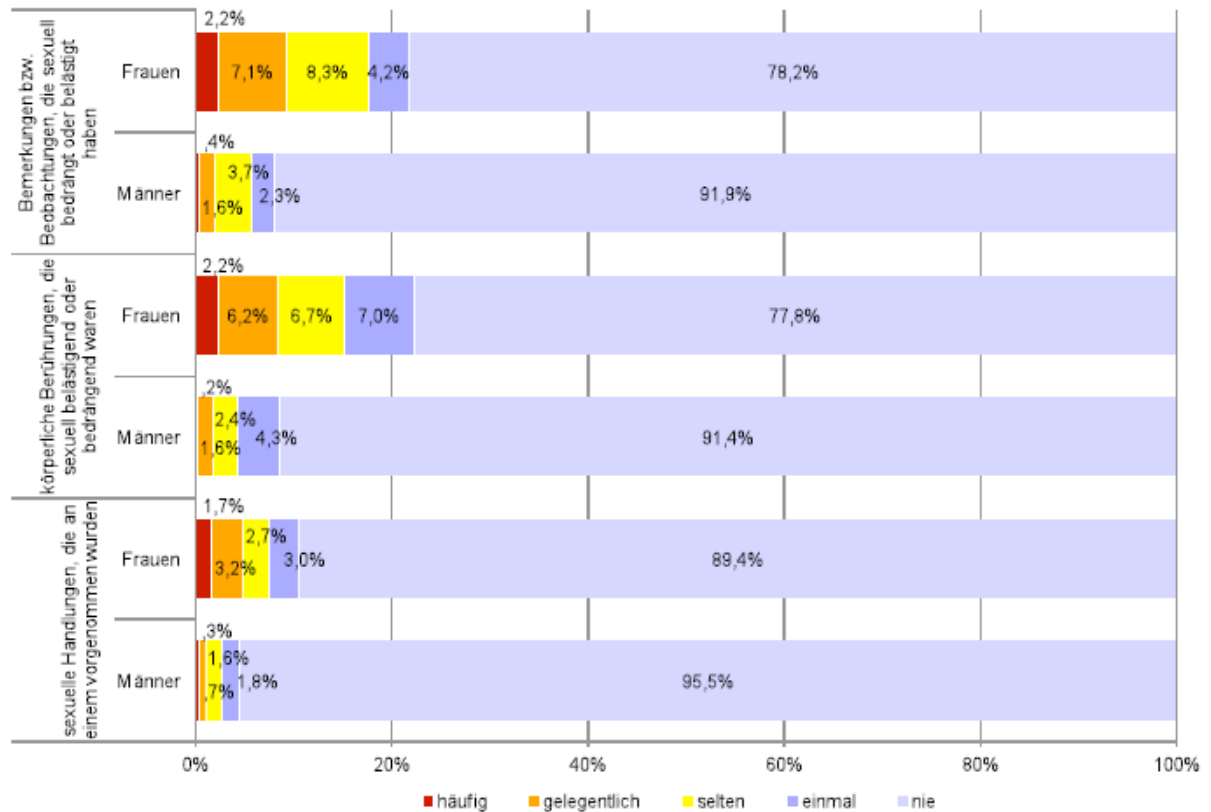
Nach JUD (2014, S.46) bestehen in Deutschland zur tatsächlichen Häufigkeit sexueller Übergriffe in der Bevölkerung (Prävalenz) keine gesicherten Angaben. Eine Untersuchung des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen führte 2011 eine Befragung an einer repräsentativen Stichprobe von n = 11.428 mit Jugendlichen und Erwachsenen im Alter von 16 bis 40 Jahren durch. Es gaben 6,4% der weiblichen Befragten und 1,3% der männlichen Befragten an, vor dem 16. Lebensjahr von einem sexuellen Übergriff mit Körperkontakt betroffen gewesen zu sein. Eine andere repräsentative Studie mit 2.504 Jugendlichen und Erwachsenen über 14 Jahren gaben 12,6% der Befragten an, von Bezugspersonen sexuell missbraucht worden zu sein.

Die Abbildung 1 zeigt die Inzidenz, also die Anzahl an neu polizeilich erfassten Missbrauchsfällen pro Jahr von 2009 bis 2020. In Deutschland fehlen national repräsentative Angaben zur Inzidenz mit Ausnahme der Strafverfolgung (vgl. JUD, 2014, S.45).



**Abb.1:** Anzahl der polizeilich erfassten Kinder, die Opfer von sexuellem Missbrauch wurden, von 2009 bis 2020 in Deutschland (STATISTA, 2022)

Die österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern vom Österreichischen Institut für Familienforschung (ÖIF) (2011, S.222) mit 2.334 TeilnehmerInnen von 16 bis 60 Jahren, ergab hinsichtlich der als Kind (bis zum 16. Lebensjahr) erlebten sexuellen Gewalt insgesamt eine Prävalenz von 27,7% bei den befragten Frauen und 12,0% bei den befragten Männern. Ein Grund für die hohen Prävalenzwerte ist die breitere Definition der Studie, die belästigende Bemerkungen ebenfalls in die Prävalenz sexueller Gewalt einbezieht. In der Befragung gaben 20,7% der Frauen und 8,1% der Männer an, in der Kindheit körperliche Berührungen erlebt zu haben, die sie als belästigend empfunden haben. Jede zehnte Frau (9,8%) und jeder zwanzigste Mann (4,2%) gab an, dass in der Kindheit ungewollte sexuelle Handlungen an ihnen vorgenommen (siehe Abbildung 2).



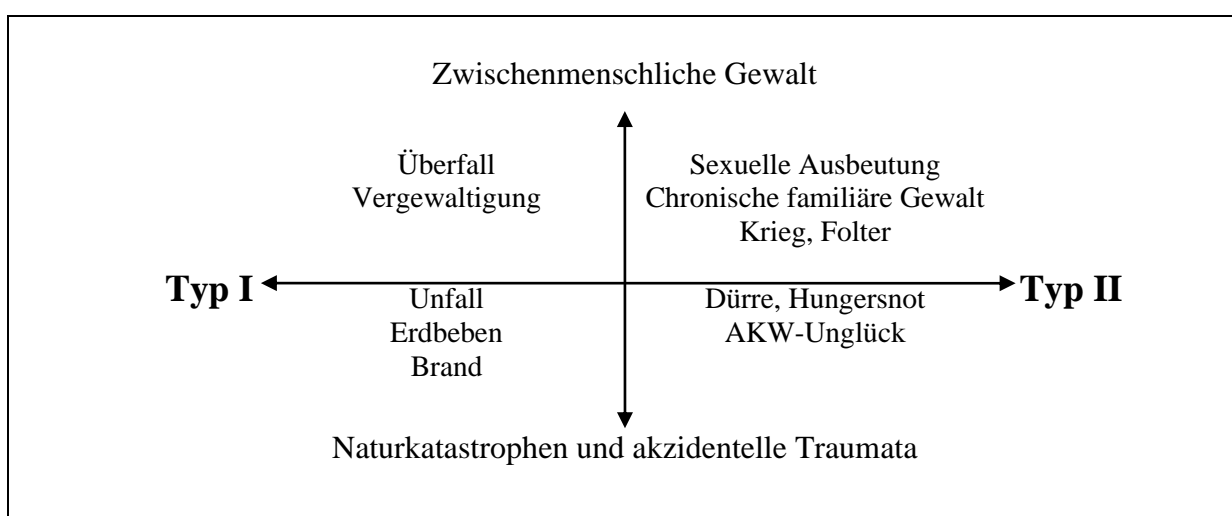
**Abb.2:** In der Kindheit erlebte sexuelle Gewalthandlungen (ÖIF Prävalenzstudie 2011, S.223)

### 2.3. Traumtypen

Es kann grob zwischen zwei Traumtypen unterschieden werden. Traumtyp I bezeichnet Monotraumatisierungen, das heißt Traumatisierungen, die einmal und unvorhergesehen geschehen und einen Anfang und ein Ende haben. Dazu gehören beispielsweise Naturkatastrophen, Unfälle, einmalige Misshandlungen, Überfälle und Vergewaltigungen (vgl. GARBE, 2018, S. 29). Typ-II-Traumata treten wiederholt auf und dadurch teilweise vorhersehbar. Sie werden auch als Komplextraumatisierungen bzw. multiple Traumata bezeichnet (vgl. LANDOLT und HENSEL, 2012, S.16). Die Betroffenen erleben eine Reihe an traumatischen Erlebnissen, die meist keinen eindeutigen Anfang und kein wirkliches Ende haben. Entwicklungstraumatisierungen in der Kindheit durch z.B. Misshandlungen,

Vernachlässigung, sexuellen Missbrauch, Flucht und Vertreibung sind den Komplextraumatisierungen zuzuordnen (vgl. GARBE, 2018, S.30f).

Traumatische Ereignisse können auch nach ihrer Ursache klassifiziert werden. So unterscheidet man zwischen menschenverursachten Ereignissen, wie z.B. sexueller Missbrauch und Krieg einerseits und Naturkatastrophen und akzidentellen Traumatisierungen, wie z.B. Unfälle andererseits (vgl. LANDOLT und HENSEL, 2012, S.17). In der Abbildung 3 sind traumatische Ereignisse nach Traumatyp und Ursache klassifiziert dargestellt.



**Abb.3:** Klassifikation traumatischer Ereignisse (LANDOLT und HENSEL, 2012, S.17)

## 2.4. Entwicklung und Trauma

GARBE (2018, S.22) bezeichnet traumatische Erfahrungen in der Kindheit als Entwicklungstraumatisierungen, da die traumatischen Belastungen oft über längere Zeit während einer Phase geschehen, in der grundlegende Entwicklungsschritte bewältigt werden müssen, die für die Gestaltung des weiteren Lebens prägend sind.

Von Geburt an ist das Kind auf die Fürsorge von Bindungspersonen angewiesen, die Schutz und Sicherheit geben. Schon in der frühen Entwicklung (1-3 Lebensjahr) wird die Grundlage für das lebenslange Verhältnis zu sich und zu anderen geschaffen. Die Funktion der

Spiegelneurone spielt in dieser Phase eine wichtige Rolle, da sie die Basis für einen gegenseitigen affektiven Austausch bildet und somit wesentlich für die Bindungsentwicklung ist. In dieser frühen Phase lernt das Kind über das feinfühlig Einwirken der Bindungsperson, wie es sich selbst beruhigen kann. Das Kind entwickelt ein eigenes Körperschema, das Selbstgefühl, die Selbstgrenze und lernt innen und außen zu unterscheiden. In der Vorschulentwicklung kommt es vermehrt zu kognitiven Entwicklungsschritten, die Welt wird neugierig exploriert, wobei das Kind dabei auf den Schutz und die Unterstützung der Bindungsperson angewiesen ist. Durch Rollenspiele in dieser Phase versucht das Kind sich die Welt zu erklären, das Erlebte wird im Spiel verarbeitet und Kreativität und Imagination entsteht. Am Vorbild der Bindungspersonen, entwickeln sich Wertesystem und Gewissensbildung, sowie die Geschlechtsidentität. Mit Schuleintritt konsolidieren sich frühe Entwicklungsschritte und weitere wichtige Bindungspersonen kommen hinzu. In dieser Phase spielen Peergroups, und andere Bezugspersonen eine wichtige Rolle für die Entwicklung des Selbstwerts und des Bindungssystems. In der Pubertät und Adoleszenz werden die frühen Entwicklungsschritte der Selbstwertfindung, der Konsolidierung des Selbst und die Geschlechtsidentitätsfindung überarbeitet und gefestigt. Ebenso wird das Wertesystem überarbeitet und differenziert. Die Sexualität entwickelt sich zur Geschlechtsreife und Zukunfts- und Berufspläne werden gemacht. Peergroups unterstützen bei dem Prozess der Ablösung von den Eltern. (vgl. GARBE, 2018, S.86ff).

Durch andauernde und multiple traumatische Erfahrungen in frühen Entwicklungsphasen, bilden sich Störungen in der Emotionsregulation und in der Regulation von Beziehungen zu sich und zu anderen. Kinder, die über lange Zeit mit Entwicklungstraumatisierungen aufwachsen müssen, verfügen nicht über ausreichend Ressourcen, um die Traumatisierungen bewältigen zu können (vgl. GARBE, 2018, S.94). Folgen von kindlichen Entwicklungstraumatisierungen sind häufig schnell wechselndes, nicht verstehbares und nicht altersgerechtes Verhalten. Dieses Verhalten hängt mit dem Phänomen der Dissoziation zusammen (vgl. GARBE, 2018, S.21).

Nach STANGL (2022) beschreibt der Begriff Dissoziation laut Definition des DSM-IV die Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt. Dissoziation im

psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Sinne kann als ein Defekt der mentalen Integration verstanden werden, bei der eine oder mehrere Bereiche mentaler Prozesse vom Bewusstsein getrennt werden und unabhängig voneinander ablaufen (Abspaltung von Bewusstsein). [...] In der Psychologie versteht man darunter vorwiegend den teilweisen oder völligen Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die eigene Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen. Die Dissoziation ist dabei eine allgemeine menschliche Fähigkeit bzw. eine bestimmte Form der Erlebnisverarbeitung, die für manche Menschen auch von Vorteil sein kann. Bei schweren traumatischen Erlebnissen wie Missbrauch oder Vergewaltigung, die als besonders bedrohlich und angstmachend empfunden werden, kommt es zu diesem speziellen Prozess der Abspeicherung im Gedächtnis, d. h., Erinnerungen an das Bedrohliche werden vom Bewusstsein abgespalten, sodass ein Zugriff auf dieses implizite Gedächtnis nicht willentlich möglich ist. Erst durch Stimuli, die vom Betroffenen nicht steuerbar sind, können solche Erinnerungen oft erst viele Jahre später abgerufen werden. [...]

Die Dissoziation ist ein wichtiger Bewältigungsmechanismus bei traumatisierenden Erlebnissen. Bei komplexen Traumatisierungen kann es allerdings auch zu dissoziativen Störungen kommen.

DR. AMRHEIN (2017) definiert die dissoziative Störung wie folgt: „Bei einer dissoziativen Störung kommt es zu einem teilweisen oder vollständigen „Auseinanderfallen“ (Desintegration) von normalerweise zusammenhängenden psychischen Fähigkeiten. Das können die Sinneswahrnehmung, das Gedächtnis, das Bewusstsein, die eigene Identität oder die Kontrolle über die Körperbewegungen sein. Typische Symptome sind zum Beispiel, dass jemandem die Erinnerung an bestimmte Zeitabschnitte fehlt, dass Berührungen nicht mehr wahrgenommen werden, dass die Körperbewegungen gestört sind oder dass jemand eine Zeit lang seine Identität verliert. Meist beginnt die Störung in Zusammenhang mit einem traumatischen oder stark belastenden Ereignis, einem unlösbaren Konflikt oder ausgeprägten zwischenmenschlichen Problemen. Ein wesentliches Merkmal aller dissoziativen Störungen ist, dass sich keine organische Ursache für die Symptome nachweisen lässt. Stattdessen wird angenommen, dass die Symptome durch psychische Faktoren – meist eine extreme psychische Belastung – zustande kommen. Charakteristisch ist auch, dass die Symptome im

Lauf der Zeit unterschiedlich stark sein können und sich unterschiedliche Symptome (zum Beispiel Gedächtnisverlust, Empfindungsstörungen) miteinander abwechseln können. Gleichzeitig werden die Symptome oft durch belastende Situationen verstärkt. Teilweise tritt bei dissoziativen Störungen auch selbstschädigendes Verhalten auf. So fügen sich manche Patienten Schnitt- oder Brandwunden zu, um sich aus dem dissoziativen Zustand in die Realität zurückzuholen.“

## 2.5. Folgen sexuellen Missbrauchs

### 2.5.1. Kurz, mittel und langfristige physische und psychische Folgen von sexuellem Missbrauch

Sexueller Kindesmissbrauch führt oft zu schweren Traumata bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen und kann in weiterer Folge zu Verhaltensproblemen, Psychopathologie und Reviktimisierung führen. Einige der langfristigen Folgen für die Opfer von sexuellem Kindesmissbrauch sind Depressionen, Angstzustände, posttraumatischer Stress, Schuldgefühle und Ohnmacht, asoziales Verhalten, dissoziative Störungen, Verhaltensprobleme, Essstörungen, Selbstmordgedanken und Drogenmissbrauch (vgl. KEMP et al., 2014, S.558). Bei Kindern und Jugendlichen, die sexuell missbraucht wurden, steigt auch die Wahrscheinlichkeit Verhaltensprobleme, wie unangemessenes sexualisiertes Verhalten, zu entwickeln. Auch selbstverletzendes Verhalten und eine erhöhte Suizidalität können weitere Folgen sein. Der Missbrauch hat für die Opfer oft Auswirkungen auf die psychische Gesundheit, die bis ins Erwachsenenalter bestehen (vgl. COLLIN-VEZINA et al., 2013, S.4). Eine häufige Folge von sexuellem Kindesmissbrauch ist eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Fast die Hälfte aller Kinder, die Opfer von sexuellem Missbrauch wurden entwickeln Symptome einer PTBS, wie erhöhte Angst, Vermeidung, Aggressivität, Vermeidung von Menschen oder Situationen, sowie Wut und Depression (vgl. DIETZ et al., 2012, S.666). In der Tabelle 1 werden häufige körperliche (physische) und psychische Missbrauchsfolgen überblicksweise dargestellt.



**Tab.1:** Überblick über kurz-, mittel- und langfristige physische und psychische Folgen von sexuellem Missbrauch in der Kindheit (vgl. GOLDBECK, 2014, S.147ff)

|                   | <b>Kurzfristige Folgen</b>   | <b>Mittel- und langfristige Folgen</b>   |
|-------------------|--|--|
| <b>Körperlich</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexuell übertragbare Erkrankungen</li> <li>- Verletzungen im Genital- und Analbereich</li> <li>- Schwangerschaft (bei geschlechtsreifen Mädchen)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Im Falle einer Schwangerschaft, körperliche Risiken für Mutter und Kind</li> <li>- Erhöhtes Risiko für negative körperliche Gesundheitsfolgen in den Bereichen: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Reduzierter genereller Gesundheitszustand</li> <li>o Gastrointestinale Erkrankungen</li> <li>o Gynäkologische Erkrankungen</li> <li>o Schmerzerkrankungen</li> <li>o Kardiopulmonale Symptome</li> <li>o Adipositas</li> </ul> </li> <li>- Psychogene Anfälle</li> <li>- (pseudo-)neurologische Probleme und Symptome</li> <li>- Probleme mit dem Bewegungsapparat</li> <li>- Auftreten unerklärter körperlicher Symptome, wie z.B. chronische Beckenschmerzen oder chronische Müdigkeit</li> <li>- Veränderungen in Hirnfunktionen und -struktur und autonomer psychobiologischer Stressregulation</li> </ul> |
| <b>Psychisch</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akute Belastungsstörung oder akute Belastungsreaktion</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posttraumatische Belastungsstörung</li> <li>- Weitere chronische und komplexe psychische Störungen und Auffälligkeiten, wie: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Angststörungen</li> <li>o Depressionen</li> <li>o Essstörungen</li> <li>o Schlafstörungen</li> <li>o Suizidversuche</li> <li>o Stimmenhören</li> <li>o Drogen- und Alkoholkonsum</li> <li>o Sexuelle Schwierigkeiten</li> <li>o Selbst sexuelle Übergriffe begehen</li> <li>o Dissoziative Störungen</li> </ul> </li> <li>- Möglicher Zusammenhang von sexuellem Missbrauch und <ul style="list-style-type: none"> <li>o der späteren Entwicklung einer</li> </ul> </li> </ul>  |

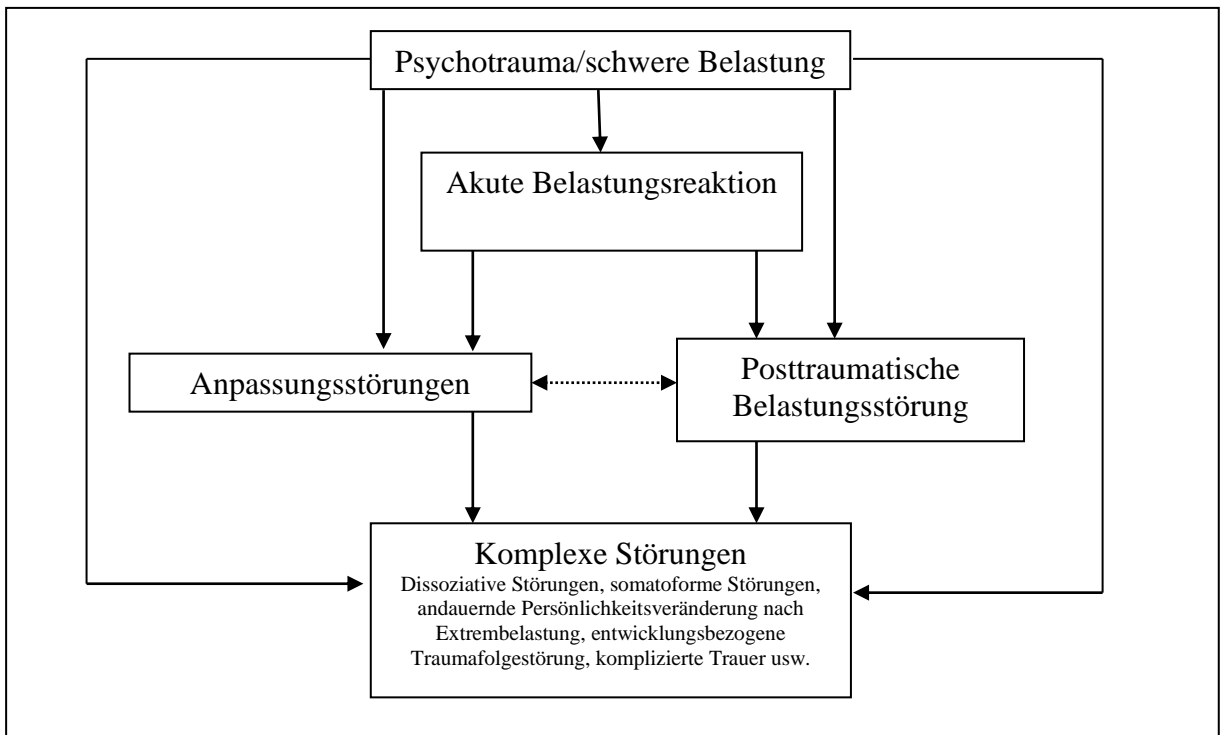
|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | Persönlichkeitsstörung mit emotionaler Instabilität (Borderline-Störung) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ sexualisiertem Verhalten</li> <li>- transgenerationale Weitergabe</li> </ul> |
|--|--|--|

Menschen, die ein Trauma erlebt haben, sind oft unruhig und leicht erregbar. So können geringe Einflüsse Erinnerungen an die traumatischen Erfahrungen hervorrufen und die Personen reagieren mit Panik, Flucht- und Verteidigungstendenzen. Aus diesem Grund zeigen Betroffene häufig Vermeidungsverhalten gegenüber allem, was sie an das traumatische Geschehen erinnern könnte (vgl. GARBE, 2018, S.21).

Das Risiko für eine Reviktimisierung ist besonders für junge Frauen, die sexuell missbraucht wurden erhöht. Die Wahrscheinlichkeit im Erwachsenenalter einen sexuellen Übergriff zu erleben ist um 2,5- bis 3,1-mal höher. Kinder, die sexuell missbraucht wurden, haben auch ein erhöhtes Risiko von familiärer Gewalt betroffen zu werden oder selbst zum/zur Täter/Täterin zu werden (vgl. DAVIS und SIEGEL, 2000, S.148).

### 2.5.2. Überblick über Traumafolgestörungen

Die Abbildung 4 zeigt die Klassifikation von Traumafolgestörungen auf Basis des Klassifikationssystems ICD-10. Nach einem traumatischen Erlebnis kommt es in den ersten Stunden und Tagen zu einer akuten Belastungsreaktion, die sich durch Desorientiertheit, Bewusstseinsminderung, Unruhezustände und eingeschränkte Aufmerksamkeit zeigt. Auch Dissoziationen sind sehr typisch und können dazu führen, dass Informationen zum erlebten Trauma im unterbewussten Teil des Gedächtnisses abgespeichert werden. Dissoziative Zustände dienen dem Überleben in nicht aushaltbaren, schwer traumatischen Situationen. Die akute Reaktion kann in kürzer- oder längerdauernde Anpassungsstörungen übergehen. Dazu zählen beispielsweise Störungen des Sozialverhaltens und depressive Störungen (vgl. LANDOLT und HENSEL, 2012, S.34).



**Abb.4:** Klassifikation von Traumafolgestörungen (vgl. LANDOLT und HENSEL, 2012, S.34)

In Folge von traumatischen Erlebnissen entwickelt sich häufig auch eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Für die Diagnose einer PTBS müssen bestimmte Diagnosekriterien erfüllt sein. In Tabelle 2 sind die Diagnosekriterien der posttraumatischen Belastungsstörung nach dem DSM-IV-TR dargestellt. Wenn Belastungssymptome nach einem Trauma mehr als 4 Wochen anhalten und sich Symptome in den Bereichen Wiedererleben, Vermeidung und physiologischer Übererregung zeigen, dann kann eine PTBS diagnostiziert werden (vgl. GOLDBECK, 2014, S.149).

**Tab.2:** Diagnosekriterien der posttraumatischen Belastungsstörung gemäß DSM-IV-TR (vgl. LANDOLT und HENSEL, 2012, S.36)

|             |   |
|-------------|---|
| Kriterium A | A1: Erleben eines traumatischen Ereignisses<br><br>A2: Reaktion mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit, Entsetzen oder bei Kindern mit aufgelöstem und agitiertem Verhalten |
| Kriterium B | Wiedererleben des Traumas (mindestens 1 Symptom)<br><br>B1: Wiederkehrende belastende Erinnerungen; Bei Kindern: traumatisches Spiel                                      |

|             |   |
|-------------|---|
|             | <p>B2: Wiederkehrende belastende Träume</p> <p>B3: Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt. Bei Kindern: traumaspezifische Neuinszenierung</p> <p>B4: Intensive psychische Belastung bei Konfrontation mit traumabezogenen Hinweisreizen</p> <p>B5: Körperliche Reaktionen bei Konfrontation mit traumabezogenen Hinweisreizen</p>  |
| Kriterium C | <p>Anhaltende Vermeidung von Traumahinweisreizen; Abflachung der allgemeinen Reagibilität (mindestens 3 Symptome)</p> <p>C1: Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen</p> <p>C2: Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen</p> <p>C3: Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern</p> <p>C4: Vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten</p> <p>C5: Gefühl der Losgelöstheit oder Fremdheit von anderen</p> <p>C6: Eingeschränkte Bandbreite des Affekts</p> <p>C7: Gefühl einer eingeschränkten Zukunft</p> |
| Kriterium D | <p>Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (mindestens 2 Symptome)</p> <p>D1: Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen</p> <p>D2: Reizbarkeit oder Wutausbrüche</p> <p>D3: Konzentrationsschwierigkeiten</p> <p>D4: Hypervigilanz</p> <p>D5: Übertriebene Schreckreaktion</p>  |
| Kriterium E | Das Störungsbild dauert länger als 1 Monat  |
| Kriterium F | Das Störungsbild verursacht klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigung in mindestens einem wichtigen Lebensbereich   |

Zwar zeigen Kinder, die Traumata erlebt haben Symptome einer PTBS, häufig aber nicht das Vollbild dieser Störung. Daher gibt es die Forderung nach eigenen Diagnosekriterien für Kinder, die bisher noch keinen Eingang in die Klassifikationssysteme gefunden haben (vgl. GOLDBECK, 2014, S.149).

Kinder und Jugendliche, die sexuellen Missbrauch erlebt haben, zeigen ein anderes Symptombild als körperlich misshandelte Kinder und Kinder ohne Missbrauchserfahrungen. So zeigten sie mehr Symptome des Wiedererlebens und unangemessenes sexuelles Verhalten. Betroffene von sexuellem Kindesmissbrauch entwickeln sehr häufig Symptome einer PTBS (vgl. DAVIS und SIEGEL, 2000, S.148).

Komplexe Traumafolgestörungen können sich nach mehrfach Traumatisierungen oder nach besonders schweren Monotraumata entwickeln. Diesem Begriff umfasst eine Reihe von Störungsbildern, die sich als Reaktion auf schwere Belastungen ausbilden können. Hierzu zählen beispielsweise die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, dissoziative und somatoforme Störungen (vgl. LANDOLT und HENSEL, 2012, S.37).

## 2.6.Trauma und Bindung

Eine sichere Bindung bietet die beste Grundlage für die spätere Entwicklung und ist die günstigste Voraussetzung für eine gelungene Emotionsregulierung und dient damit als Schutzfaktor bei hohen Stressbedingungen (vgl. LANDOLT und HENSEL, 2012, S.65). Sicher gebundene Kinder sind sich gewiss, dass sie von ihrer Bindungsperson Unterstützung und Zuwendung erhalten und können selbstsicher die Welt erkunden. Wenn Kinder in einem Umfeld aufwachsen, wo die Bindungsperson nicht verfügbar ist und nicht auf die Bedürfnisse des Kindes eingeht oder sogar Bindungstraumatisierungen durch Übergriffe der Bindungsperson stattfinden, dann beeinflussen diese negativen Bindungserfahrungen, alle Aspekte der psychischen Entwicklung und auch die Qualität zukünftiger Beziehungen (vgl. BERK, 2011, S.259ff). Die Bindungsqualität hat einen Einfluss auf die Verarbeitung von Traumatisierungen, aber traumatische Erfahrungen beeinflussen auch die Bindungsqualität.

Vor allem wenn die Bindungsperson selbst die Ursache der Traumatisierung ist. Die Fähigkeit Belastungen zu bewältigen, hängt vom Entwicklungsstand und den bisherigen (Bindungs-)Erfahrungen im Entwicklungsverlauf ab (vgl. LANDOLT und HENSEL, 2012, S.65).

Häufig geschehen Traumatisierungen durch Bindungspersonen, auf die ein Kind existentiell angewiesen ist und die eigentlich für den Schutz und das Wohlergehen des Kindes oder des/der Jugendlichen verantwortlich sind (vgl. GARBE, 2018, S.22; JUD, 2014, S.42). Im Entwicklungsumfeld erfahren traumatisierte Kinder oft schon sehr früh, dass die Bezugsperson kein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit vermitteln kann. Angst, Schmerz und Einsamkeit werden so schnell als Normalzustand wahrgenommen (vgl. GARBE, 2018, S.23). Die Kinder beginnen erst dann zu vergleichen und zu hinterfragen, wenn sie mit anderen Lebenswelten in Berührung kommen und älter werden. Besonders die frühen Erfahrungen mit Bindungspersonen beeinflussen die natürliche Aufgabe des Organismus, ein Urvertrauen in die Welt zu entwickeln und zu lernen, vom Zustand der Erregung und Spannung in einen Zustand der Entspannung und Ruhe zu kommen. Wenn traumatische Erfahrungen mit Bindungspersonen gemacht werden, werden diese kognitiv durch verzerrte Erklärungsmuster umgedeutet, damit Bindungen zu Tätern/Täterinnen aus dem nahen Umfeld aufrechterhalten werden können, da sie überlebensnotwendig sind (vgl. GARBE, 2018, S.23).

Sexueller Missbrauch gehört neben Misshandlungen und Vernachlässigung zu den verheerendsten Erfahrungen, die ein Kind machen kann, da das Kind neben der enormen Belastung auch mit den traumatischen Bindungserfahrungen konfrontiert ist (vgl. LANDOLT und HENSEL, 2012, S. 67). Die traumatischen Erfahrungen können mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Störung der Bindungsentwicklung beitragen. Hinweise auf eine massive Störung der Bindungsentwicklung gibt das Vorliegen desorganisierter Bindungsstrategien (vgl. STRAUß, 2013, S.92). Kinder, die sexuellen Missbrauch durch Bindungspersonen erleben, entwickeln mit hoher Wahrscheinlichkeit unsichere und/oder desorganisierte Bindungsstrategien. Welche wiederum einen enormen Risikofaktor für die Entwicklung von psychopathologischen Zuständen darstellen. Multiple Traumatisierungen, wie wiederholte sexuelle Gewalt, können die Entwicklung von Bindungsstörungen zur Folge haben, die sich beispielsweise in vermehrter Aggression, extremen Rückzug und völligen Fehlen von Bindungsverhalten zeigen können (vgl. STRAUß, 2013, S.95).

## 2.7. Welche Therapiemöglichkeiten gibt es?

### 2.7.1. Grundlagen und Ziele der Traumatherapie

Welche Folgen sich für einen Menschen nach Gewalteinwirkung ergeben, ist abhängig vom Zusammenspiel von bedrohlichen Situationsfaktoren und der individuellen Reaktion des Menschen. Beeinflusst wird die Reaktion durch die vorhandenen Ressourcen, die Resilienz (Widerstandskraft), die individuellen Bewältigungsstrategien und die traumatischen Vorerfahrungen (Viktimisierung) des Menschen. Es ist von Bedeutung, wie mit Betroffenen nach einem Trauma umgegangen wird, ob ihnen zeitnah fachkompetente Hilfe zukommt und ob sie Sicherheit und Schutz in sozialen Netzwerken finden. Wenn genügend Ressourcen und ein unterstützendes Umfeld zeitnah zur Verfügung stehen, können sich akuttraumatische Reaktionen zurückentwickeln (vgl. GARBE, 2018, S.21). Daher bietet eine Traumatherapie die beste Unterstützung, um erlebte Traumatisierungen zu verarbeiten und negativen Langzeitfolgen kindlicher Traumatisierungen entgegenzuwirken. Ein erfolgreicher Abschluss einer wirksamen Behandlung und Therapie, trägt entscheidend zur Verbesserung des Traumas durch sexuellen Missbrauch bei (vgl. KEMP et al., 2014, S.559). Jedoch ist die Behandlung von Kindern und Jugendlichen oft schwierig, weil die schädlichen Auswirkungen des sexuellen Missbrauchs einer guten Therapeuten-Patienten-Beziehung im Wege stehen. Meist sind die Täter/Täterinnen bekannte Personen, denen die Kinder und Jugendlichen vertrauten. Dadurch haben die Betroffenen große Schwierigkeiten in Bezug auf Vertrauen (vgl. KEMP et al., 2014, S.559). Bevor mit der Traumatherapie begonnen werden kann, ist es von großer Wichtigkeit, dass das Kind keinen weiteren Traumatisierungen mehr ausgesetzt ist, kein Kontakt mehr zum/zur Täter/Täterin mehr besteht und das Kind in Sicherheit ist.

Traumazentrierte Psychotherapie muss die zentralen kindlichen Bedürfnisse nach Sicherheit, Trost und Kontrolle befriedigen und selbstwerterhöhende und handlungsaktivierende Erfahrungen vermitteln. Wichtig im therapeutischen Kontext ist eine sicherheitsgebende, strukturierende und ressourcenorientierte Beziehungs- und Settings-Gestaltung. Das Kind sollte dazu motiviert werden, sich mit dem Erlebten zu konfrontieren. Von seitens des/der Therapeuten/Therapeutin ist dafür Transparenz im Vorgehen und die Aufklärung über das Trauma und seine Folgen von Bedeutung. Wichtig ist ein informiertes Einverständnis über

das Vorgehen und die Ziele in der Therapie. Wesentliche Fähigkeiten des/der Therapeut/Therapeutin sind einerseits Strukturierungsfähigkeit und andererseits Flexibilität, die das Kind darin unterstützen sich seiner Angst zu stellen und sich aber auch akzeptiert zu fühlen, wenn traumabezogene Inhalte vermieden werden oder Pausen benötigt werden (vgl. LANDOLT und HENSEL, 2012, S.20f).

Da das soziale Umfeld, besonders die Familie des Kindes in der Traumabewältigung eine große Rolle spielt, ist es eine Grundvoraussetzung jeder Traumatherapie für Kinder und Jugendliche, eine systemische Perspektive einzunehmen. Familiäre Wirkfaktoren, wie das Verhalten und Befinden der Familienmitglieder, sowie die Funktionalität der Familie sind zu beachten. Andererseits haben die Traumatisierungen des Kindes auch Einfluss auf andere Familienmitglieder. Bei älteren Kindern und Jugendlichen müssen auch andere Bezugspersonen, wie Freunde, Verwandte und Lehrpersonen im therapeutischen Vorgehen mitberücksichtigt werden. Wenn Traumatisierungen intrafamiliär bedingt sind, wie es häufig bei sexuellem Missbrauch der Fall ist, ist der Schutz des Kindes vor weiteren Traumatisierungen die höchste Priorität (vgl. LANDOLT und HENSEL, 2012, S.22f).

Das Ziel jeder Traumatherapie ist die Neuverarbeitung der traumatischen Erfahrungen. Dafür muss die Traumakonfrontation so schonend wie möglich erfolgen und als kontrollierbar erlebt werden. Mithilfe der Traumatherapie sollte das Kind wieder Kontrolle über das eigene Verhalten und Emotionsregulationsfähigkeiten erlangen. Traumaauslösende Reize werden mit der Therapie desensibilisiert und das Trauma wird als Teil eines konstruktiven, neuen Selbst- und Weltbildes gesehen (vgl. LANDOLT und HENSEL, 2012, S.21).

### 2.7.2. Phasen der Traumatherapie

Die meisten Verfahren der Traumatherapie laufen in den folgenden drei Phasen ab: Stabilisierung, Traumabearbeitung und Integration. Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Traumatherapien ergeben sich vor allem in der Art und Weise, wie das Trauma in der zweiten Phase bearbeitet wird.



In der Stabilisierungsphase wird das Kind auf die Konfrontation mit dem traumatischen Erlebnis vorbereitet. Es muss körperlich, emotional als auch sozial soweit gestärkt und stabilisiert sein, um sich mit dem Trauma auseinandersetzen zu können. Bei körperlichen Leiden und lebensbedrohlichen Krankheiten, muss sichergestellt sein, dass das Kind optimal versorgt ist. Die Traumabearbeitung ist erst dann möglich, wenn das Kind körperlich in einem stabilen Zustand ist. Besonders bei komplex traumatisierten Kindern, ist die Stabilisierung im emotionalen Bereich wichtig. Ziel ist es, das Selbstwertgefühl zu stärken und Emotionsregulationsstrategien zu erlernen, um mit der Traumakonfrontation umgehen zu können. Hierbei helfen beispielsweise ressourcenorientierte Verfahren, wie Tagebuchtechniken, imaginative Techniken oder körperorientierte Verfahren. Auf sozialer Ebene muss das Kind von einem sicheren Beziehungsnetz gestützt werden. Bei Gewaltverbrechen, wie sexuellem Missbrauch ist es entscheidend, dass kein Kontakt mehr zum/zur Täter/Täterin besteht, was sehr schwierig ist, wenn sexueller Missbrauch innerhalb der Familie passiert (vgl. LANDOLT und HENSEL, 2012, S.23f).

Die meisten Traumatherapien betrachten die Konfrontation mit dem Trauma im Rahmen der Therapie als essenziell. Eine erfolgreiche Behandlung ist nur dann möglich, wenn die traumatischen Erlebnisse im geschützten Rahmen der Therapie thematisiert werden. Die traumatherapeutischen Verfahren unterscheiden durch ihre Ansätze und Möglichkeiten der Traumabearbeitung (vgl. LANDOLT und HENSEL, 2012, S.25). Die Konfrontation mit dem Trauma in der Therapie setzt zwingend voraus, dass keine weitere Traumatisierung mehr stattfindet und das Kind oder der/die Jugendliche in Sicherheit ist und Unterstützung durch Bezugspersonen und die soziale Umwelt erhält. Nur so kann das Trauma als Teil der Vergangenheit wahrgenommen werden (vgl. LANDOLT und HENSEL, 2012, S.20f).

In der Integrationsphase wird der Fokus auf zukunftsbezogene Themen verlagert. Das Trauma und seine Folgen werden als Teil der individuellen Biografie integriert und eine zukunftsorientierte Perspektive unterstützt das Kind darin Entwicklungsaufgaben wieder aufzunehmen und sein Leben wieder aktiv in die Hand zu nehmen (vgl. LANDOLT und HENSEL, 2012, S.25).

### 2.7.3. Trauma-fokussierte kognitiv-behaviorale Therapie

Kognitive Verhaltensansätze wie die Trauma-fokussierte kognitiv-behaviorale Therapie (TF-KBT) haben sich bei der Behandlung von PTBS-Symptomen als wirksam erwiesen (vgl. SIGNAL et al., 2017, S.82). Es gibt eine Reihe von Studien, die die Wirksamkeit der TF-KBT bei Kindern im Alter von 3 bis 18 Jahren mit unterschiedlichen Traumaerfahrungen untersucht haben. Ein Großteil der Kinder war mehrfach traumatisiert. Die Studien zeigten deutlich, dass die TF-KBT sehr erfolgreich zur Behandlung der PTBS und anderen komorbiden Störungsbildern, wie Depression, Angst und Verhaltensauffälligkeiten eingesetzt werden kann und sogar anderen Therapieformen überlegen ist (vgl. LANDOLT und HENSEL, 2012, S.86).

Die TF-KBT ist ein wissenschaftlich geprüfetes Verfahren zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die nach traumatischen Erfahrungen Belastungssymptome entwickeln. Die Therapie umfasst in der Regel 12-16 wöchentlichen Sitzungen. In Tabelle 3 sind die Komponenten der TF-KBT dargestellt. Im Folgenden wird auf den Inhalt der einzelnen Behandlungskomponenten näher eingegangen.

**Tab.3:** Phasen der Trauma-fokussierten kognitiv-behaviorale Therapie

|   |  |
|---|--|
| 1 | Aufbau eines Rapports und Stabilisierung                   |
| 2 | Psychoedukation  |
| 3 | Affektbenennung und Affektregulation                       |
| 4 | Übung eines Entspannungsverfahrens                         |
| 5 | Traumaexposition, Traumanarrativ                           |
| 6 | Identifikation und Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen |
| 7 | Einübung alternativer Verhaltens- und Copingstrategien     |
| 8 | Abschluss  |

### *Aufbau eines Rapports und Stabilisierung*

Die Voraussetzung für die eigentliche Behandlung ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen dem/der Therapeut/Therapeutin und dem Kind. Das Kind muss sich verstanden fühlen und sich in der Anwesenheit des/der Therapeuten/Therapeutin sicher fühlen. Die Stabilisierung auf affektiver, körperlicher und sozialer Ebene ist eine wesentliche Grundvoraussetzung für die Traumabehandlung. Das Kind und die Eltern bzw. Bezugspersonen werden umfassend über die Therapie, die einzelnen Behandlungsschritte und Ziele informiert, um dann ihr informiertes Einverständnis geben zu können (vgl. LANDOLT und HENSEL, 2012, S.80).

### *Psychoedukation*

Teil der Stabilisierungsphase der TF-KBT ist eine ausführliche Psychoedukation von Kind und Eltern bzw. Bezugspersonen. Die Inhalte der Psychoedukation umfassen laut LANDOLT und HENSEL (2012, S.81) die „Erläuterung der Traumafolgestörungen und deren Symptome anhand der individuellen Befunde des Patienten“, die „Normalisierung und Entpathologisierung der Symptomatik“, „Allgemeine Informationen zum traumatischen Ereignis (Häufigkeit usw.)“ und die „Informationen zum Verlauf und zur Therapie von Traumafolgestörungen“.

### *Affektbenennung und Affektregulation*

Kinder die Traumatisierungen erlebt haben, zeigen häufig Schwierigkeiten in der Emotionsregulation. Es fällt ihnen schwer, Inhalt und Intensität ihrer Emotionen zu modulieren. In dieser Phase der Therapie wird das Kind darin unterstützt seine alltäglichen, sowie traumabezogenen Gefühle besser zu identifizieren und zu benennen. Mithilfe des/der Therapeuten/Therapeutin erlernt das Kind neue Emotionsregulationsstrategien. In weiterer Folge soll das Kind dazu ermutigt werden, die mit dem Trauma verbundenen Gefühle, wie Wut, Hass, Angst, Trauer erstmals zu benennen (vgl. LANDOLT und HENSEL, 2012, S.81f).

### *Übung eines Entspannungsverfahrens*

Da im Rahmen der Therapie Ängste auftreten können, hat es sich bewährt ein altersentsprechendes Entspannungsverfahren mit dem Kind einzuüben, auf welches das Kind in der späteren Phase der Traumaexposition selbstbestimmt zurückgreifen kann. Hier bieten sich beispielsweise Atemtechniken, progressive Muskelentspannung, Biofeedback oder imaginative Verfahren, wie Fantasiereisen an. Bei traumatisierten Kindern haben sich Atemtechniken und imaginative Übungen bewährt, während die Anwendung von passiven Entspannungsverfahren nicht empfohlen wird, da die Gefahr von Flashbacks und dissoziativen Zuständen besteht (vgl. LANDOLT und HENSEL, 2012, S.82f).

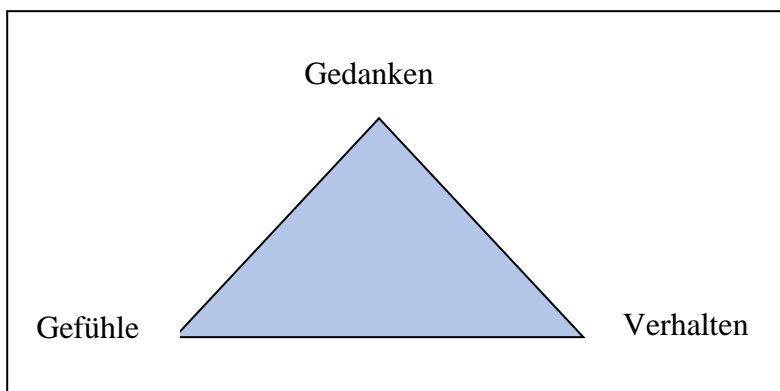
### *Traumaexposition und Traumanarrativ*

In dieser Phase geht es um eine ausführliche und detailgetreue Exploration des Traumas. Diese Behandlungsphase erstreckt sich über 3 bis 4 Sitzungen. Die Vermittlung von Sicherheit und Struktur seitens des/der Therapeuten/Therapeutin in dieser Phase ist von großer Wichtigkeit. Das Ziel dieser Behandlungsphase ist, dass ein möglichst ausführliches und detailgetreues Traumanarrativ erstellt wird. Hierbei sollte neben einer mündlichen Erzählung des Erlebten auch ein schriftlicher Bericht oder Zeichnungen, Skizzen, Bilderbücher usw. vom Kind erstellt werden. Die Methode wird altersentsprechend gewählt und bietet auch Freiheiten für persönliche Wünsche des Kindes. Der/Die Therapeut/Therapeutin unterstützt das Kind mit gezielten offenen Fragen sich auf Einzelheiten des traumatischen Erlebnisses zu konzentrieren und das Erlebte in Worte oder Bilder zu fassen. In der Regel wird ein graduiertes Vorgehen bei der Traumaexposition mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen gewählt. Dabei wird das Trauma erst auf sachlicher Ebene erzählt und aufgeschrieben und erst im zweiten Schritt durch traumabezogene Kognitionen und Emotionen ergänzt (vgl. LANDOLT und HENSEL, 2012, S.83).

### *Identifikation und Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen*

In dieser Behandlungsphase geht es um die dysfunktionalen Kognitionen, die sich in Folge der traumatischen Erfahrungen verfestigt haben. Aufbauend auf dem Traumanarrativ, wird das Kind zu seinen Bewertungen, Gedanken und Interpretationen im Zusammenhang mit dem

Trauma befragt. Über mehrere Sitzungen hinweg werden dann die dysfunktionalen Bewertungen mithilfe kognitiver Verfahren (z.B. Verfahren der Realitätsüberprüfung oder Selbstkontrollverfahren) bearbeitet. Das Kind lernt dysfunktionale Gedanken zu erkennen, sie zu stoppen und schließlich mit alternativen, positiven Gedanken zu ersetzen. Ein wichtiges Ziel dieses Behandlungsschrittes ist auch die Restrukturierung des negativ veränderten Selbstbildes des Kindes. Je nach Alter des Kindes, kann es auch sinnvoll sein das Konzept des kognitiven Dreiecks (siehe Abb.5) einzuführen und anhand dessen den Zusammenhang zwischen Gedanken und Gefühlen zu erklären (vgl. LANDOLT und HENSEL, 2012, S.84f).



**Abb.5:** Das kognitive Dreieck

#### *Einüben alternativer Verhaltens- und Copingstrategien*

In Abhängigkeit des identifizierten Problemverhaltens, werden mit dem Kind alternative Verhaltensweisen eingeübt. Gemeinsam mit dem Kind wird nach Alternativen zu ungünstigen Verhaltensstrategien gesucht. Das Kind lernt in dieser Phase, dass es auch auf die Regulation von stressauslösendem Problemverhalten ankommt (vgl. LANDOLT und HENSEL, 2012, S.85).

#### *Abschluss*

In der Abschlussphase geht es um die Verstärkung der Neubewertung der traumatischen Erfahrungen und der eingeübten Verhaltensstrategien, sowie um die Zusammenfassung wichtiger Therapieinhalte. Wie zu Beginn, wird auch eine gemeinsame Einheit mit den Eltern

bzw. Bezugspersonen geplant, in der Therapeut/Therapeutin und Kind über die vollbrachte Arbeit und die erreichten Ziele berichten. Wichtig ist auch der Hinweis, dass es unter bestimmten Umständen vorkommen kann, dass Symptome wieder auftreten, diese jedoch nicht überbewertet werden sollten und die in der Therapie erlernten Techniken angewendet werden können. Zur Überprüfung des Behandlungserfolges, wird empfohlen zum Abschluss der Therapie mithilfe eines standardisierten Verfahrens die posttraumatischen Symptome zu erheben (vgl. LANDOLT und HENSEL, 2012, S.85f).

### 3. Grundlagen der Mensch-Tier-Beziehung

#### 3.1. Die Biophilie-Hypothese

Die Beziehung zwischen Menschen und Tieren ist wohlmöglich so alt wie die Menschheitsgeschichte selbst. Nach OLBRICH (2003, S.69) ist die Biophilie „ein biologisch begründeter Prozess, der sich in der Stammesgeschichte entwickelt hat. Der Begriff beschreibt die Menschen inhärente Affinität zur Vielfalt von Lebewesen in ihrer Umgebung ebenso wie zu ökologischen Settings, welche die Entwicklung von Leben ermöglichen.“ Die Biophilie-Hypothese wurde 1984 von dem Verhaltensbiologen und Begründer der Soziobiologie Edward O. Wilson aufgestellt. Wilson (1984) und Kellert (1993) konnten auf Grundlage von Beobachtungen, Erfahrungen und Feldexperimenten belegen, dass Menschen ein Bedürfnis danach haben, mit anderen Lebensformen in Verbindung zu sein, sowohl mit der Vielfalt von Lebewesen als auch mit Landschaften und Ökosystemen (vgl. VERNOOIJ und SCHNEIDER, 2018, S.4f). Die physische, emotionale und kognitive Hinwendung zu Natur und Leben, haben nach Keller (1997) eine besondere Bedeutung für die Entwicklung und den Reifeprozess des Menschen (vgl. OLBRICH, 2003, S.70). Die evolutionäre Verbindung zwischen Menschen und der belebten und unbelebten Natur hat eine lange Geschichte. Daher vermutet OLBRICH (2003, S.185) „eine archaische Bereitschaft zur Wahrnehmung anderer Lebensprozesse“ und dass sich die Menschen in der Begegnung mit anderen Lebewesen und der Natur ihrer „archetypischen Kommunikations- und Interaktionsmöglichkeiten gewahr“ werden. Die starke Verbundenheit von Menschen zu Tieren und die positive und oft heilsame

Wirkung, die der Kontakt zu Tieren mit sich bringt, zeigt sich besonders in der heutigen Zeit der Urbanisierung und der rasanten technischen Entwicklung (vgl. VERNOOIJ und SCHNEIDER, 2018, S.5).

### 3.2. Die „Du-Evidenz“

Karl Bühler prägte den Begriff der „Du-Evidenz“ 1922. Der Begriff bezog sich auf den zwischenmenschlichen Bereich und bezeichnete die Fähigkeit eines Menschen, eine andere Person als Individuum wahrzunehmen und zu respektieren (vgl. VERNOOIJ und SCHNEIDER, 2018, S.7). Geiger (1931) und später auch Lorenz (1965) übertrugen das Konzept der „Du-Evidenz“ auf die Mensch-Tier-Beziehung. Eine wesentliche Rolle spielen dabei die persönlichen Erlebnisse mit einem anderen Lebewesen, sowie die subjektiven Einstellungen zu ihm und die authentischen Gefühle für den anderen. Dabei wirkt die Entwicklung von „Du-Evidenz“ vor allem auf der sozioemotionalen Ebene und bildet damit möglicherweise auch die Grundlage für die Fähigkeit Mitgefühl und Empathie für andere Lebewesen empfinden zu können. Du-Beziehungen gehen Menschen vor allem mit sozial lebenden Tieren, wie Hunden oder Pferden ein, da sie ähnliche emotionale und soziale Grundbedürfnisse haben (vgl. VERNOOIJ und SCHNEIDER, 2018, S.8).

### 3.3. Bindung

Die Ableitungen aus der Bindungstheorie von Beetz (2003) stellen eine Ergänzung zu den zwei schon vorgestellten Konzepten der Biophilie und der Du-Evidenz dar. Hierbei wird der Aspekt der Verbundenheit auf der Grundlage der Bindungstheorie erklärt. Nach der Bindungstheorie haben frühe Bindungserfahrungen einen wesentlichen Einfluss auf die sozioemotionale Entwicklung von Kindern. Die Art der Erfahrung früher Bindung ist die Basis für spätere Sozialbeziehungen, die Fähigkeit Emotionen wahrzunehmen, zu bewerten und situationsangemessen auszudrücken, sowie für die Entwicklung von Empathie und

sozialen Kompetenzen (vgl. VERNOOIJ und SCHNEIDER, 2018, S.10). Bindungserfahrungen werden in ein internes Arbeitsmodell der Bindungsrepräsentation integriert. Diese Bindungsrepräsentationen sind in der Regel sehr stabil, können aber durch bedeutsame Bindungserfahrungen oder kognitive, reflexive Bearbeitung verändert werden (vgl. BEETZ, 2003, S.78). BEETZ (2003, S.77) merkt an, dass „Menschen nicht nur zu anderen Personen, sondern auch zu Tieren tiefgehende Beziehungen aufbauen können, die vor allem hinsichtlich emotionaler und sozialer Bedürfnisse positive Auswirkungen haben.“ Menschen und Tiere stellen füreinander Bindungsobjekte dar und möglicherweise können positive Bindungserfahrungen mit einem Tier auf die soziale Situation mit Menschen übertragen werden. Dies bietet großes Potential für Bindungserfahrungen. Ungünstige Bindungsmuster könnten durch positive Bindungserfahrungen mit Tieren beeinflusst und modifiziert werden (vgl. VERNOOIJ und SCHNEIDER, 2018, S.11).

### 3.4. Die Bedeutung von Spiegelneuronen in der Mensch-Tier-Beziehung

Spiegelneurone sind Nervenzellen, die beim Beobachten eines Verhaltens die gleichen Aktivitätsmuster zeigen, wie wenn das Verhalten selbst ausgeführt wird. So wird es einem Individuum möglich, die Aktionen anderer zu simulieren und ihre Absichten nachzuvollziehen. Bisher wurde noch nicht erforscht, ob auch andere Säugetiere neben Primaten über ein Spiegelsystem verfügen. Sollte dies der Fall sein, so könnten Tiere mithilfe der Spiegelneurone Verhalten und möglicherweise auch Stimmungen des Menschen spiegeln. Menschen könnten dadurch den Eindruck bekommen, vom Tier verstanden zu werden. Auf dieser Basis könnte die Mensch-Tier-Beziehung intensiviert werden (vgl. VERNOOIJ und SCHNEIDER, 2018, S.12f).

### 3.5. Überblick über positive Tiereffekte auf den Menschen

Die Begegnung und der Kontakt mit Tieren haben eine Reihe von positiven Effekten auf physiologischer, psychologischer und sozialer Ebene. Das Bio-psycho-soziales



Wirkungsgefüge hilfreicher Tiereffekte nach Nestmann (1992) wird zur besseren Übersichtlichkeit tabellarisch dargestellt (siehe Tab.3) (vgl. OTTERSTEDT, 2003, S.66ff).

**Tab3:** Bio-psycho-soziales Wirkungsgefüge hilfreicher Tiereffekte nach Nestmann (1992) (vgl. OTTERSTEDT, 2003, S.66ff)

| Physische/physiologische Wirkungen   |  |
|--|--|
| <b>Senkung des Blutdrucks</b>  | Herzfrequenz, Puls- und Kreislaufstabilisierung (über Streicheln, reine Präsenz)   |
| <b>Muskelentspannung</b>   | Körperkontakt, entspannte Interaktion  |
| <b>Biochemische Veränderungen und neuro-endokrine Wirkungen</b>                | Schmerzverringerung, Beruhigung und euphorisierende Effekte durch Freisetzung von Beta-Endorphinen (Stabilisierung des Immunsystems) über erregungssenkendes Lachen/Spielen  |
| <b>Verbesserung von Gesundheitsverhalten</b>                                   | Allgemeine motorische Aktivierung, Bewegung an der frischen Luft/beim Spiel, Muskulaturtraining, Aktivierung der Verdauung, Anregung zur besseren Ernährung/Körperpflege, Reduzierung von Übergewicht/Alkohol- und Nikotingenuss, Förderung von Regelmäßigkeit/Tagesstruktur                 |
| <b>Praktische/technische Unterstützung</b>                                     | (insbesondere Servicetiere) Führung und Leitung (Blinde, Gehörlose), Schutz und Sicherheit, Arbeits-, Aufgabenerleichterung  |
| Mentale und Psychologische Wirkungen   |  |
| <b>Kognitive Anregung und Aktivierung</b>                                      | Lernen über Tiere und Tierhaltung, Anregung des Gedächtnisses (Tiernamen etc.), Austausch und Gespräch mit anderen Menschen  |
| <b>Förderung emotionalen Wohlbefindens</b>                                     | Akzeptiertwerden, Geliebtwerden, Zuwendung, Bestätigung, Trost, Ermunterung, Zärtlichkeit, Intensität, spontane Zuneigung und Begeisterung usw.  |
| <b>Förderung von positivem Selbstbild, Selbstwertgefühl, Selbstbewusstsein</b> | Konstante Wertschätzung, Erfahrung von Autorität und Macht, Bewunderung erfahren, Gefühl, gebraucht zu werden, Verantwortung übernehmen, Bewältigungskompetenz erleben usw.  |
| <b>Förderung von Kontrolle über sich selbst und die Umwelt</b>                 | Kontrollerfahrungen in Pflege, Versorgung, Führung und erreichtem Gehorsam, Erfordernis der Selbstkontrolle, Sensibilisierung für eigene Ressourcen, Zwang zu aktiver Bewältigung, Vermittlung von Bewältigungskompetenz und Kompetenzerfahrung, Zutrauen, Aufbau von Alltagsstrukturen usw. |

|  |   |
|--|---|
| <b>Förderung von Sicherheit und Selbstsicherheit, Reduktion von Angst</b>  | Unbedingte Akzeptanz, konstante und kontinuierliche Zuneigung, unkritische Bewunderung, unbedrohliche und belastungsfreie Interaktionssituation; Aschenputtel-Effekt (gleich wie unattraktiv, ungepflegt, hilflos, langsam usw.), einfache Welt (Füttern, Nahsein, Vertrautheit), psychologische Effekte, praktischer Schutz usw. |
| <b>Psychologische Stressreduktion, Beruhigung und Entspannung</b>          | Wahrnehmungs- und Interpretationsveränderung von Belastung, gelassener Stressbewertung, Trost und Beruhigung, Ablenkung, Relativierung von Konsequenzen, Umbewertung/Umbilanzierung von Ereignissen, Aufwertung kleiner Freuden usw.  |
| <b>Psychologische Wirkung sozialer Integration</b>                         | Erfüllung von Bedürfnissen nach Zusammensein, Geborgenheit, Erfahrung von Nähe, Gemeinsamkeit, nicht allein sein usw.   |
| <b>Regressions-, Projektions- und Entlastungsmöglichkeiten (Katharsis)</b> | Stilles Zuhören, Ermöglichen affektiver Entladung und offenen emotionalen Ausdrucks, Erinnerungsmöglichkeit, enttabuisierter Umgang, Identifikationsmöglichkeit und Projektionsfläche usw.  |
| <b>Antidepressive Wirkung, antisuizidale Wirkung</b>                       | Siehe auch zum Beispiel Zusammensein und Gemeinsamkeit, Vertrauen und Vertrautheit, sicherer Halt und emotionale Zuwendung, Umbewertung von Belastung, Trost und Ermutigung, Förderung von Aktivität, Verantwortung, Bezogenheit und Verbundenheit, Freude, Lebendigkeit, Spontanität und Spaß erleben.                           |
| <b>Soziale Wirkungen</b>   |   |
| <b>Aufhebung von Einsamkeit und Isolation</b>                              | Tierkontakt selbst, Förderung von Kontakten/Kontaktvermittlung und sozialer Katalysator, Herstellung von Kontakt/Eisbrecher   |
| <b>Nähe, Intimität und Körperkontakt</b>                                   | Erleben von Beziehungen und Verbundenheit   |
| <b>Streitschlichtung, Familienzusammenhalt</b>                             | Vermittlung von Gesprächsstoff und Zusammengehörigkeit  |
| <b>Vermittlung von positiver sozialer Attribution</b>                      | Sympathie, Offenheit, Unverkramptheit   |

## 4. Tiergestützte (Trauma-)Therapie

### 4.1. Definitionen

Tiere werden seit den 1960er Jahren in psychotherapeutische Prozesse mit eingebunden. Als Begründer der tiergestützten Psychotherapie gilt der Kinderpsychiater Boris Levinson, der die Wirkung seines Hundes auf einen Patienten beobachtete (LADNER und BRANDENBERGER, S.1).

Nach der European Society of Animal Assisted Therapy (ESAAT) (2011) umfasst tiergestützte Therapie „bewusst geplante pädagogische, psychologische und sozialintegrative Angebote mit Tieren für Kinder, Jugendliche, Erwachsene wie ältere Menschen mit kognitiven, sozial-emotionalen und motorischen Einschränkungen, Verhaltensstörungen und Förderschwerpunkten. Sie beinhaltet auch gesundheitsfördernde, präventive und rehabilitative Maßnahmen. Tiergestützte Therapie findet im Einzel- und Gruppensetting statt. Basis der tiergestützten Therapie ist die Beziehungs- und Prozessgestaltung im Beziehungsdreieck KlientIn - Tier - Bezugsperson. Tiergestützte Therapie beinhaltet Methoden, bei denen KlientInnen mit Tieren interagieren, über Tiere kommunizieren oder für Tiere tätig sind. Die Durchführung erfolgt zielorientiert anhand einer klaren Prozess- und Themenorientierung unter Berücksichtigung tierethischer Grundsätze mit anschließender Dokumentation und fachlich fundierter Reflexion.“

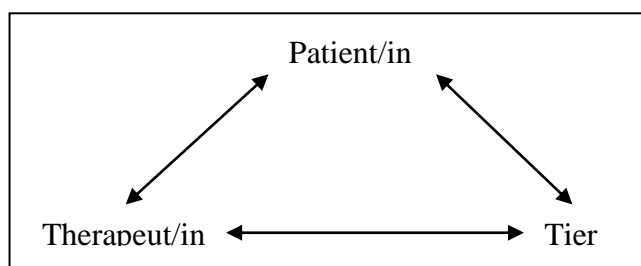
Weiter definiert die ESAAT (2011) folgende allgemeine Ziele der tiergestützten Therapie:

- die körperlichen, kognitiven und emotionalen Funktionen wiederherzustellen und zu erhalten,
- die Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Durchführung von Aktivitäten und Handlungen zu fördern,
- das Einbezogenheit in die jeweiligen Lebenssituation zu fördern und
- das subjektive Wohlbefinden zu verbessern.

VERNOOIJ und SCHNEIDER (2018, S.44) definieren die Tiergestützte Therapie wie folgt: „Unter Tiergestützter Therapie werden zielgerichtete Interventionen im Zusammenhang mit Tieren subsumiert, welche auf der Basis einer sorgfältigen Situations- und Problemanalyse sowohl das Therapieziel als auch den Therapieplan unter Einbezug eines Tieres festlegen. Sie sind auf eine gezielte Einwirkung auf bestimmte Leistungs- und/oder Persönlichkeitsbereiche, oder auf die umfassende Be- und Verarbeitung von konfliktreichem Erleben ausgerichtet. Sie werden durchgeführt von therapeutisch qualifizierten Personen, die je nach Therapiekonzept das spezifisch trainierte Tier als integralen Bestandteil in die Behandlung einbeziehen. Ziel der Tiergestützten Therapie ist die Verhaltens-, Erlebnis- und Konfliktbearbeitung zur Stärkung und Verbesserung der Lebensgestaltungskompetenz.“

#### 4.2. Warum ist tiergestützte Therapie sinnvoll?

Gerade weil Tiere eine Bandbreite an positiven Wirkungen auf den Menschen haben, können sie einen großen Mehrwert in therapeutischen Prozessen darstellen. In der Therapie entsteht dann ein triangulärer Beziehungsaufbau (siehe Abb.6). Alle Akteure des Beziehungsdreiecks interagieren miteinander und Interaktion findet in mehrere Richtungen statt. Die Grundlage der tiergestützten Therapie bildet die Beziehung zwischen dem/der Therapeuten/Therapeutin und dem Tier, sodass der/die Therapeut/Therapeutin als gutes Vorbild dient (vgl. LADNER und BRANDENBERGER, 2020, S.12).



**Abb.6:** Beziehungsdreieck

Tiere nehmen in der Therapie eine Brücken- oder Eisbrecherfunktion zwischen Therapeut/Therapeutin und Klient/Klientin ein. Das bedeutet, dass der/die Klient/Klientin

über das Tier auch mit dem/der Therapeuten/Therapeutin in Kontakt tritt und in weiterer Folge eine Beziehung zwischen Therapeut/Therapeutin und Klient/Klientin aufgebaut wird. Über das Therapietier kann der/die Therapeut/Therapeutin das Vertrauen des/der Klienten/Klientin gewinnen (vgl. VERNOOIJ und SCHNEIDER, 2018, S. 189f). Emotionale und soziale Kompetenzen werden durch die Bindung zum Tier im Rahmen einer Therapie gefördert. Dies bildet die Grundlage zur Bildung neuer internaler Arbeitsmodelle über Beziehungen zu anderen Menschen. Zu Beginn der Therapie fällt nach BEETZ (2003, S.84) „der Aufbau eines sicheren Arbeitsmodells zu einem zuverlässigen Therapietier leichter als eine direkte Veränderung des internalen Arbeitsmodells von Beziehungen zu Menschen.“

Des Weiteren ist ein klientenzentrierter Ansatz, das heißt die Erfahrung von Empathie, Kongruenz und bedingungsloser positiver Zuwendung, für eine erfolgreiche Therapie wichtig. Hunde beispielsweise „arbeiten“ von Natur aus klientenzentriert. Der Hund gibt bedingungslos positive Zuwendung, ohne zu bewerten oder zu urteilen. Auf das menschliche Verhalten geben Hunde eine direkte, unverfälschte und kongruente Rückmeldung (vgl. LADNER und BRANDENBERGER, S.24). Tiere zeigen Zuneigung unabhängig von Normen und Wertvorstellungen, die in der gesellschaftlichen Kommunikation oft vorherrschen. Damit vermitteln sie dem Menschen uneingeschränkte Akzeptanz, welche eine wesentliche Rolle für die gesunde emotionale Entwicklung spielt. Tiere reagieren prompt und unverfälscht auf das nonverbale Verhalten. Der Mensch weiß durch diese direkte Rückmeldung, dass er sich im Kontakt mit dem Tier nicht verstellen kann oder muss (vgl. BEETZ, 2003, S.82). Das Tier ist mit seiner ehrlichen Reaktion auf das menschliche Verhalten ein sicherer und in seinem Verhalten kontingenter Interaktionspartner, der eingeschätzt werden kann. Tiere können besonders für Kindern, die sexuellen Missbrauch erlebt haben und häufig eine unsichere Bindung zu ihren Bezugspersonen haben, bedeutende Beziehungspartner sein und als sicherer Bezugspunkt fungieren (vgl. BEETZ, 2003, S.82f). Tiere geben Zuwendung und Sicherheit und spenden Trost, wodurch mithilfe des Therapietieres auch in der Therapie ein sicherer Ort geschaffen werden kann.

Tiere fungieren als Angst- und Spannungsminderer in der Therapie. Hormonelle Untersuchungen haben gezeigt, dass eine Oxytocin-Ausschüttung beim Streicheln eines Hundes Stress entgegenwirkt, indem der Cortisolspiegel sinkt. Somit kann Entspannung

stattfinden, was besonders in der Traumatherapie von großem Nutzen sein kann. In positiven Interaktionen zwischen Mensch und Tier spielt Oxytocin eine besondere Rolle, da Vertrauen entsteht und Stress und Angst gemindert werden (vgl. LADNER und BRANDENBERGER, 2020, S. 22).

## 5. Tiere in der Therapie von Kindern und Jugendlichen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen

Eine Möglichkeit, um Kinder und Jugendliche stärker für eine Therapie zu motivieren, ist die tiergestützte Therapie. Diese ist zielorientiert, geplant und strukturiert und kann durch speziell ausgebildete Fachkräfte durchgeführt werden. Eine tiergestützte Therapie kann traditionelle Therapieansätze ergänzen und einen Mehrwert für die Entwicklung der Therapie und den erfolgreichen Therapieabschluss bieten. Tiere haben auf uns Menschen eine Reihe von hilfreichen Effekten, die sich in physische/physiologische Wirkungen, mentale und psychologische Wirkungen und soziale Wirkungen klassifizieren lassen (vgl. OTTERSTEDT, 2003, S.66f). Zu Beginn der Therapie können Tiere vor allem als „Eisbrecher“ fungieren und durch ihre beruhigende Wirkung eine Verringerung der Erregungssymptome der Kinder herbeiführen. Es zeigte sich, dass die Interaktion mit einem Tier die Selbstregulierung erleichtert, sowie eine positive Selbstwahrnehmung fördert. Das Kind bekommt zudem die Gelegenheit mit dem Tier über beschämende oder sensible Themen zu sprechen (vgl. SIGNAL et al., 2017, S.83). Mithilfe der tiergestützten Interventionen können Akzeptanz und ein sicheres Vertrauensumfeld geschaffen werden, was besonders wichtig ist bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die sexuellen Missbrauch erlebt haben (vgl. DIETZ et al., 2012, S.667). Der Einbezug von Therapietieren in die Behandlung, kann die Entwicklung einer guten Therapeut-Patienten-Beziehung erleichtern, was wiederum zu einem erfolgreichen Therapieabschluss beitragen kann. Ein schwer zu motivierendes Kind kann es einfacher finden sich mit einem Tier zu beschäftigen und es dann auf die Beziehung mit dem/der Therapeuten/Therapeutin zu übertragen (vgl. KEMP et al., 2014, S.559).

In der Studie von Kemp et al. (2014) zeigte sich eine signifikante Verringerung der Symptome von Depressionen, Angstzuständen, unerwünschten Verhaltensweisen und Traumata nach Abschluss eines pferdegestützten Programms für Kinder und Jugendliche, die sexuellen Missbrauch erlebt haben. Diese Effekte waren unabhängig von Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit (vgl. KEMP et al., 2014, S.564).

Der Einsatz von Tieren ist nicht nur in der Einzeltherapie sinnvoll, sondern kann auch in Gruppensettings den Therapieprozess verbessern. So zeigte die Studie von Dietz et al. (2012), dass Symptome wie Angstzustände, Depressionen, Wut, PTBS, Dissoziation und sexuelle Bedenken bei den Gruppen, die mit Hund arbeiteten, sich signifikant verringerten. Die Hunde schufen in den Gruppen eine Umgebung von Wärme, Akzeptanz, Sicherheit und Empathie, in der die Kinder sich öffnen und über den Missbrauch sprechen konnten (vgl. DIETZ et al., 2012, S.668). Eine frühzeitige und wirksame Behandlung ist besonders wichtig, um die negativen Folgen eines sexuellen Missbrauchs für die Opfer möglichst gering zu halten. Die tiergestützte Therapie kann verschiedene Arten von Therapien ideal ergänzen und zu einem guten Therapieerfolg verhelfen (vgl. DIETZ et al., 2012, S.679).

## 6. Der Hund als Therapietier

Die Beziehung zwischen Mensch und Hund ist eine ganz besondere Beziehung, die eine lange Geschichte hat. Hunde sind dem Menschen in ihrem Bedürfnis nach sozialer Interaktion sehr ähnlich. Sie haben ebenso wie der Mensch die Fähigkeit, individuelle Bindungen einzugehen und können sich gefühlsmäßig und im Verhalten auf das Gegenüber einstellen. Des Weiteren verfügen Hunde, ebenso wie wir über die Fähigkeit soziales Lernen zu vollziehen und Regeln zu befolgen (vgl. LADNER und BRANDENBERGER, 2020, S.21).

Die Grundlage für einen gelingenden Einsatz des Hundes ist die Beziehung zwischen Therapeut/Therapeutin und Hund.

Es gibt unterschiedliche Meinungen darüber, ob Hunde eine Ausbildung durchlaufen sollten, bevor sie in die Psychotherapie mit eingebunden werden. Einigkeit besteht jedoch in Bezug auf die Eigenschaften, die der Therapiehund mitbringen sollte. Der Hund sollte in erster Linie

sehr menschenfreundlich sein und den Kontakt und auch die körperliche Nähe zu Menschen (auch fremden Menschen) genießen. Bei Stress reagiert der Therapiehund nicht aggressiv, sondern zieht sich zurück (vgl. LADNER und BRANDENBERGER, 2020, S.67). Weitere wichtige Voraussetzungen für den Einsatz in der Therapie sind die Kommandosicherheit und Kontrollierbarkeit, die physische und charakterliche Eignung des Hundes, seine Sympathie- und Vertrauensbildungsfähigkeit, die Einschätzbarkeit und Zuverlässigkeit des Hundes, sowie die Orientierung an seinem/seiner Besitzer/Besitzerin (vgl. VERNOOIJ und SCHNEIDER, 2018, S.105ff).

Nicht zu vergessen ist, dass auch der Therapiehund durch die intensive und oft sehr belastende Traumakonfrontation, sowie auch durch auftauchende Ängste der Kinder bzw. Jugendlichen belastet wird. Hier müssen nach den Sitzungen ausführliche Spiel- und Auslaufzeiten mit dem Hund eingeplant werden. Ebenso ist es Teil der Vorbereitung Alternativ-Übungen ohne Hund zur Hand zu haben für den Fall, dass es dem Tier nicht gut geht oder wenn es sich zurückziehen möchte.



## B. Praktischer Teil

## 7. Konzept: Hundeeinsatz in der Trauma-fokussierten kognitiv-behavioralen Therapie von Kindern und Jugendlichen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen

### 7.1. Idee

Das vorliegende Konzept bietet Vorschläge und Anregungen, wie ein Hund in ein traumatherapeutisches Verfahren miteinbezogen werden kann. Der Einbezug des Hundes in die Trauma-fokussierte kognitiv-behaviorale Therapie ist besonders gut realisierbar, da die Behandlungskomponenten und die Methoden der TF-KBT flexibel und anpassbar sind. Solange die grundlegenden Ziele jeder Behandlungsphase erfüllt werden, ist die Kreativität des/der Therapeuten/Therapeutin durchaus erwünscht (vgl. DR. ROSNER, 2017). Die Behandlungsphasen des vorgestellten Konzeptes richten sich nach den Phasen der TF-KBT. Geplant sind je nach individuellem Bedarf 17-19 Sitzungen

Die Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche im Alter von 3-18 Jahren, die sexuellen Missbrauch erlebt haben und an einer PTBS-Symptomatik und/oder anderen traumabezogenen Problemen leiden. Sexueller Missbrauch gehört zu den schwerwiegendsten Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen, besonders dann, wenn er über lange Zeit andauert und innerhalb der Familie passiert. Dadurch ergeben sich besondere Aspekte, die in der Therapie Beachtung finden sollten, wie die ungünstigen Bindungsrepräsentationen und sexualisiertes Verhalten. Der Einbezug des Hundes ist auch in der Therapie anderer Traumatisierungen sinnvoll. Die Interventionen mit dem Hund, sowie die therapeutischen Inhalte müssen dann stellenweise entsprechend angepasst werden.

Der Hund wird die einzelnen Behandlungsphasen miteingebunden und kann bei jeder Sitzung anwesend sein. Der Hund wird vor allem in der Stabilisierungsphase stark einbezogen und soll dem Kind als zusätzlicher sicherer Anker während der Traumaexposition zur Seite stehen. Im Folgenden wird genauer darauf eingegangen, wie der Hund in den einzelnen Behandlungskomponenten der Therapie unterstützen kann.

## 7.2.Ziele

Der Einbezug des Hundes in die TF-KBT bietet eine Unterstützung für die Behandlungsphasen der Traumatherapie. Für eine gelingende Therapie ist die therapeutische Beziehung zentral. Hierbei kann der Hund eine Brücken- und Eisbrecherfunktion einnehmen, d.h. über den Bindungsaufbau zum Hund, kann das Kind schnelles Vertrauen zum/zur Therapeut/Therapeutin fassen. Der Hundeeinsatz in der Therapie von Kindern und Jugendlichen, die sexuellen Missbrauch erlebt haben hat vor allem auch das Ziel positive Bindungserfahrungen, sowie Sicherheit und Stabilität zu schaffen, um möglichst gut auf die Traumaexposition vorbereitet zu sein. Weitere Ziele der TF-KBT, wobei die Einbindung des Hundes einen großen Mehrwert bieten kann, sind folgende:

- Emotions- und Verhaltensregulation
- Selbstwirksamkeit fördern
- Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen
- Reduktion der PTBS-Symptome und komorbider Störungsbilder
- Integration der traumatischen Erfahrungen in die eigene Biografie
- Hoffnungsvolle Zukunftsaussichten

## 7.3.Voraussetzungen

Um eine traumafokussierte Psychotherapie überhaupt durchführen zu können, muss der/die Therapeut/Therapeutin über eine fachspezifische Ausbildung und entsprechende Aus- und Weiterbildungen verfügen. Der/Die Therapeut/Therapeutin sollte über die Fähigkeit verfügen, Persönlichkeitsmerkmale, Motive und Gefühle des/der Klienten/Klientin zu erkennen und ihm/ihr mit Empathie zu begegnen. Um ein qualitatives und seriöses Angebot für tiergestützte Therapie anbieten zu können, ist eine umfassende Ausbildung unbedingt erforderlich. Da

der/die Therapeut/Therapeutin die Verantwortung für das Wohlergehen und die Sicherheit von Tier und Klient/Klientin hat, ist es besonders wichtig, dass er/sie über ein umfangreiches Wissen über artgerechte Haltung und Kommunikation und Interaktion mit dem Tier verfügt. Der/Die Therapeut/Therapeutin muss in der Lage sein, Stresszeichen bei seinem/ihrem Hund zu erkennen. Eine partnerschaftliche, intensive, positive und konstante Beziehung zwischen dem/der Therapeuten/Therapeutin und seinem/ihrem Hund ist die Basis für einen gelingenden Einsatz in der Therapie (vgl. LADNER und BRANDENBERGER, 2020, S.65f).

Auch das Therapietier sollte bestimmte Anforderungen erfüllen, damit der Einsatz in der Therapie für alle Beteiligten einen Mehrwert hat. Auf die grundlegenden Voraussetzungen beim Hund wurde schon in Kap. 6 genauer eingegangen.

Das Setting sollte der jeweiligen Behandlungsphase angepasst sein. Zu Beginn der Therapie empfiehlt sich ein sicherer und ruhiger Ort, wo später auch die Traumabearbeitung stattfinden kann und wo auch der Hund seine Rückzugsmöglichkeiten hat. In der Integrationsphase kann man das Setting auch ausweiten und Übungen nach draußen (z.B. Garten) verlagern, wenn das Wetter und die gegebenen Möglichkeiten es zulassen.

Vor Therapiebeginn sind unbedingt medizinische Kontraindikationen, wie Allergien oder schwere Krankheiten abzuklären. Für Kinder und Jugendliche, die große Angst vor Hunden haben oder auch kein Interesse am Kontakt mit dem Hund haben, ist der Einsatz des Hundes in der Therapie nicht zu empfehlen.

Die Therapie generell ist nicht indiziert, wenn das Kind oder der/die Jugendliche keine bedeutsamen Belastungssymptome zeigt, intellektuell oder neurokognitiv so stark beeinträchtigt ist, dass es ihm/ihr unmöglich ist von der Traumatherapie zu profitieren und es/er/sie in anderen Problembereichen noch nicht ausreichend stabilisiert ist (z.B. unmittelbare Gefährdung, aggressives Problemverhalten, Suizidalität, problematischer Substanzmissbrauch) (vgl. DR. ROSNER, 2017).

## 7.4.Ethische Aspekte

Der/Die Therapeut/Therapeutin hat die Verantwortung für die Bedürfnisse, die Sicherheit, sowie das physische und psychische Wohlergehen des Hundes Sorge zu tragen und den Hund vor Übergriffen seitens des Kindes zu schützen. Es muss darauf Acht gegeben werden, dass der Kontakt vom Hund zum Kind immer freiwillig geschieht und dass sich der Hund zurückziehen darf, wann er möchte (vgl. LADNER und BRANDENBERGER, 2020, S.75). Der Rückzug und Kontaktabbruch vom Hund muss akzeptiert vom Kind werden. Der/Die Therapeut/Therapeutin hat die Aufgabe dies altersentsprechend mit dem Kind zu besprechen. Hier bietet es sich an, dass gleich von Beginn an, gemeinsam mit dem Kind Regeln ausformuliert werden, an die es sich im Kontakt mit dem Hund und in der Therapie halten muss. Der Einsatz des Hundes in der Therapie ist nur dann gerechtfertigt, wenn sich durch den Einsatz für das Kind, den Therapieverlauf, sowie auch für den Hund ein Mehrwert ergibt. Der/Die Therapeut/Therapeutin ist in seinem/ihrem achtsamen und respektvollen Umgang mit dem Hund auch ein Vorbild für das Kind. Laut LADNER und BRANDENBERGER (2020, S.76) zeigt sich ein achtsamer Umgang mit dem Hund in folgenden Punkten:

- gewaltfrei mit dem Hund umgehen
- Wissen über Hundeverhalten und Bedürfnisse von Hunden haben
- hundegerechte Kommunikation pflegen
- Stresszeichen kennen
- für den Hund sorgen, Entspannung und Rückzug ermöglichen
- die Persönlichkeit des Hundes kennen und achten

## 7.5.Vorbereitung

Bevor mit der Traumatherapie begonnen wird, erfolgt eine umfassende Diagnostik und Abklärung, ob die Traumatherapie überhaupt indiziert ist. Dafür werden anamnestiche Informationen sowie die aktuellen familiären und schulischen Bedingungen erhoben und eine

Traumaaanamnese in Selbst- und Fremdauskunft mithilfe eines Screening-Verfahrens durchgeführt (vgl. DR. ROSNER, 2017). Wenn aufgrund der Diagnostik eine Entscheidung für die tiergestützte Traumatherapie getroffen wird, werden Kind und Eltern bzw. Bezugspersonen umfassend über den Behandlungsablauf, die Ziele, sowie den Einbezug des Hundes und die Regeln im Umgang mit dem Tier informiert. Die Eltern bzw. Bezugspersonen und auch das Kind müssen dann ihr Einverständnis mit der Therapie geben, welches dann in einer Art „Vertrag“ festgehalten wird, um eine Verbindlichkeit zu schaffen. Dieser „Vertrag“ wird auch mit dem Kind geschlossen, welches damit zusagt, aktiv in der Therapie mitzuwirken. Es ist von Vorteil, wenn der Hund schon beim Erstgespräch und der Diagnostik anwesend ist. Die Präsenz des Hundes kann dem Kind helfen seine anfänglichen Ängste in der neuen Umgebung und vor dem/der Therapeuten/Therapeutin zu überwinden. Der Kontakt zum Hund kann beruhigend und Angst mindernd auf das Kind wirken (vgl. VERNOOIJ und SCHNEIDER, 2018, S.191).

Vor Therapiebeginn werden klare Ziele formuliert und festgehalten. Das Konzept und die Interaktionen mit dem Hund werden auf die individuellen Bedürfnisse und das Alter des Kindes angepasst.

In der Vorbereitung sollte auch ein Alternativplan für Übungen und Aufgaben ohne Hund erarbeitet werden, für den Fall, dass der Hund einmal ausfällt oder Stress signalisieren, sodass die Interaktionen mit dem Hund abgebrochen werden müssen. Um das Wohlergehen und die Sicherheit aller zu gewährleisten, ist es wichtig einen Ruheplatz für den Hund einzurichten, auf den er sich zurückziehen kann. Dem Kind sollte von Anfang an erklärt werden, dass der Hund auf seinem Ruheplatz nicht gestört werden darf. Hierbei lernt das Kind auch die Grenzen anderer zu respektieren und zu akzeptieren. Der Ruhebereich des Hundes sollte so eingerichtet sein, dass sich der Hund dort aus dem Therapiegeschehen zurückziehen kann und vor möglichen Übergriffen des Kindes geschützt ist. Zusätzlich sollte im Therapieraum eine weitere Liegefläche für den Hund eingerichtet werden, die als Kontaktzone gilt, wo das Kind mit dem Hund in Kontakt treten darf. Die Ausrüstung für die Interaktionen mit dem Hund, wie Spielzeuge, sowie Bürsten und Fellhandschuhe für die Fellpflege, sollten im Therapieraum schnell griffbereit sein (vgl. LADNER und BRANDENBERGER, 2020, S.80f).

## 7.6. Einbezug des Hundes in den einzelnen Phasen der Traumatherapie

### 7.6.1. Stabilisierungsphase

#### 7.6.1.1. Beziehungsaufbau

Da gerade bei Kindern und Jugendlichen, die sexuellen Missbrauch erlebt haben auch häufig Bindungstraumatisierungen vorliegen, wird der Phase des Beziehungsaufbaus besondere Beachtung geschenkt. Der/Die Therapeut/Therapeutin sollte in dieser Phase geduldig sein und sich Zeit nehmen, um eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen und einen sicheren Rahmen für die Therapie zu schaffen. Dies bildet die Grundlage für die weiteren Behandlungskomponenten. Die Schaffung einer emotionalen Bindung, gegenseitiges Vertrauen und Zuversicht sind dabei wichtig für die therapeutische Beziehung und den Therapieerfolg.

Der Hund hat in dieser Phase einen besonderen Stellenwert. Durch den Bindungsaufbau zum Hund kann das Kind korrigierende Beziehungserfahrung machen und in weiterer Folge eine Beziehung zum/zur Therapeuten/Therapeutin aufbauen. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass wieder sichere Bindungsmuster etabliert werden können (vgl. LADNER und BRANDENBERGER, 2020, S.92). Der Hund ist besonders unterstützend bei der Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut/Therapeutin und Kind und fungiert hier als „Eisbrecher“.

In der ersten Sitzung werden dem Kennenlernen und Bindungsaufbau zwischen Kind und Hund viel Raum gelassen. Bindungsfördernde Spiele, wie gemeinsam bestandene Abenteuer und Herausforderungen oder gemeinsam gelöste Aufgaben, vertiefen die Bindung.

Die ersten beiden Sitzungen konzentrieren sich verstärkt auf den Aufbau einer vertrauensvollen, wertschätzenden Beziehung im Beziehungsdreieck Kind-Hund-Therapeut/in, damit Vertrauen und Commitment des Kindes gefördert werden. Die Intensivierung und Festigung der Beziehung, sowie das Etablieren sicherer Bindungsmuster spielen allerdings auch in den weiteren Behandlungsphasen eine grundlegende und wichtige

Rolle. In Tabelle 4 werden verschiedene Möglichkeiten für den Einsatz des Hundes beim Beziehungsaufbau aufgezeigt.

**Tab.4:** Ideen für Interventionen mit dem Hund in der Phase Beziehungsaufbau

| <b>Intervention</b>                       | <b>Material</b>  | <b>Durchführung</b>  | <b>Ziel/e</b>  |
|---|--|--|--|
| Verhaltensbeobachtung                     | -  | Das Kind beobachtet den Hund im Spiel mit dem/der Therapeut/in   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hundeverhalten lernen</li> <li>• Spielregeln mit dem Hund kennenlernen</li> </ul>               |
| Füttern aus der Hand oder mit Hilfsmittel | Leckerlis, Holzlöffel  | Das Kind gibt dem Hund ein Leckerli aus der Hand oder über den Holzlöffel  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertrauen fassen</li> <li>• in Kontakt kommen</li> </ul>  |
| Fellpflege                                | Diverse Bürsten  | Das Kind bürstet und kämmt das Fell des Hundes mit einer beliebigen Bürste   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertrauen</li> <li>• Fürsorge</li> <li>• Verantwortung</li> </ul>                               |
| Kontaktliegen                             | -  | Der Hund sitzt oder liegt nah am Kind, sodass Körperkontakt besteht  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entspannung und Beruhigung</li> <li>• Nähe</li> <li>• Bindung</li> </ul>                        |
| Wühlkiste für den Hund vorbereiten        | große Kiste, Zeitungen, gesammelte, Tannenzapfen, Klopapierrollen etc. | Gemeinsam mit dem Kind wird eine Wühlkiste für den Hund vorbereitet, in der Leckerlis versteckt werden, die der Hund dann suchen soll. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fürsorge</li> </ul>   |
| Parcours laufen                           | Hütchen, Kriechtunnel, Hürden  | Das Kind kann sich einen Parcours überlegen und aufbauen, den es gemeinsam mit dem Hund durchläuft                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeinsame Herausforderung</li> <li>• Bindung vertiefen</li> <li>• Selbstwirksamkeit</li> </ul> |

#### 7.6.1.2. Psychoedukation

In der Phase der Psychoedukation werden sowohl das Kind als auch die Eltern bzw. Bezugspersonen über das traumatische Ereignis, dessen Folgen und die Behandlung aufgeklärt. Die Psychoedukation enthält spezifische Informationen über sexuellen



Missbrauch, dessen Formen, wieso und von wem er begangen wird. Die Gefühle, die nach einem sexuellen Missbrauch auftreten, werden normalisiert und es wird ganz deutlich gemacht, dass nicht das Kind die Schuld daran hat. Das klare und richtige Benennen von Körperteilen und das altersgerechte Thematisieren von Sexualität und Sexualaufklärung ist wichtig, um dem Kind Informationen über eine gesunde Sexualität zu vermitteln. Teil der Psychoedukation sollte auch das Herausarbeiten von Ressourcen und Stärken sein. Die Ressourcenaktivierung als Vorbereitung auf die Traumakonfrontation ist notwendig, damit sich das Kind psychisch stark und sicher fühlt, um sich seiner Angst zu stellen.

Die Anwesenheit des Hundes kann in dieser Phase, in der Themen angesprochen werden, die sehr unangenehm sind, beruhigend wirken und Ängste reduzieren.

**Tab.5:** Ideen für Interventionen mit dem Hund in der Phase der Psychoedukation

| <b>Intervention</b>                      | <b>Material</b>                                      | <b>Durchführung</b>   | <b>Ziel/e</b>   |
|--|--|---|---|
| Körperteile von Hund und Mensch benennen | Bilder verschiedener Körperteile von Mensch und Hund | Die auf den Bildern gezeigten Körperteile werden vom Kind benannt         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lernen der richtigen Benennung von Körperteilen</li> </ul>                       |
| Kontaktliegen                            | -  | Während belastende Themen besprochen werden, liegt der Hund nah beim Kind | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entspannung und Beruhigung</li> <li>• Vertrauen</li> <li>• Entlastung</li> </ul> |

### 7.6.1.3. Affektbenennung und Affektregulation

Besonders Kindern und Jugendlichen, die mehrfachen sexuellen Missbrauch innerhalb der Familie erlebt haben stehen aufgrund der erfahrenen Bindungstraumatisierungen keine bzw. wenige Ressourcen zu Verfügung, die eigenen Gefühle zu verstehen und sie zu regulieren. Im ersten Schritt, wird daher mit dem Kind das Erkennen und Benennen von Gefühlen geübt. Hierbei kann der Hund eine gute Unterstützung bieten, indem mit dem Kind gemeinsam überlegt wird, wie sich der Hund in bestimmten Situationen fühlt und wie er seine Gefühle

zum Ausdruck bringt. Zum Benennen und Identifizieren von Gefühlen können Bilderbücher, das Darstellen von Gefühlen mit Bildern und Farben oder auch Spiele, in denen Emotionsausdrücke erraten werden herangezogen werden. Auch das Benennen und Verstehen von traumabezogenen Gefühlen ist hier sehr wichtig, wobei der/die Therapeut/Therapeutin die Aufgabe hat, die negativen Gefühle auf belastende Situationen zu normalisieren. Am Beispiel Hund kann man zusammen mit dem Kind erarbeitet, dass belastende Gefühle in bestimmten Situationen normal sind, so hat auch der Hund Angst, ist mal wütend oder traurig.

In weitere Folge wird das Kind darin unterstützt Regulationsmöglichkeiten aufzubauen. Mit dem Kind wird erarbeitet verschiedene Gefühlsintensitäten zu unterscheiden und Gefühle in verschiedenen Situationen in angemessener Art und Weise auszudrücken. Es werden grundlegende Fertigkeiten vermittelt, wie das Kind Emotionen ausdrücken und regulieren kann. Bei der Einschätzung der Intensität von Gefühlen in verschiedenen Situationen, hilft ein vorbereitetes „Gefühlsthermometer“, womit das Kind angeben kann, wie intensiv es ein Gefühl in verschiedenen Situationen verspürt. Für den besseren Umgang mit belastenden Gefühlen, werden die Entspannungsverfahren mit dem Kind eingeübt (vgl. DR. ROSNER, 2017). Tabelle 6 beinhaltet Ideen für den Einsatz des Hundes in dieser Behandlungsphase.

**Tab.6:** Ideen für Interventionen mit dem Hund in der Phase der Affektbenennung und Affektregulation

| <b>Intervention</b>   | <b>Material</b>  | <b>Durchführung</b>  | <b>Ziel/e</b>  |
|---|--|--|--|
| „Was brauche ich, um mich wohlzufühlen?“<br>„Was braucht der Hund, um sich wohlzufühlen?“ | Bildkarten, die verschiedene Gegenstände, Orte, Situationen zeigen | Es werden Bildkarten zur Verfügung gestellt, die diverse Gegenstände, Orte und Situationen darstellen. Das Kind soll nun für den Hund und danach für sich, die Dinge heraussuchen, die es braucht, um sich wohlzufühlen. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emotionale Sicherheit</li> <li>• Verbundenheit</li> </ul> |
| Gefühle Memory Hund und Mensch  | Vorbereitete Memorykarten  | Das Kind bekommt die Aufgabe im Memoryspiel, einen Emotionsausdruck, der dazugehörigen Emotion zuzuordnen (für Mensch und Hund)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gefühle erkennen und benennen lernen</li> </ul>           |

#### 7.6.1.4. Entspannungsverfahren

In dieser Sitzung wird gemeinsam mit dem Kind ein Entspannungsverfahren eingeübt, auf dass es in der Phase der Traumabearbeitung zurückgreifen kann, wenn die Belastung zu groß wird. Der Hund kann in dieser Phase allein durch seine Anwesenheit verstärkend wirken, kann allerdings auch aktiv mit in die Entspannungsverfahren miteinbezogen werden. Wichtig ist aber auch das Üben des Entspannungsverfahrens ohne Hund, da das Kind darauf auch außerhalb des Therapiesettings zugreifen können sollte. Tabelle 7 zeigt Vorschläge für den Einbezug des Hundes in dieser Behandlungsphase.

**Tab.7:** Ideen für Entspannungsverfahren mit dem Hund

| <b>Intervention</b>        | <b>Material</b>         | <b>Durchführung</b>  | <b>Ziel/e</b>   |
|----------------------------|-------------------------|--|---|
| Achtsames Streicheln       | -                       | Das Kind streichelt den Hund und soll dabei genau darauf achten, wie sich das Fell anfühlt, wie die Atmung des Hundes geht, ob es seinen Herzschlag spüren kann etc. Bei genug Vertrauen auch möglich mit geschlossenen oder verbundenen Augen | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entspannung</li> <li>• Reduktion von Überregung und negativen Gefühlen</li> <li>• Körperliche Nähe</li> <li>• Vertrauen</li> </ul> |
| Bauchatmung mit Hundepfote | -                       | Der Hund legt seine Pfote auf den Bauch des Kindes. Das Kind versucht bewusst in den Bauch zu atmen und dabei die Pfote des Hundes anzuheben und bei der Ausatmung wieder zu senken  |   |
| Fantasiereise mit Hund     | Vorbereitete Geschichte | Der Hund liegt nah beim Kind, während der/die Therapeut/in die Fantasiereise vorliest  |   |

#### 7.6.2. Traumabearbeitung

Je nach Kind und Schweregrad des sexuellen Missbrauchs nimmt die Traumabearbeitung und die Erstellung eines Traumanarrativs 2-4 Sitzungen in Anspruch. Das Kind sollte inzwischen

auch eine vertrauensvolle Beziehung zum/zur Therapeuten/Therapeutin aufgebaut haben, sodass die Traumaexposition in einem geschützten und vertrauensvollem Rahmen stattfinden kann. Häufig vermeiden Kinder über die traumatischen Erlebnisse zu sprechen, weil sie Symptome der Überregung und des Wiedererlebens vermeiden wollen, die mit den traumatischen Erinnerungen einhergehen. Hier könnte der Hund in der Therapie als Unterstützung dienen. Die belastenden Erlebnisse könnten im ersten Schritt dem Hund erzählt werden oder sie werden in einem Brief an den Hund aufgeschrieben/aufgezeichnet. Beim Schreiben, Lesen und Besprechen des Traumanarrativs, kann der Hund nah beim Kind liegen, sodass das Kind die Möglichkeit hat den Hund zu Streicheln und/oder seine Nähe zu spüren. Der Hund dient hier als sicherer Anker und wirkt beruhigend auf das Kind.

### 7.6.3. Integration

#### 7.6.3.1. Identifikation und Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen

In den Phasen nach der Traumaexposition lernt das Kind dysfunktionale Gedanken und Verhaltensweisen zu identifizieren und willentlich zu verändern. Dem Kind wird der Unterschied zwischen Gedanken und Gefühlen erklärt und anhand von Beispielen aufgezeigt, wie Gedanken Gefühle beeinflussen können. Zum besseren Verständnis wird das „kognitive Dreieck“ (siehe Abb.5) eingeführt. Dies kann vom Kind auch selbst aufgezeichnet oder am Boden mit Klebeband dargestellt werden. Die Identifikation von unzutreffenden Gedanken sollte zuerst anhand von Beispielen geübt werden, die nicht traumabezogen sind. Sobald die Gedanken identifiziert worden sind, wird mit dem Kind gemeinsam überlegt, welche Gedanken unzutreffend sind und wie diese durch zutreffendere und hilfreicher Gedanken ersetzt werden können. Die kognitive Umstrukturierung beinhaltet das Hinterfragen von Gedanken und Überzeugungen. Später werden auch traumabezogene Beispiele miteingebaut. Es geht dabei auch um die Gedanken, die das Kind im Traumanarrativ zur Sprache gebracht hat (vgl. DR. ROSNER, 2017). Das Traumanarrativ wird auch nochmal gemeinsam mit dem Kind gelesen. Dabei sollte nach DR. ROSNER (2017) besonders auf die dysfunktionalen Gedanken geachtet werden, „die Scham und Schuld wegen des Traumas oder Verantwortung

für das Trauma oder seine Konsequenzen beinhalten, oder die mit Selbstwertgefühl, Vertrauen in Andere und aktueller und/oder zukünftiger Sicherheit zu tun haben“. Um die Gedanken in Bezug auf das Trauma zu prüfen, sind Rollenspiele oder Übungen zum Perspektivenwechsel sehr hilfreich. Der Hund tritt in dieser Behandlungsphase etwas in den Hintergrund, da nun aktiv mit dem Kind an den dysfunktionalen Gedanken in Bezug auf das traumatische Erlebnis gearbeitet wird. Passende Spiele mit dem Hund, können in dieser Phase die Motivation des Kindes fördern sich nochmal mit dem Trauma auseinanderzusetzen. Tabelle 8 zeigt Ideen auf, wie der Hund in dieser Behandlungsphase unterstützend miteinbezogen werden kann.

**Tab.8:** Ideen für Interventionen mit dem Hund bei der Identifikation und Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen

| <b>Intervention</b>                                   | <b>Material</b>   | <b>Durchführung</b>  | <b>Ziel/e</b>   |
|---|---|--|---|
| Unterschied Gedanken, Gefühle, Handlungen             | Box mit Zetteln auf denen Gedanken, Gefühle und Handlungen stehen                     | Der Hund bringt dem Kind aus der Box einen Zettel nach dem anderen. Das Kind sagt, ob es sich dabei um ein Gefühl, einen Gedanken oder eine Handlung handelt | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gefühle, Gedanken und Handlungen unterscheiden lernen</li> </ul>                                     |
| In den Hund hineinversetzen und ihn „sprechen“ lassen | Große Sprech- und Gedankenblasen zum Aufschreiben/ Aufmalen von Gefühlen und Gedanken | Das Kind bekommt die Aufgabe sich in den Hund hineinzuversetzen und ihn durch die Sprechblasen „sprechen“ zu lassen. Was denkt der Hund? Was fühlt er?       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterscheidung von Gefühlen und Gedanken</li> <li>• Soziale Kompetenz</li> <li>• Empathie</li> </ul> |

### 7.6.3.2. Einübung alternativer Verhaltens- und Copingstrategien

Als Folge von traumatisierenden Ereignissen, entwickeln Kinder häufig Ängste und vermeiden daher, bestimmte Orte, Menschen oder Situationen. Die Einübung alternativer Verhaltens- und Copingstrategien ist besonders für die Kinder wichtig, wo die Symptome

noch nach Abschluss des Traumanarrativs, bestehen bleiben. Falls nötig werden in-vivo Übungen zusammen mit dem Kind und seinen Eltern bzw. Bezugspersonen geplant. Schritt für Schritt soll das Kind sich mit den bisher vermiedenen Situationen konfrontieren. Für jede geschaffte Etappe bekommt das Kind, eine zuvor vereinbarte Belohnung, wie z. B. ein freies Spiel mit dem Hund. Unter Einbezug des Hundes, kann das Kind in dieser Phase lernen Grenzen zu akzeptieren, Verhalten und Emotionen zu regulieren, in dem das Kind die Bedürfnisse des Hundes zu berücksichtigen und sich ihm gegenüber empathisch zeigt.

Kinder und Jugendliche, die sexuellen Missbrauch erlebt haben, haben große Schwierigkeiten damit eigene Grenzen und die Grenzen anderer zu wahren, da sie häufig in einem grenzverletzenden Umfeld aufgewachsen sind und die eigenen Gefühle nicht identifizieren, noch artikulieren können. Es ist äußerst wichtig, in dieser Phase mit dem Kind zu üben, wie es eigene Grenzen setzt und „Nein“ sagen kann. Dabei sollte der/die Therapeut/Therapeutin unbedingt betonen, dass es nicht die Schuld des Kindes ist, wenn es die eigenen Grenzen gegen den/die Täter/Täterin nicht behaupten konnte, da dies angesichts des Machtungleichgewichts und dem ausgeübten Druck auf das Kind, eine Überforderung darstellt (vgl. SELBSTLAUT, 2022). Daher sollte in dieser Phase auch mit dem Kind erarbeitet werden, wo und wie es sich Hilfe suchen kann. Dies ist laut SELBSTLAUT (2022) in den allermeisten Fällen von sexueller Gewalt die einzig realistische Chance, diese Gewalt zu beenden. Bei der Übung die eigenen Grenzen zu wahren und „Nein“ zu sagen, kann der Hund einen großen Mehrwert bieten. Im Spiel mit dem Hund kann das Kind zum Beispiel lernen aktiv die Kontrolle zu übernehmen und das Spiel zu unterbrechen. In Tabelle 9 werden Interventionen mit dem Hund vorgestellt, wobei das Kind üben kann eigene Grenzen und die Grenzen anderer zu erkennen und zu wahren.

**Tab.9:** Ideen für Interventionen mit dem Hund bei der Einübung alternativer Verhalten- und Copingstrategien

| <b>Intervention</b>        | <b>Material</b> | <b>Durchführung</b>  | <b>Ziel/e</b>  |
|----------------------------|-----------------|--|--|
| Lieblingskralstelle finden | -               | Das Kind bekommt die Aufgabe, die Lieblingsstelle des Hundes | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Körperliche Nähe</li> <li>• Achtsamkeit</li> <li>• Grenzen</li> </ul> |

|   |                       |   |   |
|---|-----------------------|---|---|
|   |                       | zu finden, wo er gerne gekrault wird. Dabei soll das Kind auf die Körpersprache des Hundes achten und seine Grenzen akzeptieren | akzeptieren   |
| Tierbeobachtung im Kontakt                    | -                     | Das Kind soll die Körpersprache des Hundes genau beobachten, um zu erfahren, wo dessen Grenzen liegen, was er mag und was nicht | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grenzen anderer wahrnehmen und respektieren</li> <li>• Achtsamkeit</li> <li>• Respekt</li> </ul> |
| Spielregeln gemeinsam mit dem Kind erarbeiten | Großes Poster, Stifte | Gemeinsam mit dem Kind werden Spielregeln für das Spiel mit dem Hund besprochen und festgehalten                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grenzen respektieren</li> <li>• Sicherheit</li> <li>• Struktur</li> </ul>                        |
| Tauziehen mit Spielstopp                      | Langes Zerrspielzeug  | Das Kind bekommt die Aufgabe das Zerrspiel mit dem Hund durch ein „Stopp“ zu unterbrechen                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grenzen setzen</li> <li>• Selbstwirksamkeit</li> <li>• Vertrauen</li> </ul>                      |
| Hund abstoppen                                | -                     | Das Kind lernt, den Hund in jeder Situation abzustoppen und wegzuschicken (z.B. auf die Decke)                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstwirksamkeit</li> <li>• Grenzen setzen</li> <li>• Kontrolle erlangen</li> </ul>             |

#### 7.6.4. Abschluss der Therapie

Zum Ende der Therapie ist es wichtig sicherheitsrelevante Aspekte mit dem Kind zu besprechen. Mit dem Kind sollte über Möglichkeiten gesprochen werden, wie sexueller Missbrauch verhindert werden kann. Der/Die Therapeut/Therapeutin identifiziert gemeinsam mit dem Kind sichere Orte und Personen, denen das Kind vertrauen kann und übt mit dem Kind hilfreiche Reaktionen für bedrohliche Situationen ein. Wichtig ist auch die Betonung, dass der eigene Körper nur dem Kind allein gehört. Für den Abschluss kann dem Kind auch eine Urkunde für die erreichten Ziele übergeben werden. Damit sich das Kind auch vom Hund verabschieden kann, sollte der freien Interaktion mit dem Tier genügend Zeit eingeräumt werden.

**Tab.10:** Ideen für Interventionen zum Abschluss der Therapie

| <b>Intervention</b>   | <b>Material</b>  | <b>Durchführung</b>  | <b>Ziel/e</b>  |
|---|--|--|--|
| Gestaltung eines Abschiedsposters                                   | Foto vom Hund, großes leeres Poster, verschiedene Stifte, Farben, Bastelutensilien | Gemeinsam wird ein Poster erstellt, auf dem die erreichten Ziele festgehalten werden   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstwirksamkeit</li> <li>• Abschied nehmen</li> <li>• Erinnerung schaffen</li> </ul>        |
| Notfallkoffer packen  | Kleine Pappkiste, Zettel, Stifte   | Gemeinsam wird ein Notfallkoffer „gepackt“<br>Dabei geht es um die Wiederholung der Entspannungsverfahren, die vorhandenen Ressourcen und das Wissen, wo und wie Hilfe zu finden ist | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherheit</li> <li>• Vertrauen</li> <li>• Selbstwirksamkeit</li> <li>• Zuversicht</li> </ul> |
| Freies Spiel mit dem Hund, wo zuvor Erlerntes nochmal vertieft wird | Je nach Spiel unterschiedlich  | Das Kind kann im freien Spiel aktiv entscheiden, wie gespielt wird, dabei achtet es auf die eigenen Grenzen und die des Hundes   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Freude</li> <li>• Wiederholung des zuvor Erlernten</li> </ul>                                 |

## 8. Fazit

Aufgrund der vielen positiven Effekte auf emotionaler, sozialer, kognitiver und körperlicher Ebene von Hunden auf den Menschen, können Hunde einen wertvollen Beitrag in der Traumatherapie leisten. Der wertschätzende, rücksichtsvolle Einbezug des Hundes, kann Kindern und Jugendlichen, die sexuellen Missbrauch erlebt haben eine stärkende Unterstützung auf dem Weg ihrer Traumabewältigung sein. Besonders der Aspekt der korrigierenden Bindungserfahrungen nimmt einen besonderen Stellenwert ein, da viele Kinder durch die Traumatisierungen keine sicheren Bindungserfahrungen machen konnten. Die TF-KBT bietet einen strukturierten und zielgeleiteten Rahmen und genügend Flexibilität für den unterstützenden Einbezug eines Therapietieres.



## 9. Literaturverzeichnis

- BEETZ, A. (2003): Bindung als Basis sozialer und emotionaler Kompetenzen. In: OLBRICH, E., OTTERSTEDT, C. (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere – Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie (1.Aufl.). Kosmos, Stuttgart, S. 76-84.
- BERK, L. E. (2011): Entwicklungspsychologie. (5. Aufl.) Pearson, München, S.259-274.
- COLLIN-VEZINA, D., DAIGNEAULT, I., HEBERT, M. (2013): Lessons learned from child sexual abuse research: prevalence, outcomes, and preventive strategies. CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY AND MENTAL HEALTH 7(22)., S.1-9.
- DAVIS, L., SIEGEL, L. J. (2000): Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents: A Review and Analysis. CLINICAL CHILD AND FAMILY PSYCHOLOGY REVIEW 3(3)., S.135-154.
- 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)., S.665-683. doi:10.1080/10538712.2012.726700
- DR. AMRHEIN (2017): Dissoziative Störungen. <https://www.therapie.de/psyche/info/index/diagnose/dissoziative-stoerungen/artikel>. Accessed: 2022-03-27
- DR. ROSNER, R. (2017): Online-Training für Therapeuten in der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie für Kinder und Jugendliche. <https://tfkvt.ku.de>. Accessed: 2022-04-05
- EUROPEAN SOCIETY FOR ANIMAL ASSISTED THERAPY (ESAAT) (2022): Definition “Tiergestützte Therapie”. <https://www.esaat.org/download>. Accessed: 2022-03-21
- GARBE, E. (2018): Das kindliche Entwicklungstrauma – Verstehen und bewältigen. (3. Aufl.) Klett-Cotta, Stuttgart.

- GOLDBECK, L. (2014): Auffälligkeiten und Hinweiszeichen bei sexuellem Kindesmissbrauch. In: FEGERT, J. M., HOFFMANN, U., KÖNIG, E., NIEHUES, J., LIEBHARDT, H. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich. Springer, Heidelberg, S. 145-153.
- JUD, A. (2014): Sexueller Kindesmissbrauch – Begriffe, Definitionen und Häufigkeiten. In: FEGERT, J. M., HOFFMANN, U., KÖNIG, E., NIEHUES, J., LIEBHARDT, H. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich. Springer, Heidelberg, S. 41-49.
- KEMP, K., SIGNAL, T., BOTROS, H., TAYLOR, N., PRENTICER, K. (2014): Equine facilitated therapy with children and adolescents who have been sexually abused: A program evaluation study. *JOURNAL OF CHILD AND FAMILY STUDIES* 23(3)., S.558-566. doi:10.1007/s10826-013-9718-1
- LADNER, D., BRANDENBERGER, G. (2018): Tiergestützte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Hund und Pferd therapeutisch einbeziehen. 2. Aufl., Ernst Reinhardt Verlag, München.
- LANDOLT, M. A., HENSEL, T. (Hrsg.) (2012): Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen. 2. Aufl., Hogrefe, Göttingen.
- OLBRICH, E. (2003): Biophilie: Die archaischen Wurzeln der Mensch-Tier-Beziehung. In: OLBRICH, E., OTTERSTEDT, C. (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere – Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie (1.Aufl.). Kosmos, Stuttgart, S.68-76.
- OTTERSTEDT, C. (2003): Der heilende Prozess in der Interaktion zwischen Mensch und Tier. In: OLBRICH, E., OTTERSTEDT, C. (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere – Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie (1.Aufl.). Kosmos, Stuttgart, S.58-68.

- ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR FAMILIENFORSCHUNG (ÖIF) (2011): Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld - Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern. Wograndl Druck GmbH, Wien, S.222-223.
- SELBSTLAUT – Fachstelle gegen sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen (2022): Präventionsmaterialien. <https://selbstlaut.org/publikationen-und-materialien/unsere-materialien>. Accessed: 2022-04-24
- SIGNAL, T., TAYLOR, N., PRENTICE, K., MCDADE, M., BURKE, K. J. (2017): Going to the dogs: A quasi-experimental assessment of animal assisted therapy for children who have experienced abuse. *APPLIED DEVELOPMENTAL SCIENCE* 21(2), S.81-93. doi:10.1080/10888691.2016.1165098
- STANGL, W. (2022): Dissoziation. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. [https://lexikon.stangl.eu/872/dissoziation?fdx\\_switcher=mobile](https://lexikon.stangl.eu/872/dissoziation?fdx_switcher=mobile). Accessed: 2022-03-27
- STATISTA GMBH (2022): Anzahl der polizeilich erfassten Kinder, die Opfer von sexuellem Missbrauch wurden, von 2009 bis 2020. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/38415/umfrage/sexueller-missbrauch-von-kindern-seit-1999>. Accessed: 2022-03-25
- STRAUß, B. (2013): Kindesmisshandlung und Bindung. In: SPITZER, C., GRABE, H. J. (Hrsg.): Kindesmisshandlung – Psychische und körperliche Folgen im Erwachsenenalter. W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, S.86-102.
- VERNOOIJ, M. A., SCHNEIDER, S. (2018): Handbuch der tiergestützten Interventionen. 4. Aufl. Quelle & Meyer Verlag, Wiebelsheim.
- WENDEPUNKT FREIBURG E.V. (2022): Aufs Papier gebracht - Unsere Gedanken zu Missbrauch und wir diesen definieren. <https://www.wendepunkt-freiburg.de/content/top/ueber-uns/definition-missbrauch>. Accessed: 2022-03-26