



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Tiergestützte Therapie mit Pferden
bei Patienten mit emotionaler Instabilität

Verfasserin

Sabrina Rockenbauer

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im Mai 2010

Studienkennzahl: 298
Studienrichtung: Psychologie
Betreuer: Mag. Dr. Ulrich Tran

Danksagung

Zu Beginn dieser Arbeit möchte ich gerne all jenen meinen Dank aussprechen, die mir während meines Studiums zur Seite standen oder zum Gelingen dieser Diplomarbeit beigetragen haben.

An erster Stelle bedanke ich mich bei meinem Diplomarbeitsbetreuer, Herrn Mag. Dr. Ulrich Tran, der mir in jeder Phase dieser Arbeit mit Rat und Tat zur Seite stand. Mit fachlicher Kompetenz und großem Engagement half er mir dabei, für jedes Problem eine Lösung zu finden.

Ebenso gebührt dem Leiter des Psychosomatischen Zentrums Waldviertel-Eggenburg, Herrn Primar Dr. Dr. Dipl. Psych. Andreas Rimmel, mein großer Dank. Er gab den Anstoß zur Bearbeitung dieses Themas und die Zustimmung für die Datenerhebung in der von ihm geführten Klinik. Weiters stand mir Herr Primar Rimmel bei Fragen zu meiner Studie immer als Ansprechpartner zur Verfügung. In diesem Zusammenhang möchte ich auch den Therapeutinnen der Tiergestützten Therapie, Frau Doris Gilli und Frau Petra Rulik, von ganzem Herzen danken. Nur durch ihre Unterstützung bei der Datenerhebung konnte diese Arbeit gelingen.

Ein besonderer Dank richtet sich an meine Familie und meine Freunde, die mich immer tatkräftig unterstützten und auch in schwierigen Phasen des Studiums nicht den Glauben an mich verloren. An dieser Stelle ein großes Dankeschön an meine Freundin und Studienkollegin Sonja Schwentenwein, welche gemeinsam mit mir das Studium der Psychologie absolvierte und mir beim Verfassen dieser Arbeit hilfreich zur Seite stand. Meiner Mama möchte ich zudem ganz herzlich für ihre Geduld und ihre aufmunternden Worte danken, die mich durch die letzten Jahre begleitet haben. Nur durch ihre positive Kraft war es mir möglich, dieses Studium abzuschließen. Mein aufrichtiger Dank gilt auch meinem Freund Manuel, der es wahrlich oft nicht einfach mit mir hatte und mir dennoch immer zur Seite stand und in jeder Situation Verständnis für mich zeigte. Auch meiner Katze Soi gebührt mein Dank. Ihr ruhiges und liebevolles Wesen hat mir geholfen, auch in stressigen Situationen einen kühlen Kopf zu bewahren und meine Ziele zu verfolgen.

Zu guter Letzt bedanke ich mich bei meinen Arbeitskollegen der Caritas Unternalb, die im Dienstplan immer Rücksicht auf mein Studium nahmen und mir bei allen Prüfungen die Daumen drückten.

Inhaltsverzeichnis

Theoretischer Hintergrund	1
1. Einleitung	2
2. Die Posttraumatische Belastungsstörung	4
2.1 Historische Entwicklung der Posttraumatischen Belastungsstörung ..	4
2.2 Diagnostische Kriterien der PTBS nach ICD-10	5
2.3 Diagnostische Kriterien für eine PTBS nach DSM-IV	5
2.4 Die Traumtypen nach Leonore Terr	8
2.5 Komplexe Traumata in der Kindheit und ihre Folgen.....	8
2.6 Die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung	10
3. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	14
3.1 Diagnostische Kriterien der BPS nach DSM-IV	14
3.2 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung als komplexe PTBS.....	15
3.3 Die Therapie von Patienten mit emotionaler Instabilität.....	16
4. Tiergestützte Therapie.....	22
4.1 Historische Entwicklung der Tiergestützten Therapie	22
4.2 Wirkfaktoren der Tiergestützten Therapie	23
5. Tiergestützte Therapie mit dem Pferd	27
5.1 Die Pferd-Mensch-Beziehung	27
5.1.1 Kommunikation zwischen Mensch und Pferd	27
5.1.2 Pferde als Spiegel	28
5.1.3 Eine heilende Begegnung	29
5.2 Das Therapiepferd	30
5.3 Pferde im therapeutischen Setting – empirische Forschungsarbeiten	31
6. Schlussfolgerungen	37

Empirischer Teil	39
7. Zielsetzung und Forschungsfragen	40
8. Das Psychosomatische Zentrum Waldviertel Eggenburg	43
9. Studienteilnehmer	45
9.1 Interventionsstichprobe	47
9.2 Vergleichsstichprobe.....	50
10. Die Tiergestützte Therapie im PSZW	53
10.1 Die Therapiepferde am Hof	54
10.2 Der Therapieverlauf am Hof	57
10.3 Die Hauptziele in der TGT im PSZW	59
10.4 Dokumentation des Therapieverlaufs.....	61
11. Durchführung der Untersuchung und Design	62
12. Beschreibung der Erhebungsverfahren	63
12.1 Thermometerskalen	63
12.2 Spezifische Testbatterie.....	63
12.2.1 Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)	63
12.2.2 Borderline-Symptom-Liste-23 (BSL-23).....	64
12.2.3 Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen (IPC)	65
12.2.4 Selbstkonzept-Inventar (SKI).....	65
12.2.5 Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE).....	66
12.2.6 Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBek)	66
12.3 Standard-Testbatterie des PSZW.....	67
12.3.1 Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26)	67
12.3.2 Symptom-Checkliste (SCL-90-R).....	67
12.3.3 Beck Depressions-Inventar (BDI)	68
12.3.4 Das State-Trait-Angst-Inventar (STAI).....	68
12.3.5 Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI).....	69
13. Auswertungsmethodik	70

14.	Störungsspezifische Aspekte – In-session-Daten	71
14.1	Baselineuntersuchung.....	71
14.2	Spannung	72
14.3	Angst	73
14.4	Trauer	74
14.5	Selbstvertrauen.....	75
14.6	Vertrauen in andere	76
14.7	Neugierde	77
14.8	Wohlbefinden.....	78
14.9	Unterschiede und Veränderungen in den Prä-Session-Werten	78
14.10	Übereinstimmung von Fremd- und Selbstratings.....	80
15.	Auswertung der spezifisch-diagnostischen Testbatterie	82
15.1	Baseline-Untersuchung.....	82
15.2	FDS und BSL-23.....	83
15.3	Handlungsorientierung	84
15.4	Eigene Körperwahrnehmung.....	84
16.	Auswertung der Standard-Testbatterie des PSZW	86
16.1	Effekte tiergestützter Therapie bei Emotional Instabilen Patienten ...	86
16.1.1	Baseline-Untersuchung	86
16.1.2	Symptombelastung, Depressivität, Angst und Ärger	87
16.2	Effekte tiergestützter Therapie bei Emotional Instabilen und Patienten mit heterogenen Störungen.....	89
16.2.1	Baseline-Untersuchung	89
16.2.2	Affektwahrnehmung und Affektausdruck	90
16.2.3	Symptombelastung, Depressivität, Angst und Ärger	91
16.3	Bedeutsame Korrelationen zwischen den Skalen.....	92
17.	Interpretation der Ergebnisse	95
17.1	Wirkungen der Tiergestützten Therapie bei Patienten mit emotionaler Instabilität im Vergleich zu jenen mit heterogenen Störungen	95
17.1.1	Störungsspezifische Aspekte emotionaler Instabilität – In-Session-Daten.....	95
17.1.2	PTBS- und BPS-Symptomatik	101
17.1.3	Handlungsorientierung	101

17.1.4	Eigene Körperwahrnehmung	103
17.1.5	Affektwahrnehmung und Affektausdruck	104
17.1.6	Allgemeine Symptombelastung, Depressivität, Angst, Ärger	105
17.2	Vergleich der Patienten mit emotionaler Instabilität (mit und ohne Teilnahme an der Tiergestützten Therapie).....	107
18.	Diskussion und Kritik	110
19.	Zusammenfassung	112
19.1	Abstract - Deutsch.....	115
19.2	Abstract - English.....	116
20.	Anhang	118
20.1	Analyse der gesamten TGT-Patienten und Therapeutin Frau Gilli.	118
20.2	Analyse der gesamten TGT-Patienten und Therapeutin Frau Rulik	122
20.3	Analyse der Therapeutinnen Frau Gilli und Frau Rulik	127
20.4	Übereinstimmung der Therapeutinnenratings.....	132
20.5	Ergebnisse und Effekte der ANOVAS	139
20.6	Thermometerfragebogen (Analogskalen)	145
	Tabellenverzeichnis	147
	Abbildungsverzeichnis	148
	Literaturverzeichnis	149
	Lebenslauf	157

Theoretischer Hintergrund

„Sometimes life is painful. Sometimes we do not feel as safe and secure as we would like. Sometimes we need comfort and affection to help us through tough times. We need a broad support system. We need people to help us. And yes, sometimes we really need a dog. Or we need a cat, a horse, or some other animal to help us through our pain and to move us toward a better place in our life”
(Chandler, 2005, S. 2).

1. Einleitung

„Our relationship with animals is deeper than mere interaction and involves mutual respect and many forms of symbiosis“ (McCormick & McCormick, 1997, S. 15). Die wissenschaftliche Forschung rund um die Wirkungsweisen der Tiergestützten Therapien steckt trotz des Glaubens an die positive Wirkung der Tiere noch in den Kinderschuhen. Es gibt kaum randomisierte und kontrollierte Studien, welche signifikante und repräsentative Ergebnisse aufzeigen (Kruger & Serpell, 2000). Nach Otterstedt (2001, S. 28) scheitert die Durchführung von Studien an dem Aufwand von Zeiten und Kosten, welcher notwendig wäre, um solche Therapiemethoden und ihre Effekte zu untersuchen. Während der Einsatz von Hunden und anderen Haustieren noch in größerer Zahl dokumentiert wird (Bernstein, 2000; Kawamura, Niiyama, & Niiyama, 2007; Wells, 2007) und hier bereits große Effekte entdeckt wurden, gerät die wissenschaftliche Untersuchung von Therapien mit Nutztieren in den Hintergrund und ist eher im Bereich der qualitativen Einzelfallstudie zu finden.

Die vorliegende Arbeit soll einen Forschungsbeitrag in die quantitative Richtung leisten und dabei die Wirksamkeit der Pferdegestützten Therapie bei Patienten¹ mit emotionaler Instabilität evaluieren, hier definiert als Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder einer (komplexen) Posttraumatischen Belastungsstörung. Diesen Krankheiten liegen traumatische Erlebnisse zugrunde, welche oftmals bereits in der Kindheit geschehen sind und bis ins Erwachsenenalter nicht verarbeitet werden konnten. Die Patientengruppe ist unter anderem geprägt von Störungen der Selbstregulation sowie der Selbst- und Fremdwahrnehmung, der Regulation von Affekten und Impulsen und in der Beziehung zu anderen Menschen (Driessen et al., 2002; Rau, 2007). Und gerade diese Problembereiche können in der therapeutischen Arbeit mit Pferden zum zentralen Thema gemacht werden, wie Yorke et al. (2008) bereits in ihrer Studie beschrieben haben. Ihren Ergebnissen zufolge war die Mensch-Tier-Beziehung in vielen Punkten mit der Beziehung zu einem Psychotherapeuten vergleichbar². Die Patienten treten in Beziehung zu dem Tier, erleben körperliche Nähe und können Gefühle leichter zulassen (Gilli, 2007a; Gilli, 2007b). Eine ganzheitliche Entwicklung des Menschen durch die mit dem Tierkontakt einhergehende Stärkung von Körper, Seele,

¹ Zu Gunsten der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit auf die Nennung beider Geschlechter verzichtet und nur die männliche Form verwendet.

² In der Psychotherapie gelten unter anderem die hilfreiche und harmonische Beziehung, die gegenseitige Sympathie, Respekt und Vertrauen als Voraussetzungen für den Therapieerfolg (Yorke, Adams, & Coady, 2008).

Geist und sozialer Kraft wird möglich (Otterstedt, 2003, S. 60; Otterstedt, 2001, S. 24).
All diese Gründe sprechen für den Einsatz tiergestützter Therapie mit Pferden bei Patienten mit emotionaler Instabilität.

2. Die Posttraumatische Belastungsstörung

Zunächst soll ein Blick auf die geschichtliche Entwicklung dieses Störungsbildes gemacht und anschließend die diagnostischen Kriterien nach dem ICD-10 sowie dem DSM-IV geschildert werden. Die Traumtypen nach Leonore Terr werden ebenso beschrieben wie komplexe Traumata im Kindesalter. Der letzte Teil dieses Kapitels beschäftigt sich mit der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung, deren Symptomen und Störungsbereichen.

2.1 Historische Entwicklung der Posttraumatischen Belastungsstörung

Die Symptome der heutigen Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) wurden nach Resick (2003, S. 21) bereits 1889 von dem deutschen Psychiater Hermann Oppenheim bei Patienten festgestellt, die aufgrund schwerer Arbeitsunfälle an psychischen Störungen litten. Oppenheim prägte den Begriff der „traumatischen Neurose“, welcher in Kriegszeiten zur „Kriegsneurose“ umformuliert wurde. Nach dem zweiten Weltkrieg wurden die Symptome der PTBS bei Überlebenden von Konzentrationslagern beobachtet und als „KZ-Syndrom“, „Überlebenssyndrom“ oder „erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel“ bezeichnet. Auch Soldaten, die nach dem Vietnamkrieg in die USA zurückkehrten zeigten charakteristische Symptome der PTBS, was zu einer systematischen Erforschung von Traumaerlebnissen führte.

Ab den 1980ern wurde beim Auftreten von Traumafolgestörungen erstmals von der „Posttraumatischen Belastungsstörung“ gesprochen. In den USA wurden bereits in den 1970er Jahren Traumata in verschiedene Subgruppen unterteilt spezifisch benannt. Ausschlaggebend dafür war die Frauenrechtsbewegung, welche in die Offensive ging, um Erfahrungen über Vergewaltigungen, Misshandlungen, Inzest und Kindesmissbrauch an die Öffentlichkeit zu tragen. Die Öffentlichkeit reagierte mit dem Bau von Frauenhäusern und Krisenzentren, Psychologen bezeichneten die Untergruppen der Traumata entsprechend ihres Auslösers beispielsweise als „Geschlagene-Frau-Syndrom“ oder „Vergewaltigungstrauma-Syndrom“ (Courtois, 2004; Pelcovitz et al., 1997; Resick, 2003, S. 21).

2.2 Diagnostische Kriterien der PTBS nach ICD-10

In der ICD-10 (Dilling, Mombour, & Schmidt, 1993) findet sich die PTBS in der Gruppe der „Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“ unter F43.1. Dieses Klassifikationssystem nennt eine breite Definition zur Beschreibung der PTBS: „[...] Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (Dilling et al., 1993, S. 169). Solche Ereignisse können Naturkatastrophen oder schwere Unfälle sein, ebenso von Menschen verursachte Desaster. Auch Zeuge oder Opfer von schweren Verbrechen wie Vergewaltigung und Folterung zu sein kann eine PTBS zur Folge haben. Das Auftreten der PTBS kann nach der ICD-10 nicht durch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale oder Neurosen erklärt werden sondern nur als direkte Reaktion auf ein traumatisches Ereignis (ebd).

2.3 Diagnostische Kriterien für eine PTBS nach DSM-IV

Das amerikanische Diagnosesystem (DSM) beschreibt die Diagnose der PTBS erstmals 1980 in seiner dritten Auflage (DSM-III) und beschränkte sich auf die drei Symptome „Wiedererleben“, „Vermeidung“ und „Hyperarousal“, welche bei zurückgekehrten Soldaten beobachtet wurden (Courtois, 2004).

Für die vierte Ausgabe dieses Diagnosesystems im Jahre 1994 wurden die Kriterien überarbeitet, erweitert und genauer definiert. Nach dem DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994, S. 467) sind die Kriterien einer PTBS die Auseinandersetzung mit Tod, Lebensgefahr oder starker Körperverletzung sowie der Bedrohung der eigenen körperlichen Unversehrtheit bzw. jene anderer Personen. Gefühle der Hilflosigkeit, des Entsetzens und intensiver Furcht sind dabei vorhanden. Die Kriterien sind im Detail:

A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:

- (1) Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung

oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.

- (2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen. Bei Kindern kann sich dies auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern.

B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mind. eine der folgenden Weisen wiedererlebt:

- (1) Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können...
- (2) Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis...
- (3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten)...
- (4) Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
- (5) Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden).

Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:

- (1) Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen
- (2) Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen
- (3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern
- (4) Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten
- (5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen

- (6) Eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden)
- (7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben)

D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden).

Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:

- (1) Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen
- (2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche
- (3) Konzentrationsschwierigkeiten
- (4) Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz)
- (5) Übertriebene Schreckreaktion

E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat.

F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Die PTBS wird als akut angesehen, wenn die Symptome weniger als drei Monate andauern. Bei einer Dauer von mehr als drei Monaten liegt eine chronische Erkrankung vor. Treten die Symptome mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor auf, wird von einer PTBS mit verzögertem Beginn gesprochen (American Psychiatric Association, 1994, S. 468).

Obwohl nach Hausmann (2007) in der internationalen Forschung vor allem die Kriterien des DSM-IV für die PTBS herangezogen werden, so hat auch die ICD-10 ihre Berechtigung und wird vor allem im deutschsprachigen Raum, so auch in Österreich, als Diagnosesystem für psychische Störungen verwendet (Rau, 2007). Nach Resick (2003, S. 24) sind die Kriterien des DSM-IV und der ICD-10 zum größten Teil überlappend. Jedes Diagnosesystem verlangt ein Stressorkriterium sowie Intrusions- und Vermeidungssymptome. Unterschiede gibt es in der klinischen Bedeutsamkeit des Störungsbildes, welche nur im DSM-IV beschrieben wird sowie in den unterschiedlichen Zeitkriterien beider Diagnosesysteme. Weiters nennt nur die ICD-10 das Vorhandensein einer (Teil-)Amnesie als zusätzliches Kriterium bei Hyperarousal (siehe Kapitel 3.3).

2.4 Die Traumtypen nach Leonore Terr

Leonore Terr hat 1991 (Lueger-Schuster, 2008; Pelcovitz et al., 1997; Wise, 2007) die Unterscheidung zwischen den Traumtypen (Typ 1-Trauma und Typ 2-Trauma) hervorgebracht und damit die Möglichkeit geschaffen, Aussagen über Art und Schweregrad des Traumas zu treffen. Ihre Typisierung war zunächst für traumatisierte Kinder gedacht, erscheint jedoch auch für den Erwachsenenbereich als sehr nützlich. Dem ersten Traumtypus liegt ein Monotrauma, ein isoliertes, unerwartetes traumatisches Ereignis zugrunde, welches sich tief in das Gedächtnis einprägt und eine PTBS hervorrufen kann. Dieses Ereignis kann eine Vergewaltigung, ein Überfall, ein Unfall oder auch eine Naturkatastrophe sein.

Beim zweiten Traumtypus wird von einer Serie traumatischer Erfahrungen oder einem einzelnen lang andauernden Erlebnis ausgegangen. Wiederholter Missbrauch oder Gewalterlebnisse können ein Typ 2-Trauma bzw. eine komplexe Traumatisierung zur Folge haben. Dieses wird vorwiegend von Menschen verursacht und führt bei Betroffenen zu ausgeprägten Veränderungen der Persönlichkeit, welche im Diagnosesystem der PTBS (ICD-10 und DSM-IV) nur unzureichend Beachtung finden. Erinnerungslücken, Dissoziationen, Gefühllosigkeit und veränderten Schemata von sich selbst, der Welt und der Beziehungen zu anderen werden bei Patienten beobachtet. Das sind unbewusste Strategien, die dabei helfen sollen, die Situation zu ertragen und zu bewältigen. Alkohol oder Drogen werden als Mittel zum Zweck verwendet und sollen der Selbstbetäubung dienen. Scham, Wertlosigkeit und Misstrauen stehen neben dem Gefühl, nicht liebenswert zu sein, im Vordergrund. Auch interaktionelle Probleme sind oftmals vorhanden. Da diese stark traumatisierenden Erfahrungen im weiteren Verlauf Persönlichkeitsveränderungen mit sich bringen, erfordert die Behandlung solcher Typ 2-Traumata andere Methoden als die typische PTBS (Lueger-Schuster, 2008; Wise, 2007).

2.5 Komplexe Traumata in der Kindheit und ihre Folgen

Chronische und komplexe Traumatisierungen in der Kindheit führen sowohl zu schweren Störungen der Entwicklung des eigenen Selbst als auch zu Beeinträchtigungen der Beziehungsgestaltung zu anderen und zur Umwelt (Lueger-Schuster & Pal-Handl, 2004; van der Kolk, 2005). Dies erwähnt auch Diepold (2005, S. 194) und meint:

„Je jünger ein Mensch von einem Trauma getroffen wird, desto gefährdeter ist die Psyche, weil das Ich seine Fähigkeiten zur Realitätsprüfung und Antizipation noch nicht ausreichend entwickelt hat und noch keine Strukturen zur Verfügung stehen, innerhalb derer das Trauma bearbeitet werden könnte.“

Die Beeinträchtigung traumatisierter Kinder zeigt sich in der Störung der Affektregulierung, welche zur Wiederholung des Traumas führen kann, in der beeinträchtigten Wahrnehmung innerer Zustände, der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit und im symbolischen Denken und Spiel. Auch die Entwicklung kreativer Problemlösungsstrategien und die Bewältigung kognitiver Anforderungen gelingt den Kindern nicht altersentsprechend (Purtscher & Dick, 2004; van der Kolk, 2005). Dabei zeigen nach Diepold (2005, S. 204) traumatisierte Kinder entweder aggressives und destruktives Verhalten („Die Kinder sind auf Kampf eingestellt und greifen an, bevor sie selbst verletzt werden könnten“) oder depressive Symptome, Erstarrung und anklammerndes Verhalten, welche durch eingefrorene Gestik und Mimik, abgewandtem Blick und starrem Gefühlsleben gekennzeichnet sind. Bei beiden Verhaltensweisen können noch weitere Beeinträchtigungen vorkommen, z.B. Vernichtungs- und Trennungsangst, ein Mangel an sozialen Kompetenzen und ein beeinträchtigtes Selbstwertgefühl. Lern- und Konzentrationsstörungen sowie selbstschädigendes Verhalten zählen hier ebenfalls dazu. All diese Faktoren haben massive Auswirkungen auf die Gestaltung von Beziehungen zu Gleichaltrigen und bedingen Schwierigkeiten und Frustrationserlebnisse, welche wiederum zu einem Gefühl der Inkompetenz, Isolation und Entwertung führen und die altersentsprechenden sozialen Integrationsschritte massiv beeinträchtigen (Diepold, 2005, S. 205).

Unterschiedliche mehrfache Belastungen in der Kindheit und komplexe Traumasituationen führen zu einem erhöhten Risiko der Ausbildung multipler psychiatrischer Krankheitsbilder und Komorbiditäten (Diepold, 2005, S. 197; Purtscher et al., 2004; van der Kolk, 2005). Nach Huber (2007, S. 104) können Anorexie, Bulimie oder Esssucht durch Traumata ausgelöst werden, ebenso wie Verhaltensweisen, die Anspannung reduzieren sollen wie beispielsweise Nägel beißen, Schneiden, Kratzen oder ständiges mit dem Kopf gegen die Wand schlagen. Depressionen, Ängste oder Aggressionen sowie unpassende Nachahmungen (z.B.: Misshandlungsverhalten der Eltern) kommen ebenfalls vor. Diese Problematiken verschlimmern sich oftmals in der Adoleszenz bis hin zum Erwachsenenalter und können unter anderem Entwicklungsstörungen, Depressionen, chronische PTBS (bei Andauern der Symptome über drei

Monate, vgl. Kap. 2.3), Suizidalität, Verhaltensstörungen und Persönlichkeitsstörungen beinhalten. Weiters besteht ein erhöhtes Risiko, dass in der eigenen Kindheit misshandelte Erwachsene diese Traumata an ihre Kinder weitergeben, indem sie selbst zu misshandelnden Eltern werden (Huber, 2007, S. 105).

Nach Teeger (2000) erinnern sich manche Erwachsene, die in ihrer Kindheit solche komplexen Traumata erlitten haben, nicht mehr an das Erlebte. Vor allem schwere, sexuelle Gewalterfahrungen können nicht mehr bewusst erinnert werden, wodurch die Diagnose einer PTBS oder komplexen PTBS (siehe nächstes Kapitel) erschwert wird. Manche Menschen (Huber, 2007, S. 70) leben jahrelang beschwerdefrei mit dem Trauma im Hintergrund. Erneuter Stress ohne wiederholte Traumatisierung löst manchmal erst Jahre später die PTBS aus. Nach Huber (2007, S. 74) leiden 50% der Opfer einer Vergewaltigung an Gedächtnisverlusten. Die Erinnerung an Inzest oder Gewalt in der Kindheit kommt manchmal erst dann zurück, wenn eigene Kinder so alt sind, wie die Betroffenen damals waren.

2.6 Die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Seit 1980 wurde die Klassifizierung der Posttraumatischen Belastungsstörung immer wieder revidiert (Courtois, 2004; Resick, 2003, S. 21). Bevor das DSM-IV erschien, wurde eine Feldstudie durchgeführt, um festzustellen, ob „unabhängig von der PTBS eine weitere, separate Störung mit komplexen Symptomen besteht, die ‚komplexe PTBS‘ oder ‚Störung durch Extrembelastung, nicht anderweitig klassifiziert‘. . .“ (Resick, 2003, S. 21). Diese Störung wird im Englischen mit „DESNOS“ (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified) abgekürzt. Die deutsche Bezeichnung „Komplexe PTBS“ stammt von Judith Herman (Rau, 2007).

Die Ergebnisse der Studie waren eindeutig: In Bezug auf DESNOS zeigte sich, dass eine PTBS nicht immer mit einer DESNOS einhergeht, eine DESNOS jedoch nicht ohne PTBS vorkommt. Man schließt daraus, dass die DENOS eine Untergruppe oder eine komplexere Form der PTBS ist (Resick, 2003, S. 22; van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005). Im DSM-IV ist diese Diagnose noch nicht enthalten, sie wird jedoch, so Rau (2007), in der nächsten Ausgabe des Klassifikationssystems aufgegriffen werden.

Das Konzept der komplexen PTBS wurde in einer Expertengruppe um Herman und Pelcovits (Sack, 2004) weiter ausgearbeitet und in einer weiteren Feldstudie an

über 500 Patienten überprüft. Anschließend konnten die Symptome in sechs Bereiche gegliedert werden (Rau, 2007, S. 18; Sack, 2004, S. 455):

1. *Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen*
 - a) Starke Stimmungsschwankungen mit Unfähigkeit sich selbst zu beruhigen
 - b) Verminderte Steuerungsfähigkeit von aggressiven Impulsen
 - c) Autodestruktive Handlungen und Selbstverletzen
 - d) Suizidalität
 - e) Störungen der Sexualität
 - f) Exzessives Risikoverhalten

2. *Störung der Wahrnehmung und des Bewusstseins*
 - a) Amnesien
 - b) Dissoziative Episoden und Depersonalisation

3. *Störung der Selbstwahrnehmung*
 - a) Unzureichende Selbstfürsorge
 - b) Gefühl dauerhaft zerstört zu sein
 - c) Bagatellisieren von gefährlichen Situationen

4. *Störung der Beziehung zu anderen Menschen*
 - a) Unfähigkeit zu vertrauen
 - b) Wiederholte Viktimisierung
 - c) Viktimisierung anderer Menschen

5. *Somatisierung*
 - a) Somatoforme Symptome
 - b) Hypochondrische Ängste

6. *Veränderung von Lebenseinstellungen*
 - a) Fehlende Zukunftsperspektive
 - b) Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen und Werten

Vor allem die Störungen in der Affektregulation sind bei Traumapatienten häufig vorzufinden und werden deshalb von manchen Autoren als charakteristisch für die komplexe PTBS betrachtet. Überreaktionen mit starken Gefühlsausbrüchen und Prob-

leme beim Beruhigen und Distanzieren sind Zeichen gestörter Affektregulation. Für Betroffene ist es schwierig, unangenehme Affekte auszuhalten und Impulse zu steuern. Sie suchen Ablenkung von diesen belastenden Gefühlen durch exzessiven Alkoholmissbrauch oder selbstschädigendes Verhalten. Suizidalität, erhöhte Risikobereitschaft und aggressives Verhalten sich selbst und anderen gegenüber sollen unerträgliche Spannungszustände lindern (Sack, 2004).

Die gestörte Selbst- und Fremdwahrnehmung und das gestörte Bewusstsein führt nach Sack bei manchen Betroffenen soweit, dass der Selbstschutz und die Selbstfürsorge vernachlässigt werden. Für die eigene Körperpflege und die eigene Ernährung kann nicht mehr gesorgt werden. Schuld und Schamgefühle sowie Gefühle der Wertlosigkeit sind Auslöser dieses verzerrten Bewusstseins bei komplex traumatisierten Menschen. Diese Selbstbewertung ist ein Kennzeichen schwerer Traumatisierung und bietet den Betroffenen ein Erklärungsmodell für die erlebten Traumata, womit sie eine wichtige stabilisierende Funktion zur Verminderung von Hilflosigkeit und Ohnmachtgefühle bieten. Beziehungen zu anderen Menschen einzugehen oder aufrechtzuerhalten gestaltet sich für Patienten mit komplexer PTBS häufig als schwierig. Soziale Kontakte werden gemieden, oftmals ist großes Misstrauen vorhanden. Zeigt der Betroffene selbst nur geringe soziale Kompetenzen, führt das zu erhöhten Ängsten und zwischenmenschliche Beziehungen werden schier unmöglich. Nur eine geringe Zahl der Patienten verfügt über Freunde oder enge Vertraute. Ein anderer Aspekt der Beziehungsgestaltung betrifft die Reinszenierung und Reviktimisierung, die unbewusst geschieht und der Traumabewältigung dienen soll. Betroffene gehen dabei erneut traumatisierende Beziehungen ein und werden nochmals Opfer von Gewalt- oder Missbrauchstätern. Andererseits können traumatisierte Opfer selbst zu Tätern werden und destruktive Impulse zulassen. Während Frauen eher autoaggressiv reagieren, handeln Männer vermehrt fremdaggressiv. Viele Opfer sind innerlich mit ihrem Peiniger beschäftigt und nehmen diesen verzerrt wahr. Sie glauben an dessen Macht, die in Wirklichkeit nicht mehr vorhanden ist, für die Betroffenen aber sehr bedrohlich wirkt (ebd).

Dissoziative Symptome treten bei Patienten mit komplexer PTBS als Derealisation, Depersonalisation, Fugue oder Amnesie auf. Diese Reaktionen sind nach Sack (2004) automatisiert und schützen Betroffene vor Überforderungen und starken Belastungen. Starke Dissoziationen beeinträchtigen das Alltagsleben der Patienten und sind daher mit großen Problemen verbunden.

Auch die Somatisierung ist ein Symptombereich der komplexen PTBS. Körperliche Beschwerden ohne organische Ursachen sind bei Traumapatienten häufig zu

finden und werden durch erhöhte Prävalenzraten in Studien belegt. Im Körper sind traumatische Erfahrungen tief verankert und kommen durch die Somatisierung immer wieder hervor (ebd).

Als wichtigen, nicht zu vernachlässigenden Aspekt wird das Fehlen der Zukunftsperspektive von Betroffenen beschrieben. Fehlendes Interesse an der Gestaltung des eigenen Lebens, Resignation, Hoffnungslosigkeit und zerstörte Wert- und Glaubensvorstellungen sind Folgen der Traumatisierung, die starke Gefühle der Sinnlosigkeit und damit erhöhte Suizidalität hervorrufen (ebd).

Nach Sack (2004) ähneln die Symptome der Komplexen PTBS jenen der andauernden Persönlichkeitsveränderungen nach Extrembelastung (im ICD-10 unter F62.0 zu finden).

3. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist in der ICD-10 (Dilling et al., 1993, S. 229) unter F60.3, also ebenso wie die komplexe PTBS, im Bereich der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen zu finden und gilt als emotional instabile Persönlichkeitsstörung. Launenhaftigkeit, Rücksichtslosigkeit sowie Gefühlsausbrüche und triebhaftes Verhalten, welches nicht kontrolliert werden kann, zählen neben der Streitsucht und der Konfliktbereitschaft zu den Diagnosekriterien. Es wird zwischen einem impulsiven Typus, welcher emotional instabil ist und unzureichende Impulskontrolle aufweist, und dem Borderline-Typus, welcher Beeinträchtigungen im Selbstbild sowie der eigenen Ziele und Vorlieben aufzeigt, unterschieden. Ein chronisches Gefühl von Leere sowie intensive Kurzbeziehungen zeichnen letzteren Typus ebenso aus wie sein Hang zur Selbstverletzung und suizidalem Verhalten.

3.1 Diagnostische Kriterien der BPS nach DSM-IV

Nach Bohus (2002, S. 4) beschreibt das DSM-IV die Kriterien der BPS weitaus genauer als die ICD-10. Die Störung hat ihren Beginn im frühen Erwachsenenalter und bringt ein tief greifendes Muster von Instabilität mit sich, welche sich in Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten äußert. Verstärkte Impulsivität ist ebenfalls ein Zeichen für BPS. Das DSM-IV nennt für die Differentialdiagnose neun Kriterien von denen fünf erfüllt sein müssen, um von BPS sprechen zu können (Bohus, 2002, S. 5):

1. Durch große Anstrengungen wird versucht, reales oder vermutetes Verlassenwerden zu verhindern. Suizidale oder selbstverletzende Verhaltensweisen, die in Kriterium 5 vorkommen, werden nicht berücksichtigt.
2. Ein Muster instabiler, intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, welches von dem Wechsel zwischen extremer Idealisierung und vollkommener Entwertung gezeichnet ist.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und anhaltende Instabilität des Selbstbildes bzw. der Selbstwahrnehmung
4. Impulsivität in mindestens zwei Bereichen, die selbstschädigend sind (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren und Binge-Eating). Suizidale oder selbstverletzende Verhaltensweisen, die in Kriterium 5 vorkommen, werden nicht berücksichtigt.

5. Wiederkehrende suizidale Handlungen, Gesten und Androhungen sowie selbstverletzendes Verhalten.
6. Instabilität der Affekte aufgrund einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit, oder Angst, welche jedoch für gewöhnlich nur wenige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
7. Chronisches Gefühl der Leere
8. Unangebrachte, heftige Wut oder Schwierigkeiten, Wut und Ärger zu kontrollieren (z. B: häufige Wutausbrüche, anhaltende Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

3.2 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung als komplexe PTBS

Die Borderline-Störung von der Posttraumatischen Belastungsstörung abzugrenzen ist nach Sack (2004) aufgrund der Überschneidungen der Symptombereiche nicht einfach, aber möglich. Denn während die BPS im Grunde eine Bindungs- und Beziehungsstörung darstellt, wird die PTBS als Störung der Selbstregulation und Selbstwahrnehmung angesehen. Unterschiede gibt es auch im Affektausdruck. Patienten mit BPS haben stärkere Stimmungsschwankungen mit Tendenz zur Euphorie, jene mit komplexer PTBS zeigen sich eher depressiv und weisen zudem wiederholt stark ausgeprägte dissoziative Symptome auf (ebd).

Einen engen Zusammenhang der zwei Störungsbilder beschreibt auch Courtois (2004) und bezieht sich dabei auf klinische Untersuchungen über Erwachsene, die in ihrer Kindheit missbraucht wurden und heute unter anderem Hochrisikoverhalten und Störungen in der Affektregulation aufzeigen. Es werden sehr komplexe Symptombilder beschrieben, welche emotionale Instabilität, unbeständige Beziehungen und Impulsivität umfassen und aufgrund der vorhandenen instabilen Selbststrukturen eine direkte Verbindung zur Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigen.

Driessen et al. (2002) haben die Kriterien der BPS jenen der DESNOS gegenübergestellt (Tab. 1) und dabei ebenfalls große Übereinstimmungen bei der Impulsivität, beim selbstdestruktiven und suizidalen Verhalten sowie bei der Affektinstabilität bzw. Affektregulation festgestellt. Unangemessener Umgang mit Wut und Ärger sowie Muster instabiler zwischenmenschlicher Beziehungen treffen ebenfalls bei beiden Störungen zu.

Geplante Störungsbereiche für das DSM-V im Vergleich mit der Borderline Persönlichkeitsstörung (Driessen et al., 2002)		
Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen	→	BPS
Störungen der Selbstwahrnehmung	→	BPS
Störung der Wahrnehmung und des Bewusstseins	→	BPS
Störung der Beziehung zu anderen Menschen	→	BPS
Somatisierung und Veränderung von Lebenseinstellungen		

Tab. 1: Geplante Störungsbereiche für das DSM-V

Aufgrund dieser Übereinstimmungen und der Tatsache, dass traumatische Erfahrungen auch das Leben von einem Großteil der Patienten mit BPS geprägt haben, benennen manche Autoren die BPS als chronisch ausgeprägten Subtyp der Posttraumatischen Belastungsstörung, der sich bei sexuellem Missbrauch oder körperlichen Misshandlungen im Kindesalter erst Jahre später und infolge der PTBS entwickelt (Driessen et al., 2002). Nach Huber (2007, S. 118) können mehr als 80% aller Persönlichkeitsstörungsdiagnosen durch frühe Traumatisierungen wie sexuellen Missbrauch, Vernachlässigung und Gewalterlebnisse erklärt werden. Reddemann und Sachse (2000, S. 561) bringen diese Annahme auf den Punkt und beschreiben die Borderline-Symptomatik „als ein Ensemble von Coping-Strategien zur Bewältigung von posttraumatischen Symptomen, die sich chronifiziert haben, weil sie in der traumatisierenden Situation und danach nicht verarbeitet werden konnten“. Weiters wird die BPS, genauso wie die PTBS als somatische Erkrankung verstanden, welche eine veränderte Stressphysiologie nach sich zieht. Die BPS als Form der komplexen PTBS zu verstehen ist noch eine sehr neue Sichtweise und bedarf weiterer Forschung und Entwicklung (Huber, 2007, S. 146).

3.3 Die Therapie von Patienten mit emotionaler Instabilität

Genauso kompliziert wie die Abgrenzung der Störungsbilder an sich sind auch die Diagnosestellung und die anschließende Behandlung. Versteht man die BPS und ihre Symptome wie Courtois (2004) als Versuch der Betroffenen, sich traumatischen Erlebnissen anzupassen und damit als Form der komplexen PTBS, ermöglicht das dem Therapeuten oder Psychologen unvoreingenommen und empathisch zu reagieren. Für Huber (2007, S. 31) ist die richtige Diagnosestellung unabdingbar, um den

Betroffenen angemessen zu helfen: „Ein misshandeltes Mädchen, das als Jugendliche anfängt sich selbst zu verletzen, als ‚Borderlinerin‘ zu pathologisieren, statt sie – wie es diagnostisch häufig richtig wäre – als komplex traumatisierte Frau mit akuten, aus der Not geborenen Gefühlsausbrüchen zu sehen und ihr eine adäquate traumaorientierte Behandlung anzubieten, halte ich inzwischen für einen Kunstfehler“.

Dobernig und Seibold (2007) beziehen sich bei der Beschreibung ihrer stationären Traumatherapie auf das Behandlungskonzept der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) und der International Society for the Study of Dissociation (ISSD). Dieses Konzept orientiert sich an den Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie, jenen der psychoanalytischen Verfahren sowie der Klinischen- und Gesundheitspsychologie. Die Therapie verläuft über sechs Wochen und beinhaltet drei Stufen, wobei die erste vor allem Sicherheit und Stabilität thematisiert. Die Ressourcenorientierung steht ebenso im Mittelpunkt, bevor die Auseinandersetzung mit belastenden Lebensereignissen erfolgen kann. In der Therapie sollen neben dem Aufbau einer therapeutischen Beziehung zum Beispiel folgende Ziele erreicht werden: „Verbesserung des Wissens über die Erkrankung“, „Verbesserter Umgang mit (traumatischem) Stress“ und „das Erlernen von Stress-Coping-Strategien und Selbstmanagementtechniken“, „Erarbeitung von Therapieverträgen, die der Einschränkung von selbstschädigendem Verhalten dienen“ sowie „Maßnahmen des Umgangs mit psychischen Notfällen“ mit Hilfe von Skills und Stoppmechanismen. Weitere Ziele sind unter anderem „Selbstwertstabilisierung“, die „Senkung des Erregungsniveaus“ sowie die „Verbesserung der Entspannungsfähigkeit“. Der nächste Therapieschritt, die tatsächliche Traumabearbeitung und Konfrontation mit Hilfe der Exposition oder Traumasyntese, kann während eines meist sechswöchigen Klinikaufenthaltes nur sehr selten erfolgen, ist jedoch auch nicht immer das Ziel der Behandlung. Oftmals liegt der Therapiefokus im Sicherheitsgewinn und der Stabilisierung und auch diese Ziele können nicht immer gänzlich erreicht werden, da die Betroffenen verschiedenste Symptome aufzeigen und von einer jahrelangen Vorerkrankungsdauer berichten. Aus diesem Grund ist auch der letzte Schritt der Traumatherapie, welcher die intensive Beschäftigung mit Abschied, Trauer und Neuorientierung beinhaltet, nur für wenige Patienten zu erreichen. Natürlich sind diese Themen auch während der Therapie immer wieder Thema, können jedoch nicht abgeschlossen werden (ebd).

Courtois (2004) beschreibt ebenfalls ein solches Drei-Stufen-Modell der Therapie, bezieht sich aber explizit auf Patienten mit komplexer PTBS. Die Therapie ist dabei

eng mit den diagnostischen Kriterien einer komplexen PTBS (vgl. Kap. 2.6) verbunden und strebt eine positive Veränderung dieser an. Die erste Stufe ist dabei die Wichtigste. Der Therapierahmen wird festgelegt und ein sicherer Platz geschaffen um Stabilisierung zu ermöglichen. Die therapeutische Beziehung soll die Aufarbeitung der Vergangenheit ermöglichen und dabei helfen, eigene Fähigkeiten zu entwickeln und zu stärken, um im Leben besser zurechtzukommen. Die Affektregulation und der achtsame Umgang mit sich selbst sollen verbessert werden. Diese Stufe gibt den Betroffenen die Sicherheit, die viele in ihrem Alltag vermissen. Auf Ebene zwei geht es ebenso wie bei Dobernig und Seibold (2007) um die Traumabearbeitung und Bewältigung sowie um die Integration des Traumas in das eigene Leben. Diese Aufarbeitung und Bewältigung kann mit verschiedensten Techniken wie EMDR³ oder angeleiteten Bilderreisen unterstützt werden. Die erlebten Traumata werden bewusst wahrgenommen und als Teil des Lebens akzeptiert, sie sind Teil der Vergangenheit und beeinflussen nicht mehr die Gegenwart. Die letzte Stufe der Therapie ähnelt wiederum dem vorher beschriebenen Konzept und betrifft die eigene Weiterentwicklung und die Beziehungen zu anderen sowie die Verbesserung der eigenen Lebensqualität. Die gelernten Fähigkeiten werden gefestigt und ein Leben im Bereich des Normalen wird erstmals möglich. Der Therapiefortschritt ist sehr individuell und von den traumatischen Erlebnissen abhängig. Auch Courtois (2004) postuliert, dass nicht immer alle drei Stufen des Programms durchlaufen werden und manche Patienten nie über die erste Ebene hinaus kommen. Die Therapie kann von Monaten bis hin zu Jahren dauern und sollte den Betroffenen bei Krisen immer die Möglichkeit bieten, erneut stationär oder ambulant behandelt zu werden. Dobernig und Seibold (2007) sind ebenso der Ansicht, dass bereits die Diagnose der komplexen PTBS Grund genug ist, um eine langfristige Behandlung zu planen, die meist nicht (nur) im stationären Setting durchgeführt werden kann. Sie schlagen eine ambulante Behandlung vor, weisen aber auch auf die Vorteile der stationären Aufnahme und der Intervallbehandlungen hin.

Die genannten Therapiemodelle von Dobernig und Seibold sowie von Courtois haben ihre eigenen Konzepte und Ziele, greifen jedoch in manchen Punkten auf das bereits im Jahr 1987 entwickelte integrative Modell der Dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) von Marsha Linehan zurück. Dieses Therapiemodell wurde zur ambulanten Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt und soll das Leben der Patienten lebenswerter machen (Eckert, Dutz, & Makowsky, 2000). Das Konzept

³ EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) ist ein von Shapiro entwickeltes Verfahren, welches die nachträgliche Verarbeitung von Traumata zum Ziel hat. Diese Psychotherapiemethode gilt als nachweislich effektives Verfahren zur Integration belastender Erfahrungen (Muenker-Kramer, 2007).

umfasst vier therapeutische Strategien, die miteinander in Verbindung stehen. Mit Hilfe dieser vier Strategien sollen die vier Therapieziele Verhaltenskontrolle, Selbstachtung, die Fähigkeit, ein Spektrum von Gefühlen zu erleben und dauerhafte Lebensfreude erreicht werden. Die Ziele werden in der DBT auf folgende vier Therapiestufen verteilt, welche nacheinander fokussiert werden (Eckert et al., 2000, S. 278):

1. Kompetenztraining: Neue Verhaltensweisen werden erlernt und auf Situationen übertragen, vorhandene Fertigkeiten werden erweitert. Das Therapieziel dahinter wird „Aufhebung fehlender Verhaltenskontrolle“ genannt und betrifft folgende Bereiche:
 - a. Reduktion suizidaler und selbstverletzender Verhaltensweisen
 - b. Reduktion von Verhaltensweisen, die zu einem Therapieabbruch führen könnten
 - c. Reduktion von Verhaltensweisen, welche die Lebensqualität beeinträchtigen, z.B. Drogenkonsum oder wiederholte stationäre Behandlungen in kurzen Abständen
 - d. Ersatz fehlangepasster durch adäquate Verhaltensweisen
 - e. Erreichung individueller Therapieziele
2. Als zweite Strategie wird die Exposition genannt. Dabei werden dysfunktionale Verhaltensweisen behandelt, indem die Patienten den Auslösern dieser unangemessenen Emotionen ausgesetzt werden. Angemessenes Verhalten wird wieder möglich. Das fokussierte Ziel beschreiben Eckert et al. (2000, S. 278) als die Reduktion posttraumatischer Stressreaktionen mit dem Ziel, das Erleben und Verarbeiten von Emotionen zu erlernen. Als Methode der Wahl gilt hierbei die Expositionstherapie.
3. Notfallmanagement ist die dritte Strategie dieser Therapie und kommt dann zum Einsatz, wenn durch das Umfeld dysfunktionale Verhaltensweisen verstärkt werden oder das Erlernen neuer Fertigkeiten unmöglich wird. Diese Strategie findet sich im dritten Therapieziel wieder, indem die Verbesserung der Fähigkeit, mit Lebensproblemen wie geringem Selbstvertrauen umzugehen und die Steigerung des Selbstwertes angestrebt werden (ebd).

4. Als kognitive Restrukturierung wird die vierte Strategie bezeichnet. Verfügen Patienten über dysfunktionale Denk- und Überzeugungsmuster, so wird eine Veränderung unmöglich. Um diese Unfähigkeit zur Veränderung aufzulösen, werden Interventionen zur kognitiven Restrukturierung angewendet. Das vierte Therapieziel beschäftigt sich somit mit dem Gefühl der Unvollkommenheit und damit, die Fähigkeit zu dauerhafter Freude zu verbessern (ebd).

Die Steigerung der Kompetenzen und der Motivation, die Anwendung erlernter Verhaltensweisen und die Strukturierung eines helfenden Umfeldes sind Kernpunkte in jeder Phase der Therapie. Die Strategien der DBT sind auf Akzeptanz, Änderung und Dialektik ausgerichtet. Zur Akzeptanz gehören die Bestätigung und die Achtsamkeit. Die Bestätigung dient der Patienten-Therapeuten-Beziehung und stärkt das Selbstbewusstsein während die Achtsamkeit zur genauen Beobachtung eigenen Verhaltens, eigener Gefühle und Gedanken führt (Eckert et al., 2000). Die Änderungsstrategien sind die Aufklärung, das Selbstmonitoring, Verhaltens- und Lösungsanalyse, Fallbeschreibung, Kompetenztrainingsstrategien, Management von Einflussfaktoren sowie Strategien der kognitiven Umstrukturierung. Eckert et al. (2000) zufolge sind diese mit jenen in anderen Verhaltenstherapien identisch und daher nicht spezifisch für die BPS. Die Dialektischen Strategien werden als sehr relevant betrachtet und verfolgen das Ziel, scheinbare Gegensätzlichkeiten aufzulösen und in das Leben des Betroffenen zu integrieren. So wird nicht die Entweder-Oder Position der Patienten vertreten sondern die Möglichkeit des Sowohl-Als-Auch. Die Tendenz der Borderline-Patienten zur Abwehr durch Dissoziation, welche nur Gut oder Böse, Schwarz oder Weiß kennt, soll durch diese dialektischen Strategien verhindert werden. Die Betroffenen sollen Grautöne erkennen und verstehen, dass Gut und Böse auch nebeneinander existieren können (ebd).

Nach Eckert et al. (2000) sind nicht alle Behandlungsstrategien der DBT speziell auf die Symptomatik der Borderline-Patienten zugeschnitten, weshalb sie durchaus auch auf die Patientengruppe mit PTBS angewendet werden kann. Diese Theorie vertreten auch Wagner, Rizyi und Harned (2007) und geben zu bedenken, dass die Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung sich in vielen Punkten mit jenen der komplexen PTBS überschneiden und DBT bei beiden Störungen erfolgreich eingesetzt werden kann. Marsha Linehan, die Begründerin der DBT, und Melanie Harned untersuchten 2008 ebenfalls die Wirkung auf traumatische Folgestörungen. Sie kombinierten die integrative dialektische behaviorale Therapie mit der verlängerten Exposition bei zwei Patienten mit der Hauptdiagnose einer BPS, die weiters jedoch an PTBS erkrankt war-

en. Die Forscherinnen kamen zu dem Ergebnis, dass die Kombination beider Therapiemethoden einen positiven Einfluss auf die Symptome der PTBS und der traumabezogenen Aspekte der BPS haben könnte. Genauere Untersuchungen für diese Patientengruppe sind jedoch noch ausständig (Harned & Linehan, 2008).

Seit 2001 wird die DBT auch im stationären Setting angewendet. Ausschlaggebend dafür war die Entwicklung eines stationären Behandlungskonzepts von Martin Bohus (Lieb, Bohus, Barthruff, Jacob, & Richter, 2004) im Rahmen eines Modellprojekts an der Universitätsklinik Freiburg. Die stationäre Therapie geht über zwölf Wochen und umfasst verhaltenstherapeutische und kognitive Behandlungsstrategien. Die Befähigung zur Affektregulation und Spannungstoleranz, sowie das Erlernen neuer zwischenmenschlicher Fertigkeiten und Achtsamkeit stehen im Mittelpunkt verschiedenster einzel- und gruppentherapeutischer Sitzungen.

4. Tiergestützte Therapie

"Unter tiergestützter Therapie versteht man alle Maßnahmen, bei denen durch den gezielten Einsatz eines Tieres positive Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten von Menschen erzielt werden sollen. Das gilt für körperliche wie für seelische Erkrankungen. Das Therapiepaar Mensch/Tier fungiert hierbei als Einheit. Als therapeutische Elemente werden dabei emotionale Nähe, Wärme und unbedingte Anerkennung durch das Tier angesehen. Zusätzlich werden auch verschiedenste Techniken aus den Bereichen der Kommunikation und Interaktion, der basalen Stimulation und der Lernpsychologie eingesetzt" (Gatterer, 2003, zitiert nach Tiere als Therapie, 2007).

Nach Otterstedt (2003, S. 63) nimmt die Mensch-Tier-Beziehung in der Therapie einen Platz inmitten der triangulären Beziehung zwischen Therapeut, Klient und Therapieziel ein und stellt damit ein therapeutisches Mittel dar, welches der Zielerreichung dient (Abb. 1). Doch nicht allein das Tier sondern erst die freie Begegnung von Mensch und Tier, welche nur durch den therapeutischen Rahmen eingeschränkt ist, kann den Therapieprozess unterstützen (Otterstedt, 2003, S. 63).

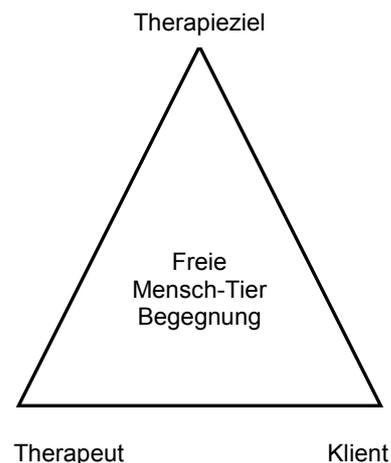


Abb. 1: Trianguläre Beziehung nach Otterstedt (2003, S. 63)

4.1 Historische Entwicklung der Tiergestützten Therapie

Nach Parshall (2003) stammen die ersten Berichte zum therapeutischen Einsatz von Tieren aus dem Jahr 1699. John Locke soll damals mit Hunden, Eichhörnchen und Vögeln versucht haben, bei Kindern die Entwicklung von Gefühlen zu fördern. Eine Aufzeichnung aus dem 18. Jahrhundert beschreibt den Einsatz von Nutztieren innerhalb einer Glaubensgemeinschaft zur Erlangung geistiger Gesundheit. In Deutschland wurden 1867 ebenfalls Nutztiere von religiösen Anhängern eingesetzt. Die Verwendung tierischer Helfer kann in den genannten Fällen kaum als Tiergestützte Therapie angesehen werden (vgl. Definition in Kap. 4) und so sind nach Chandler

(2005, S. 10-11) die Wurzeln der Tiergestützten Therapie in den Vereinigten Staaten zu finden, wo Tiere erstmals zu Beginn des 20. Jahrhunderts im professionellen Kontext eingesetzt wurden. In Washington wurde 1919 in einem Krankenhaus Hunde zur Therapie psychiatrischer Patienten eingesetzt und auch das amerikanische Militär nutzte zunächst Haustiere und später Nutztiere um die Genesung der Soldaten zu unterstützen.

Die erste ausführliche Dokumentation einer professionellen Tiergestützten Therapie stammt aus dem Jahr 1962 und geht auf den Kinderpsychologen Boris Levinson zurück. Levinson brachte seinen Hund in die Therapiestunden mit und machte dabei bemerkenswerte Entdeckungen. Viele seiner jungen Patienten, die zuvor verschlossen waren, interagierten positiv mit dem Tier, wodurch eine gute Beziehung zwischen Levinson und dem Patienten erleichtert wurde. Diese Ergebnisse nahmen Psychiater aus Washington zum Anlass weiterer Forschung und untersuchten 1970 die Auswirkungen von Haustieren zunächst in Spitälern und dann in Pflegeheimen. Die Studie brachte eindeutige physische, psychische und soziale Verbesserungen der betreuten Menschen zum Vorschein. Weitere Studien folgten und deren Ergebnisse wurden in wissenschaftlichen Journalen publiziert.

Die Tiergestützte Therapie zeigte ihre positive Wirkung in den unterschiedlichsten Bereichen, beispielsweise bei der Stressreduktion, bei Alzheimer, psychiatrischen Diagnosen, Angst und Depression (ebd). Eine detaillierte Beschreibung bislang bekannter Wirkungsweisen folgt im nächsten Kapitel dieser Arbeit.

4.2 Wirkfaktoren der Tiergestützten Therapie

Der Sozialpädagoge Frank Nestmann hat die Wirkfaktoren der Tiergestützten Therapien zusammengefasst (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1992, S. 35) und diese, so wie McCulloch bereits zehn Jahre zuvor (McCulloch, 1983), in die drei Kategorien des biopsychosozialen Modells der Gesundheit eingeteilt. Die Zusammenschau, welche nachfolgend angeführt wird, ist sowohl bei Otterstedt (2003, S. 66) als auch bei Olbrich (2009, S. 361) zu finden und bildet das bio-psycho-soziale Wirkungsgefüge detailliert ab:

Physische/physiologische Wirkungen

- *Senkung des Blutdrucks*
Eine Stabilisierung der Herzfrequenz, des Pulses und des Kreislaufs erfolgt bereits über reine Präsenz und über Streicheln des Tieres.
- *Muskelentspannung*
Dies kann über Körperkontakt und durch entspannte Interaktion erfolgen.
- *Biochemische Veränderungen und neuroendokrinologische Wirkung*
Erregungssenkendes Lachen und Spielen kann zur Freisetzung von Beta-Endorphinen führen und Schmerzverringern, Beruhigung und euphorisierende Effekte zur Folge haben. Das ganze Immunsystem wird dabei stabilisiert.
- *Verbesserung des Gesundheitsverhalten*
Der Tierkontakt kann eine allgemeine motorische Aktivierung nach sich ziehen und zu Bewegung und Spiel an der frischen Luft verleiten, Muskulaturtraining bewirken, die Verdauung aktivieren und zur besseren Ernährung und Körperpflege anregen. Weiters kann sich der Alkohol- und Nikotingenuss sowie Übergewicht reduzieren und die Schaffung eines geregelten Tagesablaufs gefördert werden.
- *Praktische/technische Unterstützung*
Servicetiere wie Blindenhunde bieten Schutz und Sicherheit sowie Hilfe im Alltag.

Mentale und Psychologische Wirkungen

- *Kognitive Anregung und Aktivierung*
Die geistige Anregung und Aktivierung erfolgt mittels Lernen über Tiere und Tierhaltung sowie in Gesprächen und im Austausch mit anderen Menschen.
- *Förderung emotionalen Wohlbefindens*
Die Mensch-Tier-Begegnung führt zu Gefühlen des Akzeptiertwerdens, des Geliebtwerdens, der Zuwendung, der Bestätigung, des Trosts und Ermunterung, der Zärtlichkeit, der Intensität, der spontanen Zuneigung und Begeisterung.
- *Förderung von positivem Selbstbild, Selbstwertgefühl, Selbstbewusstsein*
Die konstante Wertschätzung, die Erfahrung von Autorität, Macht und Bewunderung, das Gefühl gebraucht zu werden sowie das Erleben von Verantwortung und Bewältigungskompetenz ermöglichen die Steigerung des Selbstwertes.

- *Förderung von Kontrolle über sich selbst und die Umwelt*
Pflege, Versorgung, Führung und erreichter Gehorsam ermöglichen das Sammeln von Kontrollerfahrungen. Die Selbstkontrolle, die Sensibilisierung für eigene Ressourcen, der Zwang zur aktiven Bewältigung, die Vermittlung von Bewältigungskompetenz und Kompetenzerfahrung sowie Zutrauen und der Aufbau von Alltagsstrukturen werden hier thematisiert.
- *Förderung von Sicherheit und Selbstsicherheit, Reduktion von Angst*
Die unbedrohliche und belastungsfreie Interaktionssituation ist geprägt von unbedingter Akzeptanz, konstanter und kontinuierlicher Zuneigung, unkritischer Bewunderung.
- *Psychologische Stressreduktion, Beruhigung und Entspannung*
Die Wahrnehmung und Interpretation von Belastung verändert sich, gelassener Stressbewertung wird möglich. Trost und Beruhigung, Ablenkung, Relativierung von Konsequenzen, Umbewertung und Umbilanzierung von Ereignissen sowie die Aufwertung kleiner Freuden vermindert den Stress.
- *Psychologische Wirkung sozialer Integration*
Die Bedürfnisse nach Zusammensein, Geborgenheit, Erfahrung von Nähe und Gemeinsamkeit erfahren Befriedigung.
- *Regressions-, Projektions- und Entlastungsmöglichkeiten (Katharsis)*
Tierkontakt ermöglicht stilles Zuhören, affektive Entladung, offenen emotionalen Ausdruck und Erinnerungsmöglichkeit. Ein enttabuisierter Umgang, Identifikation und Projektion wird möglich.
- *Antidepressive Wirkung, antisuizidale Wirkung*
Das Zusammensein, die Gemeinsamkeit, das Vertrauen, die Sicherheit sowie die emotionale Zuwendung wirken antidepressiv. So zeigen sich auch die Umbewertung von Belastung, Trost und Ermutigung, Förderung von Aktivität, Verantwortung, Bezogenheit und Verbundenheit, Freude, Lebendigkeit, Spontanität und das Erleben von Spaß als positiv.

Soziale Wirkungen

- *Aufhebung von Einsamkeit und Isolation*
Der Kontakt mit den Tieren selbst sowie jener, der durch die Begegnung mit dem Tier zu anderen Menschen aufgebaut wird, wirkt der Einsamkeit entgegen.

- *Nähe, Intimität und Körperkontakt*
Das Erleben von Beziehungen und Verbundenheit wird ermöglicht.
- *Streitschlichtung und Familienzusammenhalt*
Gesprächsstoff wird vermittelt und das Gefühl der Zusammengehörigkeit wird aufgebaut.
- *Vermittlung von positiven sozialen Attributionen*
Sympathie, Offenheit und Unverkramptheit werden als positiv empfunden.

Auch in den letzten Jahren konnten diese positiven Wirkungen bei Tiergestützten Therapien festgestellt werden. Bereits der 12-minütige Kontakt zu Hunden reicht nach Cole, Gawlinski, Steers und Kotlerman (2007) aus, um die Herz- und Lungenfunktion bei Patienten, die aufgrund eines Herzfehlers stationär behandelt wurden, zu verbessern. Stresshormone und Ängste reduzierten sich ebenfalls aufgrund des Hundebesuchs. Damit bestätigen sie die Ergebnisse von Friedman, Katcher, Lynsch und Thomas (1980), welche Herzinfarktpatienten mit und ohne Haustiere bezüglich ihrer Überlebensrate ein Jahr nach dem Aufenthalt auf der Intensivstation verglichen. Während 28% derjenigen ohne Haustier innerhalb dieses Jahres verstarben, waren es in der Gruppe der Haustierbesitzer nur 6%. Unterschiede zwischen den Haustierarten konnten nicht festgestellt werden. Ebenso soll nach Otterstedt (2001, S. 31) der Kontakt zu den Tieren das Gesundheitsverhalten verbessern. Die Bewegung nimmt zu und die Muskulatur entspannt sind – dies verringert wiederum Kopfschmerzen. Weiters geht Otterstedt von einer Verbesserung der Atmung und einer Anregung des Appetits aus. Die Vorfreude auf den Tierbesuch und die eigene Motivation unterstützen die Selbstheilungskräfte, die Ernährung wird gesünder und sportliche Aktivitäten nehmen zu.

Abgesehen von den bio-psycho-sozialen Wirkungen können auch Veränderungen in der Therapiedynamik beobachtet werden. So berichtet Chandler (2005, S. 3) unter anderem von der Erhöhung der Therapiemotivation durch die Aussicht auf den Tierkontakt. Die Patienten können mit dem Tier für kurze Zeit ihre Beschwerden vergessen und werden dadurch befähigt, intensiver, länger und mit vielleicht größerem Erfolg an therapeutischen Sitzungen teilzunehmen. Ebenso soll der Tierkontakt das Zustandekommen einer guten Vertrauensbasis zwischen Patient und Therapeut erleichtern.

5. Tiergestützte Therapie mit dem Pferd

„Working with a horse has made it easier for us to handle life in general: stress, crises, death, terminal illnesses, vulnerabilities and a host of other trials. It has taught us to be more open, more malleable, and to approach life with a sense of adventure” (McCormick et al., 1997, S. 11).

5.1 Die Pferd-Mensch-Beziehung

Nach McCormick et al. (1997, S. 17) rufen Pferde mythische Gedanken im Menschen wach. Pferde werden in Sagen und Märchen oftmals als loyale Beschützer dargestellt, welche vor Gefahren warnen. Bereits die Kelten sahen Pferde als heilige Lebewesen an, die Kraft, Fruchtbarkeit und Glück brachten. Der Glaube an die Macht der Pferde ging über Jahrhunderte und verbreitete sich von Spanien nach Italien und Großbritannien bis über ganz Europa, wo irische Könige das heilige Pferd zu ihrem Machtsymbol hervorhoben (McCormick et al., 1997, S. 18f). Der Kult um das Pferd machte auch vor dem Schweizer Psychologen, Psychiater und Begründer der Analytischen Psychologie Carl Gustav Jung, nicht halt. Nach Jung repräsentieren wilde Pferde die menschlichen unkontrollierbaren Triebe und niederen Instinkte. Erscheint ein Pferd im Traum, so soll es als göttlicher Bote dem Menschen durch Schwierigkeiten hindurch helfen. Obwohl seit Beginn der Moderne Menschen und Tiere auf dieser Erde leben, ohne körperlich und geistig miteinander verbunden zu sein, repräsentieren Pferde immer noch genau das, was Menschen in einer Therapie erreichen wollen, die Fähigkeit tiefe Verbundenheit mit anderen innerhalb einer sozialen Gruppe zu erlangen und ein gesundes Mitglied der Gemeinschaft zu werden (McCormick et al., 1997, S. 42). Sie stehen für Kraft und Stärke genauso wie für Sanftheit und Weisheit (Mehlem, 2005, S. 22). Auch Olbrich (2009, S. 357) beschreibt eine gemeinsame Evolutionsgeschichte, in der Mensch und Tier zusammenlebten und postuliert, dass diese Erfahrungen der Vorzeit nicht innerhalb der letzten Jahrhunderte gelöscht worden sein können.

5.1.1 Kommunikation zwischen Mensch und Pferd

Für Menschen ist es oftmals leichter, mit Tieren als mit den Menschen zu sprechen, da hierbei keinerlei Verpflichtungen entstehen. Die Art der Kommunikation mit

dem Pferd ist nach Watzlawick „analog“ (Olbrich, 2009, S. 359f) und beinhaltet unter anderem die nonverbale Sprache des Blickkontakts und der Berührungen, die Mimik, Körperhaltung und Bewegung sowie die räumliche Distanz, die Höhe und Lautstärke sowie das Tempo der verbalen Laute.

Nach Brandt (2004) ist der Körper das Medium der Kommunikation zwischen Pferd und Mensch. Pferde sind sehr feinfühlig und können mit ihren Körpern Botschaften übermitteln und aufnehmen. Ebenso zeigen auch Menschen Gefühle und Gedanken durch ihre Körpersprache, wenn auch meistens unbewusst. Um die Körpersprache des anderen zu erlernen und ein gemeinsames System zu finden, bedarf es eines Lernprozesses für beide Partner. Sobald das gegenseitige Verstehen entwickelt wurde, ist eine effektive Kommunikation möglich, die beiden Seiten Sicherheit bietet. Ohne Missverständnisse gibt es keine falschen Reaktionen und keine gefährlichen Situationen, die Arbeit mit dem Pferd kann zielgerichtet stattfinden und ein tiefes gegenseitiges Verständnis entsteht (Brandt, 2004). Die Basis der Beziehung zwischen Mensch und Tier beruht auf Ehrlichkeit, gegenseitigem Respekt und Mitgefühl (McCormick et al., 1997, S. 23; Vidrine, Owen-Smith, & Faulkner, 2002, S. 595). Pferde registrieren unsere Kommunikationsversuche sofort und reagieren unverzögert, eindeutig und unreflektiert. So können Menschen durch die Arbeit mit Pferden neue Wege der Interaktion sowie neue Formen von Verständnis und Mitgefühl kennen lernen, welche auch auf der zwischenmenschlichen Ebene eine Veränderung bewirken können (McCormick et al., 1997, S. 23; Olbrich, 2009, S. 360, 371).

5.1.2 Pferde als Spiegel

Die Autoren McCormick und McCormick (1997, S. 6) beschäftigen sich seit mehr als zwanzig Jahren mit Pferden und ihren therapeutischen Wirkweisen bei Menschen psychischen Erkrankungen. Sie beschreiben in ihrem Buch das Pferd als Spiegel, welches den Menschen reflektiert und dadurch das Streben nach Selbstverwirklichung und Veränderung kraftvoll unterstützt. Das Pferd zeigt auf, wie eigene, ängstige Verhaltensweisen bewältigt werden können, wodurch die Fähigkeit zum Verständnis der eigenen Verhaltensweisen, der Selbstkontrolle und Selbstbeherrschung steigen. „If there is any hope for change through therapy, clients must feel their own feeling, including pain“ (McCormick et al., 1997, S. 37).

Das Phänomen des Spiegelns wird ausführlich in der psychoanalytischen Denkrichtung unter dem Aspekt der Selbstobjekte beleuchtet (Olbrich, 2009, S. 365).

Selbstobjekte können andere Menschen, Tiere oder Gegenstände sein, die dem Säugling dabei helfen, die eigenen Unzulänglichkeiten der Wunschbefriedigung zu akzeptieren oder auch selbst zur Wunscherfüllung beitragen. Neben dem idealisierenden Selbstobjekt und dem Zwillings-Selbstobjekt beschreibt Wolf (2002, S. 55-57) das spiegelnde Selbstobjekt, welches Akzeptanz und Bestätigung vermittelt und damit das Erleben eigener Handlungsfähigkeit ermöglicht sowie das Selbstwertgefühl stärkt. Brown (2007, zitiert nach Olbrich, 2009, S. 365) lieferte empirische Beweise, dass Tiere als Selbstobjekte wirken können und damit dem Menschen in seiner Entwicklung helfen können. Sie befragte 24 Tierbesitzer nach ihren Beziehungen zu den Vierbeinern und stufte die erhaltenen Antworten nach einem Klassifikationssystem in die Kategorie des idealisierenden, des Zwillings- oder des spiegelnden Selbstobjektes ein. Die meisten Antworten (63%) konnten dem spiegelnden Selbstobjekt zugeordnet werden. Das Spiegeln unbedingter, wertfreier Akzeptanz und Zuneigung sowie der Erhalt völliger, ungeteilter Aufmerksamkeit wurden hier von den Tierbesitzern beschrieben. Vor allem Pferde und Hunde gingen in dieser Studie als Meister in der Kategorie des Spiegels hervor. Aber auch in der Funktion des Zwillings-Selbstobjekts (61%) waren Pferde häufig vertreten. Als Erklärung wird hierfür das Gefühl der Einheit genannt, welches Reiter und Pferd in der Bewegung spüren. Die Funktion des idealisierten Selbstobjekts liegt an dritter Stelle (43%) und wird auch „Aschenputteleffekt“ genannt. Tiere bewerten uns nicht und schenken uns bedingungslose Aufmerksamkeit (Olbrich, 2009, S. 365-367; Vidrine et al., 2002, S. 595).

5.1.3 Eine heilende Begegnung

Die Interaktion mit dem Pferd zeigt einen wiedergutmachenden Effekt und kann alte Wunden lindern. Dieses Phänomen wird von Otterstedt (2003, S. 60; 2001, S. 24) „heilsame Beziehung“ genannt und meint damit nicht, dass diese Beziehung Krankheiten und Leiden verschwinden lässt. Vielmehr geht es um eine ganzheitliche Entwicklung des Menschen durch die mit dem Tierkontakt einhergehende Stärkung von Körper, Seele, Geist und sozialer Kraft. Es ähnelt der Verbindung einer Mutter zu ihrem Kind, die keinerlei Verpflichtungen mit sich bringt sondern uneingeschränkt Halt und Geborgenheit gibt. Die harmonische Beziehung zum Pferd kann als Quelle genutzt werden, um vermisste oder problematische Elemente der Vergangenheit ein wenig auszugleichen (McCormick et al., 1997, S. 51). Als Beispiel dazu nennt Otterstedt (2001, S. 25) das Aufeinanderzugehen von Mensch und Tier. Dieses Verhalten signali-

siert dem Menschen „Das Tier will auch Kontakt zu mir haben“ und die heilende Wirkung liegt im Gefühl des Angenommenwerdens, der Entspannung nach der Angst zuvor und im Gefühl der Freude. Olbrich (2009, S. 358) verweist in diesem Zusammenhang auf die Bindungstheorie und die damit verbundenen Arbeiten von John Bowlby, welcher das Gefühl der Sicherheit in einer Partnerschaft sowie die Sehnsucht bei Trennung erwähnt. Diese Emotionen führen zu stabilen Bindungen und sind auch in Mensch-Tier-Beziehungen zu finden. Auch Quiroz Rothe et al. (2005) beschreiben in ihrer theoretischen Arbeit zur Tiergestützten Therapie mit Pferden, welche im nächsten Kapitel näher beschrieben wird, diesen heilenden Aspekt in der Beziehung von Pferden und Kindern.

5.2 Das Therapiepferd

„Das Pferd vereinigt in seinem Wesen wie kaum ein anderes Tier Autonomie und Unabhängigkeit ebenso wie soziale Bezogenheit und Bindung“ (Mehlem, 2005, S. 21). Es kann dem Menschen helfen, eigene Ängste zu bewältigen und die Suche nach der eigenen Identität fortzusetzen (Mehlem, 2005, S. 22). Therapiepferde sind kontaktfreudig, haben ein ruhiges Wesen und sind nicht übertrieben ängstlich und schreckhaft (Chandler, 2005, S. 31; Otterstedt, 2007, S. 304). Sie sind und bleiben jedoch Fluchttiere und nehmen Menschen als Raubtiere wahr, weshalb man sich ihnen immer von vorne oder seitlich nähern sollte, damit sie nicht erschrecken. Das besondere an Pferden ist ihre sensible Wahrnehmung der Körpersprache und ihre Fähigkeit, sofort auf Reize zu reagieren. Sie sind als therapeutisches Mittel zur freien Begegnung von Mensch und Tier gut geeignet und haben vielfältige Einsatzbereiche in der Tiergestützten Therapie. Otterstedt (2007, S. 322) nennt Beispiele:

- Herstellen der inneren Balance und Muskelentspannung
- Die eigene Körperlichkeit spüren
- Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein stärken
- Vertrauen zu anderen Menschen erlangen
- Den Umgang mit eigenen Grenzen und die der anderen und des Pferdes erleben
- Die Gedanken im Hier und Jetzt festhalten und vorausschauend Denken

5.3 Pferde im therapeutischen Setting – empirische Forschungsarbeiten

Studien, in denen die Therapie mit Pferden durchgeführt wird, sind selten und gelten meist der Hippotherapie⁴ bei Menschen mit Behinderungen. Durchgeführte Studien sind zudem selten randomisiert und kontrolliert. Zu diesem Schluss kam auch die Metaanalyse über Tiergestützte Therapie von Nimer und Lundahl (2007), in welcher sieben Studien zur Tiergestützten Therapie mit Pferden eingeschlossen waren, jedoch nur eine als RCT-Studie⁵ galt. Zum Vergleich: Insgesamt 25 Forschungsarbeiten mit Hunden wurden in die Metaanalyse aufgenommen, davon waren 15 randomisiert und kontrolliert. In der Metaanalyse wurde versucht, alle Ergebnisse der einfließenden Studien den Bereichen „Well-being“ (Ausmaß an Angst, Depression, etc.), „Behavior“ (Aggressionsverhalten, Einhalten von Regeln, etc.) und „Medical“ (Herzfrequenz, Blutdruck, motorische Skills, etc.) zuzuordnen und gepoolte Effektgrößen zu berechnen. Für die Tiergestützten Therapien mit Pferden konnten im Bereich des „Well-being“ – unabhängig ob es sich um klinische oder nicht-klinische Stichproben handelte – keine bedeutsamen Effekte festgestellt werden ($d = 0.26$, 95%-KI = $[-0.05; 0.56]$). Dies kann jedoch auf die geringe Anzahl der verwendeten Studien mit Pferden sowie deren unzureichende Qualität (geringe Stichprobe, keine Kontrollgruppe) zurückzuführen sein, wodurch drei der sieben Studien ein sehr niedriges Rating der Autoren erhielten. Der Effekt der Tiergestützten Therapien in klinischen Stichproben erwies sich – unabhängig von der verwendeten Tierart – insgesamt jedoch auch als eher niedrig ($d = 0.35$, 95%-KI = $[0.23; 0.48]$). Im Bereich „Behavior“ zeigten sich hingegen bei Tiergestützten Therapien mit Pferden insgesamt bedeutsame Effekte ($d = 0.42$, 95%-KI = $[0.03; 0.83]$). Unabhängig von der gewählten Tierart lag dieser Effekt in klinischen Stichproben bei $d = 0.63$ (95%-KI = $[0.45; 0.82]$). Die Ergebnisse legen nahe, dass insbesondere der Verhaltensbereich durch Tiergestützte Therapie mit Pferden positiv beeinflusst werden kann (Nimer & Lundahl, 2007).

Quiroz Rothe et al. (2005) fassten in ihrer theoretischen Arbeit Ergebnisse verschiedener Studien über psychotherapeutische Pferdetherapien bei Kindern zusammen und gliederten ihre Ergebnisse in (a) Beobachtungen über die teilnehmenden Kinder, (b) die Therapiepferde, (c) die Therapeuten, (d) den Therapieraum, (e) den Thera-

⁴ Gemäß AHA (American Hippotherapy Association, 2005) wird die Hippotherapie von Arbeitsmedizinern, Physiologen oder Sprachtherapeuten z. B. zur Verbesserung der Motorik, der Balance und der Körperhaltung angewendet.

⁵ RCT = randomized controlled trial; zu Deutsch: randomisierte und kontrollierte Studie. Dieses Studiendesign ermöglicht es, eindeutige Aussagen zur Kausalität zu erhalten.

pieplan und (f) die Therapie selbst. Der letzte Bereich (g) galt den Therapieerfolgen. Den Autoren zufolge verspricht die therapeutische Arbeit mit Pferden eine große Bandbreite an positiven Veränderungen bei Kindern. Neben einer positiven Beziehungserfahrung durch die Verbindung zum Pferd lernten die Kinder für ein anderes Lebewesen Sorge zu tragen und empathisch zu handeln. Diese Sorge übertrugen sie im weiteren Verlauf auf sich selbst, so dass ein liebevoller und fürsorglicher Umgang mit dem eigenen Selbst ermöglicht wurde. Weiters erlangten die Kinder durch die Interaktion mit dem Pferd ein höheres Selbstwertgefühl, spürten Loyalität, Vertrauen und Respekt. Die Identifikation und die Kommunikation mit dem Pferd befähigten die Kinder, sich selbst besser wahrzunehmen und eine körpersprachliche Kommunikation mit dem Pferd zu erlernen, welche auch auf die Interaktion mit Menschen angewendet werden kann. Als größten Gewinn der Tiergestützten Therapie sehen Quiroz Rothe et al. den Aspekt der Partnerschaft mit dem Pferd, welcher eine Veränderung im Kind bewirken kann und manchmal an eine Mutter-Kind-Beziehung erinnert. Tiergestützte Therapie zeigt Wirkung bei autistischen Kindern, jenen mit Trisomie 21 und auch bei vernachlässigten Kindern, die aufgrund mangelnden elterlichen Zuspruchs eine verzögerte Entwicklung aufzeigen. Pferde nehmen und geben uneingeschränkte Liebe und Zuneigung und helfen damit, dem Kind eine normale Entwicklung der Persönlichkeit zu ermöglichen (Quiroz Rothe, Jiménez Vega, Mazo Torres, Campos Soler, & Molina Pazos, 2005).

Einen Vergleich zwischen Tiergestützter Therapie mit Pferden (Equine Assisted Counseling; EAC) und dem Programm „Kid’s Connection“ der Rainbow Days Inc. (RD) stellten Trotter und Kollegen (Trotter, Chandler, Goodwin-Bond, & Casey, 2008) in amerikanischen Schulen an. Die teilnehmenden Schüler galten als gefährdet hinsichtlich schwerer Verhaltensauffälligkeiten, Lernprobleme und sozialer Anpassung. Sie wurden von ihren Direktoren vorgeschlagen und entschieden selbst, ob sie an einem der Programme (EAC oder RD) teilnehmen wollten. Die Tiergestützte Therapie fand wöchentlich zwei Stunden statt und ging über 12 Wochen. Die Schüler wurden von psychologisch geschultem Personal und Pferdepflegern durch das Programm geleitet und bei den Aufgaben unterstützt. Jede Einheit war genau geplant und in einem Therapiehandbuch dokumentiert. Ziel der EAC war es, gesunde Kommunikationsformen zu üben, gesunde Beziehungen zu erlangen und neue, kreative Problemlösungsstrategien zu entwickeln.

Die Vergleichsgruppe nahm über 12 Wochen, jeweils eine Stunde lang am „Kid’s Connection“-Programm teil, welches im Klassenzimmer stattfand und helfen soll-

te, gesunde und konstruktive Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Von insgesamt 205 Schülern verließen 41 frühzeitig die Intervention, sodass vollständige Daten von 38 Schülern in der RD-Gruppe und 126 in der Gruppe mit Tiergestützter Therapie vorlagen.

Als interessierende Variable der Studie wurde die Verhaltensänderung genannt, welche mit dem „Behavioral Assessment System for Children (BASC)“ und dem „Psychosocial Session Form (PSF)“ gemessen wurde. Die Vorgabe der Fragebögen erfolgte jeweils vor und nach der Intervention.

Prä-Post-Vergleiche (BASC) zeigten in beiden Gruppen signifikante Ergebnisse, wobei sich das EAC-Treatment in fünf (Emotional Symptom Index, Clinical Maladjustment Composite, Atypical Behaviours, Sense of Inadequacy, Relations with Parents des Behavioral Assessment System for Children [BASC]), das RD-Treatment nur in vier Bereichen (Emotional Symptom Index, Personal Adjustment Composite, Social Stress, Self-Esteem des BASC) effektiv zeigte. Übereinstimmende Effekte zeigten sich somit nur im Bereich der emotionalen Symptome. Mit dem PSF (Psychosocial Session Form) konnten ebenfalls Unterschiede in der Effektivität der Interventionen festgestellt werden. So zeigte das EAC-Treatment im Prä-Post-Vergleich in zwölf Skalen signifikante Verbesserungen und lässt dadurch vermuten, dass internalisiertes und externalisiertes Problemverhalten vermindert sowie die Anpassungsfähigkeit durch die Tiergestützte Therapie mit Pferden gesteigert wird. Das RD-Treatment zeigte ausschließlich eine Reduktion in der Depressionssymptomatik (Trotter et al., 2008).

Auch einzelne Ergebnisse über Therapien bei Erwachsenen liegen vor. So berichten Klontz und seine Kollegen (Klontz, Bivens, Leinart, & Klontz, 2007) von Ergebnissen einer Tiergestützten Therapie mit Pferden, die als Basis die Techniken des Psychodrama⁶ nutzte (Equine-Assisted Experimental Therapie; EAET). Die Pferde sollen dabei helfen, unterdrückte Emotionen an die Oberfläche zu bringen und ungelöste Konflikte und Gefühle der Vergangenheit zu bearbeiten. 49 Personen, die zuvor über acht Monate verschiedene EAET-Programme durchliefen, nahmen an dieser Studie teil. Die Intervention wurde im Gruppentherapieformat (8 Personen pro Gruppe) durchgeführt und ging über vier Tage (insgesamt 28 Stunden). Die Gruppen wurden von EAET-ausgebildeten Psychotherapeuten durch die Aufgaben und Übungen mit dem

⁶ Das Psychodrama ist eine Therapiemethode, die den Menschen aktivieren soll und liegt Rollenspielen in therapeutischen Settings zugrunde. Sie geht auf Jacob Moreno zurück und zielt auf die Freisetzung und Integration der Spontaneität des Menschen ab. Neben dieser Spontaneität gelten Kreativität und Aktion als die Hauptmerkmale (Goetze, 2002, S. 292).

Pferd geführt. Die Pferdebesitzer waren ebenfalls bei der Durchführung dabei und sorgten für die Sicherheit.

Vor und nach der Intervention sowie sechs Monate später beantworteten die Teilnehmer Fragebögen zu psychologischen Symptomen (BSI: Brief Symptom Inventory) und zur Selbstverwirklichung (POI: Personal Orientation Inventory). Die Ergebnisse zeigten signifikante Ergebnisse in Stressreduzierung und Erhöhung des Wohlbefindens im Prä-Post-Vergleich. So erhöhte sich die Orientierung in der Gegenwart und das Leben im Hier und Jetzt wurde leichter möglich. Weniger Belastung durch Schuld und Ärger, verminderte Zukunftsängste, mehr Unabhängigkeit und Selbstunterstützung zeigten sich ebenso. Diese Verbesserungen waren auch nach sechs Monaten noch feststellbar, jedoch retournierten nur 31 der 49 Teilnehmer den letzten Fragebogen.

Die fehlende Vergleichsgruppe sowie das nicht-randomisierte Sample machten die Interpretation der Ergebnisse schwierig. Auch kann nicht mit Sicherheit von einem Zusammenhang der erhobenen Parameter mit der Tiergestützten Therapie ausgegangen werden, da diese ebenso durch andere Faktoren wie Zeit oder Gruppengespräche hervorgerufen worden sein könnten. Dennoch sind die Ergebnisse vielversprechend und zeigen die Wichtigkeit weiterer Forschungsprojekte in diesem Themenbereich an (Klontz et al., 2007).

Berget, Ekeberg und Braastad (2008) veröffentlichten Ergebnisse einer randomisierten und kontrollierten Studie über die Effektivität der Therapie mit Nutztieren bei psychiatrischen Patienten. Neben Pferden kamen in dieser Therapie auch Rinder, Milchkühe und Schafe als tierische Therapeuten zum Einsatz. Die Untersuchungsteilnehmer waren 90 Patienten (59 Frauen und 31 Männer), welche an Schizophrenie und schizotypen Störungen, Affektiven Störungen, Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder an Psychischen- und Verhaltensstörungen durch Opiode erkrankt waren. 30 Patienten wurden der Kontrollgruppe zugeteilt und erhielten das gewöhnliche Therapieprogramm mit Gruppen- und Einzeltherapien. Die Patienten der Interventionsgruppe besuchten neben den Standardtherapien (Gruppen- und Einzelsettings) zweimal pro Woche eine Farm für jeweils 3 Stunden und arbeiteten mit den Tieren. Der Besuch erfolgte ohne psychologische Betreuung. Die Patienten wurden von den Farmern, von denen nur zwei Erfahrungen mit psychisch kranken Menschen hatten, begleitet. Vor Beginn und am Ende der Intervention, sowie sechs Monate später, wurden die Patienten mittels Fragebögen zu den interessierenden Dimensionen befragt (Berget, Ekeberg, & Braastad, 2008).

Wie bei Trotter et al. (2008) kam es auch bei den Patienten dieser Studie in der Interventionsgruppe durch die Interaktion mit den Tieren zur signifikanten Erhöhung der interessierenden Parameter. So erhöhte sich die Selbstwirksamkeit (GSE: Generalized Self-Efficacy Scale) zwischen den Gruppen und innerhalb der Treatment-Gruppe signifikant. Die Bewältigungsstrategien (Coping Strategies Scale) zeigten ebenfalls eine signifikante Verbesserung und bestätigen damit die Ergebnisse der Forschungsgruppe um Trotter (2008) – jedoch war die Effektivität wiederum ausschließlich in der Treatmentgruppe zu finden. Signifikante Veränderungen bezüglich Lebensqualität (QOLS-N: Quality of Life Scale) gab es weder zwischen noch innerhalb der Gruppen. Dieser Parameter wurde nur in der Diagnosegruppe der Affektiven Störungen signifikant, weshalb die Autoren dieser Patientengruppe den größten Nutzen an der Tiergestützten Therapie zusprachen.

Diese Studie von Berget et al. (2008) gilt als erste RCT-Studie, die Tiergestützte Therapie mit Nutztieren untersuchte und leistet damit eine wichtige Funktion in der Forschung. Als Kritikpunkt ist eine erhöhte Dropout-Rate anzuführen, welche möglicherweise durch strengere Ausschlusskriterien der Teilnehmer vermieden hätte werden können.

Yorke, Adams und Coady (2008) untersuchten den Nutzen einer tiergestützten Therapie mit Pferd bei Traumapatienten, welche bereits vor der traumatischen Erfahrung eine intensive Beziehung zu einem Pferd hatten. Sechs Personen zwischen 18 und 51 Jahren und mit unterschiedlichen traumatischen Erlebnissen (Reitunfälle, Auto-unfälle, HIV-Infektion, Missbrauch) nahmen daran teil. Die traumatischen Erlebnisse fanden zehn Monate bis elf Jahre vor der Studie statt. Alle Patienten ritten seit ihrer Kindheit und waren nach dem traumatisierenden Ereignis seit mindestens zwei bis drei Monaten vor Beginn der Studie regelmäßig mit dem Pferd unterwegs.

Yorke et al. (2008) führten Interviews mit den Teilnehmern durch und zeichneten Videos von den Patienten und den Interaktionen mit dem Pferd auf. Das Datenmaterial brachte zwei breite Kategorien zum Vorschein: (A) „the nature of the equine-human-bond“ und (B) „the therapeutic value of the equine-human bond“ genannt. Zur Kategorie A gehört das „Intime Band“ zwischen Pferd und Reiter, das „Identitäts-Band“, welches den Reiter selbst und seine Beziehung zum Tier und zum Reiten beschreibt und das „Partnerschafts-Band“, welches die gleichwertige Beziehung von Mensch und Pferd benennt. Der Aspekt der „Nützlichkeit“ wird als vierter Punkt beschrieben. Die Pferde sind Kameraden am Weg hinaus aus den schrecklichen Ereignissen. Zur Kategorie B gehören die Gefühle, die Nähe und Berührung sowie die

Handlungen. Das Gefühl der Zweisamkeit mit dem Pferd, gegenseitiges Verstehen und Vertrauen sowie der sichere Kontext werden als unterstützend im Heilungsprozess beschrieben. Auch Handlungen wie Striegeln werden positiv erlebt und stärken die Kompetenzgefühle. Im Sattel zu sitzen, die Nähe und Berührung zu spüren ohne viel zu reden, ähnelt zwischenmenschlicher Intimität. Ebenso wird der körperliche Kontakt zum Pferd als „heilend“ beschrieben – „There’s the physical contact, which is therapeutic“ (Yorke et al., 2008, S. 25).

6. Schlussfolgerungen

Die Forschung rund um die Wirkungsweisen der Tiergestützten Therapie auf Menschen mit psychischen Krankheiten steht noch am Beginn und kann erst wenige empirische Untersuchungen aufweisen. In Hinblick auf vorliegende Arbeit mangelt es vor allem an Studien, die das Pferd in den Mittelpunkt ihrer Untersuchungen stellen und/oder die Wirkungen Tiergestützter Therapie für Patienten mit emotionaler Instabilität evaluieren. Trotz der geringen Zahl an veröffentlichten Studien, konnten bereits positive Veränderungen durch die Tiergestützte Therapie mit verschiedensten Tieren bei Kindern und Erwachsenen aufgezeigt werden (vgl. Kap. 4.2 und 5.3) welche für die therapeutische Praxis von großem Nutzen sein können.

Die bereits gefundenen Wirkungsweisen können dabei in die vier Bereiche (a) Handlungsorientierung, (b) eigene Körperwahrnehmung, (c) Affektwahrnehmung und Affektausdruck sowie (d) allgemeine Symptombelastung, Depressivität, Angst und Ärger unterteilt werden. Diese Bereiche wurden in einem Expertengespräch (vgl. Kap. 10.3) unter Berücksichtigung der Symptomatik emotional instabiler Patienten entwickelt und dienen in weiterer Folge im empirischen Teil dieser Arbeit als Grundlage zur Entwicklung der Forschungsfragen.

Handlungsorientierung	
Umfassende Bereiche	Bisherige Studien
<ul style="list-style-type: none"> • Kontrollüberzeugungen (internal/external) • Selbstkonzept (z.B. Ich-Stärke und Vertrauen) • Selbstwirksamkeitserwartungen (Vertrauen auf die eigene Kompetenz) 	<ul style="list-style-type: none"> • Otterstedt (2003; allgemeine Wirkungsbereiche der TGT) • Quiroz Rothe et al. (2005; bei Kindern nachgewiesen) • Berget et al. (2008; bei psychiatrischen Patienten nachgewiesen) • Trotter (2008; bei Kindern nachgewiesen)

Eigene Körperwahrnehmung	
Umfassende Bereiche	Bisherige Studien
<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung des Körpergefühls • Attraktivitätsempfinden 	<ul style="list-style-type: none"> • Otterstedt (2003; allgemeine Wirkungsbereiche der TGT)

<ul style="list-style-type: none"> • Freude am eigenen Körper / Aussehen • Körperlich-sexuelles Empfinden 	<ul style="list-style-type: none"> • Yorke et al. (2008; körperliche Nähe zum Pferd könne als "heilend" erlebt werden)
---	---

Affektwahrnehmung und Affektausdruck	
Umfassende Bereiche	Bisherige Studien
<ul style="list-style-type: none"> • Phänomen der Alexithymie (Kap. 12.3.1) • Hinwendung zum Gefühlsbereich • Gefühlswahrnehmung und Ausdruck 	<ul style="list-style-type: none"> • Otterstedt (2003; allgemeine Wirkungsbereiche der TGT)

allgemeine Symptombelastung, Depressivität, Angst und Ärger	
Umfassende Bereiche	Bisherige Studien
<ul style="list-style-type: none"> • allgemeine körperliche und psychische Beeinträchtigungen (Dissoziation, Amnesie, Symptome der BPS) • Depressivität • Angst (Zustands-, Eigenschaftsangst) • Ärger (Zustands-, Eigenschaftsärger) 	<ul style="list-style-type: none"> • Otterstedt (2003; allgemeine Wirkungsbereiche der TGT; antidepressive und beruhigende Wirkung, Reduktion von Angst, Steigerung von Sozialkontakten, verringerte Somatisierungsbeschwerden) • Nimer & Lundahl (2007; Steigerung des psychischen Wohlbefindens, Verringerung aggressionsbezogenen Verhaltens)

Obwohl in einigen der genannten Bereiche bereits Forschungsergebnisse oder Hinweise auf die Wirksamkeit vorhanden sind, so bleiben dennoch manche Fragen offen. So postulieren Otterstedt (ebd) und Yorke et al. (2008), dass die körperliche Nähe der Tiere positive Veränderungen bewirken kann, inwiefern dieser Kontakt die eigene Körperwahrnehmung beeinflusst, ist bislang jedoch unklar. Ebenso gibt es im Bereich der Störung der Affektwahrnehmung und des Affektausdrucks, welche vor allem bei Patienten mit traumatischen Erlebnissen häufig auftreten (Sack, 2004) nur unspezifische Forschungsergebnisse (Otterstedt, 2003, S. 66f).

Empirischer Teil

7. Zielsetzung und Forschungsfragen

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine explorative Studie. Bislang liegen noch sehr wenige quantitative Studien zum Thema Tiergestützte Therapie mit Pferden vor und vor allem im Zusammenhang mit psychiatrischen Krankheitsbildern besteht derzeit noch großer Forschungsbedarf. Die durchgeführte Studie soll richtungweisend für weitere Untersuchungen der Tiergestützten Therapie im Psychosomatischen Zentrum Waldviertel (siehe Kap. 8) sein und einen ersten Einblick in die Wirkungsweisen ermöglichen.

Die Forschungsfragen dieser explorativen Untersuchung beziehen sich darauf, inwieweit durch den Einsatz der Tiergestützten Therapie mit Pferden positive Effekte in den störungsspezifischen Aspekten der (komplexen) PTBS und der BPS herbeigeführt werden können, sowie welche spezifischen Wirkungsbereiche die Tiergestützte Therapie (Symptombelastung, Affektkontrolle, Körperwahrnehmung, Handlungsorientierung) bei Patienten mit emotionaler Instabilität entfaltet. Es soll untersucht werden, ob sich nach Durchführung der Therapie bedeutsame Veränderungen zur Ausgangslage in den Ausprägungen der operationalisierten Konstrukte finden. Weiters interessiert, inwieweit sich die Wirkungen der Tiergestützten Therapie in der Gruppe mit PTBS und BPS von jenen mit anderen Störungsbildern unterscheiden.

Ausgehend vom interessierenden Patientensample (PTBS, BPS) und angesichts der im Expertengespräch identifizierten Wirkungsbereiche (vgl. Kap. 6) der Tiergestützten Therapie sollen folgende Fragestellungen beantwortet werden:

1. Veränderbarkeit störungsspezifischer Aspekte von PTBS und BPS

Inwiefern sind störungsspezifische Aspekte durch die TGT veränderbar?

Untersuchung dieser Fragestellung anhand

1a) der In-Session-Veränderungen (vor und nach den einzelnen Therapieeinheiten) in den Bereichen „Spannung“, „Angst“, „Trauer“, „Selbstvertrauen“, „Vertrauen in andere“, „Neugierde“ und „allgemeines Wohlbefinden“ anhand visueller Analogskalen (VAS) im Selbst- und Fremdrating (TGT-Therapeutinnen).

1b) relevanter störungsspezifischer psychologischer Skalen (Prä-Post-Design).

2. Spezifische Wirkungsbereiche der TGT

Inwiefern sind folgende Bereiche im Rahmen einer komplexen Behandlung im Psychosomatischen Zentrum Waldviertel Eggenburg unter Heranziehung der TGT generell veränderbar (einfaches Prä-Post-Design):

2a) Handlungsorientierung (Kontrollüberzeugungen, relevante Aspekte des Selbstkonzepts, Selbstwirksamkeit)

2b) eigene Körperwahrnehmung

2c) Affektwahrnehmung und Affektausdruck

2d) allgemeine Symptombelastung, Depressivität, Angst, Ärger

3. Unterschiede in der Wirkungsweise der TGT zwischen emotional instabilen Patienten (PTBS, BPS) und Patienten mit anderen Störungsbildern

Bisherige Studien haben gezeigt, dass die Tiergestützte Therapie eine positive Veränderung von Spannung, Angst und Trauer bewirkt und eine Steigerung des Selbstvertrauens, des Vertrauens in andere sowie von Neugierde und Wohlbefinden ermöglicht (Klontz et al., 2007; Otterstedt, 2003, S. 66f; Quiroz Rothe et al., 2005). Obwohl hier nicht immer das Pferd zum Einsatz kam, wird auch in vorliegender Untersuchung von der Wirkung auf die genannten Bereiche ausgegangen.

Die positive Wirkung der Tiergestützten Therapie auf einige der typischen Symptome bei emotionaler Instabilität (z.B. Reizbarkeit, Suizidalität, Unfähigkeit zum Vertrauen) wird von Otterstedt (ebd) beschrieben. Auch Klontz et al. (2007) haben bei Erwachsenen unter anderem Stressreduktion und höheres Wohlbefinden nach der Tiergestützten Therapie mit Pferden festgestellt. Gesteigertes Vertrauen und verbesserte Wahrnehmungsfähigkeit sowie höheres Selbstwertgefühl wurden ebenfalls beobachtet (Quiroz Rothe et al., 2005). Die relevanten störungsspezifischen psychologischen Skalen beziehen sich auch auf Depersonalisations- und Derealisationserlebnisse, auf amnestische Symptome sowie auf Symptome der typische Borderlinesymptome, welche bei Patienten mit emotionaler Instabilität auftreten können. Forschungsergebnisse, die die Wirkung auf diese Bereiche und bei Patienten mit genanntem Stö-

rungsbild aufzeigen, sind derzeit noch nicht vorhanden. Aus diesem Grund kann in dieser Studie initial nicht von einer positiven Veränderung ausgegangen werden.

Positive Veränderungen konnten bei der Handlungsorientierung und den dazugehörigen Parametern bereits empirisch festgestellt werden, so dass auch für vorliegende Studie eine positive Wirkung erwartet wird (Berget et al., 2008; Quiroz Rothe et al., 2005; Trotter et al., 2008).

Der Körperkontakt mit dem Tier wird in einigen Studien (Otterstedt, 2003, S. 66f; Yorke et al., 2008) als wirkungsvoll geschildert und wurde als „heilende Begegnung“ im theoretischen Teil dieser Arbeit genauer erklärt (Kap. 5.1.3). Obwohl bislang noch keine empirischen Untersuchungen zur Wirkung auf das eigene Attraktivitätsempfinden, auf Unsicherheit, auf die Freude am eigenen Körper sowie auf sexuelles Missempfinden vorliegen, wird aufgrund genannter Studien und theoretischen Konzepten von einer Wirksamkeit auf die eigene Körperwahrnehmung ausgegangen.

In der Affektwahrnehmung und dem Affektausdruck fehlt es ebenfalls an präzisen Forschungsergebnissen. Der Gefühlsausdruck soll jedoch nach Otterstedt (2003, S. 66f) durch die Tiergestützte Therapie gefördert werden und auch in der Kommunikation mit dem Pferd (Kap. 5.1.1) und im Phänomen des Spiegels (Kap. 5.1.2) wird die positive Effekt auf das Erkennen eigener Emotionen postuliert. Aus diesem Grund wird von einer Wirksamkeit der TGT auf die Bereiche der Alexithymie ausgegangen.

Bezüglich der allgemeinen Symptombelastung, Depressivität, Angst und Ärger konnten in vorausgegangenen Forschungsarbeiten bereits in einigen Aspekten positive Veränderungen durch die Therapie mit Tieren festgestellt werden (Otterstedt, 2003, S. 66f), welche auch in den theoretischen Überlegungen in Kapitel 5 dieser Arbeit von McCormick et al. (1997), Otterstedt (2001) oder Olbrich (2009) beschrieben werden. Obwohl auch hier keine Forschungsergebnisse zur Therapie mit Pferden vorliegen oder die Patientengruppe mit emotionaler Instabilität explizit genannt wurde, wird für die vorliegende Untersuchung eine positive Veränderung in den genannten Bereichen angenommen.

8. Das Psychosomatische Zentrum Waldviertel Eggenburg

Das Psychosomatische Zentrum Waldviertel (PSZW) befindet sich im niederösterreichischen Eggenburg und wurde am 1. Juli 2006 eröffnet. Als erste Modellklinik Österreichs für psychosomatische Medizin und Psychotherapie bietet das PSZW ein übergreifendes, integratives Psychotherapiekonzept, welches den Menschen als Ganzen betrachtet und nicht auf seine Symptome reduziert. Das Behandlungskonzept stützt sich dabei unter anderem auf die Erkenntnisse der Tiefenpsychologie, der Verhaltenstherapie, der Gestalttherapie sowie der Schulmedizin. Ein multiprofessionelles Team – bestehend aus Psychologen, Medizinern, Psychotherapeuten, Ernährungswissenschaftlern und ausgebildetem Pflegepersonal sowie Fachkräften mit speziellen Angeboten (z.B. Tiergestützte Therapie) – unter der Leitung von Prim. Dr. Dr. Dipl. Psych. Andreas Rimmel, betreut und behandelt Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen sowie jene mit körperlichen Krankheiten und psychischen Co-Faktoren. In der Klinik stehen hundert Betten für die stationäre Betreuung von Patienten mit Belastungs- und Anpassungsstörungen, chronischen Stresserkrankungen, Angst- und Panikstörungen, chronischen Schmerzsymptomen, Essstörungen, Adipositas, Tinnitus, körperlichen Erkrankungen mit erheblichen psychosozialen Faktoren, komorbiden Persönlichkeitsstörungen sowie Patienten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen zur Verfügung. Die Aufnahme in die Klinik erfolgt in der Regel auf Anraten und Überweisung durch den Facharzt oder der allgemeinen Ambulanz, wobei erst nach einem Vorgespräch und der medizinischen Abklärung im PSZW die tatsächliche Zusage zu einer Therapie erfolgen kann. Die detaillierte Bestimmung der Symptomatik geschieht zu Beginn des Aufenthaltes mittels psychologisch-diagnostischer Verfahren. Im Psychosomatischen Zentrum wird dem Zusammenhang zwischen körperlichem und seelischem Befinden große Beachtung geschenkt und versucht, Krankheiten und Verhaltensstörungen zu heilen und zu lindern. Patienten mit akut psychotischen Zustandsbildern, akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, jene mit akuten Abhängigkeitserkrankungen sowie Patienten mit Hirnerkrankungen werden im PSZW nicht behandelt.

Im PSZW werden Patienten mit PTBS auf der Unit A, die Patienten mit BPS auf der Unit B untergebracht und erhalten dort eine umfangreiche Behandlung mit Einzel- und Gruppentherapien, welche unter anderem die oben genannten Ziele verfolgen. Es werden dabei folgende Gruppentherapien angeboten: Morgenrunde, Selbstwertgruppe, Angstbewältigung, Selbstbehauptung, Skills, Tiergestützte Therapie, Basisgruppe, Kunsttherapie, Soziales Kompetenztraining, Achtsamkeit und Stabilisierung, Bilanzgruppe. Neben diesen Therapiegruppen gibt es auch gemeinsame sportliche Aktivitä-

ten wie Nordic Walking, Musikgymnastik, Tanztherapie oder Bewegung in der Natur. Die Anwesenheit in den Therapiegruppen ist – soweit nichts anderes mit dem zuständigen Therapeuten oder Psychologen vereinbart wurde – für alle Patienten verpflichtend.

Die Psychotherapie erfolgt für beide Patientengruppen nach dem in Kapitel 3.3 beschriebenen integrativen Modell der Dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) von Marsha Linehan. Die stationäre Therapie geht über zwölf Wochen und umfasst verhaltenstherapeutische und kognitive Behandlungsstrategien. Das Konzept von Bohus und seinen Kollegen (Lieb et al., 2004) stellt neben der spezifischen Traumatherapie und der verschiedenen Psychotherapierichtungen ebenfalls eine Säule der Therapie der Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder einer (komplexen) Posttraumatischen Belastungsstörung im PSZW dar. Die folgende Grafik stammt von den Therapeuten der Unit A des PSZW und gibt einen Überblick über die Therapieansätze.

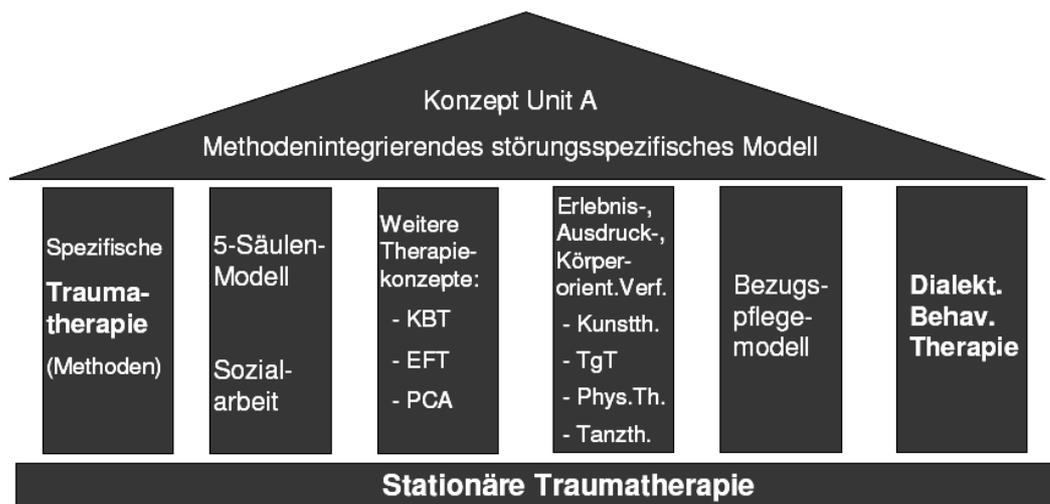


Abb. 2: Säulenmodell der Unit A

9. Studienteilnehmer

Die vorgesehene Gesamtstichprobe dieser Untersuchung bestand aus 49 Patienten des PSZW, welche für die Dauer von maximal zwölf Wochen stationär und entsprechend ihrer Symptomatik behandelt wurden. Da nur wenige Plätze für die TGT zur Verfügung stehen, wurde die Indikation für die Tiergestützte Therapie für jeden Patienten individuell geklärt und bedurfte der Zustimmung und Befürwortung des Einzeltherapeuten sowie der Therapeutinnen der Tiergestützten Therapie. Die Patienten wurden gemäß ihrem Störungsbild einer bestimmten Gruppe zugeteilt. Es gab eine Gruppe für Patienten mit PTBS (Gruppe A), eine für Patienten mit BPS (Gruppe B) und zwei „Hausgruppen“ (H1 und H2), welchen Personen mit anderen Störungsbildern zugeordnet wurden. In der vorliegenden Studie werden die Gruppen A und B zusammengefasst und als Gruppe der Patienten mit emotionaler Instabilität (EI) den Gruppen mit anderen Störungsbildern bzw. den kombinierten „Hausgruppen“ (HG) gegenübergestellt.

Die Datenerhebung erstreckte sich über den Zeitraum Februar bis Juli 2009. So konnten pro Gruppe mindestens drei Durchgänge in die Studie miteinbezogen werden. Aufgrund der zahlreichen Untersuchungsmethoden und den damit zusammenhängenden unterschiedlichen Stichprobengrößen (durch Drop-out), ist die Stichprobenbeschreibung sehr komplex. Um das Verständnis zu erleichtern, zeigt Abbildung 3 ein Flussdiagramm, welche alle Samples sowie die jeweiligen Drop-outs grafisch darstellt.

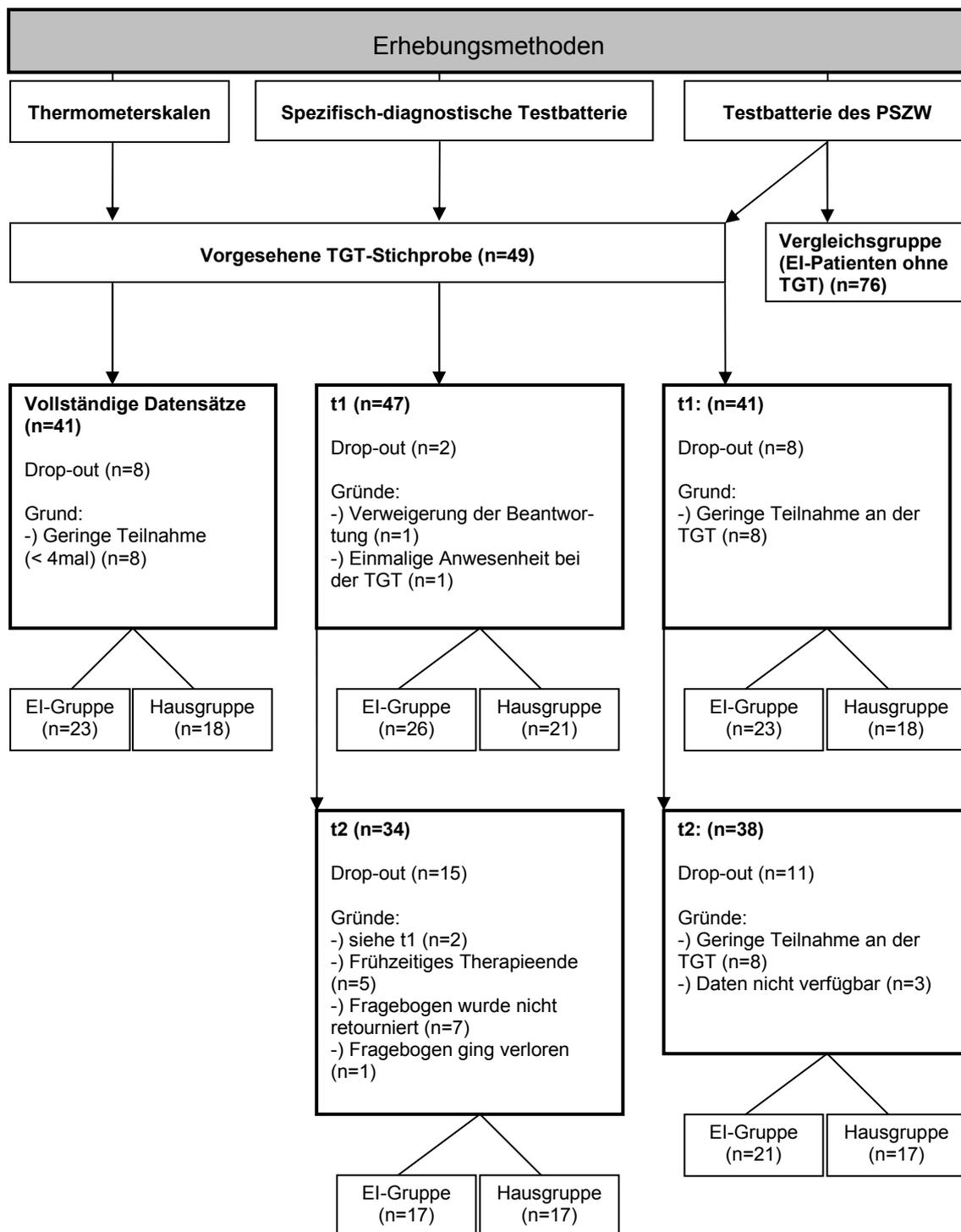


Abb. 3: Darstellung von Stichprobe und Drop-Out

9.1 Interventionsstichprobe

Wie aus dem Flussdiagramm in Abbildung 3 hervorgeht, konnten die Daten von 41 Personen in die Auswertung des Thermometerfragebogens sowie der Standardtestbatterie des PSZW miteingeschlossen werden. Nachfolgende Beschreibungen beziehen deshalb sich nur auf diese 41 Patienten, die tatsächlich Teil der Studie wurden.

Patienten unterschiedlichster Störungsbilder nahmen an der Tiergestützten Therapie teil (Tab. 2). Aus Unit A (PTBS) beteiligten sich 12 Personen an der Studie. Die Zuweisung der Patienten zu den Units erfolgte nach dem Diagnosesystem ICD-10. Bei drei Patienten waren die Kriterien für eine PTBS nach dem ICD-10 nicht erfüllt, diese wurden nach dem weniger strengen DSM-IV diagnostiziert. Aus der Unit B (BPS) beteiligten sich 11 Personen an dieser Studie. Die Teilnehmer von Unit A und B bilden gemeinsam die interessierende Gruppe der „Emotional Instabilen (EI)“. Teilnehmer der anderen Units waren weniger zahlreich vertreten und bildeten in dieser Untersuchung die „Hausgruppe (HG)“ (n=18). Es wurden in der Analyse acht Patienten nicht berücksichtigt, die weniger als viermal an der Tiergestützten Therapie teilgenommen hatten. Davon gehörten drei Patienten der EI-Gruppe und fünf der HG an. Der Ausschluss der acht Patienten veränderte die Zusammensetzung der Gruppen nicht ($\chi^2(1) = 0.93, p = .335$). An dieser Stelle sei erwähnt, dass auch die Drop-outs von t1 (n=47) zu t2 (n=34) der spezifisch-diagnostischen Testbatterie keinen signifikanten Unterschied ($\chi^2(1) = 3.75, p = .153$) in der Stichprobenzusammensetzung bewirkten. D.h. es ist nicht damit zu rechnen, dass durch diesen Ausschluss die Ergebnisse der Analysen maßgeblich beeinflusst wurden.

Tab. 2: Teilnehmer pro Unit

	EI - Gruppe	Hausgruppe
(komplexe) PTBS	12 (29%)	
Borderline Persönlichkeitsstörung	11 (27%)	
Sekundäre Abhängigkeitssyndrome		1 (2%)
Schmerzstörungen		4 (10%)
Angst-/Panikstörungen		4 (10%)
Adipositas		2 (5%)
Depression		2 (5%)
Somatisierungsstörungen/Burnout		2 (5%)
Soziale Phobie/Generalisierte Angststörung		3 (7%)
Gesamt	23 (56%)	18 (44%)

Anmerkungen. Häufigkeit der Teilnehmer und entsprechende Prozentzahl.

Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die demografischen Variablen der 41 Studienteilnehmer.

Tab. 3: Demografische Daten der Studienteilnehmer

	Emotional Instabile	Hausgruppe
Stichprobe	23 (56%)	18 (44%)
Geschlecht	Weiblich: 19 (83%) Männlich: 4 (17%)	Weiblich: 11 (61%) Männlich: 7 (39%)
Altersdurchschnitt	38 Jahre (SD: 8.52 Min: 21 Max: 51)	44 Jahre (SD: 11.31 Min: 20 Max: 64)
Höchster Schulabschluss	Lehre / Fachschule: 8 (35%) Universität / FH: 2 (9%) Ohne Berufsabschluss: 4 (17%) Keine Angabe: 9 (39%)	Lehre / Fachschule: 9 (50%) Universität / FH: 2 (11%) Ohne Berufsabschluss: 4 (22%) Keine Angabe: 3 (17%)
Aufenthaltstyp	Erstmalig: 19 (83%) Wiederholt: 4 (17%)	Erstmalig: 15 (78%) Wiederholt: 4 (22%)
Mittlere Aufenthaltsdauer	77 Tage (SD: 12.26 Min: 42 Max: 98)	61 Tage (SD: 16.74 Min: 16 Max: 83)

Tabelle 4 gibt einen Überblick über komorbide psychische Krankheiten der Patienten. Da jeder Patient mehrere Komorbiditäten aufweisen kann, ist eine mehrfache Zuordnung in jeder Achse möglich.

Tab. 4: Komorbiditäten der Patienten

Komorbidie Achse 1 – Störungen		
	Emotional Instabile	Hausgruppe
Suchterkrankungen (F1)	1 (4%)	1 (6%)
Bipolare Störungen (F31,F34.0)	3 (13%)	3 (17%)
Depression (F32,F33,F34.1)	8 (35%)	7 (39%)
Angststörungen (F40,F41)	4 (17%)	7 (39%)
Essstörungen und Adipositas (F50,E66)	5 (22%)	3 (17%)
Somatisierungsstörungen (F45)	2 (9%)	5 (22%)
Sonstige	4 (17%)	3 (17%)

Komorbide Achse 2 – Störungen		
	Emotional Instabile	Hausgruppe
Cluster A (F60.0 ⁷ ,F60.1)		-
Cluster B (F60.2,F60.3,F60.4,F60.8)	6 (26%)	1 (6%)
Cluster C (F60.5,F60.6,F60.7)	5 (22%)	1 (6%)
Sonstige (F60.9,F61)	6 (26%)	2 (11%)
Patienten mit mind. einer Achse 2 – Störung	16 (70%)	4 (22%)

Anmerkungen. Häufigkeit der Komorbidität und entsprechende Prozentzahl.

Abbildung 4 zeigt, wie sich die Teilnahme an der TGT über die acht Einheiten veränderte. Während zu Beginn noch 40 Patienten anwesend waren, nahmen an der achten Stunde nur mehr 29 Personen teil. Da in den letzten Einheiten nur mehr wenige Daten erhoben werden konnten, beziehen sich alle nachfolgenden Auswertungen immer nur auf die ersten acht Therapiestunden, unabhängig davon, ob die TGT im Einzelfall tatsächlich häufiger stattgefunden hat. Die tatsächliche mittlere Anzahl absolvierter Therapieeinheiten lag ebenfalls bei 8.15 (SD=1.86).

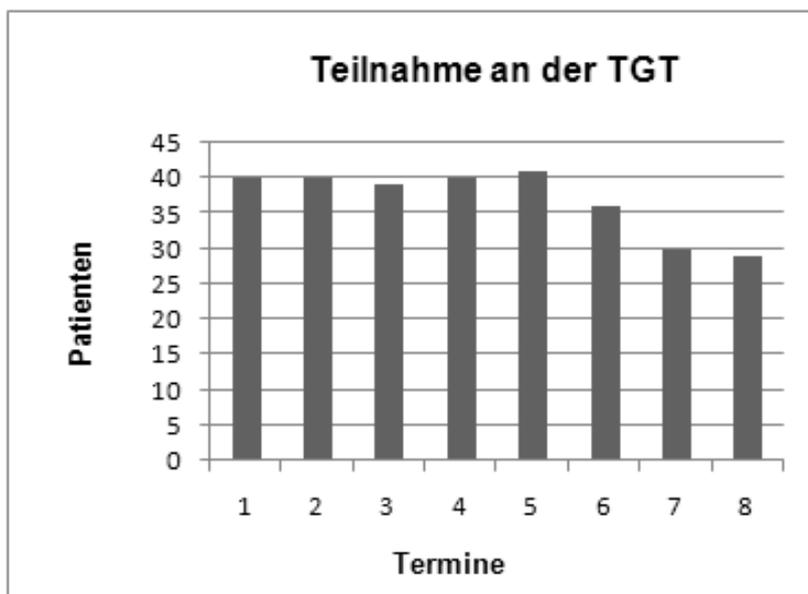


Abb. 4: Häufigkeit der Teilnahme an der TGT

⁷ F60.0 = Paranoide Persönlichkeitsstörung, F60.1 = Schizoide Persönlichkeitsstörung, F60.2 = Dissoziale Persönlichkeitsstörung, F60.3 = Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, F60.4 = Histrionische Persönlichkeitsstörung, F60.8 = Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung, F60.5 = Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung, F60.6 = Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung, F60.7 = Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung, F60.9 = Persönlichkeitsstörung nicht näher bezeichnet, F61 = Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen

Das Einnehmen bestimmter Psychopharmaka ist für eine erfolgreiche Therapie oftmals notwendig. Nachfolgende Grafik zeigt, dass in beiden Patientengruppen Antidepressiva an erster Stelle standen und von mehr als 75% eingenommen wurden. Während bei den emotional Instabilen die Antiepileptika am zweithäufigsten verschrieben wurden, nahmen bei der Hausgruppe die atypischen Neuroleptika den zweiten Platz ein. Benzodiazepine wurden aufgrund erhöhter Abhängigkeitsgefahr nur mehr sehr selten zur Behandlung verwendet. Zum besseren Verständnis der Grafik muss darauf hingewiesen werden, dass manche Patienten mehrere der angeführten Präparate verordnet bekamen und daher in mehreren Kategorien berücksichtigt wurden.

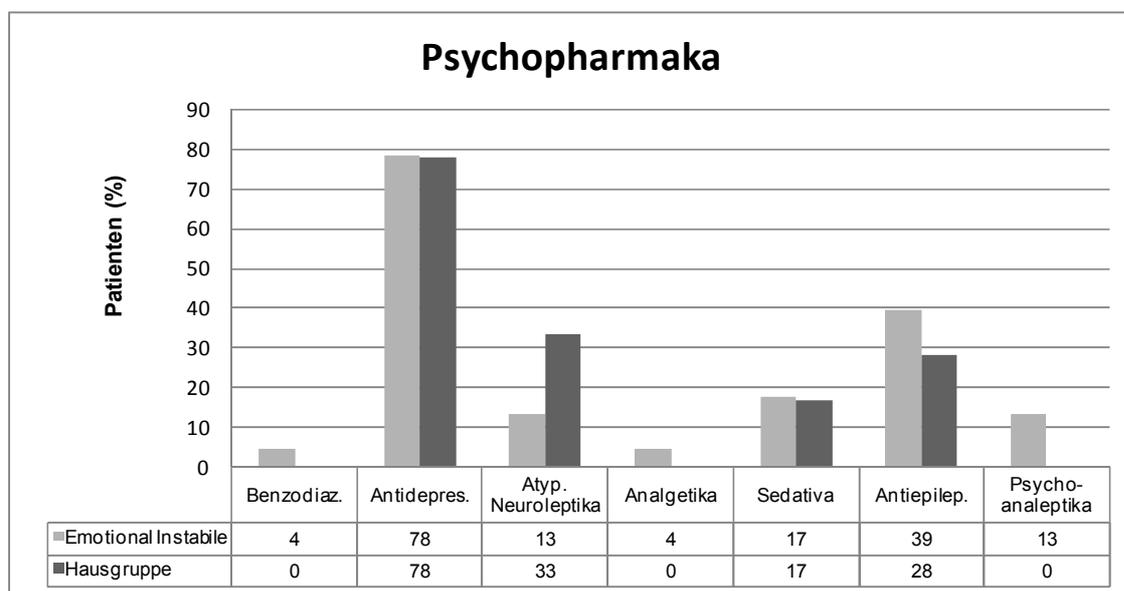


Abb. 5: Häufigkeit der Psychopharmakaeinnahme

9.2 Vergleichsstichprobe

Die Vergleichsstichprobe bestand aus 76 Patienten mit emotionaler Instabilität (17 Männer und 59 Frauen) des PSZW, wobei 47 Personen (62%) der Diagnose der BPS und 24 Patienten (32%) der PTBS zugeordnet werden konnten. Weitere fünf Personen wurden aufgrund komorbider Störungsbilder als Patienten mit komplexer PTBS erfasst, jedoch der Gruppe mit typischer PTBS zugeordnet.

Alle Personen der Vergleichsgruppe waren während ihres stationären Aufenthaltes nicht in der Tiergestützten Therapie. Um auch hier die Vergleichbarkeit mit der eigentlichen Stichprobe (EI = 23) gewährleisten zu können, wurde diese mittels Z-Test statistisch geprüft. Dieser bestätigte, dass die sich die beiden Samples nicht signi-

fikant voneinander unterscheiden und damit in ihrer Zusammensetzung vergleichbar sind ($z = 1.20$, $p = .232$)⁸. Demografische Daten der Vergleichsstichprobe sind in Tabelle 5 aufgelistet.

Tab. 5: Demografische Variablen der Vergleichsstichprobe

	Vergleichsstichprobe	
Geschlecht	Weiblich: 59 (78%)	Männlich: 17 (22%)
Altersdurchschnitt	33 Jahre (SD: 11.50 Min: 16: Max: 59)	
Höchster Schulabschluss	Lehre / Fachschule: 41 (54%) Noch in Ausbildung: 5 (6%)	Universität / FH: 3 (4%) Keine Angabe: 27 (36%)
Aufenthaltstyp	Erstmalig: 74 (97%)	Wiederholt: 2 (4%)
Mittlere Aufenthaltsdauer	70 Tage (SD: 15.30 Min: 32 Max: 89)	

Auch in der Vergleichsstichprobe waren Komorbiditäten vorhanden, welche in Tabelle 6 beschrieben werden. Zu beachten ist, dass jeder Patient mehrere Komorbiditäten aufweisen und daher mehrfach in die Berechnungen eingehen konnte. Selbiges gilt für die Häufigkeiten von Achse-II-Störungen.

Tab. 6: Komorbiditäten der Vergleichsstichprobe

Komorbide Achse 1 – Störungen	
Suchterkrankungen (F1)	16 (21%)
Bipolare Störungen (F31,F34.0)	3 (4%)
Depression (F32,F33,F34.1)	26 (34%)
Angststörungen (F40,F41)	16 (21%)
Essstörungen und Adipositas (F50,E66)	23 (30%)
Somatisierungsstörungen (F45)	6 (8%)
Sonstige	15 (24%)
Komorbide Achse 2 – Störungen	
Cluster A (F60.0 ⁹ ,F60.1)	1 (1%)
Cluster B (F60.2,F60.3,F60.4,F60.8)	52 (68%)
Cluster C (F60.5,F60.6,F60.7)	10 (13%)
Sonstige (F60.9,F61)	5 (7%)
Patienten mit mind. einer Achse 2 – Störung	56 (74%)

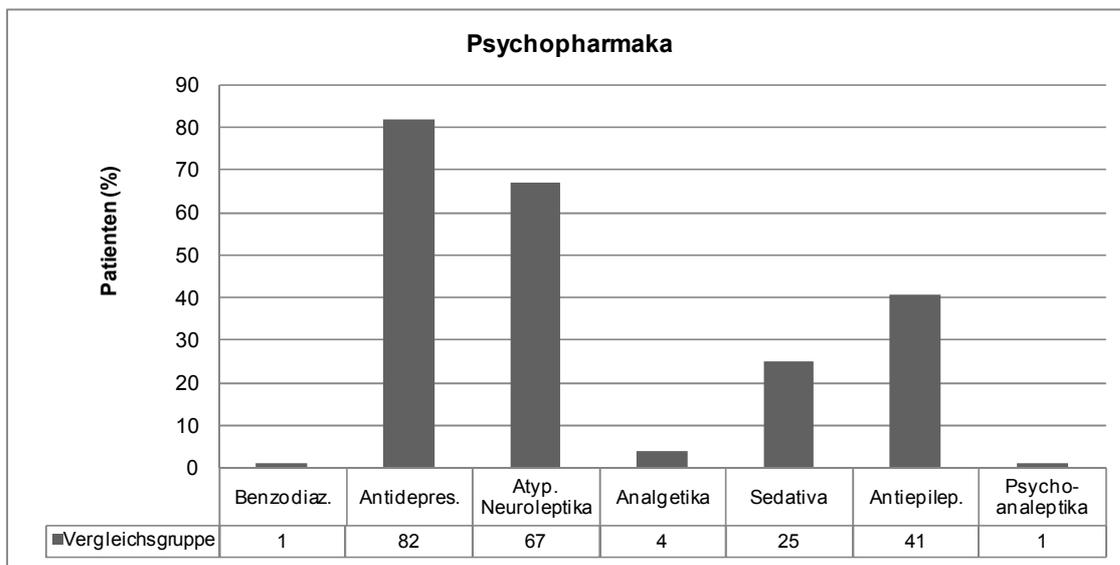
Anmerkungen. Häufigkeit der Komorbidität und entsprechende Prozentzahl.

⁸ Berechnungen wurden online auf http://faculty.vassar.edu/lowry/propdiff_ind.html durchgeführt.

⁹ F60.0 = Paranoide Persönlichkeitsstörung, F60.1 = Schizoide Persönlichkeitsstörung, F60.2 = Dissoziale Persönlichkeitsstörung, F60.3 = Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, F60.4 = Histrionische Persönlichkeitsstörung, F60.8 = Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung, F60.5 = Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung, F60.6 = Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung, F60.7 = Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung, F60.9 = Persönlichkeitsstörung nicht näher bezeichnet, F61 = Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen

Eine medikamentöse Therapie wurde auch bei Patienten der Vergleichsgruppe angewandt und unterlag strenger ärztlicher Kontrolle. Folgendes Diagramm zeigt die Verwendung von Psychopharmaka (Abbildung 6). Antidepressiva sowie atypische Neuroleptika und Antiepileptika wurden von den Patienten häufig eingenommen. Auch hier muss darauf hingewiesen werden, dass manche Patienten mehrere der angeführten Präparate verordnet bekamen und daher in mehreren Kategorien berücksichtigt wurden.

Abb. 6: Anwendung von Psychopharmaka in der Vergleichsgruppe



10. Die Tiergestützte Therapie im PSZW

Die Tiergestützte Therapie für Patienten des PSZW wird (D. Gilli, persönliche Mitteilung, 19.02.2009) als externes bzw. extramurales Angebot in Eggenburg von Frau Doris Gilli und Frau Petra Rulik durchgeführt. Der Bauernhof von Frau Gilli bietet ein Gelände, an dem die Therapie mit Pferden in natürlicher Umgebung und in Abgeschlossenheit von der Klinik stattfinden kann.

Abb. 7: Die Therapeutinnen Frau Gilli und Frau Rulik



Frau Gilli (Abb. 7 links¹⁰) und Frau Rulik sind beide vom Grundberuf diplomierte Lebens- und Sozialberaterinnen und haben zusätzlich die Ausbildung zur Fachkraft für Tiergestützte Therapie, Pädagogik und Fördermaßnahmen mit landwirtschaftlichen Nutztieren am Bauernhof absolviert. Die Tiergestützte Therapie mit Patienten

des PSZW Eggenburg erfolgt mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität und ist ressourcenorientiert. Der Mensch steht im Mittelpunkt, die Pferde ermöglichen neue Perspektiven und unterstützen den Therapieprozess (D. Gilli, persönliche Mitteilung, 20.08.2009). Die Ausbildung zur Fachkraft für Tiergestützte Therapie, Pädagogik und Fördermaßnahmen mit landwirtschaftlichen Nutztieren am Bauernhof erfolgte mittels dem Universitätslehrgang „Tiergestützte Therapie und Fördermaßnahmen“ an der Veterinärmedizinischen Universität Wien. Dieser Lehrgang wird vom Verein „Tiere als Therapie“ (TAT) und vom österreichischen Kuratorium für Landtechnik und Landentwicklung (ÖKL) durchgeführt und qualifiziert zum professionellen Einsatz von Tieren bei der Therapie von Männern und Frauen jeden Alters, im speziellen jenen mit besonderen Bedürfnissen, um deren Wohlbefinden, Lebensqualität und Gesundheit zu fördern (Scholl, Grall, & Gahleitner, 2007). Frau Gilli und Frau Rulik arbeiten in der Tiergestützten Therapie mit dem Nutztier Pferd und verbinden dadurch die Lebensberatung mit der non-verbale Kommunikation des Pferdes. Das Pferd ist Partner und Spiegel der eigenen Gefühle und hilft dabei, das eigene Gleichgewicht wiederzuerlan-

¹⁰ Alle Fotos in diesem Kapitel wurden im Rahmen der Diplomarbeit selbst gemacht und mit dem Einverständnis von Frau Gilli und Frau Rulik hier verwendet.

gen, Ressourcen aufzuspüren und Potentiale und Fähigkeiten neu zu entdecken. Das Annehmen und Stärken von Persönlichkeitsanteilen wird durch gemeinsame Reflexion im Rahmen der TGT möglich (D. Gilli, persönliche Mitteilung, 20.08.2009).

10.1 Die Therapiepferde am Hof

Am Bauernhof von Frau Gilli gibt es acht Therapiepferde (Abb. 8). Diese Pferde haben die Ausbildung zum Therapiepferd erfolgreich durchlaufen und können von den Patienten als Bezugspferd gewählt werden.

Abb. 8: Die Pferde im PSZW



Die Stute Chanti

Chanti ist das jüngste Pferd am Hof und die Tochter von Queeny. Sie wird noch nicht lange als Therapiepferd eingesetzt, ist jedoch bei den Patienten sehr beliebt.



Der Grauschimmel Speedy

Speedy ist ein Grauschimmel und eine Shagya-Araber-Kreuzung. Er ist 140 cm groß und am linken Auge blind, was ihn jedoch nicht beeinträchtigt.



Das Pony Jumper

Jumper ist ein Tigerschek-Pony und nur 115 cm groß und 15 Jahre alt. Jumper und Speedy sind Wallache und wuchsen miteinander auf. Sie sind bereits seit einigen Jahren als Therapiepferde im Einsatz.



Die Stute Shkina

Shkina ist eine Pinto-Stute und 150 cm groß. Sie ist erst 8 Jahre alt und wurde in Tirol geboren, wo sie neben Kühen auf der Alm aufwuchs.



Die Leitstute Queeny

Queeny, hier im Bild rechts neben ihrer Tochter Shanti, ist eine Quarterhorse-Stute und 148 cm groß. Sie ist 14 Jahre alt und die Leitstute der Herde.



Das Pony kleiner Prinz

Der kleine Prinz ist ein Shetlandpony und mit 114 cm das kleinste Therapiepferd am Hof. Er ist ein Wallach und 6 Jahre alt.

Die Haflinger Niko und Stuart Little



Die zwei Haflinger Niko und Stuart Little sind Halbbrüder und unzertrennlich.

Neben den Pferden gibt es am Hof von Frau Gilli noch einen Hund, zwei Katzen, Hasen, Hühner und seit ein paar Wochen zwei Hängebauchschweine (Abb. 9). Diese Tiere können ebenfalls von den Patienten besucht werden, werden jedoch nicht als spezifische Therapietiere eingesetzt.



Abb. 9: Die anderen Tiere am Bauernhof

10.2 Der Therapieverlauf am Hof

Die TGT findet in Gruppen zu vier Personen statt und wird in der Gruppe A, B und H1 maximal zwölf Mal (sechs Wochen) durchgeführt, in der H2 maximal zehn Mal (fünf Wochen). Eine Einheit dauert dabei zwei Stunden und beginnt mit der Abholung der Patienten von der Klinik und endet mit der Verabschiedung dieser in der Klinik. Bevor mit der Tiergestützten Therapie begonnen werden kann, ist es laut Frau Gilli (2007a) von großer Bedeutung, sich mit der Krankengeschichte jedes Patienten auseinanderzusetzen um diesem dann mit größtmöglicher Empathie entgegenzutreten. In einem Vorgespräch lernen sich Therapeutinnen und Patienten näher kennen. Das Besprechen eigener Stärken und Schwächen und das Nennen der Erwartungen an die Tiergestützte Therapie sowie die damit verbundenen Ziele sind Teil dieses ersten Gesprächs.

Ebenso wichtig ist es, die Rechte der Patienten bei der Therapiearbeit zu wahren. Die Patienten haben das Recht so akzeptiert zu werden wie sie sind und aktive und positive Zuwendung und Wärme zu erfahren. Sie dürfen sich zurückziehen und haben ein Recht auf Ruhe. Es steht ihnen auch zu, sich als Person abzugrenzen und den eigenen Entwicklungsprozess und das eigene Tempo selbst zu bestimmen. Weiters haben die Patienten ein Recht darauf, vielfältige Erfahrungen machen zu dürfen.

„It was designed as a vehicle for personal adventure into the realms of mind, body and spirit. The horse is the guide for travel – external and internal. This forum lets us simultaneously work, love and play – a healing combination“ (McCormick et al., 1997, S. 45).

Dieses Zitat passt wunderbar auf die Tiergestützte Therapie mit Pferden im Psychosomatischen Zentrum in Eggenburg. Auch hier wird die Kombination von Arbeit, Liebe und Spiel bei den Patienten und ihren Bezugspferden gelebt.

Zu Beginn der TGT steht der Beziehungsaspekt im Vordergrund. Die Patienten lernen die Pferde kennen und nehmen Kontakt zu den Tieren auf. Frau Gilli (2007b) erklärt, dass beim ersten Rundgang am Hof die Vorstellung der Tiere aus der Distanz wichtig ist. Bei einer langsamen Annäherung können Vorlieben und Ängste bewusst werden. Im Laufe dieser ersten Begegnung werden die Sicherheitsregeln erklärt. Diese sind wichtig, um Gefahren, welche in der Arbeit mit Tieren nie gänzlich ausgeschaltet werden können, zu vermeiden. Sicherheit und Selbstgefühl werden anschließend durch meditative Übungen vermittelt. So wird beispielsweise der eigene Raum themati-

siert und damit auch die persönlichen Grenzen. Wie viel Nähe tut gut, wann ist es unangenehm? Diese Fragen werden in Übungen zu beantworten versucht.

Es gibt kein gemeinsames Tempo – jeder nimmt sich die Zeit, die er braucht, um sich zu nähern und in Beziehung zu treten. Nach Frau Gilli (2007a) führt das nähere Eingehen auf die Pferde zur Schulung der Wahrnehmung – eigene Ängste und Gefühle werden erkannt und können angesprochen werden. Durch das Beobachten der Tiere und die langsame Annäherung werden die Ängste weniger und die Neugierde auf Neues steigt. Das vorsichtige Antasten beinhaltet auch das Angreifen des Pferdes, das Fell berühren, daran riechen, das Tier streicheln und seinen Atem an der eigenen Hand spüren. Die Pflege des Pferdes ist eine praktische Übung und fördert die kognitiven und motorischen Fähigkeiten der Patienten und ist mit Erleben, Erfühlen, Vorsicht, Umsicht und sozialem Verhalten verbunden. Diese körperlichen Erfahrungen mit dem Pferd, die nicht sexualisiert sind und ohne Angst vor Konsequenzen passieren dürfen, sind für die Patienten sehr wichtig und manchmal das Wichtigste in der Therapie. Das Pferd hält jeder Anlehnung stand, lässt sich umarmen und gibt Berührungen zurück. Das Spüren von körperlicher Nähe wird möglich (Gilli, 2007a). Nach Otterstedt (2007, S. 320) wird durch diese artgerechte und hilfreiche Hinführung des Patienten zum Pferd das erste Band zwischen Mensch und Tier geknüpft. Anschließend folgen Übungen mit dem Tier, welche verschiedenste Ziele verfolgen können.

Oftmals ist „Führen“ und „Geführt-werden“ ein Thema zwischen Patient und Pferd. TGT ist nur im Hier und Jetzt möglich. Wenn die Gedanken abschweifen oder die Patienten zu grübeln beginnen, reagiert das Pferd darauf und das gemeinsame Tun wird erschwert. Nur wenn sich der Teilnehmer darüber im Klaren ist, was er will und wohin es gehen soll, und wenn er diese Klarheit durch die Körperhaltung dem Pferd vermitteln kann, wird das Pferd Sicherheit spüren und dem Menschen folgen. Der Patient lernt verschiedene Rollen kennen – er ist der Geführte, wird geführt, schickt das Pferd weg, lädt es wieder ein etc. Jede Rolle fühlt sich anders an und löst Gefühle aus. Der Umgang mit Gefühlen spielt somit in der TGT eine wichtige Rolle. Das Pferd und seine akzeptierende, nicht wertende Art löst in manchen Patienten Emotionen aus, die sonst unbewusst und verdrängt bleiben. Frau Gilli (persönliche Mitteilung, 20.08.2009) beschreibt das Phänomen „Führen“ so: „Dazu braucht es Einfühlungsvermögen, Motivations- und Durchsetzungsvermögen. Pferde haben die Eigenart, dem Menschen zu folgen, wenn er sich durch Glaubwürdigkeit, Selbstvertrauen und Zielbewusstsein aus-

zeichnet. Daher fordert und fördert das Pferd beim Menschen den kraftvollen Ausdruck, die Stärken und persönlichen Möglichkeiten“.

Die Beziehung zum Pferd wird von den Patienten von Woche zu Woche intensiver erlebt. Die Teilnehmer können hier ihr Verhältnis zu Nähe und Distanz kennenlernen und ausprobieren, wie sie die Beziehung als angenehm empfinden. Das Pferd steht dabei dem Patienten gegenüber und wird von diesem weggeschickt – soweit, bis die erwünschte Distanz erreicht ist. Dann kann das Tier wieder eingeladen werden. Wichtig ist dabei, dass das Pferd die persönliche Grenze nicht überschreitet. Diese Übungen spielen auch in Bezug der Selbstwirksamkeit eine große Rolle. Die Patienten lernen, Vertrauen zu sich selbst zu haben, und können Ziele aus eigener Kraft erreichen. Dadurch nimmt auch das Selbstvertrauen zu.

Nach Frau Gilli (2007a) sind auch Abschiedsrituale ein wichtiger Bestandteil der Therapie und helfen dabei, die emotionale Bindung zum Pferd zu lösen und loslassen zu können. Ebenso ist die Nachbereitung und Reflexion jeder Therapieeinheit mit den Patienten unumgänglich und wichtig. Verhaltensweisen können dadurch bewusst gemacht und verändert werden. Die Erlebnisse mit dem Pferd prägen sich bei den Patienten ein und bleiben dadurch lange in Erinnerung (D. Gilli, persönliche Mitteilung, 20.08.2009).

10.3 Die Hauptziele in der TGT im PSZW

Frau Gilli (2007a; 2007b) nennt in ihrem Therapiekonzept elf Arbeitsbereiche in der Tiergestützten Therapie in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen, die mit verschiedensten Übungen positiv verändert werden sollen. Dabei sind die Interventionen mit dem Pferd individuell auf die Patienten abgestimmt (D. Gilli, persönliche Mitteilung, 20.08.2009).

1. Schulung der Wahrnehmung
2. Erweiterung des Körperbewusstseins und Verbesserung des Körpergefühls
3. Aufbau des Selbstbewusstseins, des Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens
4. Stärkung des Durchsetzungsvermögens
5. Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit
6. Förderung kooperativer Verhaltensstrukturen

7. Hinwendung zum Gefühlsbereich
8. Raum geben zum Sein im ganzheitlichen Sinn
9. Umgehen mit Ängsten
10. Verantwortungsbewusstsein wecken und erweitern
11. Erhöhung der Frustrationstoleranz

Zur Förderung des sozial-emotionalen Verhaltens werden Prozesse zur Persönlichkeitsentwicklung und Modifikation von Verhaltensmustern angeleitet. Pädagogisch geplante und zielgerichtete Beziehungsangebote sind Teil der Therapie. Auch Übungsfelder zum Erlernen und Erproben der Selbstreflexion sind vorhanden. Die Vermittlung von Werten fällt ebenso in diesen Förderbereich.

Das Sozialverhalten wird durch die Bereitstellung oder Erarbeitung sozialrelevanter Rahmenbedingungen und Strukturen gefördert. Hierzu zählt der strukturierte Ablauf der Therapie sowie verschiedenste Gruppenregeln. Gemeinsame Erlebnisse am Hof und die Interaktion bei Spielen und Aktivitäten fördert ebenso das Sozialverhalten.

Verselbstständigung und Alltagsbewältigung ist auch Thema in der Tiergestützten Therapie und wird durch Kommunikationstraining zum Erlernen von Konfliktstrategien sowie durch die Übernahme von konkreten Aufgaben und Verantwortlichkeiten gefördert. Lebenspraktische Fertigkeiten werden geübt und Hilfe bei der Strukturierung des Tages- und Wochenablaufes geboten.

Die Förderung der körperlichen Entwicklung ist ein weiterer Förderaspekt. Die positive Einstellung zum eigenen Körper, Möglichkeiten zur Entspannung und meditative Elemente sind Teil dieses Bereiches. Bei Patienten mit Gewalterfahrungen oder anderen traumatisierenden Erlebnissen ist das Entspannen und Sitzen am Pferd ein großer Schritt, welcher viel Rücksicht und Empathie erfordert und sehr behutsam vollzogen werden muss (D. Gilli, persönliche Mitteilung, 20.08.2009).

In der Gruppenarbeit stehen außerdem soziales Lernen, die Persönlichkeitsentwicklung und der Aufbau lebenspraktischer Fertigkeiten genauso wie die Förderung von Kreativität und Phantasie im Vordergrund. Jeder Patient wird als gleichberechtigter Partner akzeptiert und darf aktiv sein. Das Üben demokratischer Handlungen wird ermöglicht (Gilli, 2007b). Auch die Vermittlung von Achtsamkeit mit sich selbst sowie das Spüren von Lebensfreude und Ausgeglichenheit soll in der Therapie mit dem Pferd ermöglicht werden (D. Gilli, persönliche Mitteilung, 20.08.2009).

10.4 Dokumentation des Therapieverlaufs

Die genaue und sorgfältige Dokumentation der Tiergestützten Therapie ist sehr wichtig, um den Fortschritt der festgelegten Ziele verfolgen zu können und Therapieergebnisse zu analysieren. Ein Verlaufsbericht kann für jeden Patienten individuell aus dem Planungsprotokoll der letzten Einheit und dem tatsächlichen Therapieablauf erstellt werden. Hier finden auch Beobachtungen der Therapeutinnen einen Platz und gehen nicht verloren. Mögliche Abweichungen zwischen geplantem Ziel und erreichtem Ergebnis können mithilfe der Dokumentationen aufgeklärt und dadurch in die nächste Einheit integriert werden (Gilli, 2007a).

11. Durchführung der Untersuchung und Design

Die Daten der spezifisch-diagnostischen Testbatterie sowie der Testbatterie des PSZW wurden zu zwei Zeitpunkten im Sinne eines Prä- und Posttests erhoben:

t1 – zu Beginn der Tiergestützten Therapie bzw. bei Beginn des Aufenthaltes

t2 – am Ende der Tiergestützten Therapie bzw. am Ende des Aufenthaltes

Das erstgenannte Testverfahren wurde den Patienten beim ersten gemeinsamen Treffen mit den Therapeutinnen im Paper-Pencil-Format¹¹ ausgehändigt und zu diesem Zeitpunkt genau erklärt. Die Patienten wurden gebeten, die Fragen bis zur nächsten Einheit selbstständig und in Ruhe zu beantworten. Die Testbatterie des PSZW wurde computerisiert vorgegeben und unter Anwesenheit eines Psychologen bearbeitet.

Die Datenerhebung für Fragestellung 1a erfolgt mithilfe visueller Analogskalen und wird allen Teilnehmern der TGT immer vor und nach jeder Therapieeinheit vorgegeben (Selbstrating). Weiters wird dieser Fragebogen auch von den Therapeutinnen jeweils vor und nach jeder Einheit für jeden Patienten ausgefüllt (Fremdrating). Somit ist ein direkter Vergleich der Patienten mit emotionaler Instabilität (PTBS, BPS) und jenen mit anderen Störungsbildern (Hausgruppe) möglich. Weiters können die Daten der Therapeutinnen sowie Selbst- und Fremdratings miteinander verglichen werden. Der Fragebogen dient dem Prozessmonitoring und ist ein hochfrequent vorgegebenes Messinstrument, mit welchem die Veränderungen innerhalb der TGT-Einheit sowie der Verlauf der TGT über die Wochen hinweg dargestellt werden können.

Zur Untersuchung der spezifischen Effekte der TGT werden die Patienten der Interventionsstichprobe auch mit (parallelisierten) Patienten des PSZW verglichen, die im Rahmen ihres stationären Aufenthaltes nicht an der TGT teilgenommen haben (Vergleichsparameter: SCL-90-R, BDI, STAI, STAXI, TAS-26).

¹¹ Papier-Bleistift-Format; da bei manchen Fragebögen keine PC-Version erhältlich ist, wurden alle gewählten Fragebögen des spezifischen Testverfahrens auf Papier und zum eigenständigen Bearbeiten ausgegeben.

12. Beschreibung der Erhebungsverfahren

Die Durchführung der Studie erforderte die wiederholte Vorgabe drei verschiedener Batterien von Messinstrumenten. So wurden selbst entworfene Thermometerskalen (visuelle Analogskalen), eine spezifische Testbatterie sowie die Standard-Testbatterie des PSZW den Patienten vorgegeben. Die letzten beiden Batterien bestanden aus verschiedenen standardisierten Fragebögen bzw. einiger ihrer Skalen. Nachfolgend werden alle verwendeten Testverfahren detailliert beschrieben.

12.1 Thermometerskalen

Ein selbstentworfener Fragebogen mit Analogskalen (siehe Anhang) erfasst die Gefühlslage der Patienten und beinhaltet die Items Spannung, Angst, Trauer, Selbstvertrauen, Vertrauen in andere, Neugierde und Wohlbefinden. Die Skalen wurden störungsspezifisch und mit Hilfe von Experten ausgewählt. Obwohl alle Skalen das momentane Befinden der Patienten erfassen sollen, wird dies wahrscheinlich nicht in vollem Ausmaß gelingen, da die Bewertungen – vor allem zu Beginn der Einheiten – durch den gesamten Klinikaufenthalt und vergangene Erlebnisse beeinflusst werden. Die Messungen sind demnach eine Kombination aus zeitnahen State-Variablen und Trait-Variablen, welche längere Beeinflussungszeiträume berücksichtigen.

12.2 Spezifische Testbatterie

Hierbei handelt es sich um eine Zusammenstellung verschiedenster Testverfahren, welche sich speziell mit den Symptomen der PTBS und BPS beschäftigen. Die Bearbeitung erfolgt von den Patienten selbstständig und ohne Anwesenheit eines Mitarbeiters. Die dabei verwendeten Fragebögen werden folgend näher beschrieben.

12.2.1 Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)

Unter Dissoziation wird ein Integrationsverlust des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität und der Wahrnehmung der Umwelt verstanden. Sensorik, Sensibilität und Motorik sind ebenfalls beeinträchtigt (Spitzer, Stieglitz, & Freyberger, 2004).

Der FDS gilt nach Rau (2007) als das wichtigste Screening-Verfahren für Traumafolgestörungen im deutschsprachigen Raum und wurde in der englischen Originalfassung (Dissociative-Experience-Scale DES) bereits in vielen Studien verwendet. Der FDS besteht aus 44 Items, welche Aussagen zu dissoziativen Erfahrungen des täglichen Lebens zum Thema haben und den Skalen „Depersonalisation und Derealisation“, „Amnesie“, „Absorption und imaginative Erlebnisweisen“ und „Konversion“ zugeordnet werden können. Die deutschsprachige Übersetzung wurde mit Items, welche die Symptome der dissoziativen Störungen des ICD-10 aufgriffen, erweitert (Spitzer et al., 2004). Jede der 44 Aussagen schließt mit einer Skala von 0 bis 100% und dem Satz: „Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert“. Für den Fragebogen in dieser Studie wurden lediglich die Skalen „Depersonalisation und Derealisation“ sowie „Amnesie“ verwendet. Diese zwei Skalen betreffen Symptome, welche sowohl bei der PTBS und der komplexen PTBS als auch bei der BPS vorkommen und können daher bei beiden untersuchten Patientengruppen interessante Aussagen liefern. Die interne Konsistenz (Cronbachs α) wird für die Gesamtskala mit .94, für die Einzelskalen von .78 bis .82 angegeben (Spitzer et al., 2004).

12.2.2 Borderline-Symptom-Liste-23 (BSL-23)

Die BSL-23 (Bohus et al., 2009) besteht aus 23 Items aus den Bereichen der Selbstwahrnehmung, der Affektregulation, der Autoaggression, der Dysphorie, der sozialen Isolation, der Intrusionen sowie der Feindseligkeit, welche zusammengefasst einen Gesamtwert ergeben. Die Aussagen beziehen sich auf die letzte Woche und lauten beispielsweise: „Während letzter Woche litt ich unter Ekelgefühlen“. Die vierstufige Skala reicht dabei von „überhaupt nicht“ bis „sehr stark“. Weiters besteht das Testverfahren aus einer visuellen Analogskala, welche der Einschätzung der aktuellen psychischen Befindlichkeit dient. Die BSL-Ergänzungsskala hat weitere elf Items und dient der Erfassung aktueller dysfunktionaler Verhaltensweisen. Ein Beispiel hierfür lautet: „Während der letzten Woche machte ich einen Suizidversuch“. Die BSL dient der Erfassung der Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung, welche sich jedoch zu einem Großteil mit jenen der PTBS bzw. komplexen PTBS decken. Aus diesem Grund wird die BSL komplett in den langen Fragebogen miteinbezogen. Werte der internen Konsistenz werden in den Testinformationen nicht angegeben.

12.2.3 Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen (IPC)

Der Fragebogen IPC (Krampen, 1981) zu Kontrollüberzeugungen („locus of control“) stammt ursprünglich von Hanna Levenson und wurde von Krampen im Jahr 1981 ins Deutsche übersetzt. Er umfasst 24 Items, welche als Aussagen formuliert sind. Die Zustimmung wird auf einer sechsstufigen Skala von „sehr falsch“ bis „sehr richtig“ angegeben. Das Konstrukt der Kontrollüberzeugung geht auf Rotter zurück, der bereits 1966 zwischen innerer und äußerer Kontrolle differenzierte. Werden die Ergebnisse als abhängig vom eigenen Verhalten gesehen, spricht Rotter von interner Kontrolle, werden externe Faktoren als bestimmend angesehen, ist das Ergebnis extern kontrolliert (Herkner, 2001, S. 44, S. 101). Eine externale Kontrollüberzeugung kann nach Krampen (1981) einerseits bedeuten, dass Personen Ereignisse nicht von den eigenen Handlungen abhängig machen sondern als Ergebnis von äußeren Einflüssen wie Zufall, Schicksal oder Pech ansehen („fatalistische Externalität“). Andererseits können auch andere Personen nach diesem Überzeugungsmuster als verantwortlich gelten („sozial bedingte Externalität“). Die internale Kontrollüberzeugung geht von der eigenen Verantwortung aus. Personen sehen Ereignisse als Folgen eigener Handlungen (Krampen, 1981). Der Fragebogen IPC umfasst also die Skalen „Internalität“, „fatalistische Externalität“ und „sozial bedingte Externalität“ und wird in dieser Studie als ein Verfahren zur Erfassung der Handlungsorientierung vorgegeben. Die interne Konsistenz (Kuder-Richardson-Formel) wird in Abhängigkeit der Stichprobe und für jede Skala separat angegeben und reicht dabei von .91 bis .98.

12.2.4 Selbstkonzept-Inventar (SKI)

Das Konstrukt des Selbstkonzepts umfasst das Selbstbild, die Selbsteinschätzung sowie die Selbsteffizienz. Mit dem SKI (von Georgi & Beckmann, 2004) können spezifische Selbstkonzeptdefizite mit den Skalen „Attraktivität“, „Ordnungsliebe“, „Ich-Stärke - Unsicherheit“, „Vertrauen - Zurückhaltung“ und „Durchsetzung - Kooperation“ erfasst werden. Für die hier beschriebene Studie wurden nur die letzten drei Skalen in den Fragebogen integriert, da sich diese mit der Handlungsorientierung der PTBS, komplexen PTBS und BPS beschäftigen und gleichzeitig in der Tiergestützten Therapie mit Pferden thematisiert werden. Die erste Skala wird weggelassen, da diese in einem der nachfolgenden Verfahren namens FBek enthalten ist und eine doppelte Vorgabe für unnötig gehalten wird. Der Fragebogen enthält pro Skala acht Items, wel-

che als Aussagen in jede Richtung der Skala formuliert sind. Zwischen den Aussagen finden die Patienten eine siebenstufige Skala von „selten“ bis „häufig“, auf welcher sie den Grad ihrer Zustimmung angeben sollen. Die Reliabilität (interne Konsistenz; Cronbachs α) wird für gut bis sehr gut angegeben und reicht dabei in den Subskalen von 0.67 bis 0.91.

12.2.5 Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)

Dieses Testverfahren (Schwarzer & Jerusalem, 1999) geht auf das Konzept von Bandura (perceived self-efficacy) und damit auf das Jahr 1977 zurück. Die Selbstwirksamkeitserwartung erfasst seit über zwanzig Jahren das Vertrauen darauf, eine schwierige Lage selbst meistern zu können. Der Erfolg wird dabei der eigenen Kompetenz zugeschrieben. Dieses Vertrauen kann hoch oder niedrig sein und ist das Resultat eigener Erfahrungen, Beobachtungen, sprachlicher Kommunikation sowie der Aufregung und den vorhandenen Gefühlen in Bezug auf die Durchführung des gewünschten Verhaltens (Herkner, 2001, S. 77). Bandura schreibt den Selbstwirksamkeitserwartungen große Bedeutung zu und postuliert, dass diese Einfluss darauf haben, welche Situationen wir zulassen oder vermeiden, welche Handlungen wir versuchen und wie lange wir durchhalten. Verhaltensänderungen und damit auch der Erfolg therapeutischer Behandlungen sind demnach mit Veränderungen von Effizienzerwartungen verbunden. In den Übungen der Tiergestützten Therapie wird daran gearbeitet, sich selbst für Erfolge verantwortlich zu bekennen. Aus diesem Grund findet sich diese Skala im langen Fragebogen der Studie wieder und dient zur Erfassung der Handlungsorientierung. Die SWE enthält zehn Aussagen, die Zustimmung erfolgt auf einer vierstufigen Skala von „stimmt nicht“ bis „stimmt genau“. Die internen Konsistenzen (Cronbachs α) liegen in den deutschen Stichproben zwischen .80 und .90.

12.2.6 Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK)

Das Konzept des Körpererlebens (Strauß & Richter-Appelt, 1996, S. 6), also „die bewusste Erfahrung und Beurteilung des Körpers als Ganzes“ steht im Mittelpunkt des Fragebogens zur Beurteilung des eigenen Körpers. Der FBeK ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der vier Skalen umfasst: Attraktivität/Selbstvertrauen, Akzentuierung des körperlichen Erscheinungsbildes, Unsicherheit/Besorgnis und körperlich-sexuelles

Missemmpfinden. Der FBek ist komplett im langen Fragebogen enthalten, da er Themen anspricht, die einen wichtigen Aspekt im Krankheitsbild der (komplexen) PTBS- und BPS-Patienten darstellen und damit die eigene Körperwahrnehmung aufzeigen kann. Die internen Konsistenzen (Cronbachs α) der Subskalen liegen zwischen .72 und .85.

12.3 Standard-Testbatterie des PSZW

Die folgenden diagnostischen Verfahren werden allen stationär aufgenommenen Patienten im PSZW zu Beginn und beim Abschluss der Therapie computerisiert und unter Aufsicht eines Psychologen vorgegeben.

12.3.1 Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26)

Das Konzept der Alexithymie (Kupfer, Brosig, & Brähler, 2001) stammt aus der Psychoanalyse und beschäftigt sich mit der Unfähigkeit zur adäquaten Gefühlswahrnehmung, des Gefühlsausdrucks und der psychischen Verarbeitung. Alexithymie bewirkt durch eine Verringerung an kreativer Phantasie einen Rückgang an Träumen und führt zu einer gefühls- und affektarmen Sprache, welche einem kühlen und technokratischen Denkstil unterliegt. Die TAS-26 beinhaltet 26 Items, welchen den Skalen „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“, „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ und „Extern orientierter Denkstil“ zugeordnet werden. Weiters kann eine Gesamtskala berechnet werden, welche auch in vorliegender Arbeit zur Anwendung kommt. Die interne Konsistenz (Cronbachs α) der Gesamtskala wird mit .81 angegeben. Die Subskalen liegen zwischen .67 und .84.

12.3.2 Symptom-Checkliste (SCL-90-R)

Die SCL-90-R (Franke, 2002) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren und wurde 1977 von Derogatis präsentiert. Fast zwei Jahrzehnte später erschien das deutsche Handbuch zur SCL-90-R und erfreut sich seither großer Beliebtheit im deutschsprachigen Raum. Die Checkliste erfasst die subjektiv empfundene körperliche und psychische Beeinträchtigung der letzten sieben Tage anhand einer fünfstufigen Skala von „überhaupt nicht“ bis „sehr stark“. Die 90 Items des Verfahrens werden dabei den Ska-

len Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität und Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus zugeordnet. Neben den Einzelskalen können der Globalwert, die Antwortintensität und die Symptomanzahl berechnet werden. Der erste misst die psychische Belastung, der zweite die Intensität der Antworten und letzterer beschreibt die Anzahl der Symptome, welche eine Belastung aufzeigen. Die interne Konsistenz (Cronbachs α) beträgt für Klinische Stichproben zwischen .79 und .89.

12.3.3 Beck Depressions-Inventar (BDI)

Das BDI (Hautzinger, Bailer, Worall, & Keller, 1994) wurde nach eingehenden klinischen Beobachtungen der Klagen depressiver und nicht-depressiver Patienten entwickelt und ist seit 1961 weltweit in Verwendung. Mit 21 Gruppen (von trauriger Stimmung über Reizbarkeit bis hin zu Libidoverlust) und vier Aussagen pro Gruppe wird die Schwere der depressiven Symptomatik festgestellt. Für die Gruppe „traurige Stimmung“ werden z. B. folgende vier Aussagen getätigt: Ich bin nicht traurig, Ich bin traurig, Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los, Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage. Das Verfahren folgt dabei den Diagnosekriterien des DSM-III-R sowie der ICD-10. Die Zuverlässigkeit wird mit Cronbachs α angegeben und beträgt zwischen .73 und .95.

12.3.4 Das State-Trait-Angst-Inventar (STAI)

Das STAI (Laux, Glanzmann, Schaffner, & Spielberger, 1981) unterscheidet Angst als Zustand und Angst als Eigenschaft und misst diese zwei Skalen mit jeweils 20 Items. Angst als Zustand (State-Angst) meint einen emotionalen Zustand, der von Anspannung, Besorgtheit und Nervosität sowie von innerer Unruhe und Furcht vor der Zukunft geprägt ist. Diese Angst ist über Zeit und Situation variabel. Die Fragestellungen des STAI zielen hierbei auf die momentanen, in diesem Moment spürbaren Gefühle ab. Angst als Eigenschaft (Trait-Angst) beschreibt hingegen die relativ stabile innere Ängstlichkeit einer Person. Hier wird die Testperson nach ihren allgemeinen Gefühlen in Bezug auf Angst befragt. Beide Skalen weisen eine interne Konsistenz von .90 (Cronbachs α) auf.

12.3.5 Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI)

Das STAXI (Schwenkmezger, Hodapp, & Spielberger, 1992) erfasst die Intensität von situationsbezogenem Ärger (Zustandsärger) und die Dimensionen des personspezifischen Ärgers (Eigenschaftsärger), wobei letztere in die Zusatzskalen „Ärger temperament“ und „Ärgerreaktion“ aufteilt werden kann. Des weiteres gibt es Skalen zur Erfassung der Ärgerkontrolle, der Ärgerunterdrückung und der Abreaktion nach außen. Das Inventar umfasst 44 Items welche insgesamt sieben Skalen bilden. Zustandsärger ist definiert als „emotionales Bedingungsgefüge, welches aus subjektiven Gefühlen der Spannung, Störung, Irritation und Wut besteht, begleitet von einer Aktivierung des autonomen Nervensystems“. Eigenschaftsärger wird dagegen als „Repräsentation interindividueller Unterschiede in der dispositionellen Neigung von Personen, eine große Bandbreite von Situationen als störend oder frustrierend wahrzunehmen und in einer solchen Situation mit einer Erhöhung des Ärgerzustands zu reagieren“ beschrieben (Schwenkmezger et al., 1992, S. 9). Die internen Konsistenzen der Subskalen reichen von $\alpha = .71$ bis $\alpha = .95$ nach Cronbach.

13. Auswertungsmethodik

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mittels SPSS 15 sowie MS Excel 2007. Über die gemittelten Prä-Werte und die gemittelten In-Session-Prä-Post-Differenzen der Thermometerskalen wurden jeweils unabhängige *t*-Tests berechnet, um Unterschiede zwischen emotional instabilen Patienten und Patienten der Hausgruppen zu untersuchen. Weiters wurden die gemittelten In-Session-Prä-Post-Differenzen getrennt nach Gruppe gegen Null getestet (Eingruppen-*t*-Tests). Für jeden Patienten wurde zudem anhand der Prä-Werte der Anstieg der Regressionsgeraden von der ersten bis zur achten Session bestimmt. Getrennt nach Gruppen wurden diese Werte ebenso gegen Null getestet und mittels *t*-Test zwischen den Gruppen verglichen. Effektgrößen für Gruppenvergleiche (Cohen's *d*) wurden bestimmt. Die innerhalb der Gruppen gemittelten Verläufe der Prä- und Post-Daten werden im Folgenden zudem grafisch wiedergegeben. Einzelne Analysen wurden varianzanalytisch ergänzt, ebenso wurden generelle Unterschiede zwischen den einzelnen Skalen und in den Prä-Post-Differenzen varianzanalytisch untersucht. Die Struktur der Daten hätte auch die Anwendung eines hierarchischen linearen Modells (HLM) erlaubt, aufgrund der für diese Analysen eher geringen Stichprobengröße wurde jedoch davon Abstand genommen. Die durchgeführten Analysen gewährleisteten jedoch ähnliche Hypothesenprüfungen, die mittels eines HLM möglich gewesen wären.

Zur Analyse von Zusammenhängen von Veränderungen über den Verlauf der Therapie wurden die Anstiege der Regressionsgeraden in den einzelnen Skalen getrennt nach Gruppe korreliert (Spearman-Rangkorrelation). Zudem wurden die Anstiege der Regressionsgeraden mit den Prä-Post-Differenzen der psychologischen Skalen korreliert (Spearman-Rangkorrelation).

Die Werte der Thermometerskalen dienten zudem der Berechnung der Beurteilerübereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung (Intraklassenkorrelation; Methode: 2-Wege gemischt).

Mit den Daten aus den standardisierten Fragebögen wurden *t*-Tests (Baseline-Vergleiche) und abhängige Varianzanalysen durchgeführt. Alle Auswertungen erfolgten 2-seitig, das Signifikanzniveau betrug $\alpha = .05$. *P*-Werte $< .10$ wurden als statistischer Trend interpretiert, *p*-Werte nahe an einem Trend werden ebenso hervorgehoben.

14. Störungsspezifische Aspekte – In-session-Daten

Nachfolgende Analysen beziehen sich auf die Aspekte der Thermometerskalen, welche jeweils vor und nach jeder Einheit der Tiergestützten Therapie den Patienten vorgegeben wurden (Selbstrating). Analysen zu den Ergebnissen der Fremdratings sind anschließend zusammengefasst und im Detail im Anhang zu finden.

14.1 Baselineuntersuchung

Die beiden Patientengruppen (EI: $n = 23$; HG: $n = 18$) unterschieden sich zu den Zeitpunkten vor der Therapie nicht signifikant. Lediglich im Bereich der Trauer ($p = .057$) und der Angst ($p = .114$) ließen sich Trends erkennen (Tab. 7).

Tab. 7: Baselineuntersuchung

Werte vor der TGT	Gruppe		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Emotional Instabil M (SD)	Hausgruppe M (SD)			
Spannung	53.32 (14.96)	49.17 (19.51)	0.77	.445	0.24
Angst	42.28 (19.50)	32.49 (18.87)	1.62	.114	0.51
Trauer	50.06 (21.41)	36.34 (23.16)	1.97	.057	0.62
Selbstvertrauen	48.04 (15.25)	49.69 (18.94)	-0.31	.758	-0.10
Vertrauen in andere	50.37 (15.32)	51.19 (16.19)	-0.17	.868	-0.05
Neugierde	67.23 (18.19)	68.89 (15.97)	-0.30	.763	<0.01
Wohlbefinden	52.75 (14.89)	55.35 (15.90)	-0.54	.594	-0.18

Anmerkungen. Stichprobe, Mittelwerte (Standardabweichung), Hervorgehobene Werte zeigen einen möglichen Trend an ($p < .10$).

14.2 Spannung

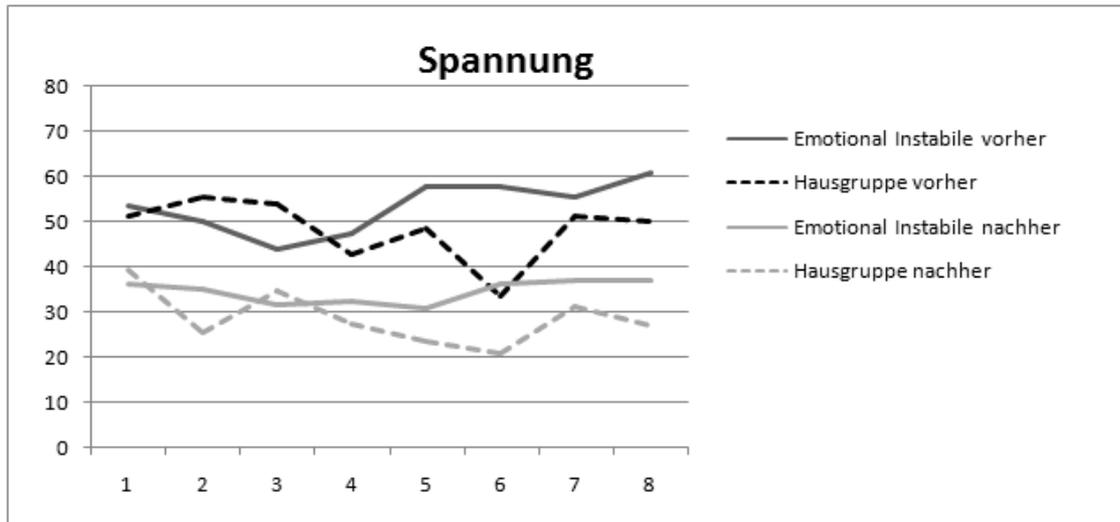


Abb. 10: Selbstbeurteilung – Spannung

	M (SD)	Test gegen 0		Gruppenvergleich		
		t	p	t	p	d
<i>Differenz Prä-Post</i>						
Emotionale Instabilität	-18.74 (13.77)	6.53	<.001	0.30	.766	-0.09
Hausgruppe	-20.03 (13.47)	6.31	<.001			
<i>Anstieg der Regressionsgeraden</i>						
Emotionale Instabilität	1.54 (3.05)	2.42	.024	2.28	.028	0.72
Hausgruppe	-2.19 (7.08)	-1.32	.206			

Tab. 8: Selbstbeurteilung - Spannung

Beide Gruppen zeigten signifikante Verbesserungen, aber keine Gruppenunterschiede (Abb.10, Tab. 8). Werden die 8 Sessions in zwei Hälften (Session 1-4: 1. Hälfte; Session 5-8: 2. Hälfte) geteilt, so zeigt sich eine signifikante Wechselwirkung zwischen Gruppe und Hälfte in den pro Hälfte gemittelten Prä-Session-Werten (ANOVA; Gruppe: $F(1,39) = 1.37, p = .249, \eta^2_p = .034$; Hälfte: $F(1,39) = 0.74, p = .395, \eta^2_p = .019$; Wechselwirkung: $F(1,39) = 4.89, p = .033, \eta^2_p = .111$): während die Werte der emotional Instabilen stiegen, nahmen die Werte der Hausgruppe ab (1. Hälfte: $M_{EI} = 48.94, M_{HG} = 50.36$; 2. Hälfte: $M_{EI} = 59.38, M_{HG} = 45.76$). Dasselbe Ergebnis zeigte sich auch im Vergleich des Anstiegs der Regressionsgeraden über beide Gruppen: während die Prä-Session-Werte der emotional Instabilen über die acht Sessions signifikant zunahmen, blieben jene der Hausgruppe im Mittel konstant. Die mittleren Anstiege unterschieden sich signifikant über die Gruppen.

14.3 Angst

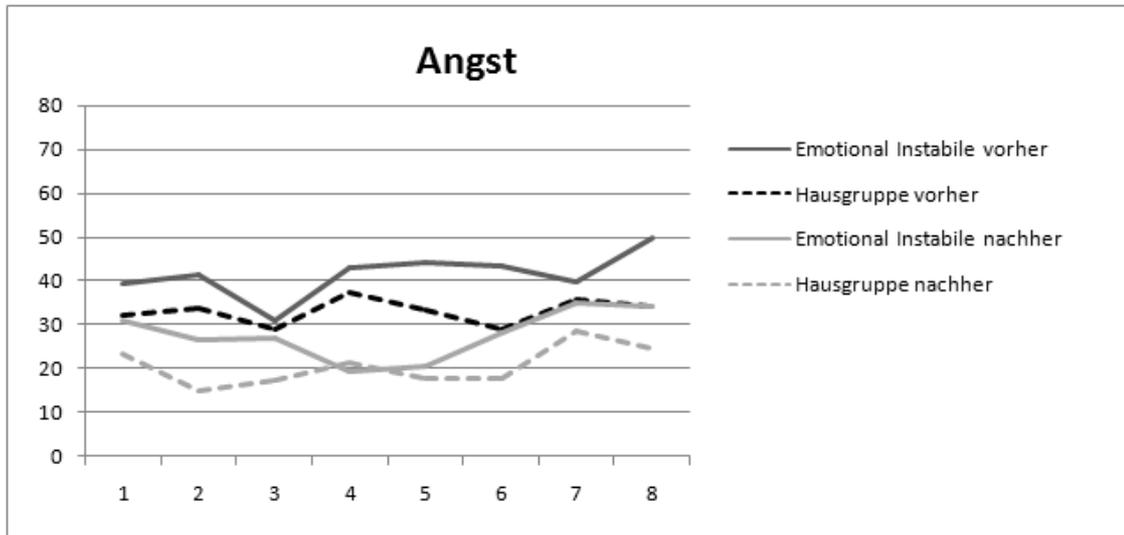


Abb. 11: Selbstbeurteilung – Angst

	M (SD)	Test gegen 0		Gruppenvergleich		
		t	p	t	p	d
<i>Differenz Prä-Post</i>						
Emotionale Instabilität	-14.39 (10.33)	6.68	<.001	0.59	.558	0.19
Hausgruppe	-12.59 (8.80)	6.07	<.001			
<i>Anstieg der Regressionsgeraden</i>						
Emotionale Instabilität	1.25 (3.71)	1.61	.121	0.82	.418	0.26
Hausgruppe	.05 (5.63)	0.04	.971			

Tab. 9: Selbstbeurteilung – Angst

Beide Gruppen zeigten signifikante Verbesserungen in Angst in den In-Session-Werten. Die Prä-Session-Werte stiegen bei den emotional Instabilen über den Verlauf leicht an (p nahe einem Trend) (Abb. 11, Tab. 9).

14.4 Trauer

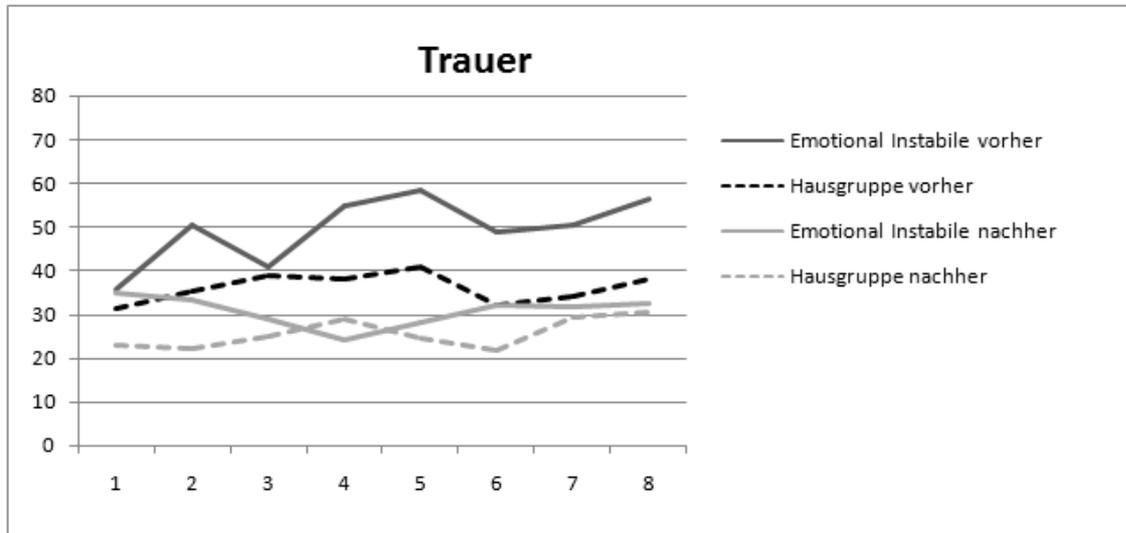


Abb. 12: Selbstbeurteilung - Trauer

	M (SD)	Test gegen 0		Gruppenvergleich		
		t	p	t	p	d
<i>Differenz Prä-Post</i>						
Emotionale Instabilität	-18.86 (10.33)	7.99	<.001	1.97	.056	0.62
Hausgruppe	-10.96 (14.34)	3.24	.005			
<i>Anstieg der Regressionsgeraden</i>						
Emotionale Instabilität	2.43 (3.41)	3.41	.002	0.60	.552	0.19
Hausgruppe	1.52 (6.22)	1.03	.316			

Tab. 10: Selbstbeurteilung - Trauer

Abbildung 12 und Tabelle 10 zeigen, dass beide Gruppen signifikante Verbesserungen aufwiesen, die Gruppen unterschieden sich zudem deutlich in ihrer Ausprägung von Trauer (Prä-Session, siehe weiter oben). Die Prä-Post-Differenzen waren ebenso von unterschiedlicher Größe – nach den Sessions erschienen beide Gruppen einander angenähert. Die Prä-Session-Werte der emotional Instabilen stiegen signifikant über die Sessions.

14.5 Selbstvertrauen

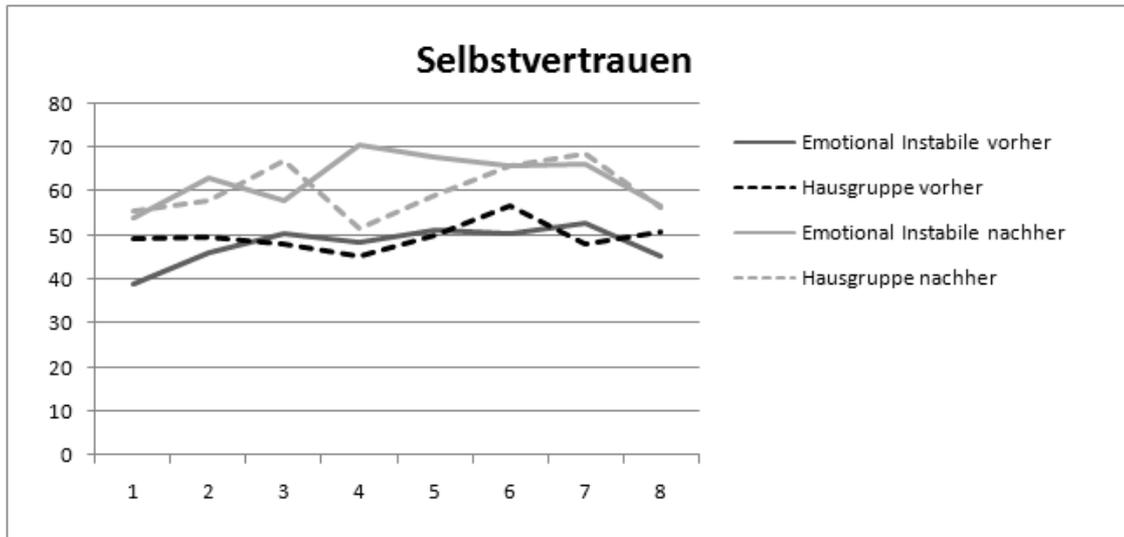


Abb. 13: Selbstbeurteilung - Selbstvertrauen

	<i>M (SD)</i>	<i>Test gegen 0</i>		<i>Gruppenvergleich</i>		
		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
<i>Differenz Prä-Post</i>						
Emotionale Instabilität	14.85 (9.63)	7.40	<.001	1.82	.076	0.57
Hausgruppe	9.96 (7.22)	5.81	<.001			
<i>Anstieg der Regressionsgeraden</i>						
Emotionale Instabilität	1.57 (3.29)	2.29	.032	1.24	.223	0.39
Hausgruppe	.20 (3.80)	0.22	.828			

Tab. 11: Selbstbeurteilung – Selbstvertrauen

Beide Gruppen zeigten signifikante Verbesserungen, aber keine Gruppenunterschiede (Abb. 13, Tab. 11). Der marginal signifikante Unterschied in den Differenzen Prä-Post war auf Session 4 zurückführbar. Der Test der Mittelwertsunterschiede unter Weglassen von Session 4 fiel deutlich nicht signifikant aus ($M_{EI} = 13.92 [11.10]$, $M_{HG} = 10.46 [7.68]$, $t = 1.13$, $p = .267$, $d = 0.36$). Die Prä-Session-Werte der emotional Instabilen stiegen signifikant über die Sessions.

14.6 Vertrauen in andere

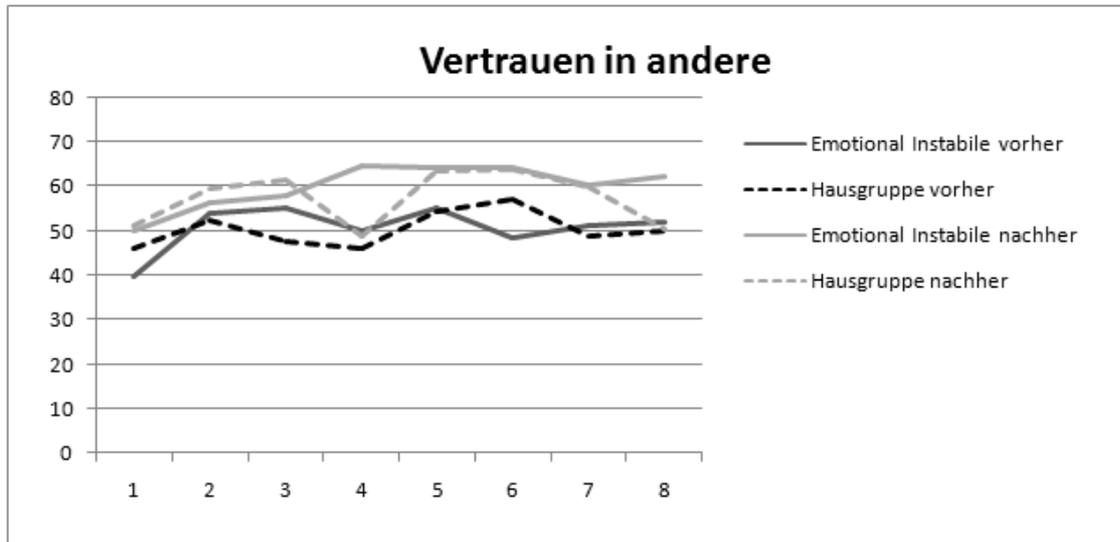


Abb. 14: Selbstbeurteilung - Vertrauen in andere

	<i>M (SD)</i>	<i>Test gegen 0</i>		<i>Gruppenvergleich</i>		
		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
<i>Differenz Prä-Post</i>						
Emotionale Instabilität	9.55 (7.88)	5.82	<.001	0.81	.425	0.25
Hausgruppe	7.67 (6.76)	4.82	<.001			
<i>Anstieg der Regressionsgeraden</i>						
Emotionale Instabilität	1.31 (3.20)	1.97	.062	0.19	.847	-0.06
Hausgruppe	1.51 (3.27)	1.96	.067			

Tab. 12: Selbstbeurteilung - Vertrauen in andere

Beide Gruppen zeigten signifikante Verbesserungen, aber keine Gruppenunterschiede. Auch hier erschien Session 4 auffällig, allerdings ohne einen deutlichen Einfluss auf die mittleren Differenzen auszuüben. Die Prä-Session-Werte in beiden Gruppen stiegen über die Sessions (marginal signifikant). Abbildung 14 und Tabelle 12 geben die Ergebnisse wieder.

14.7 Neugierde

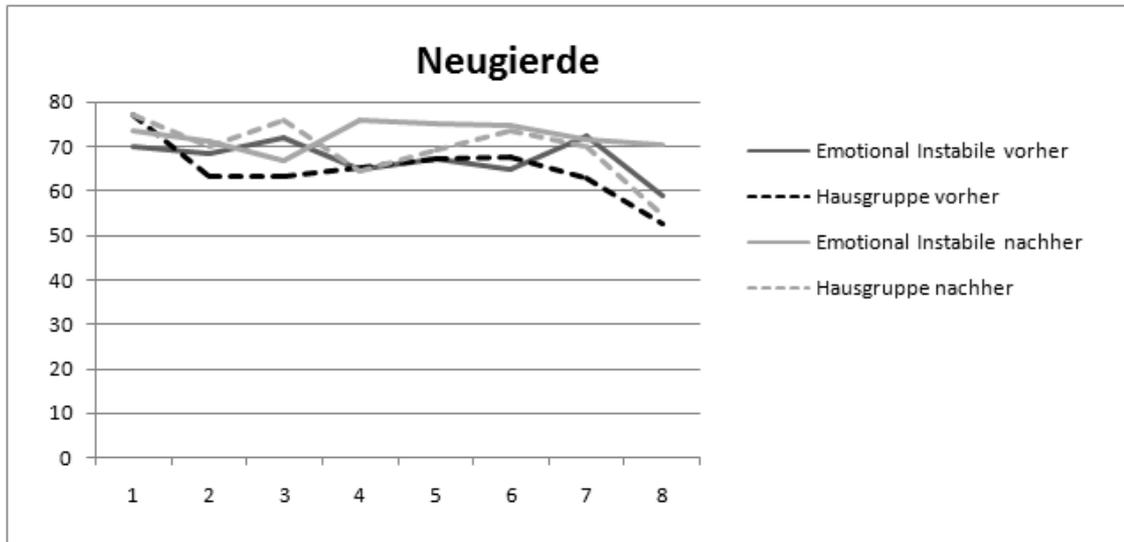


Abb. 15: Selbstbeurteilung - Neugierde

	<i>M (SD)</i>	<i>Test gegen 0</i>		<i>Gruppenvergleich</i>		
		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
<i>Differenz Prä-Post</i>						
Emotionale Instabilität	5.48 (9.66)	2.72	.012	0.53	.602	0.17
Hausgruppe	3.78 (10.73)	1.45	.166			
<i>Anstieg der Regressionsgeraden</i>						
Emotionale Instabilität	-.79 (2.75)	1.36	.189	0.15	.879	-0.43
Hausgruppe	-.92 (2.96)	1.28	.219			

Tab. 13: Selbstbeurteilung – Neugierde

Für die Analyse der Neugierde-Daten musste zusätzlich ein Patient der Hausgruppe ausgeschlossen werden. Nur die Gruppe der emotional Instabilen zeigte signifikante Verbesserungen, Gruppenunterschiede waren aber nicht nachweisbar. Die Prä-Session-Werte veränderten sich in beiden Gruppen nicht signifikant über die Sessions (Abb. 15, Tab. 13).

14.8 Wohlbefinden

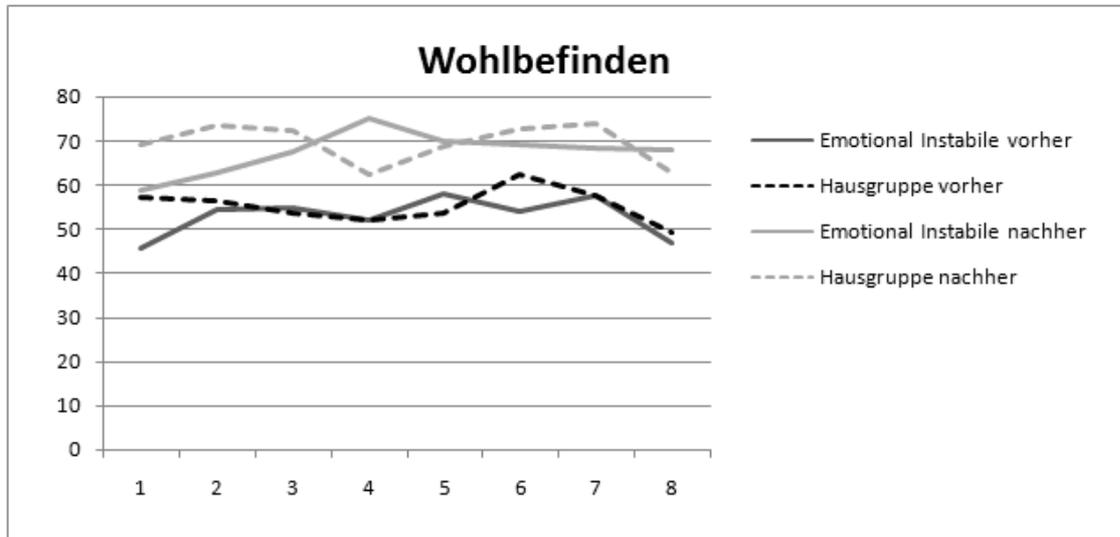


Abb. 16: Selbstbeurteilung - Wohlbefinden

	M (SD)	Test gegen 0		Gruppenvergleich		
		t	p	t	p	d
<i>Differenz Prä-Post</i>						
Emotionale Instabilität	14.46 (9.52)	7.28	<.001	0.10	.921	0.03
Hausgruppe	14.20 (5.94)	10.15	<.001			
<i>Anstieg der Regressionsgeraden</i>						
Emotionale Instabilität	.96 (3.36)	1.37	.184	0.71	.480	0.22
Hausgruppe	.24 (2.96)	0.35	.731			

Tab. 14: Selbstbeurteilung – Wohlbefinden

Beide Gruppen zeigten signifikante Verbesserungen, aber keine Gruppenunterschiede. Auch die Prä-Session-Werte veränderten sich in beiden Gruppen nicht signifikant über die Sessions. Dies wird in Abbildung 16 und Tabelle 14 verdeutlicht.

14.9 Unterschiede und Veränderungen in den Prä-Session-Werten

Über alle Skalen hinweg zeigten sich deutliche Unterschiede in den mittleren Prä-Session-Werten, unbeeinflusst von der Gruppenzugehörigkeit (ANOVA: Innersubjektfaktor Skala, Zwischensubjektfaktor Gruppe; Skala: $F(2.22, 84.48) = 11.75, p < .001$, $\eta^2_p = .236$; Gruppe: $F(1,38) = 1.69, p = .201, \eta^2_p = .043$; Wechselwirkung: $F(2.22, 84.48) = 0.90, p = .422, \eta^2_p = .023$; Freiheitsgrade korrigiert nach Greenhouse-

Geisser): die Werte in Angst waren signifikant niedriger als jene in Spannung, Vertrauen in andere, Neugierde und Wohlbefinden. Neugierde wies darüber hinaus signifikant höhere Werte als alle übrigen Skalen auf.

Selbiges zeigte sich auch bezogen auf die mittleren Änderungen (Richtung der Veränderungen angeglichen vor der Analyse; ANOVA: Innersubjektfaktor Skala, Zwischensubjektfaktor Gruppe; Skala: $F(4.55, 95.07) = 10.99$, $p < .001$, $\eta^2_p = .224$; Gruppe: $F(1,38) = 1.86$, $p = .180$, $\eta^2_p = .047$; Wechselwirkung: $F(4.55, 95.07) = 0.96$, $p = .440$, $\eta^2_p = .025$; Freiheitsgrade korrigiert nach Greenhouse-Geisser): Neugierde wies signifikant kleinere Veränderungen als alle anderen Skalen auf, Spannung zudem größere Änderungen als Vertrauen in andere.

Tab. 15: Veränderungen in den Prä-Session-Werten (Anstiege der Regressionsgeraden über die 8 Sessions; Spearman-Rangkorrelationen)

	Angst	Trauer	Selbstvertrauen	Vertrauen in andere	Neugierde	Wohlbefinden
Emotional Instabile						
Spannung	.62^{**}	.34	-.23	.31	.41⁺	.13
Angst		.37⁺	-.54^{**}	.20	.17	.03
Trauer			-.54^{**}	-.01	.03	-.41⁺
Selbstvertrauen				.34	-.04	.63^{***}
Vertrauen in andere					.40⁺	.46⁺
Neugierde						.25
Hausgruppe						
Spannung	.59⁺	.25	-.06	-.29	-.09	-.24
Angst		.69^{**}	-.56⁺	.12	-.38	-.49⁺
Trauer			-.61^{**}	.01	-.28	-.47⁺
Selbstvertrauen				.16	.38	.82^{***}
Vertrauen in andere					.19	.24
Neugierde						.47⁺

Anmerkungen. Bedeutsame Korrelationen ($p < .10$) hervorgehoben. ⁺ $p < .10$, ^{*} $p < .05$, ^{**} $p < .01$, ^{***} $p < .001$.

Offensichtlich gab es zwischen den emotional Instabilen und der Hausgruppe Unterschiede in den Änderungen der Prä-Session-Werte über die Dauer der Therapie. Bei den emotional Instabilen zeigte sich ein Steigen der Spannung mit einem Steigen der Neugierde korreliert, sowie das Steigen des Vertrauens in andere mit einem Steigen von Neugierde und Wohlbefinden. Im Gegensatz dazu zeigte sich bei der Hausgruppe ein Zusammenhang zwischen steigendem Wohlbefinden und sinkender Angst sowie steigender Neugierde (Tab. 15).

14.10 Übereinstimmung von Fremd- und Selbstratings

Da die Daten des Thermometerfragebogens sowohl von den Patienten (Selbstrating) als auch von den Therapeutinnen (Fremdrating) vorlagen, wurde die Übereinstimmung der Therapeutinnen mit den Patienten bestimmt. Die Berechnung der Intraklassenkorrelation erfolgte mittels Reliabilitätsanalyse. Die nachfolgenden Tabellen (Tab. 16, 17) enthalten die gemittelten Werte über alle acht Einheiten. Detaillierte Analysen sind im Anhang zu finden.

Vor der TGT		
	<i>Gruppe und Frau Gilli</i>	<i>Gruppe und Frau Rulik</i>
	<i>ICC</i>	<i>ICC</i>
Spannung	.29	.26
Angst	.32	.35
Trauer	.48	.35
Selbstvertrauen	.28	.37
Vertrauen in andere	.25	.24
Neugierde	.25	.23
Wohlbefinden	.30	.28

Tab. 16: Übereinstimmung der Prä-Ratings

Die Übereinstimmungen zwischen Patienten und Therapeutinnen lagen über alle Skalen hinweg zwischen .48 und .23. Die höchste Übereinstimmung mit den Patienten erreichte Frau Gilli in der Skala Trauer (.48). Auch Frau Rulik hatte ihre zweithöchste Übereinstimmung mit den Patienten in dieser Skala (.35), ihre höchste jedoch in der Skala Selbstvertrauen (.37). Die geringste Übereinstimmung erreichten beide Therapeutinnen in der Skala Neugierde (Gilli: .25, Rulik: .23), dicht gefolgt von der Skala Vertrauen in andere (Gilli: .25, Rulik: .24).

Nach der TGT		
	<i>Gruppe und Frau Gilli</i>	<i>Gruppe und Frau Rulik</i>
	<i>ICC</i>	<i>ICC</i>
Spannung	.37	.26
Angst	.35	.31
Trauer	.49	.31
Selbstvertrauen	.36	.35
Vertrauen in andere	.36	.31
Neugierde	.31	.21
Wohlbefinden	.39	.36

Tab. 17: Übereinstimmung der Post-Ratings

Frau Gilli erzielte nach der TGT in allen Skalen eine höhere Übereinstimmung und damit Werte zwischen .49 und .31. Die höchste Übereinstimmung zeigte sich wieder in der Skala Trauer, die geringste in der Neugierde. Die größten Veränderungen in der Übereinstimmung zeigten sich in den Skalen Spannung (+ 0,08) und Vertrauen in andere (+ 0,1). Frau Rulik erzielte nach der TGT in zwei Skalen höhere Übereinstimmungswerte als vor der TGT (Vertrauen in andere: .31, Wohlbefinden: .36). Die Veränderungen betragen dabei + .07 und + .08. In allen anderen Skalen verschlechterte sich die Übereinstimmung.

Die Unterschiede zwischen den Mittelwerten der Therapeutinnen und der Patienten vor der TGT sind nachfolgend (Tab. 18 und 19), getrennt nach Therapeutinnen, zu finden. Weiters werden die Veränderungen Prä/Post sowie der dazugehörige Vergleich der Mittelwerte angegeben. Um eine komprimierte und einfache Darstellung zu ermöglichen, wird auf die Angabe von Zahlen verzichtet. Die genauen Daten sind jedoch im Anhang zu finden.

Tab. 18: Analyse der TGT-Patienten und Therapeutin Frau Gilli

	Prä-Session	Veränderungen Prä/Post		
		Gilli	Patienten	MW-Vergleich
Spannung	G > P	X	X	G = P
Angst	G > P	X	X	G = P
Trauer	G > P	X	X	G = P
Selbstvertrauen	G < P	X	X	G = P
Vertrauen in andere	G < P	X	X	G > P
Neugierde	G < P	X	-	G = P
Wohlbefinden	G < P	X	X	G = P

Anmerkungen. > bedeutet „MW ist größer“; < bedeutet „MW ist kleiner“; = bedeutet „kein sig. Unterschied“; X bedeutet „signifikante Veränderung“, - bedeutet „kein sig. Veränderung“.

Tab. 19: Analyse der TGT-Patienten und Therapeutin Frau Rulik

	Prä-Session	Veränderungen Prä/Post		
		Rulik	Patienten	MW-Vergleich
Spannung	R = P	X	X	R > P
Angst	R > P	X	X	R > P
Trauer	R > P	X	X	R > P
Selbstvertrauen	R = P	X	X	R < P
Vertrauen in andere	R = P	X	X	R < P
Neugierde	R < P	X	-	G = P
Wohlbefinden	R < P	X	X	R < P

Anmerkungen. > bedeutet „MW ist größer“; < bedeutet „MW ist kleiner“; = bedeutet „kein sig. Unterschied“; X bedeutet „signifikante Veränderung“, - bedeutet „keine sig. Veränderung“.

15. Auswertung der spezifisch-diagnostischen Testbatterie

Die spezifisch-diagnostische Testbatterie beinhaltet Skalen standardisierter psychologisch-diagnostischer Testverfahren, welche sich mit den Symptomen der PTBS und BPS beschäftigen. Sie wurden zu Beginn und am Ende der TGT den Patienten aller Gruppen vorgegeben.

15.1 Baseline-Untersuchung

Tab. 20: Baseline-Untersuchung (EI und HG)

Skala	Gruppe		t	p
	EI - Gruppe M (SD)	Hausgruppe M (SD)		
FDS – Depersonalisation und Derealisation	2.51 (2.13)	1.56 (2.74)	1.34	.187
FDS – Amnesie	0.82 (0.92)	0.73 (2.00)	0.38	.707
BSL – 23	1.70 (0.96)	1.04 (0.74)	2.60	.013**
IPC – Internalität	34.74 (5.07)	33.28 (6.31)	0.88	.382
IPC – sozial bedingte Externalität	27.74 (6.90)	24.19 (6.01)	1.86	.070*
IPC – fatalistische Externalität	27.06 (6.83)	24.52 (7.23)	1.24	.223
SKI – Ich-Stärke/Unsicherheit	18.86 (7.41)	24.86 (9.22)	-2.47	.017**
SKI – Vertrauen/Zurückhaltung	29.75 (12.04)	29.95 (12.02)	-0.06	.955
SKI – Durchsetzung/ Kooperation	29.77 (9.37)	28.57 (8.81)	0.45	.657
SWE – Selbstwirksamkeitsskala	22.03 (5.22)	23.03 (6.24)	0.93	.551
FBeK – Attraktivität/ Selbstvertrauen	4.41 (3.67)	7.29 (4.46)	0.13	.019**
FBeK – Akzentuierung des körp. Erscheinungsbildes	7.16 (1.82)	6.78 (1.86)	0.61	.492
FBeK – Unsicherheit/Besorgnis	9.01 (2.19)	6.76 (2.59)	0.29	.002**
FBeK – körperlich-sexuelles Missempfinden	4.29 (1.43)	3.45 (1.82)	0.14	.083*

Anmerkungen. Signifikante Werte wurden hervorgehoben. * $p < .10$, ** $p < .05$.

Die Berechnungen von t -Tests für unabhängige Stichproben zeigten, dass zum Zeitpunkt t_1 (Tab. 20) in sechs Skalen (BSL-23, IPC – sozial bedingte Externalität, SKI – Ich-Stärke/Unsicherheit, FBeK – Attraktivität/Selbstvertrauen, FBeK – Unsicherheit/Besorgnis und FBeK – körperlich-sexuelles Missempfinden) signifikante Unter-

schiede zwischen den emotional instabilen Patienten (n=26) und jenen der Hausgruppe (n=21) vorhanden waren. In allen anderen Skalen des spezifischen Fragebogens gab es zu Beginn der Therapie keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Weitere Daten der nachfolgenden Varianzanalysen befinden sich im Anhang.

15.2 FDS und BSL-23

Tab. 21: Veränderungen relevanter Skalen des FDS und des BSL-23

Skala	Effekte in ANOVA				
	Zeit	d	Gruppe	d	Zeit x Gruppe
FDS – Depersonalisation und Derealisation	.061*	0.49	.236	0.30	.581
FDS – Amnesie	.208		.611		.067*
BSL – 23	.007**	0.73	.022**	0.61	.308

Anmerkungen. Signifikante Werte (* $p < .10$, ** $p < .05$) hervorgehoben; d für Haupteffekte bei Fehlen einer Wechselwirkung.

Wie Tab. 21 zeigt, wurden in den Skalen des FDS und BSL-23 Zeit- und Gruppeneffekte sowie eine Wechselwirkung deutlich. Die Varianzanalyse zeigte in der Subskala „Depersonalisation und Derealisation“ des FDS einen signifikanten Zeiteffekt mittlerer Größe ($M_{t1} = 2.21$, $M_{t2} = 1.50$). In der Skala „Amnesie“ des FDS lag eine trendmäßige Wechselwirkung ($p = .067$) vor: während die Emotional Instabilen zu t2 einen höheren Wert aufwiesen als zu t1, halbierte sich der Mittelwert der Hausgruppe von t1 zu t2 (t1: $M_{EI} = 0.74$, $M_{HG} = 0.85$; t2: $M_{EI} = 0.82$, $M_{HG} = 0.44$).

Die Ergebnisse der ANOVA für den BSL-23 zeigte sowohl einen hochsignifikanten Zeiteffekt ($M_{t1} = 1.37$, $M_{t2} = 1.02$) als auch einen Gruppeneffekt. Der Wert der emotional Instabilen war dabei fast doppelt so hoch wie jener der Hausgruppe ($M_{EI} = 1.51$, $M_{HG} = 0.87$).

15.3 Handlungsorientierung

Tab. 22: Veränderungen der Handlungsorientierung

Skala	Effekte in ANOVA				
	Zeit	d	Gruppe	d	Zeit x Gruppe
IPC – Internalität	.329	-0.25	.555	0.15	.357
IPC – sozial bedingte Externalität	.759	-0.08	.512	0.17	.689
IPC – fatalistische Externalität	.616	0.13	.444	0.20	.311
SKI – Ich-Stärke/Unsicherheit	.140	-0.39	.039**	-0.55	.518
SKI – Vertrauen/Zurückhaltung	.191	-0.34	.836	-0.05	.667
SKI – Durchsetzung/ Kooperation	.190	-0.34	.683	0.10	.206
Selbstwirksamkeitsskala (SWE)	<.001**	-0.98	.770	-0.07	.370

Anmerkungen. Signifikante Werte (* $p < .10$, ** $p < .05$) hervorgehoben; d für Haupteffekte bei Fehlen einer Wechselwirkung.

In keiner Skala konnten Wechselwirkungen festgestellt werden (Tab. 22). Die Subskala Ich-Stärke/Unsicherheit zeigte einen signifikanten Gruppeneffekt. Die Werte der emotional Instabilen lagen dabei deutlich unter jenen der Hausgruppe ($M_{EI} = 18.91$, $M_{HG} = 25.89$). Einen signifikanten Zeiteffekt lies die Selbstwirksamkeitsskala erkennen – die Werte stiegen von t1 zu t2 um knappe drei Punkte an, was statistisch einem großen Effekt gleichkam ($M_{t1} = 23.30$, $M_{t2} = 26.11$).

15.4 Eigene Körperwahrnehmung

Tab. 23: Veränderungen der eigenen Körperwahrnehmung

Skala	Effekte in ANOVA				
	Zeit	d	Gruppe	d	Zeit x Gruppe
FBeK – Attraktivität/ Selbstvertrauen	.001*	-0.96	.026**	-0.59	.196
FBeK – Akzentuierung des körp. Erscheinungsbildes	.080*	-0.45	.845	0.05	.675
FBeK – Unsicherheit/Besorgnis	.029**	0.57	.025**	0.59	.712
FBeK – körperlich-sexuelles Missempfinden	.006**	0.74	.300	0.26	.836

Anmerkungen. Signifikante Werte (* $p < .10$, ** $p < .05$) hervorgehoben; d für Haupteffekte bei Fehlen einer Wechselwirkung.

Der FBeK (Tab. 23) zeigte in allen seinen Subskalen signifikante Zeiteffekte und in zwei Skalen ebenso Gruppeneffekte. Die Skala Attraktivität/Selbstvertrauen wies dabei zu t1 ($M_{t1} = 6.15$; $M_{t2} = 7.87$) einen niedrigeren Wert auf als zu t2 () und die emotional Instabilen zeigten in dieser Skala deutlich geringere Werte als die Hausgruppe ($M_{EI} = 5.40$, $M_{HG} = 8.63$). Betreffend der Skala Akzentuierung des körperlichen Erscheinungsbildes zeigte sich der Zeiteffekt in einem Anstieg der Werte von t1 zu t2 ($M_{t1} = 6.77$, $M_{t2} = 7.70$). Die Skala Unsicherheit/Besorgnis wies sowohl einen Gruppen- als auch einen Zeiteffekt auf ($M_{t1} = 7.88$, $M_{t2} = 6.87$, $M_{EI} = 8.27$, $M_{HG} = 6.48$). Ein Zeiteffekt wurde auch in der Skala körperlich-sexuelles Missempfinden ($M_{t1} = 3.93$, $M_{t2} = 3.34$) sichtbar. Wechselwirkungen lagen in keiner Skala vor.

16. Auswertung der Standard-Testbatterie des PSZW

Nachfolgende Beschreibungen und Analysen beziehen sich auf die psychologisch-diagnostische Testbatterie, welche bei Beginn und am Ende der Therapie allen Patienten des PSZW vorgegeben werden. Da für diese Testverfahren auch Daten von Patienten mit PTBS und BPS vorliegen, welche nicht an der TGT teilnahmen, konnten erweiterte Vergleiche stattfinden.

16.1 Effekte tiergestützter Therapie bei Emotional Instabilen Patienten

Folgend werden die Daten aus der Testbatterie des PSZW für die Patienten mit emotionaler Instabilität, welche an der TGT teilgenommen haben, mit jenen der Vergleichsstichprobe ohne Teilnahme an der TGT verglichen (historische Kontrollen). Weitere Daten der Varianzanalysen befinden sich im Anhang.

16.1.1 Baseline-Untersuchung

Tab. 24: Baseline-Untersuchung (EI und VG)

	Gruppe		<i>t</i>	<i>p</i>
	EI – Gruppe (mit TGT) M (SD)	Vergleichsgruppe (ohne TGT) M (SD)		
SCL – Globalwert	1.51 (0.68)	1.61 (0.75)	-0.59	.556
SCL – Antwortintensität	2.06 (0.58)	2.23 (0.65)	-1.08	.282
SCL – Symptomanzahl	62.57 (16.26)	62.37 (15.73)	0.05	.958
BDI	28.19 (10.00)	27.41 (11.17)	0.30	.764
STAI – Zustandsangst	58.17 (11.08)	57.18 (12.23)	0.35	.729
STAI – Eigenschaftsangst	61.09 (9.62)	59.32 (10.98)	0.70	.488
STAXI – Ärgerkontrolle	22.32 (4.44)	20.65 (5.46)	1.34	.185
STAXI – Ärgerunterdrückung	21.96 (3.39)	20.75 (4.82)	1.34	.185
STAXI – Abreaktion nach außen	12.97 (4.87)	15.13 (5.50)	-1.69	.094*
STAXI – Zustandsärger	16.39 (7.53)	17.67 (7.19)	-0.74	.461
STAXI – Eigenschaftsärger	23.40 (6.72)	23.07 (7.58)	0.19	.848
STAXI – Ärgertemperament	10.10 (3.69)	11.13 (4.06)	-1.09	.277
STAXI – Ärgerreaktion	13.30 (3.80)	11.93 (3.97)	1.47	.146

Anmerkungen. Signifikante Werte (* $p < .10$, ** $p < .05$) hervorgehoben;

Die Berechnungen von *t*-Tests für unabhängige Stichproben zeigten, dass zum Zeitpunkt t1 in nur einer Skala der Standard-Testbatterie (STAXI – Abreaktion nach außen) signifikante Unterschiede zwischen den emotional instabilen Patienten mit Tiergestützter Therapie (n=23) und jenen der Vergleichsgruppe (n=76) vorhanden waren (Tab. 24). Somit kann davon ausgegangen werden, dass zu Beginn der Therapie alle Patienten mit emotionaler Instabilität ähnliche Symptomausprägungen zeigten. Da die TAS-26 im PSZW neu implementiert wurde, lagen nur drei Datensätze der Vergleichsgruppe vor. Aus diesem Grund wurden an dieser Stelle keine Berechnungen zu diesem Testverfahren durchgeführt.

16.1.2 Symptombelastung, Depressivität, Angst und Ärger

Tab. 25: Effekte der Symptombelastung, Depressivität, Angst und Ärger

Skala	Effekte in ANOVA				
	Zeit	d	Gruppe	d	Zeit x Gruppe
SCL – Globalwert	<.001**	0.75	.682	-0.07	.717
SCL – Antwortintensität	<.001**	0.73	.364	-0.16	.781
SCL – Symptomanzahl	<.001**	0.69	.676	0.07	.619
BDI	<.001**	1.43	.694	0.07	.964
STAI – Zustandsangst	<.001**	0.66	.400	0.15	.504
STAI – Eigenschaftsangst	<.001**	0.82	.194	0.23	.325
STAXI – Ärgerkontrolle	.696	-0.07	.417	0.14	.112⁺
STAXI – Ärgerunterdrückung	.004**	0.52	.240	0.21	.702
STAXI – Abreaktion nach außen	.958	-0.01	.204	-0.22	.118⁺
STAXI – Zustandsärger	.377	0.15	.806	-0.04	.446
STAXI – Eigenschaftsärger	.032**	0.38	.994	0.00	.982
STAXI – Ärgertemperament	.078[*]	0.31	.306	-0.18	.725
STAXI – Ärgerreaktion	.034**	0.37	.299	0.18	.760

Anmerkungen. Signifikante Werte (* $p < .10$, ** $p < .05$) und mögliche Trends (⁺) hervorgehoben; d für Haupteffekte bei Fehlen einer Wechselwirkung.

Tabelle 25 zeigt, dass in allen Globalskalen des SCL-90R signifikante Zeiteffekte festgestellt werden konnten. Der Globalwert sank im Mittel von 1.56 auf 1.17. Bei der Antwortintensität ($M_{t1} = 2.15$, $M_{t2} = 1.81$) und der Symptomanzahl ($M_{t1} = 62.59$, $M_{t2} = 53.06$) sanken die Werte ebenfalls über die Zeit. Auch im BDI ergab sich ein signifikanter Zeiteffekt. Der Mittelwert sank von t1 zu t2 um 10 Punkte, was einer Effektgröße von >1 entsprach ($M_{t1} = 27.91$, $M_{t2} = 17.74$). Signifikante Zeiteffekte wurden auch in

den zwei Skalen des STAI deutlich. Der Mittelwert der Zustandsangst nahm über die Zeitpunkte deutlich ab ($M_{t1} = 55.14$, $M_{t2} = 48.49$), in der Eigenschaftsangst zeigte sich ein ähnliches Bild ($M_{t1} = 58.02$, $M_{t2} = 49.57$). Zeiteffekte zeigte auch das STAXI. Ein solcher wurde in der Ärgerunterdrückung deutlich ($M_{t1} = 21.26$, $M_{t2} = 19.34$), ebenso in der Skala des Eigenschaftsärgers ($M_{t1} = 23.06$, $M_{t2} = 21.46$) und der Ärgerreaktion ($M_{t1} = 12.44$, $M_{t2} = 11.57$). Ein Trend wurde im Ärgertemperament sichtbar ($M_{t1} = 10.62$, $M_{t2} = 9.89$). Eine mögliche Wechselwirkung zeigte zunächst die Skala Ärgerkontrolle. Während die Emotional Instabilen mit TGT zu t2 einen niedrigeren Wert aufwiesen als zu t1, stieg dieser in der Vergleichsgruppe an (t1: $M_{EI} = 22.49$, $M_{VG} = 20.65$; t2: $M_{EI} = 21.81$, $M_{VG} = 21.77$). Das gegenteilige Bild wurde anschließend in der Skala Abreaktion nach außen sichtbar. Die Werte der EI-Gruppe mit TGT stiegen hier an, während jene der Vergleichsgruppe sanken (t1: $M_{EI} = 12.68$, $M_{VG} = 15.13$; t2: $M_{EI} = 13.67$, $M_{VG} = 14.21$). Obwohl in den genannten Fällen keine eindeutige Signifikanz vorlag, lagen die Werte jedoch nahe an der Grenze zum Trend und können somit Hinweise für Wechselwirkungen liefern.

Um eine genauere Analyse des Ärgerbereiches zu ermöglichen, wurde zunächst die EI-Gruppe mit TGT in Patienten mit PTBS und Patienten mit BPS geteilt, um anschließend die Stanine-Werte des STAXI genauer zu betrachten. Es zeigte sich, dass für die Skala „Abreaktion nach außen“ in beiden Gruppen durchschnittliche Werte vorlagen, die sich über die Zeitpunkte gegensätzlich veränderten (t1: $M_{PTBS} = 4.167$, $M_{BPS} = 5.889$; t2: $M_{PTBS} = 4.833$, $M_{BPS} = 5.778$). Auch in der Skala „Ärgerkontrolle“ verzeichneten die Werte der PTBS-Patienten einen marginalen Anstieg und jene der BPS-Patienten einen Rückgang (t1: $M_{PTBS} = 5.500$, $M_{BPS} = 5.222$; t2: $M_{PTBS} = 5.583$, $M_{BPS} = 4.444$), blieben dabei jedoch stets im Durchschnittsbereich. Die Skala „Eigenschaftsärger“ zeigte, dass beide Diagnosegruppen zu t1 überdurchschnittliche Werte erzielten. Die PTBS-Patienten erreichten zu t2 einen deutlichen Ägerrückgang, während die Werte der BPS-Patienten stiegen (t1: $M_{PTBS} = 6.500$, $M_{BPS} = 7.111$; t2: $M_{PTBS} = 5.333$, $M_{BPS} = 7.333$). Die „Ärgerunterdrückung“ lag bei beiden Gruppen und zu beiden Zeitpunkten über dem Durchschnitt, sank jedoch zwischen den Zeitpunkten ab (t1: $M_{PTBS} = 7.833$, $M_{BPS} = 8.111$; t2: $M_{PTBS} = 6.500$, $M_{BPS} = 7.444$).

Die Vergleichsgruppe ohne TGT wurde ebenso in Patienten mit PTBS und Patienten mit BPS aufgeteilt und anschließend die Stanine-Werte betrachtet. Es zeigte sich, dass für die Skala „Abreaktion nach außen“ hier ebenso in beiden Gruppen durchschnittliche (bei BPS zu t1 überdurchschnittliche) Werte vorlagen, die jedoch bei-

de über die Zeitpunkte abnahmen (t1: $M_{VG-PTBS} = 5.241$, $M_{VG-BPS} = 6.447$; t2: $M_{VG-PTBS} = 4.931$, $M_{VG-BPS} = 5.872$). In der Skala „Ärgerkontrolle“ verzeichneten die Werte der PTBS-Patienten einen marginalen und jene der BPS-Patienten einen größeren Anstieg (t1: $M_{VG-PTBS} = 5.586$, $M_{VG-BPS} = 4.106$; t2: $M_{VG-PTBS} = 5.690$, $M_{VG-BPS} = 4.851$), blieben dabei jedoch stets im Durchschnittsbereich. Die Skala „Eigenschaftsärger“ zeigte, dass die PTBS-Patienten im Durchschnittsbereich lagen und ihre Werte sanken, während die BPS-Patienten zu beiden Zeitpunkten Werte im oberen Bereich angaben, welche zu t2 jedoch ebenfalls abnahmen (t1: $M_{VG-PTBS} = 5.724$, $M_{VG-BPS} = 7.085$; t2: $M_{VG-PTBS} = 5.379$, $M_{VG-BPS} = 6.681$). In der „Ärgerunterdrückung“ sind die Werte beider Gruppen erhöht, es erfolgte jedoch eine Abnahme von t1 zu t2 (t1: $M_{VG-PTBS} = 7.517$, $M_{VG-BPS} = 7.213$; t2: $M_{VG-PTBS} = 6.517$, $M_{VG-BPS} = 6.064$).

16.2 Effekte tiergestützter Therapie bei Emotional Instabilen und Patienten mit heterogenen Störungen

Nachfolgend wurden die Daten der Standard-Testbatterie der EI-Gruppe mit jenen der Hausgruppe verglichen. Weitere Daten der Varianzanalysen befinden sich im Anhang.

16.2.1 Baseline-Untersuchung

Die Berechnungen von *t*-Tests für unabhängige Stichproben zeigten, dass zum Zeitpunkt t1 in sieben Skalen (SCL-Globalwert und Symptomanzahl, BDI, STAI – Zustands- und Eigenschaftsangst, STAXI – Eigenschaftsärger und Ärgerreaktion) signifikante Unterschiede zwischen den emotional instabilen Patienten (n=23) und jenen der Hausgruppe (n=18) vorhanden waren (Tab. 26). Für die TAS-26 lagen für die EI-Gruppe n= 22 und für die Hausgruppe n=17 Datensätze für die Berechnung vor.

Tab. 26: Baseline-Untersuchung (EI und HG)

	Gruppe		t	p
	EI – Gruppe M (SD)	Hausgruppe M (SD)		
TAS – 26	53.43 (9.66)	53.62 (12.40)	0.26	.798
SCL – Globalwert	1.51 (0.68)	1.06 (0.69)	2.06	.046*
SCL – Antwortintensität	2.06 (0.58)	1.86 (0.59)	1.12	.271
SCL – Symptomanzahl	62.57 (16.26)	49.28 (23.09)	2.16	.037*
BDI	28.19 (10.00)	19.81 (11.42)	2.50	.017*
STAI – Zustandsangst	58.17 (11.08)	48.00 (13.34)	2.67	.011*
STAI – Eigenschaftsangst	61.09 (9.62)	54.50 (10.33)	2.11	.042*
STAXI – Ärgerkontrolle	22.32 (4.44)	23.00 (4.12)	-0.50	.617
STAXI – Ärgerunterdrückung	21.96 (3.39)	20.44 (4.67)	1.20	.237
STAXI – Abreaktion nach außen	12.97 (4.87)	12.83 (3.31)	0.11	.915
STAXI – Ärgerzustand	16.39 (7.53)	15.39 (6.43)	0.45	.655
STAXI – Eigenschaftsärger	23.40 (6.72)	18.94 (4.72)	2.39	.022*
STAXI – Ärgertemperament	10.10 (3.69)	8.50 (2.38)	1.59	.120
STAXI – Ärgerreaktion	13.30 (3.80)	10.44 (2.68)	2.82	.007*

Anmerkungen. Signifikante Werte ($p < .05$) wurden hervorgehoben;

16.2.2 Affektwahrnehmung und Affektausdruck

Tab. 27: Effekte - Affektwahrnehmung

Skala	Effekte in ANOVA				
	Zeit	d	Gruppe	d	Zeit x Gruppe
TAS-26 Alexithymie Gesamtskala	.012**	0.64	.478	0.17	.146

Anmerkungen. Signifikante Werte ($p < .05$) hervorgehoben; d für Haupteffekte bei Fehlen einer Wechselwirkung.

Wie Tabelle 27 zeigt, wurde ein signifikanter Zeiteffekt beim TAS-26 in der Alexithymie Gesamtskala sichtbar. Der Mittelwert lag bei t1 noch deutlich höher als zu t2 ($M_{t1} = 54.23$, $M_{t2} = 51.01$). Ein Gruppeneffekt oder eine Wechselwirkung lagen nicht vor.

16.2.3 Symptombelastung, Depressivität, Angst und Ärger

Tab. 28: Effekte - Symptombelastung, Depressivität, Angst, Ärger

Skala	Effekte in ANOVA				
	Zeit	d	Gruppe	d	Zeit x Gruppe
SCL – Globalwert	<.001**	0.94	.010**	0.63	.552
SCL – Antwortintensität	<.001**	0.99	.114	0.37	.528
SCL – Symptomanzahl	.003**	0.75	.004**	0.71	.342
BDI	<.001**	1.53	.006**	0.68	.944
STAI – Zustandsangst	.011**	0.62	.004**	0.70	.821
STAI – Eigenschaftsangst	<.001**	0.92	.016**	0.58	.373
STAXI – Ärgerkontrolle	.352	0.22	.785	-0.06	.957
STAXI – Ärgerunterdrückung	.033**	0.51	.189	0.31	.728
STAXI – Abreaktion nach außen	.750	0.07	.355	0.22	.147
STAXI – Ärgerzustand	.291	0.25	.261	0.26	.345
STAXI – Eigenschaftsärger	.177	0.32	.029**	0.52	.865
STAXI – Ärgertemperament	.159	0.33	.090*	0.40	.805
STAXI – Ärgerreaktion	.254	0.27	.018**	0.57	.632

Anmerkungen. Signifikante Werte ($p < .05$) hervorgehoben; d für Haupteffekte bei Fehlen einer Wechselwirkung.

In allen Globalskalen des SCL-90-R konnten signifikante Zeiteffekte festgestellt werden (Tab. 28). Zum Zeitpunkt t2 lagen alle Mittelwerte deutlich unter jenen zum Zeitpunkt t1 (Globalwert: $M_{t1} = 1.27$, $M_{t2} = .85$; Antwortintensität: $M_{t1} = 1.96$, $M_{t2} = 1.59$; Symptomanzahl: $M_{t1} = 55.61$, $M_{t2} = 43.77$). Beim Globalwert sowie bei der Symptomanzahl wurden auch Gruppeneffekte sichtbar (Globalwert: $M_{EI} = 1.33$, $M_{HG} = .80$; Symptomanzahl: $M_{EI} = 58.64$, $M_{HG} = 40.74$).

Im BDI zeigte sich ebenfalls ein signifikanter Zeit- und Gruppeneffekt. Die Mittelwerte sanken von t1 zu t2 um mehr als zehn Punkte, Cohens $d > 1.5$ ($M_{t1} = 23.64$, $M_{t2} = 13.42$), waren jedoch auch zwischen den Gruppen sehr different ($M_{EI} = 23.36$, $M_{HG} = 13.70$).

Signifikante Zeit- und Gruppeneffekte wurden auch in den beiden Skalen des STAI deutlich. Der Mittelwert der Zustandsangst nahm über die Zeitpunkte deutlich ab ($M_{t1} = 52.98$, $M_{t2} = 46.31$), in der Eigenschaftsangst zeigte sich ein ähnliches Bild ($M_{t1} = 57.48$, $M_{t2} = 48.93$). Die Unterschiede zwischen den Gruppen lagen bei elf Punkten ($M_{EI} = 55.14$, $M_{HG} = 44.15$) in der Zustandsskala und bei neun Punkten in der Eigenschaftsskala ($M_{EI} = 57.64$, $M_{HG} = 48.77$), beides mittlere bis große Effekte.

Im STAXI zeigte sich ein signifikanter Zeiteffekt in der Skala Ärgerunterdrückung ($M_{t1} = 21.09$, $M_{t2} = 19.11$). Gruppeneffekte wurden in den Skalen Eigenschaftsärger ($M_{EI} = 22.27$, $M_{HG} = 18.32$), Ärgertemperament ($M_{EI} = 9.81$, $M_{HG} = 8.62$) und Ärgerreaktion ($M_{EI} = 12.45$, $M_{HG} = 10.21$) sichtbar. Wechselwirkungen konnten nicht festgestellt werden.

16.3 Bedeutsame Korrelationen zwischen den Skalen

Die Korrelationen der Anstiege der Regressionsgeraden (Veränderungen der Prä-Session-Werte der Thermometerskalen) mit den Prä-Post-Differenzen der Skalen der anderen Testbatterien deuteten in manchen Bereichen auf bedeutsame Zusammenhänge hin. Tabelle 29 zeigt die Zusammenhänge positiver Veränderungen (d.h. Rückgang von z.B. Depressivität, Angst etc. bzw. Zunahme an z.B. Vertrauen) auf. Hier muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die In-Session-Prä-Werte als „Schnappschüsse“ der gesamten Therapie im PSZW betrachtet werden müssen. Die Daten wurden in der TGT erhoben, das bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass der ermittelte Effekt auch der TGT zugeschrieben werden kann – die Ergebnisse liefern lediglich Hinweise auf den Einfluss der TGT.

Patienten mit emotionaler Instabilität

Veränderungen in der Spannung (und in etwa gleicher Weise in der Angst) hatten einen prädiktiven Wert für einige Skalen: je mehr die Spannung zunahm, umso stärker sank das Vertrauen (SKI) und die Selbstwirksamkeit (SWE). Umgekehrt stiegen die Werte in diesen Skalen umso deutlicher, je stärker die Spannung sank. Im BDI und SCL-Globalwert traten nur bei wenigen Patienten wirkliche Verschlechterungen ein – hier zeigte sich stattdessen, dass mit wachsender Spannung die Symptome (SCL) stärker zurückgingen (Patienten mit sinkender Spannung [Anstieg < 0] wiesen insbesondere kleinere Verbesserungen im BDI und im SCL-Globalwert auf). Patienten mit sinkender Spannung zeigten ein Ansteigen von Ärgerunterdrückung (STAXI-AI), jene mit steigender Spannung einen Rückgang derselben; selbiges zeigte sich im Zustandsärger (STAXI-SA) und der Zustandsangst (STAI State).

Bei der Angst zeigte sich ein zusätzlicher prädiktiver Wert in Bezug zur Skala FBek-Missempfinden: dieses stieg mit steigender Angst und fiel mit sinkender Angst. Steigendes Vertrauen in andere ging mit steigenden Werten in IPC-External subjektiv

einher (und umgekehrt). Ähnliche Zusammenhänge fanden sich auch mit der STAI-Zustands- und Eigenschaftsangst: je stärker das Vertrauen in andere stieg, desto stärker ging die Angst zurück. Stärker sinkende Neugierde erwies sich mit steigenden Werten in SKI-Durchsetzung assoziiert, sowie in selbiger Art mit der Skala FBeK-Erscheinungsbild. Neugierde zeigte sich auch in gleicher Weise wie Spannung mit dem BDI und dem SCL-Globalwert korreliert. Sinkender Zustandsärger (STAXI-SA) ging mit sinkender Neugierde einher (und umgekehrt). Stärkeres Steigen des Wohlbefindens ging mit stärkerem Rückgang der Zustandsangst (STAI) einher und mit größeren Verbesserungen im Bereich der Alexithymie (TAS-26).

Tab. 29: Zusammenhänge positiver Veränderungen

	Spannung	Angst	Trauer	Selbstvertrauen	Vertrauen in andere	Neugierde	Wohlbefinden
Emotional Instabile							
IPC – External subjektiv ↓					-.44 ⁺		
SKI – Vertrauen ↑	-.76**	-.61*					
SKI – Durchsetzung ↑						-.69**	
FBeK – Erscheinungsbild ↑						-.45 ⁺	
FBeK – Missempfinden ↓		.46 ⁺					
SWE ↑	-.61**	-.42 ⁺					
BDI ↓	.46*	.39 ⁺				.45*	
SCL – Globalwert ↓	.62**	.54*				.39 ⁺	
STAXI – Ärgerunterdrückung ↓	.43 ⁺						
STAXI – Zustandsärger ↓	.52*	.37 ⁺				-.39 ⁺	
STAI – Zustandsangst ↓	.40 ⁺	.47*			.48*		
STAI – Eigenschaftsangst ↓					.48*		.46*
TAS – 26 ↓							.50*
Hausgruppe							
IPC – Internal ↑					.64*		
IPC- External Fatalismus ↓					.62*		
FDS – Amnesie ↓				.52 ⁺			
SKI – Durchsetzung ↑						.48 ⁺	
SKI – Ich-Stärke ↑					.46 ⁺		
FBeK – Attraktivität ↑							-.50 ⁺
FBeK – Missempfinden ↓						.48 ⁺	.68*
SWE ↑			-.56*	.51 ⁺			
BDI ↓					.44 ⁺		
SCL – Globalwert ↓						-.43 ⁺ a	
STAXI – Ärgerunterdrückung ↓						.49 ⁺	
STAXI – Ärgerreaktion ↓					.51*		
STAI – Zustandsangst ↓	-.46 ⁺						

Anmerkungen. ↑ = Zunahme von T1 auf T2; ↓ = Rückgang von T1 auf T2. ⁺ p < .10, * p < .05, ** p < .01.

^a dieser Zusammenhang bestand nur scheinbar; siehe Text.

Post-hoc-Analysen lieferten keine Hinweise auf bedeutsame Prädiktoren hinsichtlich einer Zu- oder Abnahme gerade des so bedeutsamen Bereiches der Spannung innerhalb der Gruppe der Emotional Instabilen während der stationären Therapie (n = 7 mit Abnahme, n = 16 mit Zunahme; weder Geschlecht, Alter, Diagnose, verschiedenste Skalen zu T1, etc.). Lediglich im Bereich des Körperbildes zeigen sich Hinweise auf Unterschiede: Patienten, deren Spannung während der Therapie steigt (Slope > 0), haben initial geringere Werte in FBeK Attraktivität (p = .059) und FBeK Erscheinungsbild (p = .101), sowie höhere Werte in FBeK Unsicherheit (p = .124; t-Tests).

Patienten der Hausgruppe

Im Gegensatz zu der EI-Patientengruppe wiesen in der Hausgruppe Spannung und Angst keine bedeutsamen Zusammenhänge mit einzelnen Skalen auf – ausgenommen ist hierbei die Zustandsangst (STAI). Der Zusammenhang ging hier genau in die entgegengesetzte Richtung: je stärker Spannung abnahm, desto mehr sank die Zustandsangst.

Steigende Trauer zeigte sich korreliert mit geringerer Steigung von Selbstwirksamkeit. Steigendes Selbstvertrauen ging tendenziell mit einem Rückgang der FDS-Amnesie und einer größeren Steigerung der Selbstwirksamkeit (SWE) einher.

Steigendes Vertrauen in andere zeigte sich mit einem stärkeren Zuwachs an internaler Attribuierung (IPC-Internal), geringerer externaler fatalistischer Attribuierung (IPC-External Fatalismus), größerem Zuwachs an Ich-Stärke, stärkerem Rückgang depressiver Symptome (BDI) und stärkerer Verminderung von reaktivem Ärger (STAXI-TAR) assoziiert.

Steigende Neugierde zeigte sich mit steigender Durchsetzung (SKI) und verminderten Missempfinden (FBeK) korreliert und umgekehrt. Patienten mit stärkerer Abnahme an Neugierde zeigten jedoch tendenziell auch höhere Symptomverbesserungen (SCL-Globalwert). Dieser Zusammenhang bestand jedoch nur scheinbar: unter Kontrolle der psychischen Belastung zu T1 verschwand er (partiell $r = .164$, $p = .559$). Bei steigender Neugierde ging auch die Ärgerunterdrückung stärker zurück (STAXI-AI); abnehmende Neugierde resultierte in erhöhter Ärgerunterdrückung.

Steigendes Wohlbefinden zeigte sich tendenziell mit geringerer Zunahme in Attraktivität (FBeK), jedoch mit einem stärkeren Rückgang von körperlichem Missempfinden (FBeK) assoziiert.

17. Interpretation der Ergebnisse

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Tiergestützten Therapie mit Pferden bei Patienten mit emotionaler Instabilität, der eine Posttraumatische Belastungsstörung oder eine Borderline-Persönlichkeitsstörung zugrunde liegt. Die Veränderbarkeit störungsspezifischer Aspekte von PTBS und BPS durch die Tiergestützte Therapie sowie die spezifischen Wirkungsweisen der Tiergestützten Therapie wurden mittels psychologisch-diagnostischen Testverfahren erhoben und analysiert. Eine Patientengruppe mit heterogenen anderen Störungsbildern diente als Vergleichsgruppe, ebenso wie emotional instabile Patienten, die in ihrer stationären Behandlung keine TGT absolvierten (historische Kontrollen). Ziel der Studie war es, neue Erkenntnisse im Bereich der Tiergestützten Therapie mit Pferden bei emotional instabilen Patienten zu erlangen und die Wirkungsweise dieser Therapieform – anders als in einer Reihe älterer Untersuchungen – quantitativ und mit statistischen Methoden zu untersuchen. Die TGT wurde innerhalb eines komplexen Therapieprogramms untersucht, weshalb nur die Effekte der In-Session (Prä/Post) direkt der TGT zugeschrieben werden können. Alle anderen Ergebnisse (In-Session-Prä-Werte und Korrelationen mit den standardisierten Verfahren) können lediglich Hinweise auf den Einfluss der TGT liefern, müssen jedoch als Effekt der gesamten therapeutischen Intervention betrachtet werden. Die nachfolgenden Interpretationen sind aus diesem Grund eher vorsichtig formuliert und sollen als mögliche Erklärungen verstanden werden, welche weiterer wissenschaftlicher Untersuchungen bedürfen.

17.1 Wirkungen der Tiergestützten Therapie bei Patienten mit emotionaler Instabilität im Vergleich zu jenen mit heterogenen Störungen

17.1.1 Störungsspezifische Aspekte emotionaler Instabilität – In-Session-Daten

Zu Beginn der TGT unterschieden sich die Patientengruppen in keinem Bereich der Thermometerskalen (siehe Anhang; Wertebereich 0 bis 100) signifikant. Trends auf Gruppenunterschiede (Differenzen von 10 bzw. 15 Punkten) zeigten sich bei Trauer (traurig/niedergeschlagen vs. nicht traurig/nicht niedergeschlagen) und Angst (unsicher/Angstgefühl vs. sicher/kein Angstgefühl), welche in der EI-Gruppe stärker vorhanden waren, jedoch nicht über den mittleren Skalenbereichen hinausgingen. Die Ein-

gangswerte von Spannung (angespannt/unruhig vs. entspannt/ruhig), Selbstvertrauen (selbstsicher/stark vs. schwach/an eigenen Fähigkeiten zweifelnd), Vertrauen in andere (kann anderen Vertrauen entgegenbringen vs. anderen zu vertrauen fällt mir schwer), Neugierde (offen/nicht offen Neues kennen zulernen) und Wohlbefinden (sich wohl/geborgen/akzeptiert fühlen vs. sich unwohl/nicht akzeptiert fühlen) waren in beiden Gruppen ähnlich und jeweils im Mittelfeld der Skalen zu finden. Neugierde erreichte in beiden Gruppen den höchsten, Angst den niedrigsten Eingangswert, was auf eine hohe Therapiemotivation und geringe Besorgnis hinweisen kann.

Fast alle Werte zeigten über die Sessions Veränderungen (siehe nachfolgende Erläuterungen), daher können alle erfassten Variablen als State-Variablen aufgefasst werden, welche durch zeitnahe Prozesse und Situationen beeinflusst werden. Die Patienten haben Erwartungen an die Therapieeinheit, welche sich in den Prä-Werten spiegeln, die Post-Werte betreffen die Geschehnisse und Veränderungen durch die TGT. Obwohl alle Skalen das momentane Befinden der Patienten erfassen sollten, ist dies möglicherweise nicht in vollem Ausmaß gelungen, da die Bewertungen – vor allem zu Beginn der Einheiten – durch den gesamten Klinikaufenthalt und vergangene Erlebnisse beeinflusst werden. Die Messungen sind demnach eine Kombination aus zeitnahen State-Variablen und Trait-Variablen, welche längere Beeinflussungszeiträume berücksichtigen.

Dieses Postulat wird durch die in Kap. 2 und 3 angeführten diagnostischen Kriterien für Patienten mit emotionaler Instabilität gestützt. Spannung, Angst und Trauer, gestörte Selbstwahrnehmung und Probleme im Beziehungsaufbau sind ebenso typisch wie Desinteresse und negative Lebenseinstellung (Driessen et al., 2002). Diese Emotionen sind Teil des Störungsbildes, welches oftmals bereits seit Jahren besteht und die momentanen Gefühle in individueller Stärke beeinflusst.

Obwohl Angst und Trauer (2003, S. 652) im engeren Sinn Primäremotionen sind, werden sie in vorliegender Arbeit und in Bezug zur interessierenden Störungsgruppe als zeitstabile Variable verstanden. In Bezug auf Trauer wird diese Annahme von Sendera und Sendera (2007, S. 14) unterstützt. Patienten mit EI seien nur schwer in der Lage Trauerprozesse zu durchlaufen und dadurch ständig mit unverarbeiteter Trauer konfrontiert. Lothrop (2005, S. 54) unterstützt ebenso die Annahme, dass längere Beeinflussungszeiträume für beiden Gruppen angenommen werden müssen. Trauer wird als Weg gesehen, der – beeinflusst von der eigenen Persönlichkeit und früheren Erfahrungen – individuell durchlebt wird und keine zeitliche Begrenzung hat.

Auch Selbstvertrauen und Vertrauen in andere werden als zeitstabile Merkmale behandelt, da sie bereits in der Kindheit erlernt und über die Lebensspanne hinweg

verfestigt werden. Frühe Traumatisierungen führen können zum Verlust des Urvertrauens und damit zu ausgeprägten Beziehungsproblematiken führen (Diepold, 2005, S. 203).

Die **Spannung** sank in beiden Gruppen während der TGT (In-Session) signifikant ab und lag nach der Therapiestunde deutlich unter der Skalenmitte. Über die Therapieeinheiten hinweg nahm sie jedoch in der EI-Gruppe signifikant zu (Prä-Werte) und erreichte am Ende der Therapiedauer Werte in der oberen Skalenhälfte (EI = 60 Punkte; HG = 50 Punkte).

Bei der **Angst** zeigten sich ähnliche Ergebnisse. In beiden Gruppen lagen die Werte bereits zu Stundenbeginn in der unteren Skalenhälfte und nahmen innerhalb der TGT-Stunde ab (In-Session). Weiters ließ sich in den Prä-Werten ein Trend in Richtung Gruppenunterschied erkennen. Die EI-Gruppe zeigte hierbei stets größere Angst als die Hausgruppe. Während die HG dabei relativ stabil blieb, gab es in der EI-Gruppe auch hier einen leichten Anstieg über die Sessions – die Werte lagen jedoch zu jeder Zeit in der unteren Hälfte des Skalenbereiches.

Die Tiergestützte Therapie hat diesen Ergebnissen zufolge für Patienten mit EI nur innerhalb der Stunde einen positiven Einfluss auf Spannung und Angst, während diese im gesamten Therapieverlauf leicht zunehmen und zunächst keine bleibende Reduktion festgestellt werden konnte (weitere Analysen zur Angst folgen in Kap. 17.1.6). Spannung und Angst sind Hauptmerkmale der Patienten mit PTBS und BPS (American Psychiatric Association, 1994; Bohus, 2002), weshalb dieser Trend durch die unterschiedlichen Störungsbilder beider Gruppen erklärt werden könnte. Dass der Anstieg von Spannung und Angst nicht negativ gedeutet werden muss, wird in Kap. 17.1.3 und 17.1.6 näher erläutert. Es zeigten sich weiters Zusammenhänge der Veränderungen in den Prä-Sessions-Werten. So korrelieren in beiden Gruppen Spannung und Angst positiv miteinander und der Rückgang von Angst ging mit sinkender Trauer und steigendem Selbstbewusstsein einher. In der EI-Gruppe konnte auch ein positiver Zusammenhang zwischen Spannung und Neugierde aufgezeigt werden. Möglicherweise sind die Patienten für neue Erfahrungen offen, treten diesen Erfahrungen jedoch mit großer Anspannung entgegen. Ein möglicher Erklärungsansatz dafür findet sich in den Diagnosekriterien der beiden Störungsbilder. Durch das Vermeidungsverhalten, dem verminderten Interesse an Aktivitäten (American Psychiatric Association, 1994, S. 467) sowie dem chronischen Gefühl der Leere (Bohus, 2002, S. 5) hatten die Patienten bislang wenig Möglichkeiten Neues zu erproben, weshalb sie auf neue Stimuli mit Aufregung reagierten.

In der **Trauer** zeigten die EI-Patienten initial höhere Werte (Prä-Werte), innerhalb der Therapiestunde erreichten sie jedoch einen nahezu doppelt so hohen Rückgang wie die HG-Patienten (~ 20 Punkte). In den letzten Therapieeinheiten waren die Post-Werte beider Gruppen einander deutlich angenähert. Die Werte beider Gruppen lagen zu jeder Zeit im Skalenmittelfeld. Ein Gruppenunterschied zeigte sich ebenfalls, da die Werte der EI-Patienten über die Einheiten hinweg signifikant anstiegen. Dies scheint im ersten Moment negativ zu sein, da für Pferde eine „heilende Wirkung“ postuliert wird (McCormick et al., 1997; Otterstedt, 2001, S. 25) und die ansteigenden Werte dieser augenscheinlich widersprechen. Paradoxerweise könnte jedoch gerade aufgrund dieses Anstiegs der Trauer von einer positiven Wirkungsweise der TGT ausgegangen werden. Die erhöhte Trauer der EI-Patienten zu Beginn der Einheiten und der Anstieg dieser könnte auf die starke Hinwendung zum Gefühlsbereich hindeuten, welches ein Therapieziel darstellt (Gilli, 2007a), wenngleich dies auch negative Folgen für Selbstvertrauen und Wohlbefinden hat (negative Korrelationen mit diesen Skalen in beiden Gruppen). Die Patienten nehmen ihre Sorgen mit in die TGT und bearbeiten sie dann gemeinsam mit den Therapeutinnen und den Pferden. Nach den TGT-Einheiten lagen die Trauer-Werte deutlich unter den Eingangswerten. Die Beziehung zum Pferd verstärkt sich über die Wochen, das Vertrauen nimmt zu und die therapeutische Wirkung kann einsetzen (D. Gilli, persönliche Mitteilung, 20.08.2009). Diese „starke Kraft“ der Trauer beschreibt auch Lothrop (2005, S. 53). Die Verarbeitung der Gefühle ermöglicht es, neue Lebensfreude zu empfinden und wieder liebensfähig zu sein. Die erhöhten Eingangswerte der beiden Gruppen in der letzten Session könnten durch den bevorstehenden Abschied erklärt werden. Durch Abschiedsrituale und gute Vorbereitung auf diesen letzten Tag, konnten die Patienten jedoch gut damit umgehen und loslassen (Gilli, 2007a).

Das **Selbstvertrauen** lag zu Beginn der Therapiestunde in beiden Gruppen und über alle Sessions hinweg im mittleren Bereich. Innerhalb der TGT-Einheiten stieg das Selbstvertrauen in beiden Gruppen an (EI = ~15 Punkte, HG = ~10 Punkte), so dass die Werte am Ende der Stunden jeweils im oberen Skalenbereich lagen. Eine signifikante positive Veränderung der Eingangswerte über die Sessions hinweg wurde nur in der EI-Gruppe festgestellt, dennoch zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen den Veränderungen der Prä-Session-Werte von Selbstvertrauen und Wohlbefinden für beide Gruppen. Dies weist auf die Wichtigkeit von Selbstvertrauen für das Wohlbefinden psychosomatisch-psychotherapeutischer Patienten hin. Die Förderung von Selbstvertrauen wurden bereits von anderen Autoren (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1992;

McCulloch, 1983; Olbrich, 2009; Otterstedt, 2003) in Verbindung mit der Tiergestützten Therapie erwähnt und kann durch diese Studie für Patienten mit EI bestätigt werden.

Das **Vertrauen in andere** veränderte sich in beiden Gruppen positiv. Die Werte lagen zu Beginn der Einheit im mittleren Skalenbereich und nahmen im Laufe der Stunde signifikant zu. Im Therapieverlauf zeigte sich weiters ein kleiner Anstieg der Prä-Werte, welcher den Vertrauenszuwachs der Patienten widerspiegelt. Für die EI-Gruppe konnten Zusammenhänge zwischen der Zunahme an Vertrauen in andere mit steigendem Wohlbefinden und höherer Neugierde aufgezeigt werden. Eine Beziehung zu anderen Menschen oder Lebewesen aufzubauen ist für Patienten mit PTBS/BPS sehr schwierig. Es fällt ihnen schwer zu vertrauen und sich auf neue Bindungen einzulassen (Driessen et al., 2002; Sack, 2004, S. 455). Die genannten Zusammenhänge sind unter dem Aspekt des Störungsbildes betrachtet nachvollziehbar und deuten darauf hin, dass einerseits TGT direkt das Vertrauen in andere fördert und dieses andererseits über den Verlauf der Therapie auch kontinuierlich gesteigert werden kann. Das unterstützt die Forschungsergebnisse von Quiroz Rothe et al. (2005), welche ebenfalls von einem Anstieg an Vertrauen berichten und den Aspekt der Partnerschaft mit dem Pferd betonen.

In der **Neugierde** gab es wider Erwarten die geringsten Veränderungen in beiden Gruppen, allerdings wies sie im Vergleich mit den anderen Skalen auch die höchsten Werte zu Beginn der Therapie und insgesamt auf. Es ist somit auch an einen möglichen Deckeneffekt zu denken. Insgesamt weisen die hohen Neugierde-Werte jedoch auf eine hohe Akzeptanz der Patienten und Interesse an der TGT hin. In der EI-Gruppe zeigte sich ein signifikanter Anstieg der Neugierde innerhalb der TGT-Stunde, welcher die Forschungsarbeiten von Klontz et al. (2007) unterstützt. Diese zeigten auf, dass durch die TGT eine Orientierung in der Gegenwart stattfindet und der Grad an Selbstverwirklichung gesteigert werden konnten. Korrelationen der Prä-Session-Werte von Neugierde wurden bereits in den vorangegangenen Schilderungen besprochen (siehe Vertrauen in andere).

Das **Wohlbefinden** wurde zu Beginn der Therapiestunden von beiden Patientengruppen ähnlich hoch bewertet und lag dabei in der Skalenmitte. Diese Prä-Werte blieben über die Sessions hinweg konstant. Die In-Session-Werte stiegen über die Therapiestunde signifikant an (~ 14 Punkte) – es zeigte sich kein Gruppenunterschied. Die Patienten erlebten durch die TGT eine Steigerung ihres Wohlbefindens und fühlten sich besser akzeptiert. Diese Ergebnisse bestätigen einerseits die Annahmen von McCulloch (1983), Olbrich (2009) und Otterstedt (2003), welche von einer Förderung des emotionalen Wohlbefindens in Einklang mit Trost und Ermunterung schreiben,

andererseits die Forschungsergebnisse von Klontz et al. (2007), welche ebenfalls von gesteigertem Wohlbefinden durch die TGT mit Pferden berichten. Widersprüchliche Ergebnisse berichten Nimer und Lundahl (2007) in ihrer Metaanalyse. Sie konnten keine bedeutsamen Effekte im Bereich des „Well-being“ feststellen, was jedoch auf die geringe Anzahl der verwendeten Studien mit Pferden sowie deren unzureichende Qualität (geringe Stichprobe, keine Kontrollgruppe) zurückzuführen sein könnte.

Die geschilderten Zusammenhänge der verschiedenen Skalen verdeutlichen, dass die Wirksamkeit der TGT verschiedenste Bereiche gleichermaßen umfasst und diese zudem untereinander spezifisch assoziiert sind. Die vorliegenden Ergebnisse untermauern daher die Annahme von McCulloch (1983), der ein bio-psycho-soziales Wirkungsgefüge postuliert.

Fremdratings

Die Einschätzung der Gefühle anderer ist eine schwierige Aufgabe, da Personen einerseits mehrere Affekte gleichzeitig zeigen und andererseits ihre Gefühle oftmals verstecken. So ist die Interpretation des Gesichts- und Körperausdrucks nicht immer eindeutig (Aronson, Wilson, & Akert, 2004).

Beide Therapeutinnen überschätzten zu Beginn der Therapiestunden die Angst und Trauer der Patienten und unterschätzten Neugierde und Wohlbefinden. In den Bereichen Spannung, Vertrauen und Vertrauen in andere waren die Prä-Schätzungen einer Therapeutin mit den Werten der Patienten vergleichbar, während bei jenen der anderen Therapeutin größere Abweichungen vorlagen. Die Ergebnisse der Prä/Post-Effekte beider Therapeutinnen stützten jedoch die Selbstratings der Patienten. Hier gab es nur einen Unterschied in der Neugierde, welche sich laut Angaben der Patienten nicht signifikant veränderte – dies wurde von den Therapeutinnen anders eingeschätzt. Dieser Unterschied kann durch einen möglichen Deckeneffekt erklärt werden, da die Neugierde von Beginn an hohe Werte erzielte und der Spielraum nach oben somit begrenzt war.

17.1.2 PTBS- und BPS-Symptomatik

Die Baselineuntersuchung der spezifischen Testbatterie zeigt, dass es vor der stationären Therapie in der Ausprägung der Borderlinesymptomatik (BSL-23) einen Unterschied zwischen den Gruppen gab: diese war erwartungsgemäß in der EI-Gruppe deutlich höher. Die Ausprägung der Borderlinesymptome verringerte sich jedoch in beiden Gruppen über die Zeit signifikant (große Effektstärke).

Depersonalisations- und Derealisationserlebnisse (FDS), welche vor allem bei Patienten mit EI auftreten, nahmen im Laufe der Therapie in beiden Gruppen ab (mittlere Effektstärke). Das weist auf eine positive Veränderung der Selbstwahrnehmung, der Wahrnehmung der Umwelt und des Gefühls der Entfremdung hin (Spitzer et al., 2004). Der Skalenwert lag jedoch zu keinem Zeitpunkt über jenem der Normalbevölkerung, so dass dieser Veränderung keine große klinische Bedeutung beigemessen werden kann. Ein Zusammenhang zwischen dieser Skala und jenen des Thermometerfragebogens konnte nicht festgestellt werden, weshalb die erzielte Veränderung eher der gesamten therapeutischen Intervention im PSZW und weniger spezifisch der TGT zuzuschreiben ist.

Amnestische Beeinträchtigungen (FDS) verbesserten sich in der Hausgruppe signifikant, die Werte beider Gruppen sind jedoch im Vergleich zur gesunden Normpopulation ebenfalls nicht bedeutsam. In der Hausgruppe wurde ein Zusammenhang zwischen Amnesie und Selbstvertrauen (Thermometerskalen) deutlich: Jene Patienten, deren Selbstvertrauen im Laufe der TGT-Sessions anstieg, erzielten einen stärkeren Rückgang amnestischer Symptome.

17.1.3 Handlungsorientierung

Die Baseline-Untersuchung zeigte bezüglich der Handlungsorientierung signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Die sozial bedingte Externalität (IPC) war in der EI-Gruppe tendenziell höher als in der Hausgruppe. Offensichtlich war in dieser Gruppe damit das Gefühl der Machtlosigkeit und Abhängigkeit von anderen, mächtigeren Personen (Krampen, 1981, S. 8) initial ausgeprägter, was dem Störungsbild inhaltlich entspricht (siehe Definition der BPS und der komplexen PTBS im DSM-IV). Beim Selbstkonzept (SKI) zeigte sich bei der Gruppe mit EI dementsprechend eine allgemeine Ängstlichkeit und unsicheres Verhalten in Beziehungen. Geringe Selbstsicherheit, Anhänglichkeit und Abhängigkeit gehen damit einher (von Georgi et al., 2004, S. 24).

Ein großer Zeiteffekt zeigte sich in der Selbstwirksamkeit (SWE). In beiden Patientengruppen stieg diese stark an, wodurch das Vertrauen in die eigene Kompetenz am Ende größer war als zu Beginn. Die Mittelwerte beider Gruppen lagen unterhalb des Normwertes der gesunden Bevölkerung, näherten sich diesem Wert jedoch an. Dies entspricht den Ergebnissen von Berget et al. (2008), die ebenfalls von einer Erhöhung der Selbstwirksamkeit berichten. Auch in der Zusammenschau der Wirksamkeit Tiergestützter Therapie von beispielsweise Otterstedt wird von einer positiven Wirkung auf das Selbstbild, das Selbstwertgefühl sowie der eigenen Kompetenz geschrieben (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 1992; McCulloch, 1983; Olbrich, 2009; Otterstedt, 2003).

Die Analyse der Zusammenhänge (Tab. 29) zeigte für die Patienten mit emotionaler Instabilität eine starke Verbindung der Bereiche der Handlungsorientierung mit jenen des Thermometerfragebogens auf. Vertrauen (SKI) sowie Selbstwirksamkeit (SWE) sanken umso deutlicher, je stärker die Spannung anstieg (bei Angst zeigte sich dasselbe Bild in einem geringeren Ausmaß). Einen möglichen Erklärungsansatz bietet hier das Störungsbild. Die Patienten mit emotionaler Instabilität haben bislang vorwiegend dysfunktionale Regulationsmechanismen zur Spannungsreduktion genutzt, die ein lösungsorientiertes Handeln unmöglich machten. Sie erleben möglicherweise das Einlassen auf die Therapie als Einschränkung ihrer Selbstwirksamkeit, weshalb sich diese und ihr Vertrauen reduzierten. „Es entsteht ein quälendes Gefühl der Unsicherheit und eine paniknahe Angst vor Kontrollverlust“ beschreiben Sendera et al. (2007, S. 22) die Auswirkungen dysfunktionaler Schemata. Neue Mechanismen zur Spannungsreduktion – welche noch nicht als funktional erlebt wurden – müssen erst erlernt werden. Die steigende Spannung könnte als erhöhte Aufmerksamkeit verstanden werden, welche ein Einlassen auf die therapeutische Intervention und damit eine Veränderung der Regulationsmechanismen ermöglicht. Der Spannungsanstieg könnte demnach positiv gewertet werden (weitere Ausführungen dazu folgen in Kap. 17.1.6).

Sinkende Durchsetzungsfähigkeit (SKI) zeigte sich mit steigender Neugierde korreliert, wonach EI-Patienten mit höherer Kooperationsbereitschaft und sozialer Orientierung möglicherweise mehr Drang nach Neuem verspüren. Der Anstieg der externalen subjektiven Attribuierung (IPC) zeigte sich mit dem Anstieg des Vertrauens in andere korreliert. Dieser Zusammenhang könnte auf die Vertrauensproblematik bei Patienten mit EI hinweisen. Wenn sie anderen Menschen Vertrauen schenken, geben sie gleichzeitig Kontrolle ab und fühlen sich abhängig.

Im Gegensatz dazu zeigte sich in der Hausgruppe, dass steigendes Vertrauen in andere mit einem Anstieg an internaler Attribuierung und einer Reduktion externaler fatalistischer Attribuierung (IPC) einhergeht. Demnach könnte es für diese Patienten leichter sein, anderen Menschen Vertrauen entgegen zu bringen und dabei gleichzeitig die Kontrolle über das eigene Leben zu bewahren und sich für Ereignisse selbstverantwortlich zu fühlen. Die Verbesserung des Selbstkonzepts (SKI: Ich-Stärke) zeigte sich ebenfalls mit dem Anstieg an Vertrauen in andere verbunden. Das Vertrauen in andere führt bei den Patienten zu einer positiven Grundhaltung, zu Selbstsicherheit und weniger Angst. Das Ansteigen des Selbstvertrauens war mit dem Rückgang amnestischer Symptome (FDS) sowie mit steigender Selbstwirksamkeit (SWE) verbunden. Subgruppenanalysen zur Bestimmung von Prädiktoren wären von weiterführendem Interesse, müssen jedoch in dieser Arbeit aufgrund der eher geringen Stichprobengrößen unterbleiben.

17.1.4 Eigene Körperwahrnehmung

In der Körperwahrnehmung zeigten sich zu Beginn der Therapie signifikante Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen. In der EI-Gruppe mangelte es an Selbstvertrauen und am Glauben an die eigene Attraktivität. Die Patienten wiesen auf die Unzufriedenheit und die fehlende Freude mit dem eigenen Körper hin. Ebenso zeigte sich diese Patientengruppe unsicher und besorgt in Bezug auf eigene Körpervorgänge und Körperkontrolle. Körperlich-sexuelles Missempfinden war ebenso in der Patientengruppe mit EI stärker vorhanden als in der Hausgruppe. Tendenziell höhere sexuelle Unzufriedenheit, sexuelles Missempfinden und Schamgefühle wurden festgestellt. Diese Gruppenunterschiede sind auf die verschiedenen Störungsbilder rückführbar und wurden im theoretischen Teil dieser Arbeit näher erläutert (siehe Kap. 3-4).

Die ANOVA zeigte, dass sich die Körperwahrnehmung (FBeK) in beiden Gruppen durch die Therapie verändert hat. Attraktivität und Selbstvertrauen zeigten einen großen Effekt über die Zeit, die Werte der Hausgruppe lagen zudem signifikant über jenen der emotional Instabilen. Die Freude am eigenen Körper wurde größer (kleiner Effekt) und das körperlich-sexuelle Missempfinden nahm ab (mittlerer Effekt). Die Unsicherheit und die Besorgnis verringerten sich (mittlerer Effekt), wobei die Werte der EI-Gruppe noch deutlich über jenen der HG lagen.

Die Korrelationen der verschiedenen Skalen zeigten paradoxe Befunde. In der Gruppe mit EI verringerte sich mit dem steigender Angst (Thermometerskalen) das körperlich-sexuelle Missempfinden und sinkende Neugierde (Thermometerskalen) ging mit einer verbesserten Akzentuierung des körperlichen Erscheinungsbildes einher. In der Hausgruppe zeigten sich Assoziationen zwischen sinkendem Wohlbefinden und einem Anstieg an Attraktivität. Diese Befunde sind derzeit nicht erklärbar und bedürfen weiterer Analysen. Der festgestellte Zusammenhang zwischen der Abnahme von körperlichem Missempfinden und steigender Neugierde sowie steigendem Wohlbefinden ist jedoch schlüssig und könnte auf den positiven Einfluss der TGT hinweisen.

Demzufolge konnten fast keine spezifischen Assoziationen mit den in der TGT gemessenen Daten gefunden werden, so dass beobachtete Effekte als Resultat der gesamten therapeutischen Interventionen des PSZW betrachtet werden müssen. Der als „heilend“ beschriebene Körperkontakt zwischen Tier und Mensch, der von Yorke et al. (2008) beschrieben wurde, konnte in vorliegender Untersuchung nicht nachgewiesen werden.

17.1.5 Affektwahrnehmung und Affektausdruck

Im Bereich der Alexithymie (TAS-26) zeigten beide Gruppen zu Beginn der Therapie Globalwerte nahe am Cut-off-Point (ein Wert, ab dem Probanden als alexithym bezeichnet werden) auf. Die Analysen nach der Therapie ließen für beide Patientengruppen einen Zeiteffekt (mittlere Effektstärke) erkennen, wonach die Globalwerte im Laufe der Therapie deutlich gesenkt werden konnten.

Weiters konnte ein indirekter Zusammenhang der Alexithymie mit der TGT aufgezeigt werden. Jene Patienten mit EI, die einen starken Anstieg an Wohlbefinden (Thermometerskalen) über die TGT-Einheiten hinweg berichteten, erzielten eine größere Verbesserung im Bereich der Alexithymie. Dies könnte ein Hinweis auf die positive Wirkungsweise der TGT sein, denn dass Tierkontakte neben dem stillen Zuhören eine affektive Entladung und einen offenen emotionalen Ausdruck ermöglichen, beschreiben auch Otterstedt und Olbrich in ihrem Überblick der Wirkfaktoren (Olbrich, 2009, S. 361; Otterstedt, 2003, S. 66).

17.1.6 Allgemeine Symptombelastung, Depressivität, Angst, Ärger

Die beiden Gruppen der TGT zeigten zu Beginn der Therapie unterschiedliche Ausprägungen in der Symptombelastung (SCL – Globalwert), der Depressivität (BDI), der Angst (STAI) und in manchen Bereichen des Ärgers (STAXI). Die Ausprägungen der Patienten mit emotionaler Instabilität waren jeweils höher als in der Hausgruppe.

In den Endauswertungen konnten ebenfalls Effekte aufgedeckt werden. So zeigte sich, dass die **Symptombelastung** (SCL) in beiden Gruppen zurückging (großer Effekt) und sich dem Cut-off-Punkt annäherte. Die Werte der EI-Gruppe lagen jedoch auch am Ende der TGT deutlich über der Hausgruppe. In der Analyse der Zusammenhänge zwischen den Skalen konnten Assoziationen zwischen Symptombelastung und Spannung sowie Angst (Thermometerfragebogen) festgestellt werden. Spannung und Angst verringerten sich innerhalb der Stunde bei beiden Patientengruppen, im Verlauf der Sessions stiegen sie jedoch bei den Patienten mit EI an. Die TGT führte somit zu einer momentanen Spannungs- und Angstreduktion (In-session), günstige Verläufe im Bezug zur Verbesserung der Symptomatik zeigten jedoch EI-Patienten, deren Spannung und Angst zu Beginn der TGT-Einheiten – leicht, aber stetig – über den Verlauf der Therapie zunahm. Ebenso zeigte sich, dass EI-Patienten mit steigender Neugierde auch eine Verbesserung der Symptombelastung berichteten. Die Assoziationen zum Spannungs- und Angstanstieg können möglicherweise so erklärt werden, dass Patienten für eine erfolgreiche Therapie ein gewisses Spannungsniveau (möglicherweise als Aufmerksamkeit oder „gespannt sein“ verstanden) benötigen und dieser Zusammenhang als positiv gewertet werden muss. Spannung, Angst und Neugierde erscheinen für die Patienten demnach notwendig, um sich in das Therapiegeschehen einzulassen und Veränderungen bewirken zu können – es könnte als ein „Involviertsein“ verstanden werden, welches mit einer ängstlicher Erwartungshaltung und besorgter Neugierde verbunden ist. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die TGT dem laut DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) bestehende Desinteresse und Gefühl von Leere bei Patienten mit emotionaler Instabilität entgegenwirkt. In Bezug auf die Neugierde muss jedoch erneut auf den bereits erwähnten möglichen Deckeneffekt hingewiesen werden, wodurch kein großer Anstieg mehr verzeichnet werden konnte.

Ebenso reduzierte sich in beiden Gruppen die **Depressivität** (BDI; großer Effekt), was die Ausführungen von Otterstedt (2003, S. 66) und Olbrich (2009, S. 361) bestätigten könnte. Auch hier wies die EI-Gruppe höhere Werte auf und es zeigten sich

ähnlich ausgeprägte Zusammenhänge mit den Thermometerskalen Spannung, Angst und Neugierde für die EI-Patienten, so dass auch in diesem Fall ein starkes „Involviertsein“ und das „Sich-einlassen“ als hilfreich zur Reduktion depressiver Symptome betrachtet werden könnte. In der Hausgruppe war ein Anstieg an Vertrauen in andere mit einem leichten Rückgang an depressiven Symptomen verbunden.

Die **Zustands- und die Eigenschaftsangst** (STAI) nahm ebenfalls in beiden Gruppen ab (großer Effekt), was in Betrachtung der Ergebnisse des Thermometerfragebogens sehr interessant ist (vgl. Kap. 17.1.1). Die Korrelationen der Skalenveränderungen zeigen, dass sich die Zustandsangst gerade bei jenen EI-Patienten verringerte, deren Angstniveau (sowie das Spannungsniveau) über die TGT-Sessions hinweg anstieg, woraus hervorgehen könnte, dass die TGT trotz Anstieg in den Prä-Werten mit bleibender positiver Veränderung der Zustandsangst in Bezug steht. Die Messung der Angst in der TGT ist scheinbar nicht ident mit der Messung der Zustandsangst (STAI). Die Daten der TGT sind somit – wie bereits vermutet – State-Variablen, welche vor allem durch die Therapiesituation und die erwarteten Erlebnisse in der Stunde beeinflusst werden, während die allgemeine Ängstlichkeit der Patienten in geringerem Ausmaß in die Bewertung einfließt.

Es zeigte sich weiters, dass jene Patienten mit EI, deren Vertrauen in andere und deren Wohlbefinden (Prä-Werte) im Laufe der TGT-Sessions anstieg, einen Rückgang in den Werten beider Angstskalen (STAI) erreichten. Dies könnte auf die Wichtigkeit des Wohlbefindens und des Aufbaus einer vertrauensvollen Beziehung zu anderen Menschen oder Lebewesen hinweisen. Für die Hausgruppe zeigte sich der Rückgang der Spannung mit der Abnahme der Zustandsangst leicht korreliert.

Im Bereich des **Ärgers** wurde in beiden Gruppen ein signifikanter Zeiteffekt bei der „Ärgerunterdrückung“ deutlich, wonach die Patienten nach der Therapie ihren Ärger weniger häufig unterdrücken und diesen vermehrt nach außen abreagieren. Gruppenunterschiede wurden in den Skalen „Eigenschaftsärger“, „Ärgertemperament“ und „Ärgerreaktion“ deutlich. In diesen Bereichen lagen die Werte der EI-Patienten stets über jenen der Hausgruppe, was jedoch anhand des Störungsbildes einer komplexen PTBS bzw. BPS erklärbar ist (Driessen et al., 2002). (Weitere Details dazu folgen in Kap. 17.2)

Bei Betrachtung der Korrelationen mit den Thermometerskalen zeigte sich, dass jene EI-Patienten, welche einen Anstieg an Spannung und auch Angst berichteten, stärkere Abnahmen ihrer Ärgerunterdrückung und ihres Zustandsärgers berichteten.

ten. Hier könnten Spannung und Angst erneut als „Involviertsein“ und als ein „Sich-einlassen“ bzw. als ängstliche Erwartungshaltung interpretiert werden, wonach ihr Anstieg als positiv und therapieförderlich zu werten wäre. Es ermöglicht den Patienten möglicherweise, ihre Gefühle wahrzunehmen, Ärger zu benennen und auszudrücken. Sinkende Neugierde zeigte sich mit der Abnahme von Zustandsärger in geringem Ausmaß korreliert. Hier muss wiederum auf den bereits erwähnten Deckeneffekte hingewiesen werden, dennoch ist dieses Ergebnis paradox und bedarf weiterer Untersuchungen für eine mögliche Erklärung.

In der Hausgruppe war ein Anstieg an Vertrauen in andere mit dem Rückgang der Ärgerreaktion assoziiert. Weiters ging ein Anstieg an Neugierde mit geringem Rückgang an Ärgerunterdrückung einher. Die Zusammenhänge der Hausgruppe scheinen in Bezug auf die Ziele der TGT (Kap. 10.3) und der Therapien des PSZW gut erklärbar und zeigen auf, wie wichtig das Vertrauen zu anderen Menschen oder Tieren, sowie die Offenheit für neue Erfahrungen, für therapeutische Erfolge sind.

17.2 Vergleich der Patienten mit emotionaler Instabilität (mit und ohne Teilnahme an der Tiergestützten Therapie)

Bei der Analyse der Daten der emotional instabilen Patienten mit TGT und der Vergleichsgruppe ohne TGT konnten in allen Skalen des SCL, des BDI und des STAI mittlere bis hohe Effekte aufgezeigt werden. Somit verringerten sich in beiden Gruppen die allgemeine Symptomatik, die Depressivität sowie die Ängste im Laufe der Zeit. Otterstedt (2003 S. 66) nennt in diesem Zusammenhang die Förderung von gelassener Stressbewertung, Projektions- und Entlastungsmöglichkeiten, welche durch die Therapie mit Tieren bewirkt werden kann. Die Verbesserung der Symptome aller Patienten mit EI (mit und ohne Teilnahme der TGT) zeigt, dass diese Wirkungen auch durch andere therapeutische Interventionen erreicht werden können und der TGT keine spezifische Wirkungssteigerung zugeschrieben werden kann.

In vier Skalen der Ärgersymptomatik (STAXI) gab es ebenfalls signifikante Zeiteffekte (kleine bis mittlere Effektstärke) und Hinweise auf mögliche Wechselwirkungen, welche mit Hilfe der Normwerte (Stanine-Werte) für jede Diagnosegruppe (PTBS und BPS) genauer analysiert wurden. Hierbei zeigte sich, dass es im Bereich der „Ärgerkontrolle“ und der „Abreaktion nach außen“ Hinweise auf Wechselwirkungen gab, die errechneten Normwerte jedoch im Durchschnittsbereich lagen und daher nicht von tatsächlichen Veränderungen berichtet werden kann, sondern lediglich Hinweise auf

die Möglichkeit gegensätzlicher Wirkungsweisen der TGT auf PTBS bzw. BPS gefunden wurden.

Der „Eigenschaftsärger“ verringerte sich zunächst in beiden Gruppen. Nach Aufteilung der Diagnosegruppen ergab sich ein interessantes Bild. Die Werte lagen zunächst (t1) bei beiden Diagnosegruppen mit TGT im überdurchschnittlichen Bereich. Zu t2 erreichten lediglich die PTBS-Patienten mit TGT einen starken Ärgerrückgang und lagen dann im Normalbereich, während die BPS-Patienten mit TGT weiter anstiegen. Die PTBS-Patienten ohne TGT sanken ebenfalls im Laufe der Therapiezeit, während sie jedoch zu beiden Zeitpunkten im oberen Normalbereich lagen. Bei den BPS-Patienten ohne TGT wurden zu beiden Zeitpunkten überdurchschnittliche Werte festgestellt, dennoch sank auch hier das Ärgerniveau ab. Es konnte aufgezeigt werden, dass Patienten mit PTBS (mit und ohne TGT) ihren Eigenschaftsärger verringerten, der Rückgang mit TGT jedoch deutlich höher war (-1.17 vs. -0.35). Dies könnte auf die beruhigende und entspannende Wirkung der TGT hinweisen. Für Patienten mit BPS scheint sich durch die TGT eine leichte Zunahme des ohnehin erhöhten Ärgerniveaus zu ergeben, welches bei Patienten ohne TGT rückläufig war. Dieses Ergebnis erscheint zunächst paradox, doch einen möglichen Erklärungsansatz findet man bei Rohde-Dachser (2004, S. 103). Nach der Autorin sind Wut und Ärger bei Patienten mit BPS die vorherrschenden Gefühle, welche zur Aufrechterhaltung des psychischen Gleichgewichtes beitragen. Rohde-Dachser bezieht sich dabei auf Bowlby und seine Bindungstheorie und meint, dass sich das Ärgerniveau erhöht, wenn die Patienten mit einer Trennungssituation – wie in vorliegender Untersuchung mit dem Ende der TGT – konfrontiert sind. „Wer anstelle seiner Bedürftigkeit sofort die Enttäuschungswut erlebt, kann nicht mehr enttäuscht werden“ – so beschreibt die Autorin (ebd, S. 105) die Funktion der Wut bei Borderline-Patienten, welche dem Schutz vor Enttäuschung und dem Eingeständnis eines endgültigen Objektverlustes dient. Es scheint, dass Patienten mit BPS, die an der TGT teilgenommen haben, am Ende des Therapieaufenthaltes schwerer Abschied nehmen können als jene ohne TGT und dabei ein erhöhtes Ärgerniveau zeigen. Dies könnte mit dem intensiven Einlassen und dem starken Involviertsein am therapeutischen Geschehen in der TGT zusammenhängen, wodurch eine tiefe Bindung zum Tier aufgebaut wurde, welche nun getrennt werden muss.

Die Skala „Ärgerunterdrückung“ zeigte ebenfalls einen sichtbaren Zeiteffekt für beide Gruppen auf. Die genaueren Berechnungen ergaben für beide Diagnosegruppen und unabhängig von der Teilnahme an der TGT, überdurchschnittliche hohe Ausprägungen, welche über die Zeitpunkte abnahmen, jedoch stets über dem Durchschnittsbereich lagen. Hier machte die Diagnose keinen Unterschied und auch die TGT be-

wirkte keine Veränderungen, welche nicht ebenso durch andere therapeutische Interventionen entstehen können.

Der Erfolg der TGT mit Pferden im Verhaltensbereich (Aggression, Ärgerkontrolle), welcher sich in der Metaanalyse von Nimer und Lundahl (2007) zeigte, konnte mit vorliegender Studie nicht aufgezeigt und damit empirisch überprüft werden – es konnten lediglich Hinweise auf mögliche Wirkungsweisen angeführt werden.

18. Diskussion und Kritik

Einige Ziele der Tiergestützten Therapie mit Pferden können dieser Studie zufolge als erreicht angesehen werden. Da die TGT jedoch Teil eines umfassenden Therapieprogramms war, kann nicht ausgeschlossen werden, dass auch andere therapeutische Interventionen einen Einfluss auf die entsprechenden Faktoren hatten. Demnach können die erzielten Veränderungen nicht ausschließlich auf die TGT zurückgeführt werden.

Der selbst erstellte Thermometer-Fragebogen gibt ebenso Anlass zur Kritik. Die befragten Items waren unzureichend differenziert und könnten missverstanden worden sein. So könnte beispielsweise „Spannung“ für manche Patienten mit emotionaler Instabilität etwas anderes bedeuten als für jene der Hausgruppe (aversive Hochspannung vs. [möglicherweise auch in Grenzen angenehme] Anspannung). Im Laufe des Einsatzes stellte sich heraus, dass die Bezugspunkte der Items (worauf sich beispielsweise die Angst bezieht) unklar definiert waren und so zu Missverständnissen bei den Patienten geführt haben könnten. Weiters ist unklar, ob die Verlaufszusammenhänge typisch für die TGT sind oder ebenso durch die Daten anderer Therapiemethoden erzielt werden können. Hier fehlen Vergleichsmöglichkeiten. In diesem Zusammenhang muss auch auf fehlende Daten bezüglich des Tagesablaufes der Patienten hingewiesen werden, welche für die Interpretation der Verlaufszusammenhänge von Nutzen hätten sein können.

Die Vorgabe der spezifischen Testbatterie muss ebenfalls kritisch betrachtet werden. Da die Patienten die Fragebögen zur selbstständigen Bearbeitung ausgehändigt bekamen, kann nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass alle Patienten die Fragen mit gleicher Motivation und unter ähnlichen Bedingungen beantwortet haben. Ebenso konnten mögliche Störvariablen wie Lärm oder Stress, welche die Beantwortung der Fragen beeinflusst haben könnten, nicht berücksichtigt werden.

Ein weiteres Problem dieser Studie stellt die Stichprobe dar. Diese war mit $n=49$ eher klein gehalten und lässt daher nur mangelhaft Rückschlüsse auf die Population zu. Die Abbruchquote muss hier ebenfalls negativ erwähnt werden. So konnten acht Personen (16,33%) nicht in die Auswertungen des Thermometerfragebogens und fünfzehn Personen (30,61%) nicht in die Berechnungen der spezifischen Testbatterie miteingehen. Als problematisch ist auch der Vergleich der Patienten mit emotionaler Instabilität – mit und ohne TGT – zu betrachten, welcher ausschließlich über die Testbatterie des PSZW erfolgte und keine spezifischen Testverfahren zu PTBS und BPS enthielt. Ebenso muss die fehlende Berücksichtigung der Medikation als Kritikpunkt

angeführt werden, da diese das Befinden der Patienten beeinflussen und zur Verfälschung der Angaben führen kann.

Für weitere Studien empfiehlt es sich im Sinne einer geringen Abbruchquote, die Patienten spezifischer auszuwählen und in Verbindung mit der Klinik den Aufenthalt und die Teilnahme der Patienten während der gesamten Studiendauer zu gewährleisten. Bei eigens erstellten Fragebögen wird eine genaue und unmissverständliche Begriffsdefinition nahe gelegt. Die kontrollierte Vorgabe aller Testverfahren sowie die Berücksichtigung der Medikation sind ebenfalls wünschenswert. Eine Untersuchung der TGT mit Pferden, unabhängig von einem komplexen therapeutischen Klinikaufenthalts der teilnehmenden Probanden, erscheint für zukünftige Forschungsarbeiten unumgänglich. Studien mit Patienten anderer Störungsbilder sind in weiterer Folge ebenso notwendig, um die Wirksamkeit vergleichen und die am meisten profitierende Patientengruppe entdecken zu können.

19. Zusammenfassung

Die Therapie mit Tieren steht noch am Anfang ihrer Entwicklung und erfordert vor allem für den Einsatz bei psychisch kranken Menschen noch weitere Untersuchungen und Studien, um die tatsächliche Wirksamkeit aufzeigen zu können (Nimer et al., 2007). Die wenigen Forschungsarbeiten zur Tiergestützten Therapie (TGT) mit Pferden haben jedoch gezeigt, dass diese positive Veränderungen auf bio-psycho-sozialer Ebene bei Kindern und Erwachsenen bewirken können. Pferde ermöglichen positive Beziehungserfahrungen und vermitteln Selbstfürsorge. Das Selbstwertgefühl steigt an, Vertrauen und Respekt werden vermittelt (Quiroz Rothe et al., 2005). Ebenso konnten eine Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung und des Wohlbefindens festgestellt werden (Berget et al., 2008; Klontz et al., 2007). Untersuchungen, welche sich mit einer Tiergestützten Therapie mit Pferden bei Patienten mit emotionaler Instabilität (EI) beschäftigen, fehlten bislang gänzlich. Das Ziel der vorliegenden Arbeit bestand darin, die Wirksamkeit der Tiergestützten Therapie mit Pferden bei Patienten mit emotionaler Instabilität im Rahmen einer stationären Behandlung zu überprüfen.

Im Vordergrund der Untersuchung stand der Vergleich von zwei Patientengruppen, die beide an der TGT teilnahmen, wobei die Patienten der ersten Gruppe (EI-Gruppe) an Posttraumatischer Belastungsstörung oder an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung litten und jene der zweiten Gruppe an verschiedenen anderen psychiatrischen Störungsbildern (Hausgruppe, HG). Die Stichprobe betrug initial 49 Personen, acht wurden jedoch aufgrund häufiger Fehlzeiten in der TGT nicht in die Auswertungen eingeschlossen. So konnten die Daten von 23 Personen mit EI sowie 18 Personen der HG ausgewertet werden. Um die Wirkung der TGT auf Patienten mit EI direkt vergleichen zu können, wurden für einige Skalen die historischen Daten von EI-Patienten, die nicht an der TGT teilnahmen, als Vergleichsstichprobe (n=76) herangezogen. Mit eigens konstruierten Thermometerskalen sowie psychologisch-diagnostischen Testverfahren wurde versucht, die Veränderbarkeit störungsspezifischer Aspekte von PTBS und BPS sowie die spezifischen Wirkungsbereiche der TGT aufzuzeigen. Die Thermometerskalen wurden jeweils vor und nach der Tiergestützten Therapie, welche maximal zwölf Einheiten andauerte, vorgegeben. Die anderen Testinstrumente kamen vor Beginn und nach Ende der TGT zum Einsatz.

Als Ergebnis zeigten sich signifikante Veränderungen in fast allen untersuchten Bereichen. Die störungsspezifischen Aspekte der emotional Instabilen (Spannung, Angst, Trauer, Selbstvertrauen, Vertrauen in andere und Wohlbefinden) verbesserten sich innerhalb der TGT-Einheiten (Prä/Post) in beiden Gruppen. Über die Sessions

hinweg stiegen die Werte der Spannung und Angst sowie der Trauer bei Patienten mit EI an, was als positiv und therapeutisch wirksam gewertet werden könnte (Involviertsein ins Therapiegeschehen, Anspannung in Bezug auf neue Situationen, Hinwendung zum Gefühlsbereich). Die Neugierde stieg nur in der EI-Gruppe an, sie zeigte jedoch die höchsten Werte zu Beginn, so dass hierbei ein Deckeneffekt vorliegen könnte. Dies könnte auf hohe Akzeptanz und erhöhtes Interesse an der TGT hinweisen.

Ebenso zeigten sich in der Auswertung des spezifischen Testverfahrens Veränderungen über die Zeit- sowie Gruppeneffekte. Die Ausprägungen der Borderlinesymptome (BSL) sowie der Depersonalisations- und Derealisationserlebnisse (FDS) verringerten sich in beiden Gruppen signifikant – die Werte des FDS waren jedoch zu keiner Zeit auffällig, so dass dieser Veränderung keine klinische Bedeutung zugeschrieben werden kann. Die Handlungsorientierung zeigte im Bereich der Selbstwirksamkeitserwartung positive Veränderungen in Richtung Normalwert in beiden Gruppen. Sinkende Selbstwirksamkeitserwartung konnte mit dem Anstieg an Spannung und Angst assoziiert werden, was in Bezug zum Störungsbild erklärt werden könnte. Die Körperwahrnehmung verbesserte sich in beiden Gruppen deutlich, jedoch zeigte die Patientengruppe mit EI auch am Ende der Therapie noch signifikant mehr Unsicherheit und Besorgnis sowie weniger Selbstvertrauen und Attraktivitätsempfinden. Es zeigten sich paradoxe Zusammenhänge zwischen den Skalen des FBeK und jenen des Thermometerfragebogens, welche näheren Untersuchungen bedürfen. Eine Verbesserung der Alexithymie (Globalwert) konnte bei beiden Patientengruppen beobachtet werden. Patienten mit starkem Anstieg an Wohlbefinden berichteten von größerer Verbesserung im Bereich der Alexithymie, so dass dies als Hinweis auf einen indirekten Zusammenhang dieser Skala mit der TGT betrachtet werden kann. Weiters zeigten sich in beiden Gruppen positive Veränderungen in der Symptombelastung, welche mit Spannung und Angst assoziiert werden konnte. Günstige Verläufe im Bezug zur Verbesserung der Symptomatik zeigten EI-Patienten, deren Spannung und Angst zu Beginn der TGT-Einheiten – leicht, aber stetig – über den Verlauf der Therapie zunahm. Depressivität und Angst reduzierten sich in beiden Gruppen. In Bezug auf Letztere zeigen die Korrelationen, dass sich die Zustandsangst bei jenen EI-Patienten verringerte, deren Angstniveau über die TGT-Sessions hinweg anstieg. Die Messung der Angst in der TGT ist scheinbar nicht ident mit der Messung der Zustandsangst (STAI). Möglicherweise zeigt sich dadurch, dass die TGT trotz Anstieg in den Prä-Werten mit bleibender positiver Veränderung der allgemeinen Ängstlichkeit in Bezug steht.

Im Bereich des Ärgers zeigten beide Patientengruppe am Ende der Therapie gesunkene Werte, Gruppenunterschiede gab es in den Skalen „Eigenschaftsärger“,

„Ärgertemperament“ und „Ärgerreaktion“ – hier zeigten die EI-Patienten jeweils höhere Werte, was jedoch anhand des Störungsbildes erklärbar ist.

Überraschend war, dass im Vergleich der Patienten mit emotionaler Instabilität - mit und ohne TGT - keine Gruppenunterschiede in den zu erkennen waren und beide Gruppen signifikante Verbesserungen in der Testbatterie des PSZW (SCL, BDI, STAI, STAXI) beschrieben haben. Die Verbesserung der Symptome aller Patienten mit EI (mit und ohne Teilnahme der TGT) zeigt, dass diese Wirkungen auch durch andere therapeutische Interventionen erreicht werden können und der TGT keine spezifische Wirkungssteigerung zugeschrieben werden kann. Hier muss jedoch erwähnt werden, dass die Testbatterie des PSZW keine spezifischen diagnostischen Verfahren für PTBS und BPS enthält und diese – für vorliegende Arbeit wichtigen – Aspekte unberücksichtigt bleiben.

Ein interessantes Ergebnis zeigte sich bei Spaltung nach der Diagnose (PTBS/BPS). Hier konnte aufgezeigt werden, dass Patienten mit PTBS (mit und ohne TGT) ihren Eigenschaftsärger verringerten, der Rückgang mit TGT jedoch deutlich höher war. Dies könnte auf die beruhigende und entspannende Wirkung der TGT hinweisen. Für Patienten mit BPS ergibt sich möglicherweise durch die TGT eine leichte Zunahme des ohnehin erhöhten Ärgerniveaus, welches bei Patienten ohne TGT rückläufig war. Dies könnte als Schutz vor Enttäuschung interpretiert werden, welche die Trennung vom Pferd bei Therapieende verursacht. Hier scheint die TGT besonderen Einfluss auf die Patienten zu nehmen, welcher nicht durch andere therapeutischen Maßnahmen erklärbar ist.

Kritisch anzumerken ist, dass die Thermometerskalen selbst entworfen wurden und aufgrund unzureichend genauer Definierung und fehlendem Bezugspunkt von den Patienten missverstanden worden sein könnten. Ebenso kritisch zu betrachten ist, dass die TGT im Rahmen eines umfassenden Therapieprogramms stattfand und die Wirkung der anderen therapeutischen Maßnahmen nicht getrennt berücksichtigt werden konnte. Ebenso muss auf die geringe Stichprobengröße und die vorhandene Abbruchquote hingewiesen werden, welche eine Kausalinterpretation bezüglich der Wirksamkeit nur eingeschränkt ermöglicht. Zukünftige Studien zur Tiergestützten Therapie mit Pferden sollten außerhalb eines komplexen Therapieprogramms stattfinden und strengere Auswahlkriterien der Patienten aufweisen, um die Abbruchquote gering halten zu können. Ebenso würde sich der Vergleich der TGT mit einer anderen therapeutischen Methode (z. B. Tanztherapie oder Musiktherapie) anbieten.

19.1 Abstract - Deutsch

Theoretische Einführung

Während die Tiergestützte Therapie (TGT) mit Haustieren bei Kindern und Menschen mit Behinderung schon zahlreich untersucht wurde, gibt es nur wenige Studien zur TGT mit Nutztieren und deren Wirksamkeit bei Patienten mit psychiatrischen Störungen. Die vorliegende Studie will diese Lücke schließen und untersucht die Wirksamkeit der TGT mit Pferden bei Patienten mit emotionaler Instabilität (EI; PTBS und BPS) im Vergleich zu Patienten mit heterogenen Diagnosen im stationären Kontext. Ziel der Studie war zunächst die Überprüfung der Wirksamkeit der TGT bezüglich der Veränderbarkeit störungsspezifischer Aspekte von PTBS und BPS und anschließend die Feststellung der spezifischen Wirkungsbereiche der TGT.

Methode

Die Stichprobe umfasste insgesamt 41 Patienten des Psychosomatischen Zentrums Waldviertel-Eggenburg, welche stationär aufgenommen waren und ein komplexes Therapieprogramm absolvierten. 23 Patienten waren der EI-Gruppe (PTBS und BPS) zugeordnet, 18 Patienten hatten heterogene andere psychiatrische Diagnosen. Die TGT fand in beiden Gruppen mindestens achtmal statt und wurde zweimal pro Woche durchgeführt. Vor und nach jeder Einheit wurden den Patienten und den TGT-Therapeutinnen Thermometerskalen vorgegeben welche Spannung, Angst, Trauer, Selbstvertrauen, Vertrauen in andere, Neugierde und Wohlbefinden erfassten. Zu Beginn und am Ende der Therapie füllten die Patienten Testverfahren zur Erfassung der PTBS/BPS-Symptomatik (FDS, BSL-23), der Handlungsorientierung (IPC, SKI, SWE), der Körperwahrnehmung (FBek), der Affektwahrnehmung und des Affektausdrucks (TAS-26), der Symptombelastung (SCL-90-R), der Depressivität (BDI), der Angst (STAI) und des Ärgers (STAXI) aus. Zu den letzten vier Verfahren lagen zudem Daten von 76 historischen Patienten mit EI vor, die nicht an TGT teilgenommen hatten, die zum Vergleich herangezogen wurden.

Ergebnisse

Spannung, Angst, Trauer, Selbstvertrauen, Vertrauen in andere und Wohlbefinden verbesserten sich innerhalb der TGT-Einheiten (Prä/Post) in beiden Gruppen. Angst, Spannung, Trauer und Neugierde nahmen über die Einheiten hinweg zudem in der EI-Gruppe zu. In den verwendeten Outcomemaßen ergaben sich durchwegs mittlere bis große Effekte der stationären Behandlung. Bei Patienten mit emotionaler Instabi-

lität zeigte die TGT keine bedeutsame Wirkungssteigerung der stationären Behandlung (gleichermaßen signifikante Veränderungen in SCL, BDI, STAI und STAXI). Vergleiche hinsichtlich störungsspezifischer Aspekte (FDS, BSL-23) konnten jedoch mangels verfügbarer Daten zu den historischen Kontrollen nicht durchgeführt werden.

19.2 Abstract - English

Background

While the efficiency and effectiveness of Animal-Assisted Therapy (AAT) with pets is well-documented for children and people with disabilities, there currently exist very few studies on AAT with farm animals for patients with psychiatric disorders. The present study intends to fill this gap, and examines the effectiveness of AAT with horses specifically for in-patients with emotional instability (EI; PTSD and BPD) in comparison to in-patients with other psychiatric disorders. Aim of this study was to assess the contribution of AAT on the amelioration of symptoms of PTSD and BPD, and to determine symptom domains and traits that may be improved by AAT.

Methods

The total sample consisted of 41 in-patients of a psychosomatic clinic in Lower Austria (Psychosomatisches Zentrum Waldviertel-Eggenburg) who underwent a complex treatment program. Of these, 23 patients were diagnosed with EI (PTSD or BPD), the remaining 18 patients had other and heterogeneous psychiatric disorders. AAT was delivered in both groups twice a week, at least eight times during hospitalization. Patients and AAT therapists rated self-reported and observed tension, anxiety, sadness, self-confidence, trust in others, curiosity and well-being at the beginning and end of each session. At the beginning and end of hospitalization, symptoms of PTSD and BPD (FDS, BSL-23), action orientation (IPC, SKI, SWE), body image (FBeK), alexithymia (TAS-26), psychological distress (SCL-90-R), depression (BDI), anxiety (STAI), and aggression (STAXI) were assessed. Data from 76 historical patients with EI, who did not receive AAT in course of their treatment, were available for comparisons in the latter four domains.

Results

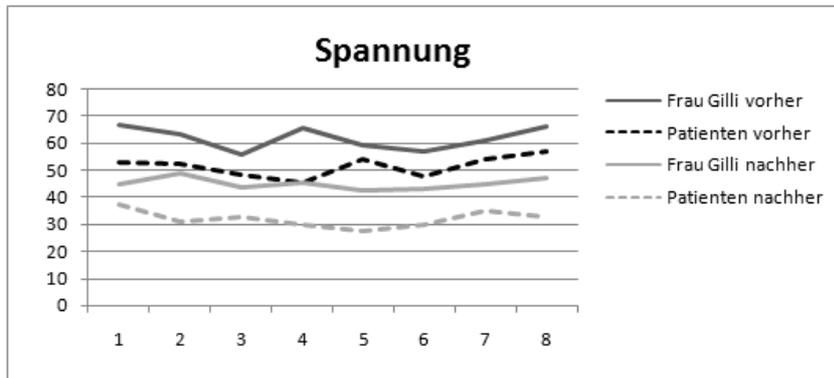
Tension, anxiety, sadness, self-confidence, trust in others and well-being improved during the TGT session (pre/post) in both groups. In the EI group, anxiety, ten-

sion, sadness and curiosity also increased over the course of hospitalization. Overall, treatment resulted in mostly medium to large effects across the different outcome measures used. Among EI patients, AAT did not increase the overall effectiveness of treatment (significant improvements in SCL, BDI, STAI, and STAXI were observed, whether AAT was attended or not). However, comparisons regarding the specific symptoms of PTSD and BPD (FDS, BSL-23) could not be made, as historic controls lacked the necessary data.

20. Anhang

20.1 Analyse der gesamten TGT-Patienten und Therapeutin Frau Gilli

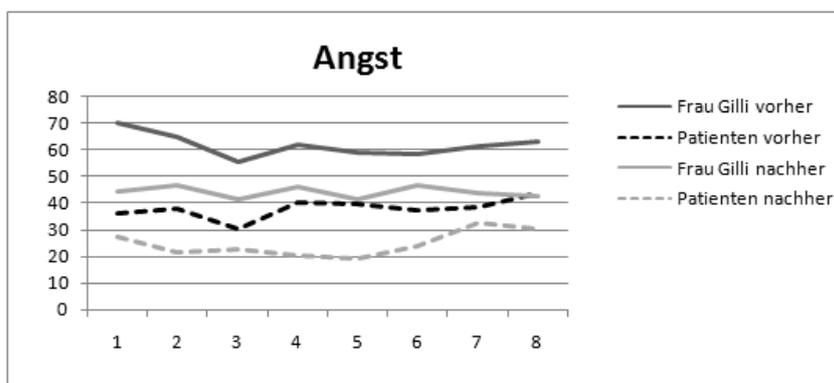
Spannung



	<i>M (SD)</i>	<i>Test gegen 0</i>		<i>Mittelwertvergleich</i>	
		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Prä-Session</i>					
Patienten	51.50 (17.00)			-3.39	.002
Frau Gilli	61.21 (13.01)				
<i>Differenz Prä-Post</i>					
Patienten	-19.31(13.48)	9.17	<.001	1.07	.289
Frau Gilli	-16.50 (10.87)	9.72	<.001		

Sowohl in der Selbsteinschätzung von den Patienten als auch in der Fremdeinschätzung durch Frau Gilli zeigte sich im Prä-Post-Vergleich eine signifikante Abnahme der Spannung. Der Mittelwertvergleich zeigte, dass es in der Prä-Session einen signifikanten Unterschied der Wahrnehmung gab, der in der Differenz Prä-Post jedoch nicht mehr vorhanden war. Wie die Grafiken zeigten, schätzte Frau Gilli die Spannung der Patienten vor und nach den Therapien höher ein, als diese sie selbst wahrnahmen.

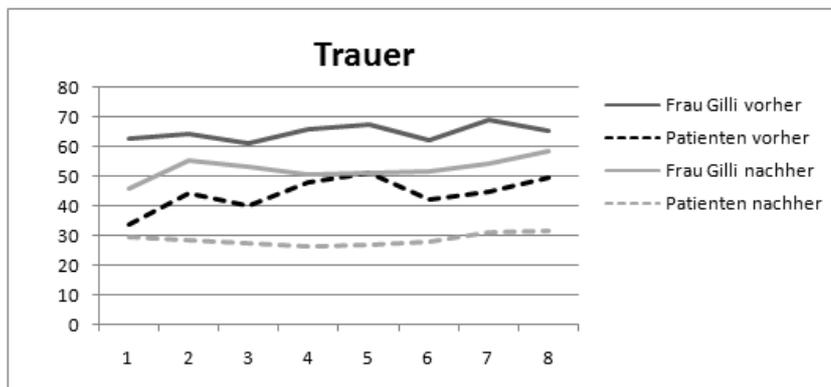
Angst



	<i>M (SD)</i>	<i>Test gegen 0</i>		<i>Mittelwertvergleich</i>	
		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Prä-Session</i>					
Patienten	37.98 (19.61)			-7.11	.000
Frau Gilli	60.42 (15.01)				
<i>Differenz Prä-Post</i>					
Patienten	-13.59 (9.61)	9.06	<.001	-1.61	.115
Frau Gilli	-16.81 (10.32)	10.43	<.001		

Die Angst zeigte sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdwahrnehmung einen signifikanten Rückgang. Die Mittelwerte der Gruppe waren zu Beginn der Therapie signifikant unterschiedlich zu jenen von Frau Gilli, welche die Angst höher einschätzte. Im Prä-Post-Vergleich gab es keinen signifikanten Unterschied in der Wahrnehmung. Frau Gilli nahm sowohl vor den Therapien als auch danach eine stärkere Angst wahr, als die Patienten selbst angaben - dies zeigt sich in den Diagrammen.

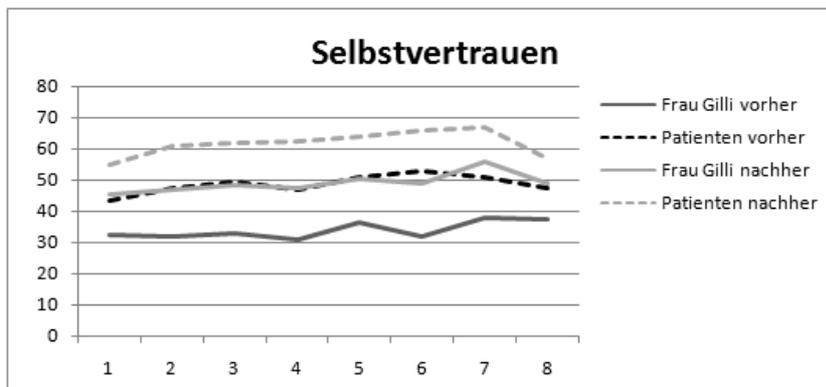
Trauer



	<i>M (SD)</i>	<i>Test gegen 0</i>		<i>Mittelwertvergleich</i>	
		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Prä-Session</i>					
Patienten	44.04 (22.97)			-6.71	.000
Frau Gilli	63.26 (14.65)				
<i>Differenz Prä-Post</i>					
Patienten	-15.39 (13.18)	7.48	<.001	1.69	.099
Frau Gilli	-11.77 (8.96)	8.41	<.001		

Die Trauer zeigte eine signifikante Abnahme im Prä-Post-ergleich. Der Mittelwertsunterschied zwischen den Patienten und Frau Gilli war in der Prä-Session signifikant, in der Differenz war dieser Unterschied jedoch nicht mehr vorhanden. Wie die Diagramme zeigen, nahm Frau Gilli vor und nach den Therapiestunden eine stärkere Trauer wahr, als diese von den Patienten beschrieben wurde.

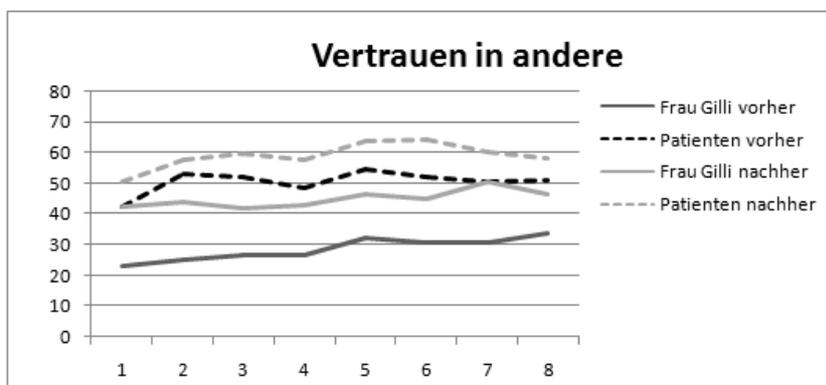
Selbstvertrauen



	<i>M (SD)</i>	<i>Test gegen 0</i>		<i>Mittelwertvergleich</i>	
		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Prä-Session</i>					
Patienten	48.76 (16.76)			5.81	.000
Frau Gilli	34.07 (11.58)				
<i>Differenz Prä-Post</i>					
Patienten	12.67 (8.91)	9.11	<.001	1.02	.316
Frau Gilli	14.23 (8.49)	10.73	<.001		

Die Patienten zeigten in ihrer Selbstwahrnehmung ebenso wie Frau Gilli in der Fremdbeurteilung eine signifikante Verbesserung des Selbstvertrauens. Zu Beginn der Stunden unterschätzte Frau Gilli das Selbstvertrauen der Patienten, weshalb ein signifikanter Mittelwertsunterschied entstand. Im Prä-Post Vergleich gab es diesen Unterschied nicht mehr zu sehen. Die Grafiken zeigen, dass Frau Gilli das Selbstvertrauen zu allen Zeitpunkten geringer einschätzte, als dieses von den Patienten angegeben wurde.

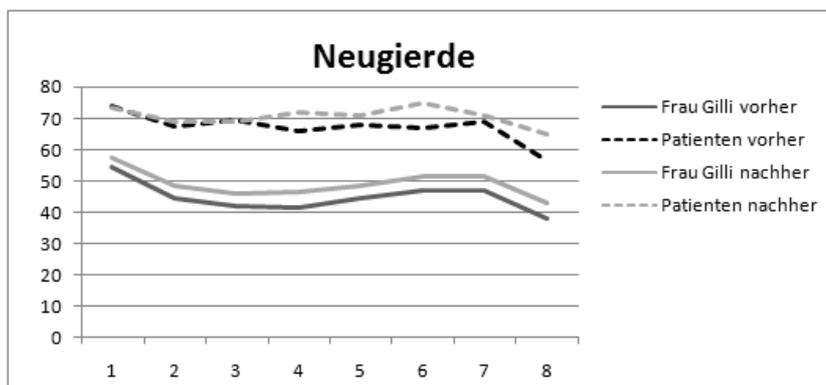
Vertrauen in andere



	M (SD)	Test gegen 0		Mittelwertvergleich	
		t	p	t	p
<i>Prä-Session</i>					
Patienten	50.73 (15.51)			9.62	.000
Frau Gilli	29.40 (12.06)				
<i>Differenz Prä-Post</i>					
Patienten	8.73 (7.38)	7.57	<.001	4.43	.000
Frau Gilli	15.17 (9.88)	9.83	<.001		

Das Vertrauen in andere zeigte eine signifikante Verbesserung im Prä-Post-Vergleich. Der Mittelwertsvergleich brachte sowohl in der Prä-Session als auch in der Differenz Prä-Post signifikante Zahlen, dies bedeutet, dass die Wahrnehmungen der Patienten und Frau Gilli deutlich voneinander abwichen. Die Grafik bestätigt das mit deutlichen Abständen zwischen den Mittelwertlinien, Frau Gilli spürte bei allen Zeitpunkten ein geringeres Vertrauen in andere wobei die Patienten selbst höhere Werte angaben.

Neugierde



	M (SD)	Test gegen 0		Mittelwertvergleich	
		t	p	t	p
<i>Prä-Session</i>					
Patienten	67.96 (17.06)			8.88	.000
Frau Gilli	44.97 (12.07)				
<i>Differenz Prä-Post</i>					
Patienten	3.10 (14.53)	1.36	.180	0.60	.555
Frau Gilli	4.48 (6.10)	4.70	<.001		

Hier zeigten sich keine signifikanten Verbesserungen in der Selbstwahrnehmung der Patienten. Die Fremdwahrnehmung von Frau Gilli zeigte einen signifikanten Anstieg, der Gruppenmittelwertsvergleich war jedoch nicht signifikant. Zu Beginn der Therapien nahm Frau Gilli weniger Neugierde wahr, als von den Patienten angegeben wurde wodurch es zu signifikanten Unterschieden kam. Wie die Diagramme zeigen, unterschätzte Frau Gilli zu allen Zeitpunkten die Neugierde der Patienten.

Wohlbefinden

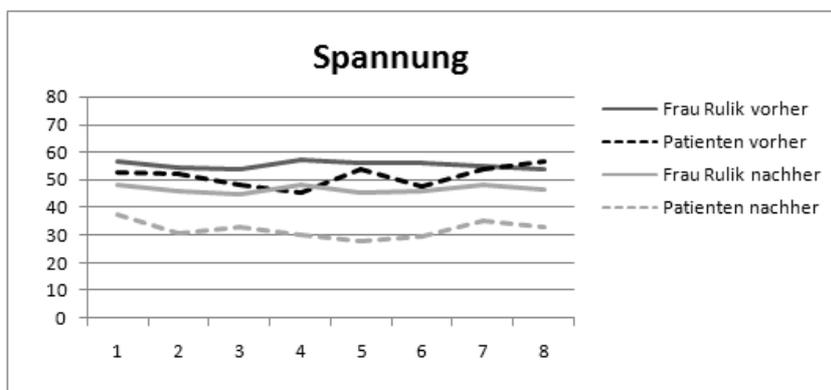


	<i>M (SD)</i>	<i>Test gegen 0</i>		<i>Mittelwertvergleich</i>	
		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Prä-Session</i>					
Patienten	53.89 (15.20)			8.38	.000
Frau Gilli	37.01 (9.20)				
<i>Differenz Prä-Post</i>					
Patienten	14.35 (8.05)	11.41	<.001	0.27	.792
Frau Gilli	14.66 (8.07)	11.63	<.001		

In beiden Beurteilungsgruppen zeigten sich signifikante Verbesserungen im Wohlbefinden. Frau Gilli nahm zu Beginn der Therapie schlechteres Befinden wahr als durch die Patienten beschrieben wurde – das zeigt der signifikante Mittelwertvergleich. Die Differenz Prä-Post gibt keinen deutlichen Unterschied in der Selbst- und Fremdwahrnehmung an. Die Grafiken zeigen, dass Frau Gilli mit ihrer Wahrnehmung vor und nach den Therapien unter der Selbsteinschätzung der Patienten liegt.

20.2 Analyse der gesamten TGT-Patienten und Therapeutin Frau Rulik

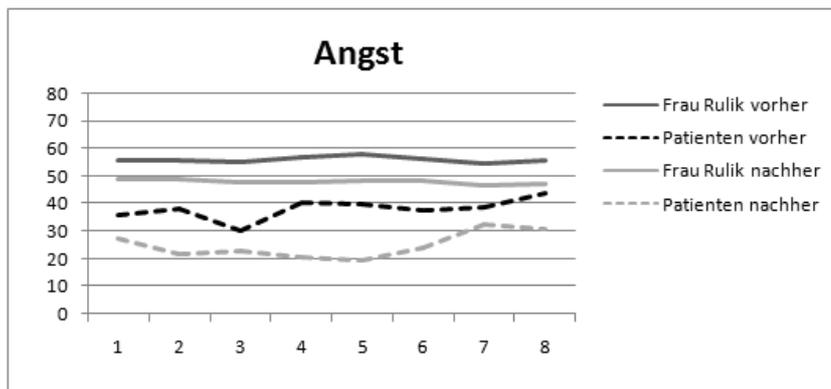
Spannung



	M (SD)	Test gegen 0		Mittelwertvergleich	
		t	p	t	p
<i>Prä-Session</i>					
Patienten	51.50 (17.00)			-1.45	.154
Frau Rulik	55.27 (7.61)				
<i>Differenz Prä-Post</i>					
Patienten	-19.31(13.48)	9.17	<.001	5.16	.000
Frau Rulik	-8.79 (4.77)	11.81	<.001		

Die Selbstwahrnehmung der Patienten und die Fremdwahrnehmung durch Frau Rulik zeigten signifikante Verbesserungen im Bereich der Spannung. In der Prä-Session zeigte der Mittelwertsvergleich keine signifikanten Unterschiede in den Einschätzungen, die Prä-Post Differenz war jedoch deutlich unterschiedlich. Auch die Grafiken zeigen, dass Frau Rulik zu Beginn der Therapien mit ihren Einschätzungen nahe an jenen der Patienten lag, am Ende gingen die Urteile jedoch weiter auseinander.

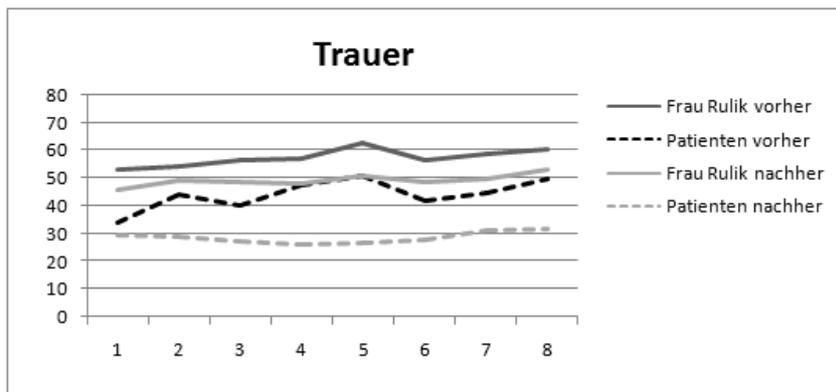
Angst



	M (SD)	Test gegen 0		Mittelwertvergleich	
		t	p	t	p
<i>Prä-Session</i>					
Patienten	37.98 (19.61)			-6.81	.000
Frau Rulik	56.10 (8.63)				
<i>Differenz Prä-Post</i>					
Patienten	-13.59 (9.61)	9.06	<.001	3.60	.001
Frau Rulik	-8.21 (4.11)	12.79	<.001		

Beide Einschätzungen zeigten einen signifikanten Abfall der Angst über die Zeitpunkte. Die Mittelwertsvergleiche machten signifikante Unterschiede in den Beurteilungen ersichtlich, welche auch in den Diagrammen durch die großen Abstände zwischen den Linien zu erkennen sind. Frau Rulik überschätzte vor und nach den Therapien die Angst der Patienten. Auch ist deutlich zu erkennen, dass Frau Rulik die Stärke der Angst über alle acht Sessions nahezu konstant beurteilte, während die Patienten Höhen und Tiefen beschrieben.

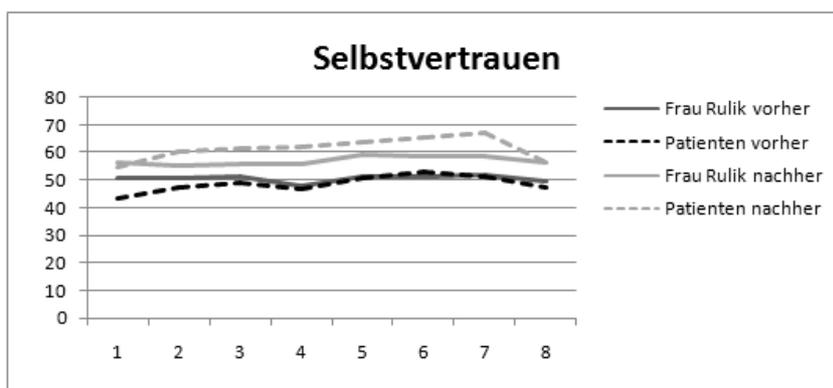
Trauer



	<i>Test gegen 0</i>		<i>Mittelwertvergleich</i>		
	<i>M (SD)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Prä-Session</i>					
Patienten	44.04 (22.97)			-4.48	.000
Frau Rulik	57.48 (8.60)				
<i>Differenz Prä-Post</i>					
Patienten	-15.39 (13.18)	7.48	<.001	3.63	.001
Frau Rulik	-8.48 (4.68)	11.60	<.001		

Sowohl Fremd- als auch Selbsteinschätzung zeigten einen signifikanten Abstieg der Trauer über die Zeitpunkte. Die Mittelwertvergleiche machten signifikante Unterschiede in den Beurteilungen ersichtlich, welche auch in den Diagrammen durch die großen Abstände zwischen den Linien zu erkennen sind. Frau Rulik beschrieb vor und nach den Therapien eine stärkere Trauer der Patienten als diese tatsächlich in ihrer Selbsteinschätzung angaben.

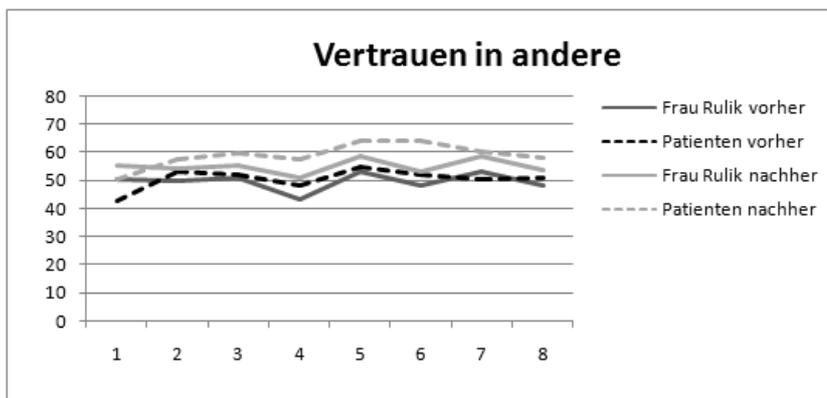
Selbstvertrauen



	<i>M (SD)</i>	<i>Test gegen 0</i>		<i>Mittelwertvergleich</i>	
		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Prä-Session</i>					
Patienten	48.76 (16.76)			-0.92	.363
Frau Rulik	50.72 (9.75)				
<i>Differenz Prä-Post</i>					
Patienten	12.67 (8.91)	9.11	<.001	-4.77	.000
Frau Rulik	6.41 (3.46)	11.85	<.001		

Die Selbstwahrnehmung der Patienten und die Fremdwahrnehmung von Frau Rulik zeigten eine signifikante Erhöhung des Selbstvertrauens. In der Prä-Session zeigte der Mittelwertsvergleich keine signifikanten Unterschiede, die Prä-Post Differenz war jedoch deutlich unterschiedlich. Auch die Grafiken zeigen, dass Frau Rulik zu Beginn der Therapien mit ihren Einschätzungen sehr nahe an jenen der Patienten lag, am Ende unterschätzte sie das Selbstbewusstsein der Patienten.

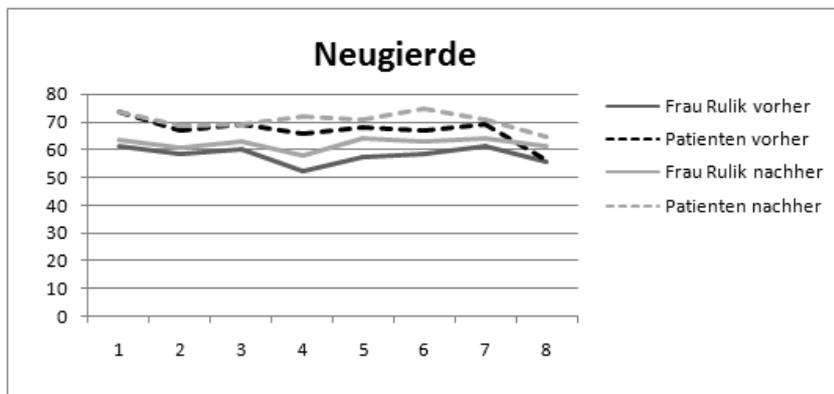
Vertrauen in andere



	<i>M (SD)</i>	<i>Test gegen 0</i>		<i>Mittelwertvergleich</i>	
		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Prä-Session</i>					
Patienten	50.73 (15.51)			0.39	.697
Frau Rulik	49.75 (11.14)				
<i>Differenz Prä-Post</i>					
Patienten	8.73 (7.38)	7.57	<.001	-2.99	.005
Frau Rulik	5.30 (3.11)	10.92	<.001		

Die Selbstwahrnehmung durch die Patienten und die Fremdwahrnehmung durch Frau Rulik zeigten beide signifikante Verbesserungen des Vertrauens in andere. In der Prä-Session zeigte der Mittelwertsvergleich keine signifikanten Unterschiede in den Einschätzungen, die Prä-Post Differenz war jedoch unterschiedlich. Auch die Diagramme zeigen, dass Frau Rulik zu Beginn der Therapien mit ihren Einschätzungen sehr nahe an jenen der Patienten lag, am Ende der Therapien waren die Übereinstimmungen nicht mehr so deutlich.

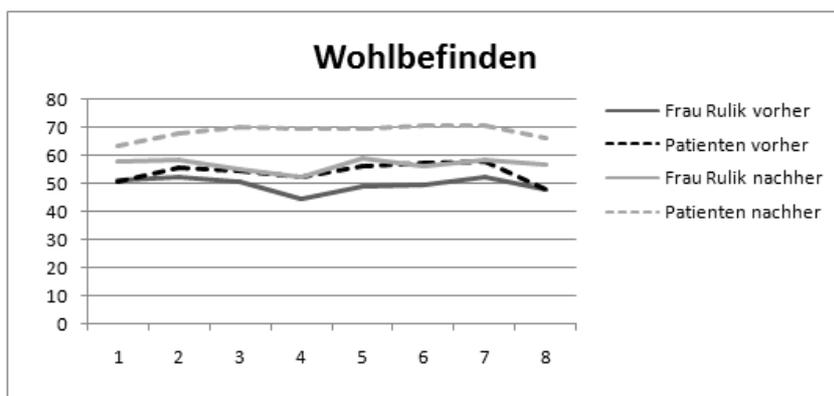
Neugierde



	<i>Test gegen 0</i>		<i>Mittelwertvergleich</i>		
	<i>M (SD)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Prä-Session</i>					
Patienten	67.96 (17.06)			3.71	.001
Frau Rulik	58.12 (9.95)				
<i>Differenz Prä-Post</i>					
Patienten	3.10 (14.53)	1.36	.180	0.48	.635
Frau Rulik	4.11 (3.15)	8.36	<.001		

Während die Patienten von keinem Anstieg der Neugierde über alle Therapiestunden berichteten, zeigte die Fremdwahrnehmung von Frau Rulik eine signifikante Verbesserung in diesem Bereich. Der Mittelwertsvergleich zeigte einen signifikanten Unterschied in der Wahrnehmung zu Beginn der Therapien. Die Prä-Post-Differenz gab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Beurteilern an.

Wohlbefinden

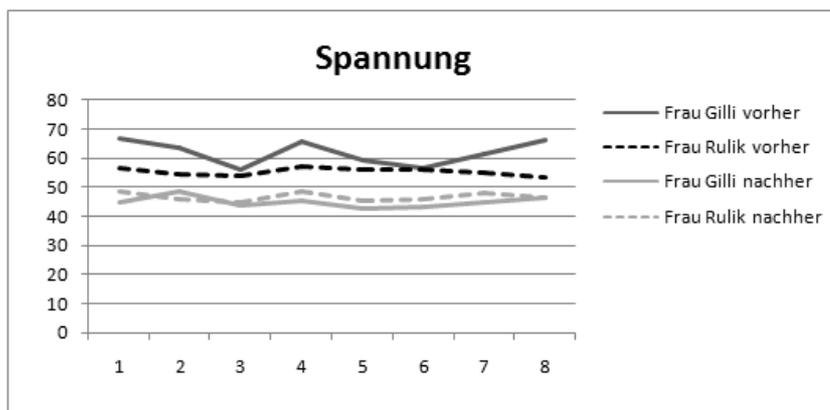


	Test gegen 0			Mittelwertvergleich	
	M (SD)	t	p	t	p
<i>Prä-Session</i>					
Patienten	53.89 (15.20)			2.03	.049
Frau Rulik	49.58 (9.75)				
<i>Differenz Prä-Post</i>					
Patienten	14.35 (8.05)	11.41	<.001	-5.88	.000
Frau Rulik	7.16 (4.16)	11.02	<.001		

Sowohl Fremd- als auch Selbsteinschätzung zeigten einen signifikanten Anstieg des Wohlbefindens über die Zeitpunkte. Die Mittelwertsvergleiche machten signifikante Unterschiede in den Beurteilungen ersichtlich, welche auch in den Diagrammen durch die großen Abstände zwischen den Linien zu erkennen sind. Frau Rulik beschrieb vor und nach den Therapien ein geringeres Wohlbefinden der Patienten als diese tatsächlich in ihrer Selbsteinschätzung angaben.

20.3 Analyse der Therapeutinnen Frau Gilli und Frau Rulik

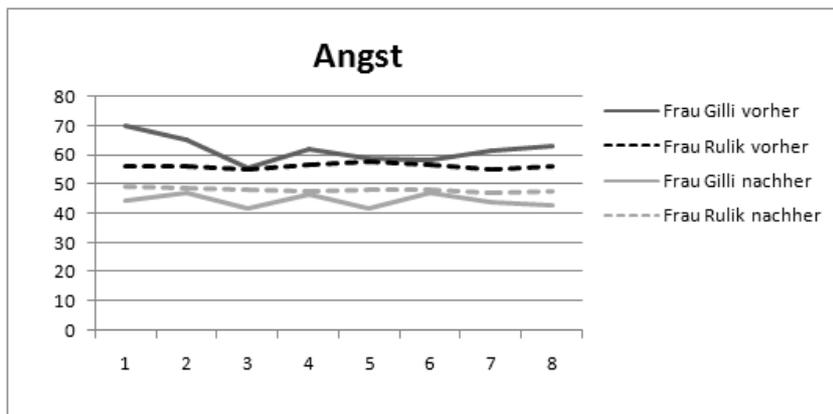
Spannung



	M (SD)	Test gegen 0	
		t	p
<i>Prä-Session</i>			
Frau Gilli	61.21 (13.01)		
Frau Rulik	55.27 (7.61)		
<i>Differenz Prä-Post</i>			
Frau Gilli	-16.50 (10.87)	9.72	<.001
Frau Rulik	-8.79 (4.77)	11.81	<.001

Beide Therapeutinnen nahmen signifikante Verbesserungen der Spannung bei den Patienten wahr. Die Diagramme zeigen, dass Frau Gilli zu Beginn der Stunden stärkere Schwankungen spürte während Frau Rulik über alle Einheiten eher konstant beurteilt hatte. Die Wahrnehmungen am Ende der Stunden waren sehr ähnlich und lagen nahe beisammen.

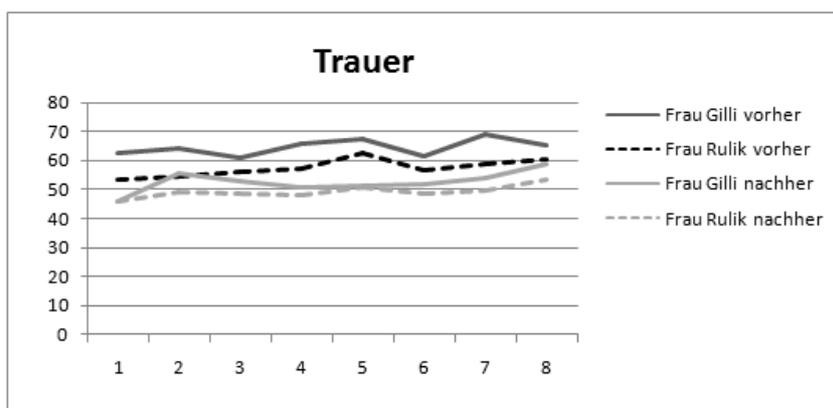
Angst



	<i>M (SD)</i>	<i>Test gegen 0</i>	
		<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Prä-Session</i>			
Frau Gilli	60.42 (15.01)		
Frau Rulik	56.10 (8.63)		
<i>Differenz Prä-Post</i>			
Frau Gilli	-16.81 (10.32)	10.43	<.001
Frau Rulik	-8.21 (4.11)	12.79	<.001

Die Fremdwahrnehmung zeigte bei der Angst signifikante Verbesserungen. Die beiden Therapeutinnen lagen in ihren Einschätzungen nicht weit auseinander. Während Frau Rulik über alle Termine nahezu dieselbe Einschätzung von Angst angab, spürte Frau Gilli stärkere Schwankungen, welche sich als Kurven im Diagramm abbildeten.

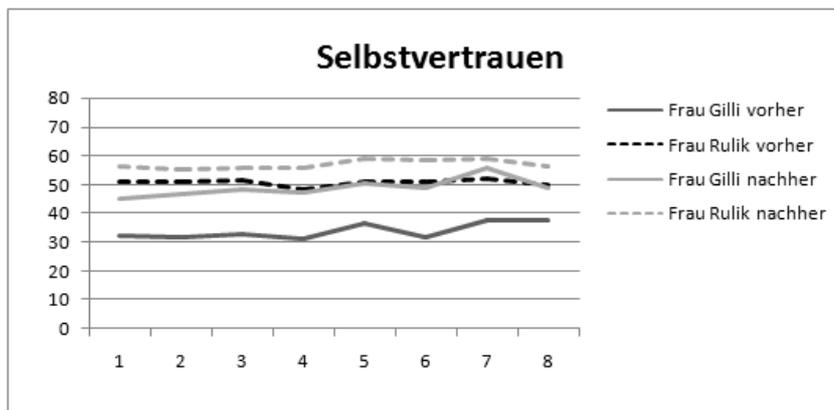
Trauer



	<i>M (SD)</i>	<i>Test gegen 0</i>	
		<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Prä-Session</i>			
Frau Gilli	63.26 (14.65)		
Frau Rulik	57.48 (8.60)		
<i>Differenz Prä-Post</i>			
Frau Gilli	-11.77 (8.96)	8.41	<.001
Frau Rulik	-8.48 (4.68)	11.60	<.001

Beide Therapeutinnen zeigten in ihren Fremdeinschätzungen signifikante Verbesserungen im Bereich der Trauer der Patienten. Frau Gilli und Frau Rulik lagen in ihren Einschätzungen nahe beisammen, Frau Gilli schätzte die Trauer über alle Zeitpunkte etwas höher ein als ihre Kollegin.

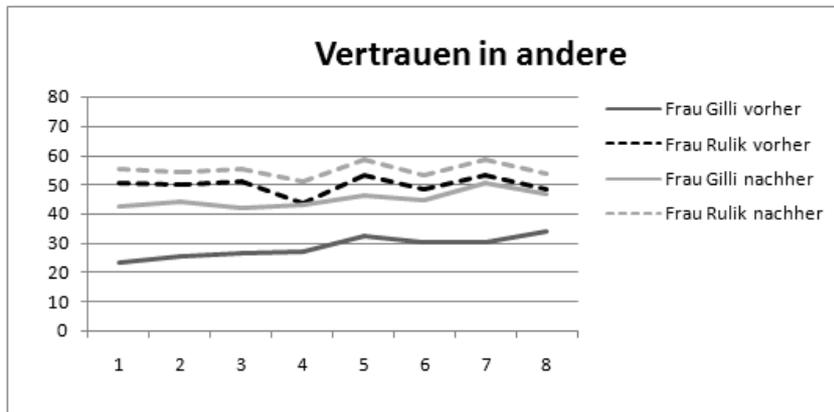
Selbstvertrauen



	<i>M (SD)</i>	<i>Test gegen 0</i>	
		<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Prä-Session</i>			
Frau Gilli	34.07 (11.58)		
Frau Rulik	50.72 (9.75)		
<i>Differenz Prä-Post</i>			
Frau Gilli	14.23 (8.49)	10.73	<.001
Frau Rulik	6.41 (3.46)	11.85	<.001

Im Selbstvertrauen gingen beide Therapeutinnen von einem signifikanten Anstieg bei den Patienten aus. Frau Rulik schätzte das Selbstvertrauen bei Beginn der Therapien weit höher ein als ihre Kollegin, blieb jedoch über alle acht Einheiten nahezu konstant. Frau Gilli ging zu allen Zeitpunkten von geringerem Selbstvertrauen aus und nahm stärkere Schwankungen im Therapieverlauf wahr. Die Diagramme zeigen das sehr deutlich.

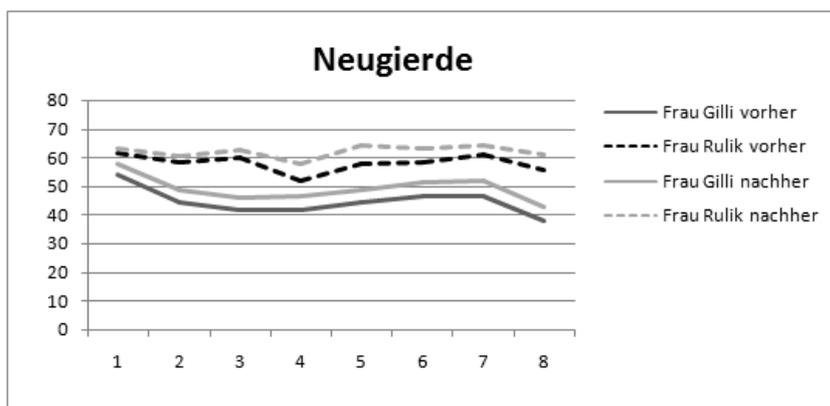
Vertrauen in andere



	<i>M (SD)</i>	<i>Test gegen 0</i>	
		<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Prä-Session</i>			
Frau Gilli	29.40 (12.06)		
Frau Rulik	49.75 (11.14)		
<i>Differenz Prä-Post</i>			
Frau Gilli	15.17 (9.88)	9.83	<.001
Frau Rulik	5.30 (3.11)	10.92	<.001

Sowohl Frau Gilli als auch Frau Rulik nahmen einen Anstieg an Vertrauen in andere bei den Patienten wahr. Während Frau Rulik zu Beginn der Therapien stärkeres Vertrauen in andere bei den Patienten spürte und dieses am Ende der Therapie leicht anstieg, so nahm Frau Gilli zu Beginn der Therapien weit geringeres Vertrauen in andere wahr, die Verbesserung war dann jedoch weitaus größer. Die beiden Fremdbeurteiler lagen jedoch zu allen Zeitpunkten auseinander.

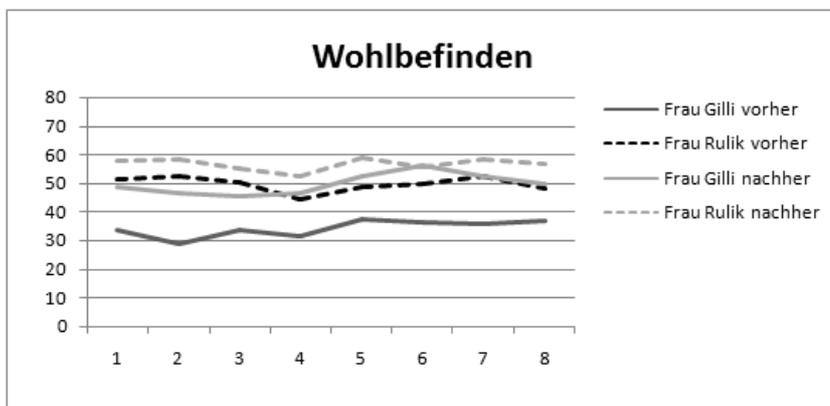
Neugierde



	<i>M (SD)</i>	<i>Test gegen 0</i>	
		<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Prä-Session</i>			
Frau Gilli	44.97 (12.07)		
Frau Rulik	58.12 (9.95)		
<i>Differenz Prä-Post</i>			
Frau Gilli	4.48 (6.10)	4.70	<.001
Frau Rulik	4.11 (3.15)	8.36	<.001

Beide Therapeutinnen nahmen signifikante Verbesserungen in der Neugierde der Patienten wahr. Frau Rulik beschrieb zu allen Zeitpunkten größere Neugierde als Frau Gilli. Die Diagramme zeigen, dass der Linienvorlauf vor den Therapien große Ähnlichkeit mit jenem nach den Therapien hat, die Werte stiegen nur gering an.

Wohlbefinden



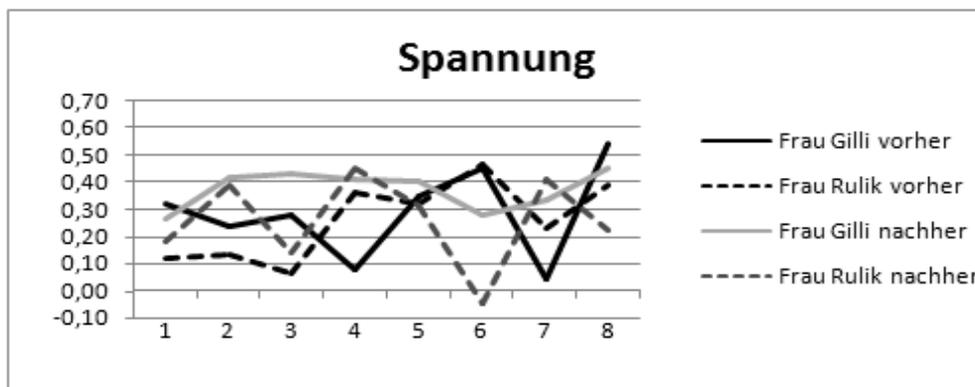
	<i>M (SD)</i>	<i>Test gegen 0</i>	
		<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Prä-Session</i>			
Frau Gilli	37.01 (9.20)		
Frau Rulik	49.58 (9.75)		
<i>Differenz Prä-Post</i>			
Frau Gilli	14.66 (8.07)	11.63	<.001
Frau Rulik	7.16 (4.16)	11.02	<.001

Das Wohlbefinden verbesserte sich nach Wahrnehmung der Therapeutinnen signifikant. Während Frau Rulik zu Beginn der Therapien stärkeres Wohlbefinden bei den Patienten spürte und dieses am Ende der Therapie leicht anstieg, so nahm Frau Gilli zu Beginn der Therapien geringeres Wohlbefinden wahr, die Verbesserung war dann jedoch weitaus größer. Die beiden Fremdbeurteiler lagen zu allen Zeitpunkten auseinander, schienen sich jedoch gegen Ende der Therapie anzunähern.

20.4 Übereinstimmung der Therapeutinnenratings

Berechnung der Intraklassenkorrelationskoeffizienten mittels Reliabilitätsanalyse (Kennwerte gemittelt über alle 8 Sessions). Die bedeutsamen Korrelationen ($p < .05$) wurden jeweils hervorgehoben.

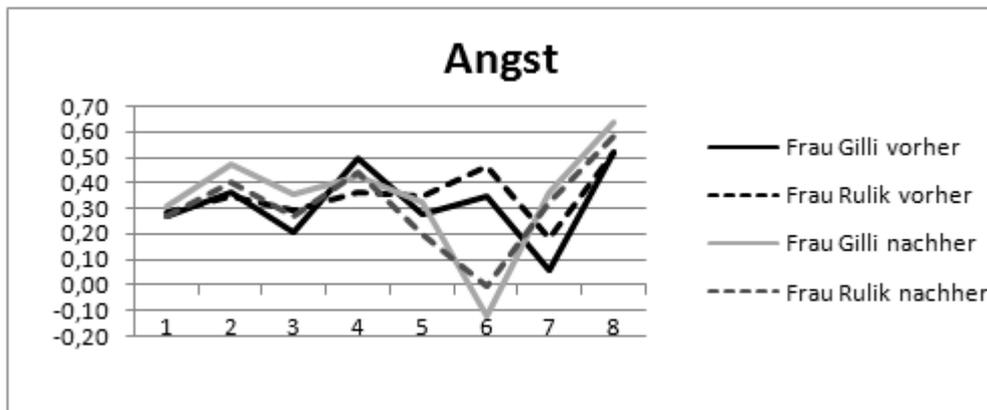
Spannung



SPANNUNG Vorher	Gruppe und Frau Gilli			Gruppe und Frau Rulik		
	ICC	F-Wert	Sig.	ICC	F-Wert	Sig.
T1	.318	1.931	.041	.116	1.262	.254
T2	.237	1.621	.096	.130	1.300	.246
T3	.277	1.765	.046	.065	1.138	.363
T4	.080	1.173	.312	.363	2.138	.013
T5	.349	2.072	.013	.321	1.944	.020
T6	.452	2.651	.004	.468	2.762	.004
T7	.040	1.082	.422	.228	1.591	.109
T8	.545	3.393	.002	.387	2.262	.023

SPANNUNG Nachher	Gruppe und Frau Gilli			Gruppe und Frau Rulik		
	ICC	F-Wert	Sig.	ICC	F-Wert	Sig.
T1	.265	1.723	.074	.185	1.453	.144
T2	.418	2.439	.008	.390	2.279	.017
T3	.432	2.524	.003	.142	1.331	.219
T4	.408	2.379	.005	.453	2.658	.002
T5	.405	2.360	.005	.314	1.915	.023
T6	.280	1.776	.071	-.047	.911	.597
T7	.333	2.001	.045	.409	2.386	.011
T8	.454	2.660	.010	.223	1.574	.132

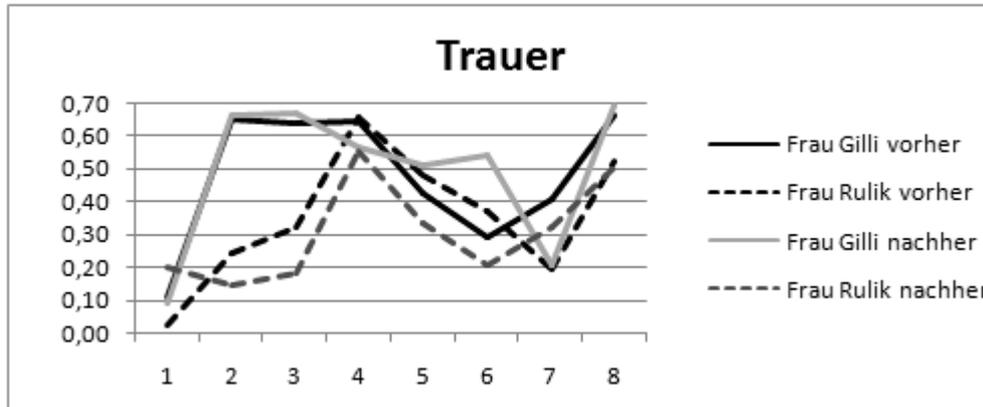
Angst



ANGST Vorher	Gruppe und Frau Gilli			Gruppe und Frau Rulik		
	ICC	F-Wert	Sig.	ICC	F-Wert	Sig.
T1	.272	1.749	.069	.283	1.790	.050
T2	.362	2.133	.023	.345	2.052	.031
T3	.207	1.521	.107	.294	1.832	.051
T4	.499	2.990	.001	.363	2.140	.013
T5	.276	1.763	.040	.343	2.045	.014
T6	.347	2.062	.022	.459	2.697	.005
T7	.062	1.132	.380	.183	1.447	.163
T8	.519	3.156	.003	.517	3.144	.003

ANGST Nachher	Gruppe und Frau Gilli			Gruppe und Frau Rulik		
	ICC	F-Wert	Sig.	ICC	F-Wert	Sig.
T1	.311	1.901	.045	.270	1.739	.058
T2	.471	2.778	.004	.402	2.347	.014
T3	.357	2.110	.014	.269	1.738	.068
T4	.424	2.474	.004	.440	2.568	.003
T5	.324	1.958	.022	.203	1.508	.102
T6	-.121	.785	.729	-.003	.995	.505
T7	.365	2.148	.031	.323	1.954	.038
T8	.635	4.479	.000	.582	3.788	.001

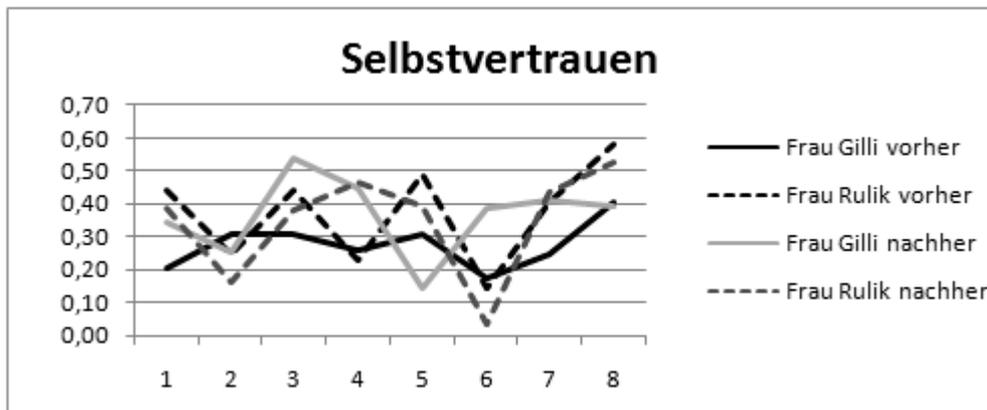
Trauer



TRAUER Vorher	Gruppe und Frau Gilli			Gruppe und Frau Rulik		
	ICC	F-Wert	Sig.	ICC	F-Wert	Sig.
T1	.108	1.242	.282	.024	1.049	.446
T2	.650	4.721	.000	.246	1.654	.095
T3	.641	4.572	.000	.324	1.960	.035
T4	.644	4.618	.000	.655	4.805	.000
T5	.423	2.466	.003	.480	2.849	.001
T6	.292	1.825	.047	.373	2.192	.019
T7	.407	2.375	.017	.195	1.484	.147
T8	.664	4.945	.000	.524	3.202	.003

TRAUER Nachher	Gruppe und Frau Gilli			Gruppe und Frau Rulik		
	ICC	F-Wert	Sig.	ICC	F-Wert	Sig.
T1	.091	1.201	.312	.198	1.494	.127
T2	.663	4.938	.000	.148	1.347	.218
T3	.667	5.000	.000	.185	1.453	.156
T4	.568	3.635	.000	.551	3.452	.000
T5	.512	3.100	.000	.335	2.007	.016
T6	.541	3.357	.001	.208	1.524	.135
T7	.205	1.516	.152	.325	1.964	.037
T8	.695	5.557	.000	.503	3.024	.004

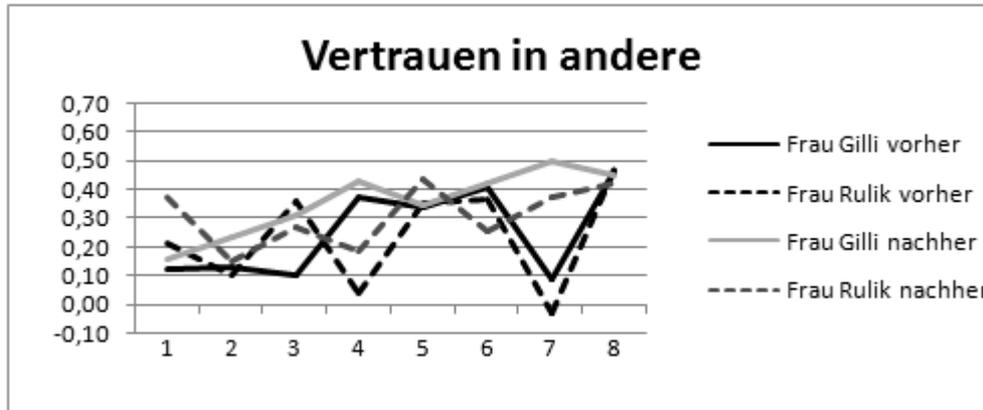
Selbstvertrauen



SELBSTVERTRAUEN Vorher	Gruppe und Frau Gilli			Gruppe und Frau Rulik		
	ICC	F-Wert	Sig.	ICC	F-Wert	Sig.
T1	.207	1.523	.131	.437	2.550	.004
T2	.308	1.892	.049	.246	1.654	.103
T3	.310	1.899	.029	.437	2.553	.006
T4	.261	1.706	.054	.229	1.594	.083
T5	.310	1.898	.024	.488	2.906	.001
T6	.175	1.426	.160	.142	1.330	.224
T7	.248	1.660	.106	.401	2.338	.014
T8	.405	2.361	.020	.579	3.746	.001

SELBSTVERTRAUEN Nachher	Gruppe und Frau Gilli			Gruppe und Frau Rulik		
	ICC	F-Wert	Sig.	ICC	F-Wert	Sig.
T1	.342	2.039	.030	.388	2.269	.012
T2	.252	1.674	.086	.164	1.392	.202
T3	.539	3.338	.000	.379	2.219	.018
T4	.447	2.616	.003	.461	2.710	.002
T5	.142	1.330	.195	.392	2.292	.006
T6	.388	2.270	.021	.037	1.076	.423
T7	.408	2.376	.017	.435	2.542	.008
T8	.394	2.302	.026	.524	3.202	.003

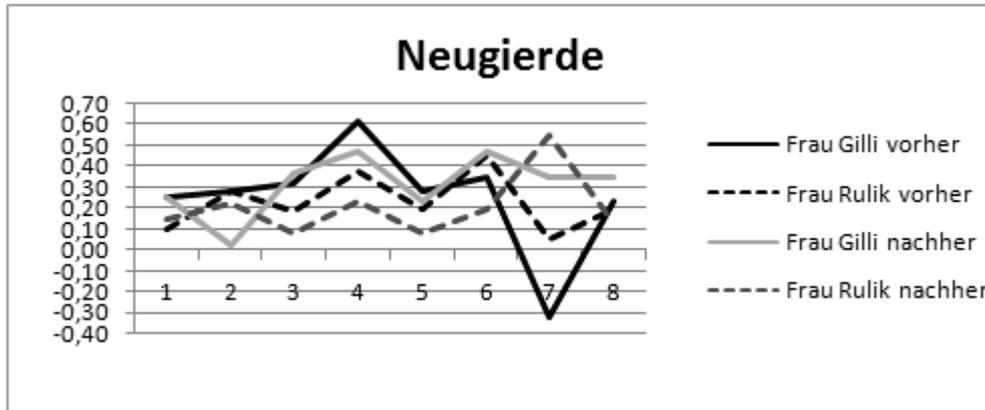
Vertrauen in andere



VERTRAUEN in andere Vorher	Gruppe und Frau Gilli			Gruppe und Frau Rulik		
	ICC	F-Wert	Sig.	ICC	F-Wert	Sig.
T1	.124	1.282	.254	.214	1.543	.109
T2	.134	1.308	.249	.104	1.233	.302
T3	.102	1.227	.271	.360	2.126	.021
T4	.375	2.198	.009	.042	1.087	.402
T5	.338	2.022	.015	.356	2.104	.011
T6	.409	2.384	.008	.365	2.151	.022
T7	.092	1.203	.324	-.026	.949	.555
T8	.461	2.711	.009	.471	2.777	.007

VERTRAUEN in andere Nachher	Gruppe und Frau Gilli			Gruppe und Frau Rulik		
	ICC	F-Wert	Sig.	ICC	F-Wert	Sig.
T1	.156	1.371	.200	.375	2.199	.014
T2	.235	1.615	.102	.153	1.360	.219
T3	.311	1.901	.029	.271	1.742	.067
T4	.430	2.507	.004	.183	1.448	.139
T5	.346	2.060	.015	.440	2.570	.002
T6	.422	2.461	.013	.254	1.681	.088
T7	.501	3.008	.004	.377	2.211	.020
T8	.453	2.659	.011	.426	2.483	.015

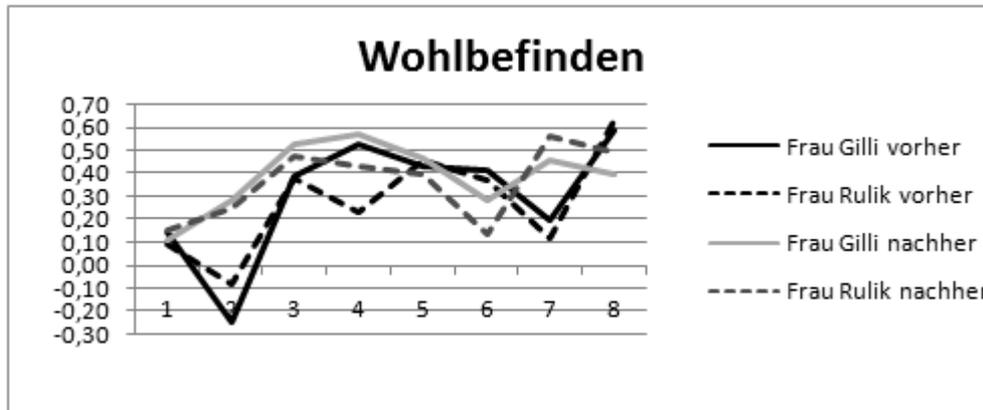
Neugierde



NEUGIERDE Vorher	Gruppe und Frau Gilli			Gruppe und Frau Rulik		
	ICC	F-Wert	Sig.	ICC	F-Wert	Sig.
T1	.254	1.679	.084	.104	1.233	.276
T2	.278	1.771	.076	.279	1.774	.079
T3	.316	1.926	.028	.190	1.470	.153
T4	.615	4.200	.000	.376	2.203	.010
T5	.280	1.777	.038	.199	1.497	.106
T6	.350	2.077	.021	.454	2.660	.005
T7	-.320	.515	.948	.054	1.115	.386
T8	.235	1.614	.124	.195	1.483	.165

NEUGIERDE Nachher	Gruppe und Frau Gilli			Gruppe und Frau Rulik		
	ICC	F-Wert	Sig.	ICC	F-Wert	Sig.
T1	.252	1.675	.085	.145	1.339	.207
T2	.021	1.043	.458	.224	1.578	.126
T3	.366	2.153	.012	.080	1.174	.332
T4	.469	2.763	.002	.231	1.602	.084
T5	.232	1.604	.078	.083	1.180	.304
T6	.471	2.781	.006	.200	1.500	.145
T7	.350	2.076	.037	.552	3.464	.001
T8	.349	2.070	.044	.124	1.282	.274

Wohlbefinden



WOHLBEFINDEN Vorher	Gruppe und Frau Gilli			Gruppe und Frau Rulik		
	ICC	F-Wert	Sig.	ICC	F-Wert	Sig.
T1	.148	1.346	.214	.099	1.219	.286
T2	-.245	.606	.900	-.077	.857	.649
T3	.385	2.252	.008	.384	2.245	.015
T4	.526	3.215	.000	.238	1.623	.075
T5	.425	2.481	.003	.458	2.693	.001
T6	.413	2.409	.008	.375	2.201	.019
T7	.198	1.494	.161	.124	1.283	.253
T8	.584	3.811	.001	.631	4.418	.000

WOHLBEFINDEN Nachher	Gruppe und Frau Gilli			Gruppe und Frau Rulik		
	ICC	F-Wert	Sig.	ICC	F-Wert	Sig.
T1	.108	1.242	.281	.152	1.357	.196
T2	.286	1.802	.059	.247	1.656	.102
T3	.523	3,195	.000	.477	2.822	.003
T4	.571	3,658	.000	.434	2.531	.004
T5	.464	2.731	.001	.399	2.330	.005
T6	.281	1.783	.074	.134	1.309	.240
T7	.458	2.689	.008	.562	3.570	.001
T8	.397	2.316	.025	.494	2.955	.005

20.5 Ergebnisse und Effekte der ANOVAS

Spezifischer Fragebogen – Vergleich der Studienteilnehmer

BSL-23

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	8.410	.007	.219
Gruppe	5.833	.022	.163
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	1.078	.308	.035

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

FDS – Depersonalisation/Derealisation

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	3.803	.061	.113
Gruppe	1.463	.236	.047
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.312	.581	.010

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

FDS - Amnesie

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	1.656	.208	.052
Gruppe	0.264	.611	.009
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	3.606	.067	.107

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

IPC - Internalität

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	0.984	.329	.032
Gruppe	0.356	.555	.012
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.875	.357	.028

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

IPC – sozial bedingte Externalität

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	0.096	.759	.003
Gruppe	0.440	.512	.014
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.163	.689	.005

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

IPC – fatalistische Externalität

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	0.257	.616	.008
Gruppe	0.603	.444	.020
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	1.063	.311	.034

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

SKI - Ich-Stärke/Unsicherheit

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	2.298	.140	.073
Gruppe	4.698	.039	.139
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.429	.518	.015

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

SKI – Vertrauen/Zurückhaltung

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	1.792	.191	.058
Gruppe	0.044	.836	.002
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.190	.667	.006

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

SKI – Durchsetzung/Kooperation

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	1.801	.190	.057
Gruppe	0.169	.683	.006
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	1.674	.206	.053

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

FBEK – Attraktivität/Selbstvertrauen

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	67,697	0,000	0,416
Gruppe	0,155	0,694	0,002
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0,002	0,964	0,000

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

FBEK – Akzentuierung des körperlichen Erscheinungsbildes

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	3.278	.080	.098
Gruppe	0.039	.845	.001
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.179	.675	.006

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

FBEK – Unsicherheit/Besorgnis

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	5.256	.029	.149
Gruppe	5.607	.025	.157
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.139	.712	.005

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

FBEK – körperlich-sexuelles Missempfinden

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	8.777	.006	.226
Gruppe	1.114	.300	.036
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.043	.836	.001

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	15.228	.000	.337
Gruppe	0.087	.770	.003
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.829	.370	.027

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

Testbatterie des PSZW – Vergleich der Patienten mit EI**BDI**

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	67.697	.000	.416
Gruppe	0.155	.694	.002
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.002	.964	.000

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

SCL-90-R - Globalwert

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	18.395	.000	.162
Gruppe	0.169	.682	.002
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.132	.717	.001

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

SCL-90-R - Antwortintensität

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	17.599	.000	.156
Gruppe	0.833	.364	.009
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.078	.781	.001

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

SCL-90-R – Symptomanzahl

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	15.798	.000	.143
Gruppe	0.175	.676	.002
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.249	.619	.003

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

STAI- Zustandsangst

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	14.187	.000	.130
Gruppe	0.716	.400	.007
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.450	.504	.005

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

STAI- Eigenschaftsangst

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	21.880	.000	.187
Gruppe	1.714	.194	.018
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.979	.325	.010

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

STAXI - Ärgerkontrolle

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	0.154	.696	.002
Gruppe	0.666	.417	.007
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	2.580	.112	.026

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

STAXI - Ärgerunterdrückung

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	8.949	.004	.086
Gruppe	1.399	.240	.015
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.148	.702	.002

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

STAXI - Abreaktion nach außen

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	0.003	.958	.000
Gruppe	1.638	.204	.017
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	2.492	.118	.026

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

STAXI - subjektiver Ärgerzustand

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	0.789	.377	.008
Gruppe	0.060	.806	.001
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.585	.446	.006

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

STAXI - Personenspez. Ärgerniveau

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	4.741	.032	.048
Gruppe	0.000	.994	.000
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.000	.982	.000

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

STAXI - Ärgertemperament

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	3.175	.078	.032
Gruppe	1.060	.306	.011
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.125	.725	.001

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

STAXI - Ärgerreaktion

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	4.611	.034	.046
Gruppe	1.092	.299	.011
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.094	.760	.001

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

Testbatterie des PSZW – Vergleich der TGT - Gruppen

BDI

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	44.152	.000	.551
Gruppe	8.637	.006	.193
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.005	.944	.000

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

SCL-90-R - Globalwert

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	16.480	.000	.314
Gruppe	7.375	.010	.170
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.360	.552	.010

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

SCL-90-R - Antwortintensität

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	18.237	.000	.336
Gruppe	2.623	.114	.068
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.407	.528	.011

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

SCL-90-R – Symptomanzahl

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	10.537	.003	.226
Gruppe	9.445	.004	.208
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.925	.342	.025

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

STAI- Zustandsangst

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	7.105	.011	.165
Gruppe	9.211	.004	.204
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.052	.821	.001

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

STAI- Eigenschaftsangst

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	16.011	.000	.308
Gruppe	6.352	.016	.150
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.813	.373	.022

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

STAXI - Ärgerkontrolle

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	0.888	.352	.024
Gruppe	0.076	.785	.002
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.003	.957	.000

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

STAXI - Ärgerunterdrückung

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	4.894	.033	.120
Gruppe	1.795	.189	.047
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.123	.728	.003

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

STAXI – Abreaktion nach außen

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	0.103	.750	.003
Gruppe	0.879	.355	.024
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	2.199	.147	.058

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

STAXI – subjektiver Ärgerzustand

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	1.146	.291	.031
Gruppe	1.306	.261	.035
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.914	.345	.025

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

STAXI – Personenspez. Ärgerniveau

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	1.893	.177	.050
Gruppe	5.147	.029	.125
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.029	.865	.001

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

STAXI - Ärgertemperament

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	2.073	.159	.054
Gruppe	3.031	.090	.078
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.062	.805	.002

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

STAXI - Ärgerreaktion

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	1.342	.254	.036
Gruppe	6.174	.018	.146
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	0.233	.632	.006

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

TAS-26

	F	p	part. Eta-Quadrat
Zeit	7.012	.012	.175
Gruppe	0.516	.478	.015
Wechselwirkung (Zeit x Gruppe)	2.221	.146	.063

Anmerkungen. df = 1 für F-Tests.

20.6 Thermometerfragebogen (Analogskalen)

Sehr geehrter Patient,
sehr geehrte Patientin!

Bitte kennzeichnen Sie auf den folgenden Skalen, wie Sie sich jetzt gerade in Bezug auf *Spannung, Angst, Trauer, Selbstvertrauen, Vertrauen in andere, Neugierde und Wohlbefinden* fühlen.

Diese Skalen sind ähnlich einem Thermometer – 0 bezeichnet dabei „Sehr gering“ und 100 steht für „Sehr hoch“.

Bitte machen Sie an jener Stelle ein Kreuz, welche Ihren momentanen Zustand am Besten widerspiegelt. Danke.

Name: _____

Unit: _____

Datum: _____

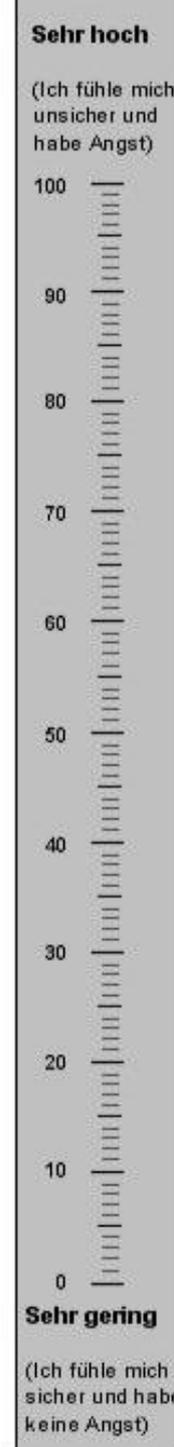
Zeitpunkt: Vor der TGT

Nach der TGT

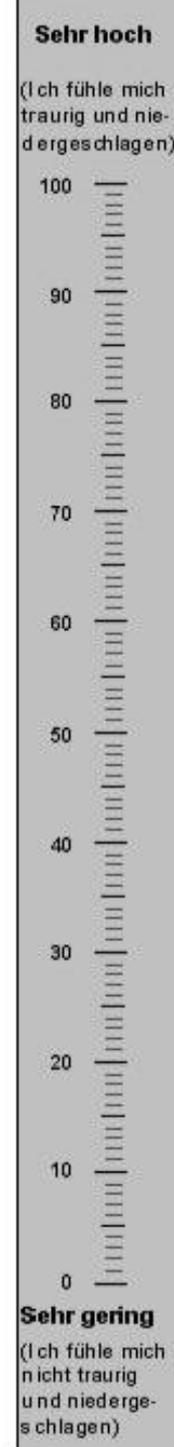
Meine momentane **Spannung**



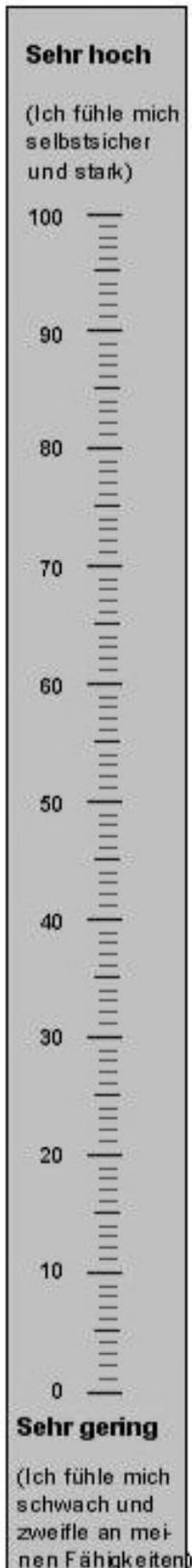
Meine momentane **Angst**



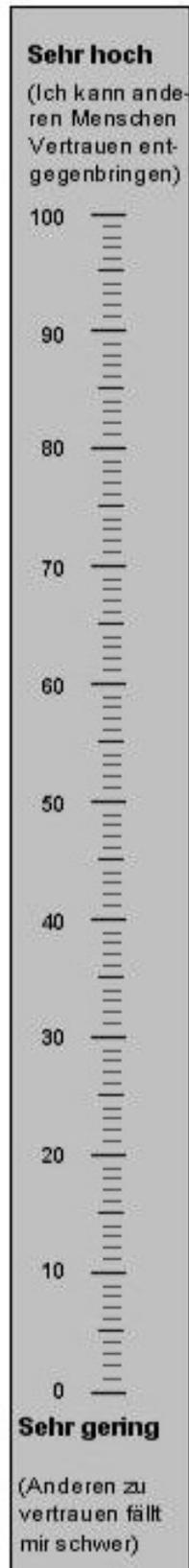
Meine momentane **Trauer**



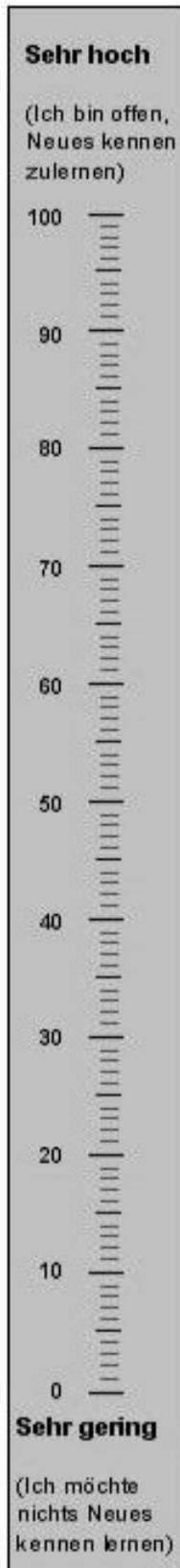
Mein momentanes **Selbstvertrauen**



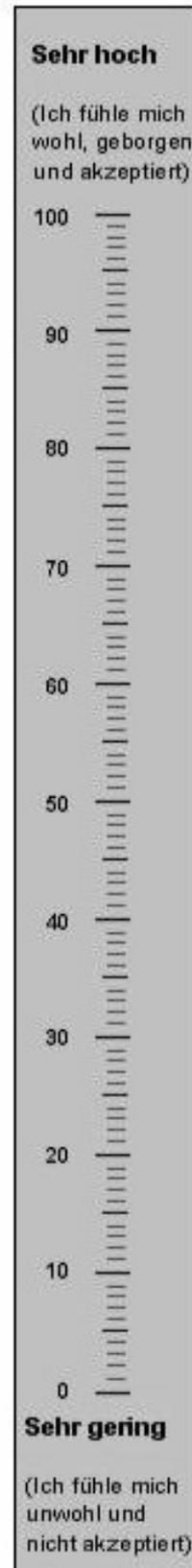
Mein momentanes **Vertrauen in andere**



Meine momentane **Neugierde**



Mein momentanes **Wohlbefinden**



Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Geplante Störungsbereiche für das DSM-V.....	16
Tab. 2: Teilnehmer pro Unit.....	47
Tab. 3: Demografische Daten der Studienteilnehmer	48
Tab. 4: Komorbiditäten der Patienten	48
Tab. 5: Demografische Variablen der Vergleichsstichprobe	51
Tab. 6: Komorbiditäten der Vergleichsstichprobe	51
Tab. 7: Baselineuntersuchung	71
Tab. 8: Selbstbeurteilung - Spannung	72
Tab. 9: Selbstbeurteilung – Angst.....	73
Tab. 10: Selbstbeurteilung - Trauer	74
Tab. 11: Selbstbeurteilung – Selbstvertrauen	75
Tab. 12: Selbstbeurteilung - Vertrauen in andere	76
Tab. 13: Selbstbeurteilung – Neugierde	77
Tab. 14: Selbstbeurteilung – Wohlbefinden	78
Tab. 15: Veränderungen in den Prä-Session-Werten (Anstiege der Regressions- geraden über die 8 Sessions; Spearman-Rangkorrelationen).....	79
Tab. 16: Übereinstimmung der Prä-Ratings.....	80
Tab. 17: : Übereinstimmung der Post-Ratings	80
Tab. 18: Analyse der TGT-Patienten und Therapeutin Frau Gilli	81
Tab. 19: Analyse der TGT-Patienten und Therapeutin Frau Rulik	81
Tab. 20: Baseline-Untersuchung (EI und HG)	82
Tab. 21: Veränderungen relevanter Skalen des FDS und des BSL-23	83
Tab. 22: Veränderungen der Handlungsorientierung	84
Tab. 23: Veränderungen der eigenen Körperwahrnehmung	84
Tab. 24: Baseline-Untersuchung (EI und VG).....	86
Tab. 25: Effekte der Symptombelastung, Depressivität, Angst und Ärger	87
Tab. 26: Baseline-Untersuchung (EI und HG)	90
Tab. 27: Effekte - Affektwahrnehmung	90
Tab. 28: Effekte - Symptombelastung, Depressivität, Angst, Ärger.....	91
Tab. 29: Zusammenhänge positiver Veränderungen	93

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Trianguläre Beziehung nach Otterstedt (2003, S. 63).....	22
Abb. 2: Säulenmodell der Unit A.....	44
Abb. 3: Darstellung von Stichprobe und Drop-Out.....	1
Abb. 4: Häufigkeit der Teilnahme an der TGT	49
Abb. 5: Häufigkeit der Psychopharmakaeinnahme	50
Abb. 6: Anwendung von Psychopharmaka in der Vergleichsgruppe.....	52
Abb. 7: Die Therapeutinnen Frau Gilli und Frau Rulik.....	53
Abb. 8: Die Pferde im PSZW	54
Abb. 9: Die anderen Tiere am Bauernhof	56
Abb. 10: Selbstbeurteilung – Spannung	72
Abb. 11: Selbstbeurteilung – Angst.....	73
Abb. 12: Selbstbeurteilung - Trauer	74
Abb. 13: Selbstbeurteilung - Selbstvertrauen.....	75
Abb. 14: Selbstbeurteilung - Vertrauen in andere	76
Abb. 15: Selbstbeurteilung - Neugierde.....	77
Abb. 16: Selbstbeurteilung - Wohlbefinden.....	78

Literaturverzeichnis

- American Hippotherapy Association (2005). *Hippotherapy as a treatment strategy*. Zugriff am 21-2-2009 unter http://www.americanhippotherapyassociation.org/aha_hpot_tool.htm#.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/ Fourth Edition*. Washington DC: APA.
- Aronson, E., Wilson, T., & Akert, R. (2004). *Sozialpsychologie*. München: Pearson Studium.
- Berget, B., Ekeberg, O., & Braastad, B. O. (2008). Animal-assisted therapy with farm animals for persons with psychiatric disorders: effects on self-efficacy, coping ability and quality of life, a randomized controlled trial [In Process Citation]. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4, 9.
- Bernstein, P. L. (2000). Animal-assisted therapy enhances resident social interaction and initiation in long-term care facilities. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals*, 13, 214-224.
- Birbaumer, N. & Schmidt, R. (2003). *Biologische Psychologie*. Berlin: Springer.
- Bohus, M. (2002). *Borderlinestörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M., Stieglitz, R.-D., Domsalla, M., Chapman, A. et al. (2009). The Short-Version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and Initial Data on Psychometric Properties. *Psychopathology*, 42, 32-39.
- Brandt, K. (2004). A Language of Their Own: An Interactionist Approach to Human-Horse Communication. *Society and Animals*, 12, 299-316.
- Chandler, C. K. (2005). *Animal assisted therapy in counseling*. New York: CRC Press.
- Cole, K. M., Gawlinski, A., Steers, N., & Kotlerman, J. (2007). Animal-assisted therapy in patients hospitalized with heart failure. *American Journal of Critical Care*, 16, 575-578.

- Courtois, C. A. (2004). Complex Trauma, Complex Reactions: Assessment and Treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 412-425.
- Diepold, B. (2005). *Spiel-Räume, Erinnern und Entwerfen*. Göttingen: Universitätsdrucke.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel 5 (F): klinisch-diagnostische Leitlinien* (2. Aufl.). Göttingen: Huber.
- Dobernig, E. & Seibold, R. (2007). Stationäre Behandlung (komplexer) Traumafolgestörungen in der psychiatrischen Rehabilitation. Möglichkeiten und Grenzen; Inpatient treatment of (complex) posttraumatic disorders in psychiatric rehabilitation. Possibilities and limits. *Psychologie in Österreich*, 2007, 39-46.
- Driessen, M., Beblo, T., Reddemann, L., Rau, H., Lange, W., Silva, A. et al. (2002). Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? Zum Stand der Forschung. *Der Nervenarzt*, 73, 820-829.
- Eckert, J., Dutz, B., & Makowsky, C. (2000). Die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 45, 271-285.
- Franke, G. H. (2002). *Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis – Deutsche Version (SCL-90-R)* (2. Aufl.). Göttingen: Beltz.
- Friedmann, E., Katcher, A. H., Lynch, J. J., & Thomas, S. A. (1980). Animal companions and one-year survival of patients after discharge from a coronary care unit. *Public Health Reports*, 95, 307-312.
- Gilli, D. (2007a). Modellprojekt "Tiergestützte Therapie für die Psychosomatik". Unveröffentlichte Arbeit.
- Gilli, D. (2007b). Modellprojekt "Tiergestützte Therapien für die Psychosomatik - Begleiten mit Tieren". Unveröffentlichte Arbeit.
- Goetze, H. (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Göttingen: Hogrefe.

- Harned, M. & Linehan, M. (2008). Integrating Dialectical Behavior Therapy and Prolonged Exposure to Treat Co-Occurring Borderline Personality Disorder and PTSD: Two Case Studies. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*, 263-276.
- Hausmann, C. (2007). Psychotraumatologie - ein Überblick; Psychotraumatology - An overview. *Psychologie in Österreich, 2007*, 6-12.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI). Bearbeitung der deutschen Ausgabe. Testhandbuch*. Göttingen: Huber.
- Herkner, W. (2001). *Sozialpsychologie*. Göttingen: Huber.
- Huber, M. (2007). *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil 1*. Paderborn: Junfermann.
- Kawamura, N., Niiyama, M., & Niiyama, H. (2007). Long-term evaluation of animal-assisted therapy for institutionalized elderly people: a preliminary result. *Psychogeriatrics, 7*, 8-13.
- Klontz, B. T., Bivens, A., Leinart, D., & Klontz, T. (2007). The Effectiveness of Equine-Assisted Experiential Therapy: Results of an Open Clinical Trial. *Society and Animals, 15*, 257-267.
- Krampen, G. (1981). *IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Kruger, K. A. & Serpell, J. A. (2000). Animal-Assisted Interventions in Mental Health. In A.H.Fine (Hrsg.), *Handbook on animal-assisted therapy* (S. 21-38). San Diego, CA: Academic Press.
- Kupfer, J., Brosig, B., & Brähler, E. (2001). *Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26). Manual* (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (1992). *Ein Plädoyer für die Tierhaltung in Alten- und Pflegeheimen*. Köln.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., & Spielberger, C. D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar. Theoretische Grundlagen und Handanweisung*. Weinheim: Beltz.
- Lieb, K., Bohus, M., Barthruff, H., Jacob, G., & Richter, H. (2004). *Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit der "Dialektisch Behavioralen Therapie" nach M.*

- Linehan*. Zugriff am 25-8-2009 unter http://www.uniklinikfreiburg.de/psych/live/patientenversorgung/ambulanzen/ambulanz-borderline/ambulanz-borderline-kol/DBT_Infos.pdf.
- Lothrop, H. (2005). *Gute Hoffnung - jähes Ende*. München: Kösel.
- Lueger-Schuster, B. (2008). Diagnostik Posttraumatischer Belastungsstörungen. *Psychiatria Danubia*, 20, 521-531.
- Lueger-Schuster, B. & Pal-Handl, K. (2004). *Wie Pippi wieder lachen lernte: Elternratgeber für traumatisierte Kinder*. Wien: Springer.
- McCormick, A. & McCormick, M. D. (1997). *Horse sense and the human heart: what horses can teach us about trust, bonding, creativity, and spirituality*. Florida: HCI.
- McCulloch, M. J. (1983). Animal facilitated therapy: Overview and future direction. In A.H.Katcher & A. M. Beck (Hrsg.), *New Perspectives on our lives with companion animals* (S. 410-426). Philadelphia: University of Pennsylvania.
- Mehlem, M. (2005). Angst und Pferde - Wege zur Bewältigung und Integration von Ängsten mit Hilfe der Pferde. In Fachgruppe Arbeit mit dem Pferd in der Psychotherapie (FAPP) und Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten e.V.(DKThR) (Hrsg.), *Psychotherapie mit dem Pferd, Beiträge aus der Praxis* (S. 20-38).
- Muenker-Kramer, E. (2007). Zum Verständnis von EMDR als Behandlungsmethode für PTBS auf dem Hintergrund der modernen Psychotraumatologie; The understanding of EMDR based on modern psychotraumatology. *Psychologie in Österreich*, 2007, 53-60.
- Nimer, J. & Lundahl, B. (2007). Animal-Assisted Therapy: A Meta-Analysis. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals*, 20, 225-238.
- Olbrich, E. (2009). Mensch-Tier-Beziehungen. In K.Lenz & F. Nestmann (Hrsg.), *Handbuch persönliche Beziehungen* (S. 353-379). Weinheim: Juventa.
- Otterstedt, C. (2001). *Tiere als therapeutische Begleiter*. Stuttgart: Kosmos.

- Otterstedt, C. (2003). Der heilende Prozess in der Interaktion zwischen Mensch und Tier. In C.Otterstedt & E. Olbrich (Hrsg.), *Menschen brauchen Tiere* (S. 58-68). Stuttgart: Kosmos.
- Otterstedt, C. (2007). *Mensch und Tier im Dialog*. Stuttgart: Kosmos.
- Parshall, D. P. (2003). Research and Reflection: Animal-Assisted Therapy in Mental Health Settings. *Counseling and Values, 48*, 47-56.
- Pelcovitz, D., van der, K. B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a Criteria Set and a Structured Interview for Disorders of Extreme Stress SIDES. *Journal of Traumatic Stress, 10*, 3-16.
- Purtscher, K. & Dick, G. (2004). Trauma im Kindesalter. In A.Friedmann, P. Hofmann, B. Lueger-Schuster, M. Steinbauer, & D. Vyssoki (Hrsg.), *Psychotrauma. Die posttraumatische Belastungsstörung* (S. 127-139). Wien: Springer.
- Quiroz Rothe, E., Jiménez Vega, B., Mazo Torres, R., Campos Soler, S. M., & Molina Pazos, R. M. (2005). From kids and horses: Equine facilitated psychotherapy for children. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*, 373-383.
- Rau, P. (2007). Prozessorientierte Psychologische Diagnostik von Traumafolgestörungen als erste behutsame Intervention auf Basis des Kassenvertrages fuer Psychologische Diagnostik in Österreich; Process-oriented psychological diagnosis of trauma-related disorders as a first step in psychological treatment. *Psychologie in Österreich, 2007*, 17-27.
- Reddemann, L. & Sachse, U. (2000). Traumazentrierte Psychotherapie der chronifizierten, komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung vom Phänotyp der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In O.Kernberg, B. Dulz, & U. Sachse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 555-572). Stuttgart: Schattauer.
- Resick, P. A. (2003). *Stress und Trauma. Grundlagen der Psychotraumatologie*. Göttingen: Huber.
- Rohde-Dachser, C. (2004). *Das Borderline-Syndrom*. Huber: Bern.
- Sack, M. (2004). Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Der Nervenarzt, 75*, 451-459.

- Scholl, S., Grall, G., & Gahleitner, G. (2007). *Tiergestützte Therapie, Pädagogik und Fördermaßnahmen am Bauernhof*. Zugriff am 17-2-2009 unter <http://media.manila.at/oekl/gems/Abschlussbericht070702.pdf>.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Zugriff am 21-2-2009 unter <http://www.fu-berlin.de/gesund/>.
- Schwenkmezger, P., Hodapp, V., & Spielberger, C. D. (1992). *Das State-Trait-Ärgerausdrucksinventar (STAXI)*. Bern: Huber.
- Sendera, A. & Sendera, M. (2007). *Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung*. Wien: Springer.
- Spitzer, C., Stieglitz, R.-D., & Freyberger, H. J. (2004). *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS). Testmanual (2. Aufl.)*. Bern: Huber, Hogrefe AG.
- Strauß, B. & Richter-Appelt, H. (1996). *Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK)*. Göttingen: Hogrefe.
- Teegen, F. (2000). Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Psychotherapeut*, 45, 341-349.
- Tiere als Therapie (2007). *TAT- Universitätslehrgang "Tiergestützte Therapie & tiergestützte Fördermaßnahmen"*. Zugriff am 17-2-2009 unter http://www.tierealstherapie.org/uni_lehrgang.php#Zielsetzung.
- Trotter, K. S., Chandler, C. K., Goodwin-Bond, D., & Casey, J. (2008). A Comparative Study of the Efficacy of Group Equine Assisted Counseling With At-Risk Children and Adolescents. *Journal of Creativity in Mental Health*, 3, 254-284.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 401-408.
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389-399.

- Vidrine, M., Owen-Smith, P., & Faulkner, P. (2002). Equine-facilitated group psychotherapy: Applications for therapeutic vaulting. *Issues in Mental Health Nursing, 23*, 587-603.
- von Georgi, R. & Beckmann, D. (2004). *Selbstkonzept-Inventar (SKI). Manual*. Bern: Huber.
- Wagner, A. W., Rizvi, S. L., & Harned, M. (2007). Applications of dialectical behavior therapy to the treatment of complex trauma-related problems: When one case formulation does not fit all. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 391-400.
- Wells, D. L. (2007). Domestic dogs and human health: an overview. *British Journal of Health Psychology, 12*, 145-156.
- Wise, K. (2007). HELP: Ein therapeutisches Konzept zur Behandlung traumatisierter Personen nach einem sexuellen Missbrauch; HELP: A therapeutic concept for treating sexually abused and traumatized persons. *Psychologie in Österreich, 2007*, 47-52.
- Wolf, E. S. (2002). *Treating the Self: Elements of Clinical Self Psychology*. New York: The Guilford Press.
- Yorke, J., Adams, C., & Coady, N. (2008). Therapeutic Value of Equine-Human Bonding in Recovery from Trauma. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals, 21*, 17-30.

Lebenslauf



Persönliche Angaben:

Name: Sabrina Rockenbauer
Geburtsdatum/ort: 18. Juni 1985; Horn
Anschrift: Gatterburgstraße 2/8, 2070 Retz
E-Mail: SabrinaRockenbauer@gmx.at
Staatsbürgerschaft: Österreich

(Hoch-) Schulbildung:

Zeitraum	Ausbildungseinrichtung
seit Oktober 2004	Universität Wien: Studienrichtung Psychologie mit dem Schwerpunkt Klinische- und Gesundheitspsychologie Universität Wien: Studienrichtung Pädagogik mit den Schwerpunkten Heil- und Integrativpädagogik sowie Psychoanalytische Pädagogik
1999 – 2004	Handelsakademie Retz
1995 – 1999	Hauptschule Retz
1991 – 1995	Volksschule Retz

Berufserfahrung:

Dienstgeber	Beschäftigungsart	Zeitraum
Psychosomatisches Zentrum Waldviertel	Praktikum für Klinische Psychologie	15. – 26. September 2008
Wiener Jugenderholung	Kinderbetreuung (Ferialpraxis)	3. – 23. August 2008
Zentrum Jonathan Maissau	6-Wochen Praktikum für Klinische Psychologie	1. Juli – 20. August 2007
Caritas Retz und Unternalb	Behindertenbetreuung	seit Oktober 2005 1. – 31. August 2005 1. – 31. Juli 2005 1. Juli – 31. August 2004
Stadtgemeinde Retz	Verwaltung (Ferialpraxis)	1. – 31. August 2002
Rotes Kreuz Wien	Transportverrechnung (Ferialpraxis)	1. – 31. Juli 2003 1. – 31. Juli 2002 1. – 31. August 2001 1. – 31. August 2000

Weitere Kenntnisse und Interessen: Office-Programme, SPSS, Englisch, Französisch
Mitarbeit im Kriseninterventionsteam (Rotes Kreuz)