



Ausbildung zur integralen Traumatherapeutin

Abschlussarbeit

## **Tiergestützte Traumatherapie Ein Fallbeispiel**

vorgelegt von:

Name:	Nadine Haas
Fachrichtung:	Integrale Traumatherapie
Ausbildungskürzel:	IT-F-14
Geburtsdatum:	03.01.1986
Adresse:	██ ████████
Telefon-Nr.:	████████████████████
E-Mail:	██
Betreuerin und Gut- achterin:	████████████████

Landau, den 31.03.2016

# Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten und nicht veröffentlichten Schriften entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form oder auszugsweise im Rahmen einer anderen Prüfung noch nicht vorgelegt worden.

Landau, den 31.03.2016

---

Nadine Haas

---

# Inhalt

<b>1 EINLEITUNG.....</b>	<b>4</b>
<b>2 THEORETISCHER HINTERGRUND .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1 TRAUMATISIERUNGEN .....</b>	<b>5</b>
2.1.1 <i>Definition Trauma.....</i>	<i>5</i>
2.1.2 <i>Akute Belastungsreaktion und Anpassungsstörung.....</i>	<i>7</i>
2.1.3 <i>Posttraumatische Belastungsreaktion (PTBS).....</i>	<i>9</i>
<b>2.2 TRAUMATHERAPIE .....</b>	<b>10</b>
2.2.1 <i>Stabilisierungsphase.....</i>	<i>10</i>
2.2.2 <i>Bearbeitungsphase.....</i>	<i>13</i>
2.2.3 <i>Integrationsphase.....</i>	<i>15</i>
<b>2.3 TIERGESTÜTZTE THERAPIE .....</b>	<b>16</b>
<b>3 FALLBEISPIEL TIERGESTÜTZTE TRAUMATHERAPIE.....</b>	<b>18</b>
3.1 <b>KURZE VORSTELLUNG DES THERAPIEBEGLEITHUNDES.....</b>	<b>18</b>
3.2 <b>FALLBEISPIEL .....</b>	<b>19</b>
<b>4 FAZIT UND AUSBLICK.....</b>	<b>22</b>
<b>5 LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>23</b>

# 1 Einleitung

*„Das traumatische Erlebnis lässt sich aus der Biographie nicht mehr entfernen, aber ungeheuer viel hängt davon ab, welchen Platz es einnimmt.“ (Unbekannter Autor)*

Eine Traumatherapie hat nicht zum Ziel, das Erlebte ungeschehen zu machen, sondern zu lernen damit umzugehen und es ins Leben zu integrieren. Dies erfordert aufgrund der Symptomatik viel Feingefühl und eine tragfähige Therapeut-Klient-Beziehung. Traumatisierte Menschen haben Dinge erlebt, die in jedem Fall ihre Psyche, oft auch ihren Körper schwer verletzt haben. Bei vielen Traumata, besonders bei Gewaltübergriffen jeglicher Art oder Vernachlässigungserfahrungen, fand eine Entwürdigung des Betroffenen statt. Dies löst große Verzweiflung in den Betroffenen aus, meist auch das Gefühl von Hilflosigkeit. Das Vertrauen der traumatisierten Personen ist demnach in vielen Bereichen sehr erschüttert. Oft ist das Vertrauen in andere Menschen betroffen, aber auch das Selbstvertrauen. Die Person fühlt sich dadurch gedemütigt. Der Vertrauensverlust und der oft als würdelos empfundene Umgang erschweren die therapeutische Arbeit mit Traumaopfern, da nur mit einer vertrauensvollen Beziehung intensiv und erfolgreich an dem Trauma gearbeitet werden kann. Das Vertrauen in Tiere ist meist ungebrochen, da sich das Verletztsein in der Regel auf Erfahrungen mit Menschen bezieht. Tiere können somit ein vollwertiges Beziehungsgegenüber darstellen. So kann die Person vollkommen neue Erfahrungen sammeln und ihr Beziehungsverhalten korrigieren. Über die annehmbare Zuneigung der Tiere wird Selbstwertgefühl aufgebaut. Durch die soziale Unterstützung der Tiere kann das Traumaopfer schwierige Situationen leichter meistern und insgesamt selbstbewusster und resilienter werden. Zusammen mit psychologischem und traumatherapeutischem Fachwissen und angewandten Methoden aus diesen Bereichen stellt die tiergestützte Traumatherapie eine wirksame Maßnahme für Menschen mit traumabedingten Folgestörungen dar. Diese Arbeit soll einen beispielhaften Ablauf einer tiergestützten Traumatherapie und verschiedene Einsatzmöglichkeiten eines Therapiehundees darstellen.

## 2 Theoretischer Hintergrund

### 2.1 Traumatisierungen

#### 2.1.1 Definition Trauma

Aus dem Griechischen hergeleitet bedeutet Trauma wörtlich „Wunde“. Dies ist bildhaft als eine Verletzung der Psyche zu sehen. Zu dieser kann es kommen, wenn psychische Schutzmechanismen und Ressourcen durch eine traumatisierende Erfahrung überfordert werden. Als potentiell traumatisierend bezeichnet man Ereignisse wie zum Beispiel schwere Unfälle, Erkrankungen und Naturkatastrophen, aber auch Erfahrungen erheblicher psychischer, körperlicher und sexueller Gewalt sowie schwere Verlust- und Vernachlässigungserfahrungen. Umgangssprachlich wird der Begriff Trauma häufig in Bezug auf verschiedene als sehr belastend erlebte Vorkommnisse verwendet, um zu kennzeichnen, dass es sich dabei um ein erhebliches Leid für den Betroffenen gehandelt hat. In den medizinischen Klassifikationssystemen (ICD-10 und DSM-IV), die maßgeblich sind für die fachgerechte Beurteilung psychischer Beschwerden, ist der Begriff jedoch wesentlich enger definiert und schließt allein Ereignisse mit ein, die

- objektiv "mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentem Ausmaß" (ICD-10) einhergehen oder "die tatsächlichen oder drohenden Tod, tatsächliche oder drohende ernsthafte Körperverletzung oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit von einem selbst oder Anderen" (DSM-IV) einschließt, sowie
- subjektiv "bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde" (ICD-10) beziehungsweise mit "starker Angst, Hilflosigkeit oder Grauen" erlebt wurde.

Die Definition ist relativ eng gefasst, lässt aber auch Interpretationsspielraum. Bei der Beurteilung, ob ein Ereignis als traumatisch gewertet wird, spielen viele Faktoren eine Rolle. Dies ist abhängig von der Intensität, Dauer und Häufigkeit des Ereignisses, physische Verletzung, Verlust von Körperteilen oder Körperfunktionen, Verletzung oder Tod anderer Personen oder Konfrontation mit bedrohlichen Situationen. Sicherlich spielt auch die individuelle Beurteilung des Betroffenen eine große Rolle, also welche subjektive Bedrohung dieser erlebt hatte, ob eine physische Verletzung

befürchtet wurde und wie stark das Gefühl der Angst und Hilflosigkeit empfunden wurde.

Als traumatisch erlebte Ereignisse können bei fast jedem Menschen eine tiefe seelische Erschütterung mit der Folge einer Überforderung des angeborenen biologischen Stresssystems verursachen. Somit wirkt sich ein Trauma nicht nur seelisch, sondern auch körperlich aus. Die Überflutung des Gehirns im Rahmen einer überwältigenden Stressreaktion behindert die angemessene Verarbeitung des Erlebten mit der Folge, dass der Betroffene die gemachte Erfahrung nicht wie gewohnt in seinen Erlebnisschatz integrieren und dann wieder Abstand davon gewinnen kann. Dieser Umstand kann dazu führen, dass der Organismus auf einem erhöhten Stressniveau verharrt und charakteristische Folgebeschwerden entwickelt, wie beispielsweise Flashbacks und eine erhöhte Schreckhaftigkeit.

In Abbildung 1 wird ersichtlich, wie auf ein traumatisches Ereignis reagiert werden kann. Bei ausreichenden Schutz- und Resilienzfaktoren kann eine Bewältigung des Traumas stattfinden und dieses dadurch integriert und kompensiert werden. Ein maßgeblicher Schutzfaktor ist das Erhalten von Hilfe. Wird keine Hilflosigkeit erlebt, ist die Bewältigung des Traumas sehr viel wahrscheinlicher (Huber, 2003). Sollte das Trauma zunächst nicht bewältigt werden können, können verschiedene psychische Störungen entstehen. Anpassungsstörung und akute Belastungsreaktion sind kurzfristige Störungen. Aus diesen können sich langfristige Störungen entwickeln. Zum einen die Posttraumatische Belastungsstörung, aber auch andere psychische Erkrankungen wie beispielsweise Somatisierungsstörungen oder Depression. Aus dysfunktionalen Bewältigungsstrategien können ebenfalls langfristige Störungen entstehen, u.a. Süchte, Dissoziationen und Ängste. Es besteht jedoch bei all diesen Störungsbildern nach wie vor die Möglichkeit der Integration des Traumas und der Kompensation des Erlebten. In wenigen Fällen kann sich eine Persönlichkeitsstörung entwickeln. Dies ist eine chronische Störung, die überdauernd ist. Auf die unterschiedlichen Störungsbilder wird in den folgenden Kapiteln eingegangen. Von einer weiteren Erklärung der Persönlichkeitsstörung wird abgesehen, da diese für die vorliegende Arbeit nicht relevant ist.

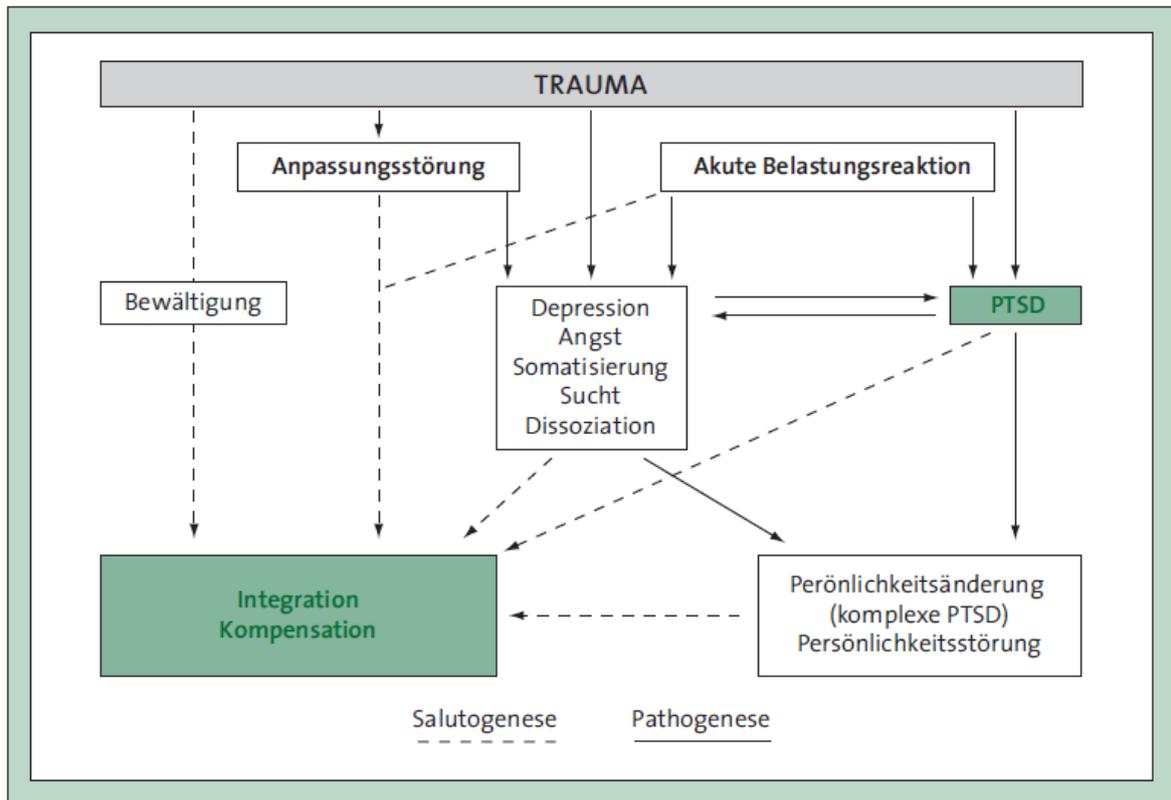


Abbildung 1: Unterschiedliche Entwicklungsmöglichkeiten nach Erleben eines Traumas (vgl. Flatten et al., 2011)

### 2.1.2 Akute Belastungsreaktion und Anpassungsstörung

Eine *akute Belastungsreaktion* ist eine vorübergehende seelische Störung aufgrund einer ungewöhnlich großen (körperlichen oder psychischen) Belastung. Der Auslöser kann z.B. ein außerordentlich traumatisches Erlebnis sein (Unfall, Krieg, Naturkatastrophe, Verbrechen, Verlust einer Beziehungsperson und ähnliches) (Huber, 2003). Das Risiko, an einer Belastungsreaktion zu leiden ist größer, wenn schon vorher eine körperliche oder psychische Beeinträchtigung oder Erschöpfung vorliegt. Die Betroffenen erscheinen anfänglich wie betäubt, können ihre Aufmerksamkeit nicht mehr bündeln, es kann auch zu Störungen des Bewusstseins und der Orientierung kommen. Unruhe und Fluchtendenzen sowie das unbedingte Bedürfnis, sich aus der belastenden Umgebung zurückzuziehen, sind ebenfalls möglich. Körperliche Anzeichen sind Schweißausbrüche, Erröten und sehr schneller Herzschlag. Die Symptome zeigen sich zumeist Minuten nach dem Ereignis und halten mehrere Stunden bis wenige Tage an. (Huber, 2003). Dagegen tritt eine posttraumatische Belastungsstörung erst einige Zeit

später auf. Die akute Belastungsreaktion ist also ein zeitlich unmittelbar auf das Ereignis folgende Verhalten und Erleben einer Person und klingt nach kurzer Zeit wieder ab.

Unter einer *Anpassungsstörung* versteht man eine anhaltende, traurige, manchmal auch ängstlich-besorgte Verstimmung auf ein schlimmes Ereignis. Laut ICD-10 ist die Anpassungsstörung keine Reaktion auf ein Trauma, sondern auf sehr belastendes, jedoch nicht katastrophales Ereignis. Das ICD-10 definiert Trauma jedoch sehr eng. Wie in Abbildung 1 ersichtlich ist, wird die Anpassungsstörung bei einer weiteren Definition von Trauma jedoch auch als Reaktion auf ein Trauma gesehen. Die unterschiedliche Betrachtung dieser Störung liegt lediglich in der unterschiedlichen Auslegung des Traumabegriffes.

Die diagnostischen Kriterien der Anpassungsstörungen des ICD-10 sind jedoch ein wichtiger Rahmen und sollten beachtet werden. Sie lauten wie folgt:

- Identifizierbare psychosoziale Belastung von einem nicht außergewöhnlichen oder katastrophalen Ausmaß
- Beginn der Symptome innerhalb eines Monats nach Auftreten der Belastung
- Symptome und Verhaltensstörungen (außer Wahngedanken und Halluzinationen) wie sie bei anderen Störungen vorkommen, ohne dass jedoch die Kriterien der einzelnen Störungen erfüllt werden
- Dauer der Symptome nicht länger als 6 Monate (bei längeren depressiven Reaktionen nicht länger als 2 Jahre) nach Ende der Belastung oder deren Folgen

Wichtig ist die Beachtung des dritten Punktes der Kriterien, also die differentialdiagnostische Betrachtung der Symptomatik. Vor allem sollte darauf geachtet werden, ob die Kriterien einer Depression, Disthymie oder einer Angststörung erfüllt sind, da diese Störungen grundlegend anders behandelt werden.

Durch die oben genannten Symptome sind die normale Leistungsfähigkeit im Alltag und auch der Kontakt zu anderen Menschen beeinträchtigt. Manche Betroffene haben das Gefühl, ihren Alltag gar nicht mehr meistern zu können. Der Auslöser ist oft eine einschneidende Veränderung der Lebensumstände wie nach Emigration, Verlust des Lebenspartners, außergewöhnlicher und langanhaltender Stress auf der Arbeit, Mobbing oder Einweisung in das Gefängnis.

### 2.1.3 Posttraumatische Belastungsreaktion (PTBS)

*Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse wie z. B. Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, auch in der Kindheit (sogenannter sexueller Missbrauch), Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politische Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit, die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können. In vielen Fällen kommt es zum Gefühl von Hilflosigkeit und durch das traumatische Erleben zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses.*

(Flatten et al., 2011, S. 202)

Bei einer posttraumatischen Belastungsstörung war der Betroffene (kurz oder lang anhaltend) einem belastenden Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, also einem Trauma. Wieder ist es lohnenswert sich die exakten Kriterien des ICD-10 bezüglich der Symptomatik anzuschauen.

- Es müssen anhaltende Erinnerungen an das traumatische Erlebnis oder das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks, Träume oder Albträume) oder eine innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder damit in Zusammenhang stehen, vorhanden sein.
- Der Betroffene vermeidet (tatsächlich oder möglichst) Umstände, die der Belastung ähneln.
- Mindestens eines der folgenden Kriterien (1. oder 2.) ist erfüllt:
  1. eine teilweise oder vollständige Unfähigkeit, sich an einige wichtige Aspekte des belastenden Erlebnisses zu erinnern; oder
  2. anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung, wobei mindestens zwei der folgenden Merkmale erfüllt sein müssen:
    - Ein- und Durchschlafstörungen

- erhöhte Schreckhaftigkeit
  - Hypervigilanz
  - Konzentrationsschwierigkeiten
  - Reizbarkeit und Wutausbrüche
- Die Symptome müssen innerhalb von sechs Monaten nach dem belastenden Ereignis (oder der Belastungsperiode) aufgetreten sein.

Häufig sind zudem sozialer Rückzug, ein Gefühl von Betäubtsein, Verlust der Wahrnehmung des eigenen Körpers und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen sowie eine Beeinträchtigung der Stimmung. Auftreten können die Symptome unmittelbar nach dem Trauma.

Epidemiologisch sind interessante Daten zu finden (Flatten et al., 2011). Die Häufigkeit von PTBS ist abhängig von der Art des erlebten Traumas.

- Ca. 50 % Prävalenz nach Vergewaltigung
- Ca. 25 % Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen
- Ca. 50 % bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern
- Ca. 10 % bei Verkehrsunfallopfern
- Ca. 10 % bei schweren Organerkrankungen (Herzinfarkt, Malignome)

Die Lebenszeitprävalenz für PTBS liegt in der deutschen Allgemeinbevölkerung zwischen 1,5 % und 2 %. Die Prävalenz subsyndromaler Störungsbilder ist wesentlich höher. Es besteht eine hohe Chronifizierungsneigung, da Betroffene mit PTBS durch die Vermeidung der angstausslösenden Situationen die Störung aufrechterhalten und sogar noch verstärken. Der erlebte Kontrollverlust in einer bedrohlich erlebten Situation ist entscheidend für die Entwicklung einer PTBS.

## **2.2 Traumatherapie**

### *2.2.1 Stabilisierungsphase*

Die erste Phase der Traumatherapie sollte in jedem Fall die Stabilisierung des Klienten zum Ziel haben. Bei der Arbeit mit Traumatisierten sind daher einige Punkte direkt zu Beginn der Behandlung unabdingbar. Da Traumatisierte auch oft mit Suizidgedanken zu kämpfen haben, sollte zu Beginn der Behandlung überprüft werden, ob solche vorliegen und inwiefern der Klient noch absprachefähig ist. Dementsprechend muss der

Behandelnde mit dem Klient gemeinsam entscheiden, ob eine ambulante oder eine stationäre Traumabehandlung Sinn macht. Zunächst sollte man in Zusammenarbeit mit dem Klienten eine sichere Umgebung herstellen um weitere traumatisierende Vorfälle so sicher wie möglich vermeiden zu können. Dazu gehört auch sicherzustellen, dass kein Kontakt mehr zum Täter besteht. Erneute Traumatisierungen destabilisieren den Klienten aller Wahrscheinlichkeit nach so stark, dass eine Behandlung kaum Erfolg zeigen wird.

Weiterhin ist eine fundierte Diagnostik wichtig. Wenn die Diagnose steht, sollte der Behandelnde seinen Klienten über die traumatischen Symptome und die Entwicklung seiner Störung aufzuklären. Alleine, dass der Klient Verständnis für seine Symptomatik und die Gründe für die Entwicklung seiner Symptome erhält, verschafft vielen Erleichterung. Psychoedukation zu Beginn der Behandlung sollte daher selbstverständlich sein. Diese Phase der Therapie dient auch dem Beziehungsaufbau zwischen Therapeut und Klient. Eine vertrauensvolle Beziehung ist gerade in der Arbeit mit Traumatisierten grundlegend. Es ist wichtig, dass sich der Klient vollkommen sicher fühlt. Der Klient sollte immer derjenige sein, der Tempo und Tiefe der Arbeit bestimmen kann. Der Therapeut sollte den Klienten dazu einladen eigene Grenzen wahrzunehmen und mitzuteilen. Das kann Traumatisierten zu Beginn der Behandlung noch sehr schwer fallen und braucht demnach noch die Unterstützung des Therapeuten. Der Behandelnde braucht dazu viel Feingefühl.

Der größte Baustein der Stabilisierungsphase ist der ressourcenaktivierende Teil. Dabei geht es um interne und externe Ressourcenaktivierung. Ziel dieser Phase ist es, dass der Klient sich ein psycho-soziales Helfersystem schafft, welches bei vermehrter Belastung oder gar einer Krisensituation eingeschaltet werden kann. Dies kann von professioneller Seite aus eine Beratungsstelle, ein Notruftelefon, ein Psychotherapeut oder auch eine Akutklinik (bei Eigen- oder Fremdgefährdung) sein. Parallel sollte aber auch ein privates Helfersystem installiert werden. Dazu können Familie, Partner oder Freunde herangezogen werden. Überaus wichtig ist jedoch, dass der Klient eigene Ressourcen (wieder-)entdeckt und sich was seine Stabilisierungsfähigkeit angeht als selbstwirksam erlebt. Ungünstig wäre es für die Therapie, wenn der Klient sich nur von anderen abhängig machen und sich selbst nicht als fähig erleben würde mit seinen

Symptomen funktional umgehen und negative Gefühlszustände regulieren zu können. Daher ist es wichtig mit dem Klienten eigene Ressourcen und Stabilisierungsübungen zu erarbeiten. Dazu kann man zum Beispiel den inneren, sicheren Ort, die Tresorübung, innere Helfer und die Baumübung bei dem Klienten installieren (vgl. Reddemann, 2007). Bei dem inneren, sicheren Ort ist das Ziel, dass der verletzte Anteil des Klienten einen imaginativen Rückzugsort hat, an welchem ihm nichts passieren kann. Dieser Ort kann ganz nach den Wünschen des Klienten gestaltet werden. Jedoch sollten an diesen Ort keine anderen Personen Zutritt haben, da dies die Sicherheit dieses Ortes negativ beeinflussen könnte. Der Klient sollte sich zusätzlich überlegen, ob und wie er den Ort vor negativen Einflüssen sichern kann. Dazu sind der Fantasie keine Grenzen gesetzt. Dieser Ort hat zum Ziel, dass sich der Patient imaginativ zurückziehen kann, wenn die Belastung in der realen Welt hoch sind und er Abstand davon sucht. Die Baumübung hat ein ähnliches Ziel. Sie dient ebenfalls dazu, kognitiv Abstand zu erlangen, sich zu erholen und zu verankern. Dazu wird eine Fantasiereise zu einem Baum unternommen mit dem sich der Klient verbinden kann. So kann er die Stärke des Stammes und die feste Verwurzelung des Baumes spüren und in sich aufnehmen. Innere Helfer sind ebenfalls imaginativ. Sie können dem Klienten in Belastungssituationen helfen. Er kann diese Helfer um Rat fragen oder einfach ihren Beistand spüren. Dies kann alles sein, was dem Klienten Unterstützung verschafft. Dabei spielt es keine Rolle, ob dies Personen, Tiere, Pflanzen oder anderes sind. Zudem kann es variieren, ob es real vorkommende oder imaginierte Lebewesen oder Dinge sind. Wichtig ist lediglich, dass der Klient einen Nutzen aus ihnen ziehen kann. Die Tresorübung ist eine Übung zum Stoppen von negativen Gedanken und Wegschliessen der traumatischen Erfahrungen, also eine Distanzierungsübung. Im Zuge der Flashbacks ist der traumatisierte Klient oft mit traumatischen Gedankeninhalten konfrontiert, die belastend und destabilisierend wirken. Um diesem entgegen zu wirken bzw. nach dem Aufkommen solcher Gedanken davon wieder Abstand nehmen zu können, kann es hilfreich sein sich einen Tresor vorzustellen, in welchen man diese Inhalte sperren kann. Wie dieser Tresor aussieht und wie er gesichert ist, liegt in der Vorstellung des Klienten. Wichtig ist auch hier, dass keine anderen Personen Zugang zu dem imaginativen Tresor haben.

Ein weiteres, sinnvolles Instrument um Emotionen zu regulieren, sich abzulenken und Belastungen besser aushalten zu können, ist der Einsatz von sogenannten Skills nach der DBT (Steil, Dyer, Priebe, Bohus & Sipos, 2011). Linehan (Linehan, 1993) definiert „Skills“ als kognitive, emotionale und handlungsbezogene Reaktionen, die sowohl kurz- als auch langfristig zu einem Maximum an positiven und einem Minimum an negativen Ergebnissen führen. Diese Reaktionen können automatisiert sein oder bewusst eingesetzt werden. Gemäß dieser Definition verwenden alle Menschen täglich eine Vielzahl von Skills, ohne dass sie sich dessen bewusst werden. Das Skills-Training soll dazu dienen, den Klienten bereits vorhandene Fertigkeiten bewusst zu machen, damit diese auch in Krisensituation angewendet werden können. Andererseits sollen neue Fertigkeiten erlernt, trainiert und automatisiert werden.

Die Stabilisierungsphase ist in der Traumatherapie wahrscheinlich die Phase, die am längsten dauert. Zudem kommt dieser eine enorm wichtige Bedeutung zu, da ohne ausreichende Stabilität und genug Ressourcen keine Bearbeitung des Traumas möglich ist.

### *2.2.2 Bearbeitungsphase*

Zunächst sollte erwähnt werden, dass es Kontraindikationen für die Konfrontation mit dem Trauma gibt (Flatten et al., 2011). Sollte der Klient psychotisch sein, kann eine Traumabearbeitung aufgrund des Realitätsverlustes nicht stattfinden. Weiterhin sollte der Klient ausreichend stabil sein, d.h. akute Suizidalität schliesst die Traumabearbeitung aus. Zudem sollte der Klient keinen Kontakt mit dem Täter haben, da das Traumatisierungsrisiko dann zu hoch ist und die Behandlung demnach nicht erfolgsversprechend, da das Retraumatisierungsrisiko sehr hoch ist. Wichtig ist zudem, dass der Klient ausreichend Ressourcen in der Stabilisierungsphase erarbeiten konnte, so dass er bei der Konfrontation mit dem Trauma genügend Ideen hat, wie er sich wieder davon abgrenzen und neue Energie gewinnen kann. Sollten dies so sein und konnten die Kontraindikationen ausgeschlossen werden, kann mit der Konfrontation begonnen werden.

Eine Konfrontation kann sehr unterschiedlich ablaufen und sollte sich an den Wünschen des Klienten orientieren. Der Behandelnde sollte dem Klient verschiedene Vor-

schläge unterbreiten, aus denen er wählen darf. Der Klient sollte sich als denjenigen erleben, der die Entscheidungen treffen darf. Möglichkeiten zur Konfrontation mit dem Trauma sind beispielsweise EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) und die Bildschirmtechnik nach der von Luise Reddemann entwickelten PITT (Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie). Natürlich kann die Bearbeitung des Traumas auch über beispielsweise Gesprächs- oder Kunsttherapie erfolgen. Für diese Arbeit sind jedoch hauptsächlich die Methoden EMDR und der Bildschirmtechnik relevant, die daher im Anschluss kurz erläutert werden.

EMDR soll eine Desensibilisierung und Neuverarbeitung der traumatischen Inhalte durch Rechts-Links-Bewegungen bewirken (vgl. im Folgenden mit Schubbe, 2013). Dies geschieht entweder durch Augenbewegungen oder durch das wechselseitige Berühren von Schulter oder Knien. Dr. Francine Shapiro entwickelte diese Psychotherapieform Ende der 1980er Jahre. Bei der Methode sollen sich die Klienten gemeinsam mit ihren Therapeuten die mit dem traumatisierenden Geschehen verbundenen Bilder und Situationen ansehen und sie von den belastenden Emotionen entkoppeln. Wie genau EMDR wirkt, ist noch nicht gänzlich erforscht. Es wird davon ausgegangen, dass die beidseitige Stimulation zu einer besseren Kopplung der beiden Gehirnhälften führt. Bei einem Trauma scheint das Zusammenwirken der rechten und linken Gehirnhälfte gestört zu sein. In der rechten Gehirnhälfte werden Gefühle verarbeitet und in der linken ist das logische Denken und die Sprache verankert. Durch eine Traumatisierung kann die Verbindung der Hälften blockiert sein, was durch EMDR aufgehoben werden kann. Die Wirkung von EMDR hat demnach Ähnlichkeiten mit der REM-Schlafphase (REM = Rapid Eye Movement). Der REM-Schlaf ist die Schlafphase in welcher man träumt. In dieser kommt es ähnlich wie bei EMDR zu schnellen Augenbewegungen und zu einer Verarbeitung von den Erlebnissen. In der Regel leiten EMDR-Therapeuten während einer Sitzung mehrere Sequenzen der Augenbewegungen an, die eine halbe bis eine Minute dauern. Achtsam leiten sie die Patienten durch das Erinnerte und die dazugehörigen Empfindungen. So kann der Klient sich das Geschehen nochmal aus sicherer Distanz und in Begleitung seines Therapeuten anschauen. Im weiteren Verlauf der Sitzung sollte die belastende Erinnerung Stück für Stück verblassen und somit die Symptome des Traumas aufgelöst werden. Die Patienten lernen so, mit

den vergangenen traumatischen Erinnerungen und Gedanken umzugehen und können eine neue, angemessenere Perspektive auf das Geschehen entwickeln.

Bei der Bildschirmtechnik geht es hauptsächlich darum sich das Erlebte aus der Distanz als Beobachter anzuschauen. Voraussetzung für die Durchführung dieser Technik ist, dass ein innerer, emotional nicht beteiligter, beobachtender Persönlichkeitsanteil in der Stabilisierungsphase entwickelt wurde oder schon vorher da war, der die traumatischen Ereignisse aus der Distanz beobachtet bzw. beobachtet hat. Notwendig ist dabei einen gut etablierten inneren sicheren Ort zu haben, über innere Helfer zu verfügen, sowie die Benutzung der Tresortechnik. Alle Persönlichkeitsanteile, die von der Szene betroffen sein könnten, sollten in der Imagination an den inneren sicheren Ort gebracht werden. Danach wird das Trauma von Weitem bearbeitet, d.h. Konkret der Klient stellt sich das Erleben auf einem Bildschirm vor und berichtet das Geschehen in der Beobachterrolle dem Therapeuten. Der Klient stellt sich zudem vor, dass er über eine imaginäre Fernbedienung verfügt, mit der man aus der Situation rauszoomen, Bilder schwarzweiß machen, die Lautstärke regulieren oder auch einen Film anhalten kann. Aus der Distanz wird das Ereignis auf dem Bildschirm betrachtet, als sei es die Geschichte eines anderen. Mit Hilfe dieses Vorgehens kann das Trauma Schritt für Schritt durchgearbeitet werden.

### *2.2.3 Integrationsphase*

In dieser Phase soll das Erlebte in die eigene Lebensgeschichte integriert und abgeschlossen. Die schwere Aufgabe dieser Phase ist es, sich mit der eigenen Vergangenheit auszusöhnen und sie zu akzeptieren. Wichtig ist meist das Trauern um Verlorenes oder Unausgelebtes und die Akzeptanz dessen. Daraufhin sollte eine neue Haltung gegenüber dem Erlebten gefunden werden. Der Klient soll aus dem Überleben zum Leben wechseln, d.h. das Leben wieder genießen zu können und mit Schwierigkeiten umzugehen lernen. Die Fähigkeit, sich selbst trösten zu können bzw. Trost von anderen Menschen annehmen zu können, wird in dieser Phase erarbeitet. Wichtig ist vor allem der Umgang mit Triggern (Schlüsselreize, die Erinnerungen an das Trauma hervorrufen). Dafür werden erlernte Skills und Imaginationsübungen in den Alltag integriert und erarbeitet, wie diese konkret umgesetzt werden können. Auch eine berufli-

che Rehabilitation wird angestrebt, genauso wie das Erarbeiten eines positiven sozialen Umfelds.

Wichtig zu erwähnen ist noch, dass die beschriebenen Phasen nicht strikt hintereinander ablaufen, sondern in einem zyklischen Prozess, d.h. dass Elemente aus verschiedenen Phasen sich auch abwechseln können. So kann beispielsweise nach einer Traumakonfrontation vielleicht wieder Stabilisierungsarbeit erforderlich sein.

### **2.3 Tiergestützte Therapie**

Die therapeutische Arbeit kann durch viele Tierarten unterstützt werden. Es gibt unter anderem tiergestützte Therapien mit Pferden, Delfinen, Lamas, Eseln und schließlich Hunden, auf welche sich vorliegende Arbeit konzentriert. Basis der tiergestützten Therapie ist die Beziehungs- und Prozessgestaltung im Beziehungsdreieck Klient – Tier – Bezugsperson (vgl. im folgenden Vernooij & Schneider, 2013). Tiergestützte Therapie beinhaltet Methoden, bei denen Klienten mit Tieren interagieren, über Tiere kommunizieren oder für Tiere tätig sind. Durch den Einsatz eines Hundes soll der Klient in seinem Bedürfnis nach Linderung seiner Beschwerden, Autonomie und personaler und sozialer Integration zu unterstützen. Dabei sollte man fachkundig darauf achten, den Hund nicht zu überfordern und ihm genug Pausen einzuplanen. Der Therapeut plant die Maßnahmen mit dem Hund anhand unterschiedlichster Konzepte und Ansätze für unterschiedliche Zielgruppen, führt sie zielorientiert durch und dokumentiert sie anschließend. Die Interventionen des Therapeuten basieren auf dem Beziehungsdreieck Therapeut - Tier - Klient, müssen prozess- und themenorientiert gestaltet sein und durch eine fachlich fundierte Reflexion hinterfragt werden.

Allgemeine Ziele der tiergestützten Therapie sind

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

Die Eigenschaften eines Hundes, professionell eingesetzt als Therapiebegleithund, erfüllen in der therapeutischen Arbeit ganz besondere Zwecke. Die Therapie kann durch

einen Hund effektiver und qualitativ hochwertiger gestalten werden und zu einer Verbesserung des Lern- bzw. Arbeitsklimas führen (Greiffenhagen & Buck-Werner, 2011). Ein Therapiebegleithund kann durch seine Eigenschaften deutlich schneller das Vertrauen eines Menschen erlangen. Dies ist speziell bei Traumatisierten ein sehr großer Benefit, da der Therapeut über den Hund schneller und vertrauter arbeiten kann. Folgende Charakteristika zeichnen einen Therapiebegleithund aus:

- Er ist wertfrei. Er verurteilt und beurteilt nicht. Er behandelt jeden Menschen gleich freundlich.
- Er ist neugierig, offen und kontaktfreudig. Er geht freudig auf jeden zu und fordert zum Kontakt auf.
- Er regt oft zum Sprechen oder Reagieren an.
- Er verzeiht immer wieder. Klienten, die Schwierigkeiten im Sozialverhalten haben, weil sie z.B. keine Distanz halten können oder in der Distanz sehr ambivalent sind, sind gut bei einem Hund aufgehoben. Er verzeiht und kommt trotzdem freudig auf sie zu. Die Betroffenen fühlen sich angenommen, so wie sie sind und entwickeln Selbstbewusstsein. Sie können nach und nach ihr Sozialverhalten üben.
- Er nutzt Unsicherheit nicht schamlos aus, zeigt aber, dass er nach Grenzen sucht. So können unsichere Klienten lernen sich durchzusetzen und beharrlich zu sein.
- Er erleichtert die Kontaktaufnahme. Er ist ein aufmerksamer Zuhörer und redet nicht dazwischen.
- Er wirkt in der therapeutischen Arbeit je nach Bedarf entweder beruhigend, z.B. bei aktuell sehr belasteten Klienten oder motivierend und antriebssteigernd, z.B. bei depressiv gestimmten Klienten.

Aufgrund dieser Eigenschaften ist der Einsatz eines Therapiebegleithundes sehr gewinnbringend für die therapeutische Zusammenarbeit und gerade mit traumatisierten Patienten äußerst sinnvoll.

### 3 Fallbeispiel tiergestützte Traumatherapie

#### 3.1 Kurze Vorstellung des Therapiebegleithundes

Bei den nachfolgenden Fallbeispielen wurde eine circa 1-jährige, schwarze Labrador Retriever-Hündin namens Lani eingesetzt. Sie ist seit November 2015 im [REDACTED] [REDACTED] auf Station [REDACTED], der Station mit Schwerpunkt Borderline und PTBS, Therapiebegleithund.



Abbildung 2: Therapiebegleithund Lani, geb. 02.01.2015

Lani wurde individuell in der Hundeschule [REDACTED] in Zusammenarbeit mit einer erfahrenen Hundetrainerin, welche auch die Therapiebegleithundausbildung anbietet, von ihrer Besitzerin trainiert.

### 3.2 Fallbeispiel

Frau P. wurde für 8 Wochen auf der offenen, allgemeinspsychiatrischen Station des [REDACTED] aufgenommen. Sie war zum Aufnahmezeitpunkt Anfang 20, kam mit depressiv-suizidalem Syndrom zur Krisenintervention. Gründe für den Klinikaufenthalt war eine zunehmende depressive Symptomatik, in den letzten Wochen auch sozial phobische Symptome mit ausgeprägtem Vermeidungsverhalten. Zudem habe sie sich aufdrängende Erinnerungen unter denen sie sehr leide. Sie konnte auch bereits zwei Monate nicht mehr zur Arbeit gehen. Ihre Kindheit beschrieb die Klientin als wenig liebevoll. Ihre Mutter sei keine Mutter für sie gewesen. Sie habe wenig Kindheit, aber viel Verantwortung gehabt. Vor einem Jahr sei sie sexuell belästigt worden auf der Arbeit. Der Täter sei versetzt worden, sie habe aber keine Anzeige stellen können, sie leide darunter. Mit 17 sei sie von einem Ausbildungskollegen unter starkem Alkoholkonsum vergewaltigt worden. Sie habe aus Schuldgefühlen heraus keine Anzeige gestellt. Mittlerweile würde sie das gerne ändern, sie wisse aber nicht mehr wie er heiße. Die Stimmung war depressiv-gedrückt und labil, ihr Antrieb reduziert. Sie gab an in der Zeit vor der Aufnahme verstärkt kontrollieren haben zu müssen. Sie müsse außerdem viel grübeln, könne sich aber noch freuen, freue sich aber insgesamt weniger. Sie sei zudem schon lange sehr schreckhaft und könne nur sehr schlecht schlafen.

Nach der Anamnese erfolgte die Interventionsplanung mit Therapiehundeeinsatz für die Klientin in der Stabilisierungsphase. Zunächst wurde geplant den Hund zum Beziehungsaufbau, zur Unterstützung bei der Erarbeitung von Stabilisierungsübungen, bei Skills und zur Steigerung der Selbstfürsorge einzusetzen. Zum Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen therapeutischen Beziehung wurden mit der Klientin Spaziergänge unternommen, die zunächst nur dem Kennenlernen und der Stimmungsaufhellung dienen sollten. Die Anamnese fand zum Großteil bei diesen Spaziergängen statt, da die Stimmung durch die Begleitung des Hundes sehr entspannt und offen war. Zusätzlich konnte die Klientin durch das Spiel mit dem Hund deutlich entspannen und Distanz zu ihren Belastungen schaffen. Durch die positive Verknüpfung zum Hund sowie der offenen und entspannten Arbeitsatmosphäre konnte recht zügig eine vertraute Therapeut-Klient-Beziehung aufgebaut werden. Zudem konnte die Klientin durch Einsatz des Therapiehundes neue Kraft schöpfen, die sie soweit stabilisierte, dass eine

tieferer therapeutischer Arbeit möglich war. Daraufhin wurden mit der Klientin verschiedene Stabilisierungsübungen und Distanzierungstechniken erarbeitet. Der innere, sichere Ort wurde als erstes installiert. Die Klientin wurde dazu ermutigt sich den Ort so einzurichten, dass er ihrem verletzten Anteil gut tue. Dazu wünschte die Klientin aufgrund der positiven Erfahrung mit Lani, diese mit an den inneren, sicheren Ort zu nehmen. Sie beschrieb, dass die Anwesenheit von Lani ihrem verletzten Anteil ein Lächeln auf das Gesicht zaubere und ihn entspanne. Sie berichtete zudem, dass es ihr helfe, etwas Bekanntes und Lebendiges an dem Ort zu haben. Das gebe ihrem verletzten Anteil neue Kraft. Zudem wurden innere Helfer erarbeitet. Auch hier wählte die Klientin als einen der Helfer Lani. Sie begründet dies mit der Tatsache, dass sie sich von Lani geliebt und akzeptiert fühle. Dies lasse sie selbstbewusster und zufriedener werden und das könne ihr in schwierigen Situationen helfen. Der Gedanke an Lani verschaffe ihr das Gefühl etwas wert zu sein. Des Weiteren wurde mit der Klientin erarbeitet Lani in Eigenverantwortung als Skill einzusetzen. Hierzu ging die Klientin mit dem Hund spazieren oder spielte mit ihr. Wenn ihre Stimmung schlechter war, sie vermehrt Flashbacks hatte oder spürte, dass sie in einen dissoziativen Zustand rutsche, war der Umgang mit Lani einer ihrer hilfreichen Skills zur Regulation.

Als weitere Intervention wurde die fehlende Durchsetzungsfähigkeit der Klientin mit Lani bearbeitet. Dies konnte mit Lani und durch die Unterstützung der Therapeutin auf Spaziergängen trainiert werden. Die Klientin übte dies beispielweise an korrekter Leinenführung des Hundes. Sie lernte dabei ihren Wunsch (dass der Hund an der lockeren Leine neben ihr läuft) konsequent durchzusetzen und erfuhr durch den Hund dadurch keine Ablehnung, wie von der Klientin zunächst befürchtet wurde, sondern gewann an Ansehen bei dem Hund und wurde stärker respektiert. Dies stellte für die Klientin eine korrektive Lernerfahrung dar und konnte von ihr Schritt für Schritt auf den Alltag mit Mitmenschen übertragen werden. Durch diese Übungen in Verbindung mit dem Therapiehund konnte sich die Klientin recht schnell stabilisieren.

Auch bei der Traumabearbeitung konnte der Therapiehund unterstützend eingesetzt werden. Bei Gesprächen über die traumatisierenden Ereignisse kam zum einen die Bildschirm- und Beobachertechnik zum Einsatz. Die Klientin lernte sich die belastenden Situationen als Beobachterin anzuschauen und diese aus Sicht einer dritten Per-

son zu berichten. Wenn die Bilder zu belastend wurden, schaffte sie es mit Hilfe der imaginierten Fernbedienung durch Lautstärkenregulierung oder anderes wieder Distanz zwischen sich und die Bilder zu schaffen. Lani wirkte dabei verortend im Hier und Jetzt und erleichterte der Klientin so das Vermeiden von Dissoziationen. Durch das Konzentrieren auf den Hund mit unterschiedlichen Sinnen konnte die Klientin in der Gegenwart bleiben. Bei schwierigen Situationen in der Traumabearbeitung mit der Bildschirmtechnik nahm die Klientin Lani als imaginären Helfer mit in die Situation. Sie fühlte sich so in der traumatischen Situation unterstützt, konnte dadurch an Selbstbewusstsein gewinnen und aus sich selbst heraus alternative Lösungsmöglichkeiten erarbeiten. Dies verschaffte der Klientin ein neues Verhaltensrepertoire für die Zukunft, was wiederum ihr Selbstvertrauen stärkte und sie selbstwirksam fühlen ließ. Im Anschluss an die konfrontativen Sitzungen ging die Klientin mit dem Hund noch spazieren. Dies diente der Stimmungsregulation, Distanzierung zu den belastenden Inhalten der Sitzung und somit der Stabilisierung. In einer sehr belastenden Sitzung drohte die Klientin in einen dissoziativen Zustand zu gleiten. Der Film auf dem Bildschirm konnte von der Klientin pausiert werden. Der Therapiehund wurde daraufhin zu der Klientin geschickt und diese verortete sich mit Lani im Hier und Jetzt. Sie sprach mit ihr, streichelte sie achtsam, roch an ihr, spürte ihr Schlecken auf der Hand und hörte ihr dabei zu. Dies lies die Klientin wieder vollständig und zügig in der Realität ankommen und die Bearbeitung konnte fortgesetzt werden.

In der Integrationsphase wurde der Therapiehund hauptsächlich zur Übung einer Tagesstruktur und Belastungssteigerung eingesetzt. Die Klientin führte den Hund drei Mal am Tag spazieren, übernahm zwei Fütterungen, sorgte für frisches Wasser, bürstete den Hund, kehrte die Haare weg und so weiter. Zusätzlich wurden die vorangegangenen Übungsbausteine (pos. Aktivitätenaufbau, Skillseinsatz, Abgrenzungsfähigkeit, Durchsetzungsvermögen) weiter gefestigt. Zudem fand eine Übertragung auf den individuellen Alltag der Klientin statt, in welchem kein Hund zur Verfügung stand. Sie schaffte sich bereits vor der Entlassung eine Tagesstruktur mit Verpflichtungen, positiven Aktivitäten und Pausen. Zusätzlich wählte sie Situationen aus, in denen sie lernen möchte sich abzugrenzen und trainierte dies. Auch belastende Trigger übte sie bereits während des Klinikaufenthalts selbst zu regulieren. So wurde die Unterstüt-

zung durch den Therapiehund langsam ausgeschlichen als die Klientin genügend Selbstvertrauen und Handlungsrepertoire besaß.

#### **4 Fazit und Ausblick**

Das Resümee des Therapiehundeeinsatzes ist durchweg positiv. Der Beziehungsaufbau war durch den Hund ungewöhnlich schnell durchführbar. Zudem war der Hund eine sehr große Hilfe was die Distanzierung von Belastungen, Finden einer Tagesstruktur und Aufbau einer positiven und stabilen Stimmung betrifft. Auch die Klientin erlebte den Einsatz des Hundes als sehr bereichernd und angenehm. Sie beschrieb das Klima als viel weniger belastend. Sie habe sich durch die Anwesenheit des Hundes von Beginn an weniger im alleinigen Fokus und daher angenehm gefühlt. Des Weiteren empfand sie den Hund als große Hilfe, was Imaginationsübungen betraf. Sie habe sich einen realen Helfer mitnehmen können, den sie persönlich kannte und dem sie bedingungslos vertrauen habe können. Zudem seien ihr vor allem zu Beginn die Distanzierung von belastenden Gedankeninhalten und das Vermeiden von dissoziativen Zuständen mit der Unterstützung von Lani sehr viel leichter gefallen. Die Klientin hat sich in der Ergotherapie für Zuhause ein schwarzes Fellkissen genäht, um eine Erinnerung an Lani zu haben. Dieses Kissen wolle sie benutzen, wenn es ihr schlechter ginge. Da sie dieses Kissen mit dem Hund verbinde, könne sie sich damit leichter bspw. den inneren, sicheren Ort vorstellen. Der Einsatz des Hundes ist also abschließend als erfolgreich und gewinnbringend zu bewerten. Auch als Therapeut ist die Zusammenarbeit mit einem Therapiehund sehr angenehm. Der Hund liefert automatisch viele Arbeitsgrundlagen und beschleunigt und intensiviert so die Arbeit. Zudem nimmt er dem Therapeuten auch Arbeit ab, in dem der Hund beispielsweise sehr viel zum Beziehungsaufbau beiträgt.

Wichtig ist es, dass der Fokus was Stimmungsaufhellung, Distanz zu belastenden Gedanken, u.ä. angeht, nicht komplett auf dem Therapiehund liegt. Bereits in der Stabilisierungsphase sollten dringend alternative Techniken erarbeitet werden. Wichtig ist dies, damit bei dem Klienten kein Abhängigkeitsgefühl entsteht, sondern eine Selbstwirksamkeitserfahrung stattfinden kann. Diese ist dringend nötig, damit ein nachhaltiger Therapieerfolg entstehen kann. Wird darauf geachtet und ist das Therapeut-Tier-

Team gut ausgebildet, steht einer erfüllenden, sinnvollen und erfolgreichen Zusammenarbeit mit traumatisierten Klienten nichts im Weg.

## 5 Literaturverzeichnis

- Flatten, G.; Bär, O.; Becker, K.; Bengel, J.; Frommberger, U.; Hofmann, A. et al. (2011). *Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung*. *Trauma & Gewalt* 5, 2011, 3, S. 214–221.
- Frommberger, U. (Hg.) (2007). *Empfehlungen von Qualitätsstandards für stationäre Traumatherapie*. Lengerich, Berlin, Bremen, Miami, Riga, Viernheim, Wien, Zagreb: Pabst Science Publ.
- Germann-Tillmann, T.; Merklin, L.; Stamm Näf, A. (2014). *Tiergestützte Interventionen*. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Greiffenhagen, S.; Buck-Werner, O. N. (2007). *Tiere als Therapie*. Mürtenbach: Kynos-Verl.
- Huber, M. (2003). *Trauma und die Folgen*. Paderborn: Junfermann.
- Kahlisch, A. (2015). *77 Arbeitsideen für den Besuch- und Therapiehundeeinsatz*. Nerdlen: Kynos.
- Levine, P. A. (2008). *Vom Trauma befreien*. München: Kösel.
- Müller, A. C.; Lehari, G. (2015). *Der Therapiehund*. Reutlingen: Oertel u. Spörer.
- Reddemann, L. (2008). *Imagination als heilsame Kraft*. 14., Stuttgart: Klett-Cotta
- Sautter, C. (2005). *Wenn die Seele verletzt ist. Trauma - Ursachen und Auswirkungen*. 1. Aufl. Wolfegg: Verlag für Systemische Konzepte.
- Schubbe, O. (2013). *Traumatherapie mit EMDR. Ein Handbuch für die Ausbildung*. 3. Aufl. Göttingen, Bristol, Conn: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Steil, R.; Dyer, A.; Priebe, K.; Bohus, M.; Sipos, V. (2011). *Dialektisch Behaviorale Therapie für Patienten mit schwerer PTBS nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Vernooij, M. A.; Schneider, S. (2013). *Handbuch der Tiergestützten Intervention*. 3., korr. und aktualisierte Aufl. Wiebelsheim: Quelle & Meyer.

- Wöller, W.; Eberhard-Kaechele, M. (2013). *Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen.*
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder.* New York: Guilford Press.