

GRÜNE TEXTE

Die NEUEN NATURTHERAPIEN

Internetzeitschrift für Garten-, Landschafts-, Waldtherapie,
Tiergestützte Therapie, Green Care, Green Meditation,
Ökologische Gesundheit, Ökopsychosomatik
(peer reviewed)

2015 begründet und herausgegeben von

Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold (EAG)

In Verbindung mit:

Gartentherapie:

Konrad Neuberger, MA, D Düsseldorf, *Edith Schlömer-Bracht*, Dipl.–Sup. D Brilon

Tiergestützte Therapie:

Dr. phil. Beate Frank, D Bad Kreuznach, *Ilonka Degenhardt*, Tierärztin, D Neuwied

Landschafts- und Waldtherapie:

Bettina Ellerbrock, *Dipl.-Soz.-Päd.* D Hückeswagen, *Christine Wosnitza*, *Dipl. Biol.*, D Wiehl

Gesundheitsberatung, Health Care:

Doris Ostermann, *Dipl.-Soz.-Päd.*, D Osnabrück, *Dr. rer. pol. Frank-Otto Pirschel*, D Bremen

Ernährungswissenschaft, Natural Food:

Dr. med. Susanne Orth-Petzold, *MSc. Dipl. Sup.*, D Haan, *Dr. phil. Katharina Rast-Pupato*, Ch Zürich

Green Meditation:

Ilse Orth, *Dipl.-Sup. MSc.*, D Erkrath, *Tom Ullrich*, *Dipl.-Soz.-Arb.* D Ulm

Ökopsychosomatik:

Dr. med. Ralf Hömberg, D Senden, *Dr. mult. Hilarion Petzold*, D Hückeswagen

Naturgestützte Integrative Therapie:

Dr. med. Otto Hofer-Moser, Au Rosegg, *Susanne Heule*, Psychol. Lic. rer. publ. CH Zürich

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Hückeswagen.

Grüne Texte ISSN 2511-2759

Ausgabe 15/2021

**Einsatz von Achatschnecken als Vektor bei
Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen:
eine Prozessstudie im *Integrativen* Verfahren ***

Jessica Scharf, Düsseldorf **

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: *Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold*, *Dipl.-Sup. Ilse Orth*, *MSc.*). Mailto: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>) und der „Deutschen Gesellschaft für Naturtherapie, Waldtherapie/Waldmedizin und Green Care – DGN e.V.“ <https://www.eag-fpi.com/deutsche-gesellschaft-fuer-naturtherapie-waldmedizin-und-green-care-dgn/>

** Weiterbildung ‚Tiergestützte Intervention und Pädagogik im Integrativen Verfahren‘; BeurteilerIn/BetreuerIn: *Ulrike Mathias-Wiedemann*, *Hilarion G. Petzold*.

Gliederung:

1. Einleitung
2. Hintergrund
 1. Zwangsstörungen
 2. Achatschnecken
3. Methodik
 1. Biopsychosozialökologisches Wirkmodell
 2. Beschreibung der Patientin und Therapieinitiierung
 3. Ziele der Intervention
4. Tiergestützte Expositionstherapie mit Achatschnecken
 1. Zielvereinbarungen
 2. Graduierte Expositionen mit Reaktionsverhinderung
 3. Reflexion
5. Fazit
6. Zusammenfassung/Summary
7. Literaturverzeichnis

1. Einleitung

Zur Behandlung von psychischen Erkrankungen werden bislang vorwiegend kognitive Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische Psychotherapie sowie seit kurzer Zeit ebenfalls die systemische Therapie von den gesetzlichen Krankenkassen anerkannt. Darüber hinaus gibt es jedoch weitere etablierte Fachtherapien, wie bspw. Musiktherapie, Kreativtherapie, Bewegungstherapie, Naturtherapie etc. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird die **integrative** tiergestützte Therapie (ITGT) als ein biopsychosozialökologisches Verfahren der Naturtherapien vorgestellt und angewandt. Bei der ITGT werden durch den konzeptgeleiteten, artspezifischen Einbezug von Tieren, der gegebene Kontext und der integren, tragfähigen therapeutischen und/oder agogischen Beziehung, Heilungs- und Entwicklungsprozesse gefördert (vgl. *Petzold/Hömberg 2014*). Von der *European Society for Animal Assisted Therapy (ESAAT)* wird die tiergestützte Therapie folgendermaßen definiert: „Tiergestützte Therapie umfasst bewusst geplante pädagogische, psychologische und sozialintegrative Angebote mit Tieren für Kinder, Jugendliche, Erwachsene wie ältere Menschen mit kognitiven, sozial-emotionalen und motorischen Einschränkungen, Verhaltensstörungen und Förderschwerpunkten. Sie beinhaltet auch gesundheitsfördernde, präventive und rehabilitative Maßnahmen. Tiergestützte Therapie findet im Einzel- und Gruppensetting statt“ (*ESAAT 2012*).

Laut der dem integrativen Verfahren zu Grunde liegenden anthropologischen Grundformel der integrativen Therapie werden alle Beteiligten der therapeutischen Triade (Klient-Therapeut-Tier) als Körper-Seele-Geist-Wesen im sozialen und ökologischen Kontext und Kontinuum betrachtet (vgl. *Petzold 2002e*). Die in der Definition ESAAT genannte *Einzeltherapie* erfolgt daher in der Integrativen Therapie (IT) mindestens in einer Dyade oder Polyaden, sodass der Begriff Einzeltherapie hier nicht verwendet wird. Die IT ist sowohl Psychotherapie als auch Körpertherapie, denn sie beinhaltet die Bewusstseinsarbeit, die Beziehungsarbeit, die Persönlichkeitsentfaltung und die Leiberfahrung sowie die Solidaritätserfahrung. Die empathische, therapeutische Beziehung zwischen Klient/in und Therapeut/in ist in der ITGT wegweisend (vgl. *Petzold 2017d*). Studien haben bereits belegt, dass die therapeutische Beziehung den größten

Anteil des Therapieerfolgs bestimmt (ca. 30%) (vgl. *Asay, Lambert* 1999; *Wampold* 2001; *Lambert* 2013).

In der vorliegenden Arbeit werden tiergestützte Therapieeinheiten im Sinne des integrativen Verfahrens mit Achatschnecken bei einer sechzehnjährigen Patientin mit Zwangsstörungen und Zwangshandlungen vorgestellt. Zwangsstörungen zählen zu neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen, welche mit einer Lebenszeitprävalenz von etwa 1-3% zu den häufigen psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zählen und die Betroffenen wesentlich in ihrem Alltag und sozialen Interaktionen einschränken (vgl. *Goletz, Döpfner* 2021; vgl. *Valderhaug, Ivarsson* 2005). Die konkrete Ausgestaltung der Zwangsstörungen und Zwangshandlungen sind sehr divers. Bei der hier beschriebenen Patientin liegen vor allem Zwangsgedanken bezogen auf Kontaminationsangst durch andere Personen sowie Waschwänge vor. Durch den Einsatz der Achatschnecken im Rahmen der ITGT soll eine Expositionstherapie mit Reaktionsverhinderung durchgeführt werden, wobei die Achatschnecken als Vektor für den indirekten Hautkontakt eingesetzt werden.

2. Hintergrund

2.1. Zwangsstörungen

Zwangsstörungen sind durch aufdringliche Gedanken gekennzeichnet, bestimmte vom Patienten als sinnlos erkannte Inhalte zu denken (Zwangsgedanken) oder Handlungen auszuführen (Zwangshandlungen). Als Folge davon erlebt der Patient eine massive Beeinträchtigung seines Alltagslebens und der sozialen Interaktion (vgl. *Storch et al.* 2018). Die Prävalenz von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter liegt bei etwa 1-3% (vgl. *Wittchen, Jakobi* 2005; *Kessler et al.* 2005; *Delorme et al.* 2006, *Canals et al.* 2012) und mindestens 67% der Betroffenen leiden unter komorbiden Störungen (Angststörungen, depressive Störungen, Ticstörungen, etc.) (vgl. *Walitza et al.* 2011). Es wird davon ausgegangen, dass das Manifestationsalter bei etwa elf Jahren sowie im frühen Erwachsenenalter liegt und von einer Chronifizierung der Zwangsstörung auszugehen ist (vgl. *Delorme et al.* 2005).

Die Diagnose einer Zwangsstörung setzt voraus, dass folgende Merkmale vorliegen:

- Zwänge als eigene Gedanken oder Impulse für den Patienten erkennbar sein müssen,
- wenigstens gegenüber einem dieser Zwänge Widerstand geleistet wird,
- die Zwangssymptome nicht an sich als entspannend erlebt werden,
- die Zwänge sich in einer unangenehmen Weise wiederholen und die Patienten deutlich beeinträchtigt sind (vgl. *Wewetzer, Walitza, Reizle 2007*).

Obwohl die Kriterien zur Diagnostik einer Zwangsstörung klar definiert sind, ist die tatsächliche Diagnose jedoch meist erschwert, da die Merkmale sehr subjektiv empfunden werden. Zudem kann nach dem Statistischen Manual für Psychische Störungen (DSM-IV) bei Kindern sowohl die Einsicht in die Unsinnigkeit als auch der Widerstand gegen die Symptomatik fehlen (vgl. *Sass et al. 2003*). Die Diagnosestellung erfolgt daher besonders bei Kindern und Jugendlichen im Mittel erst zwei Jahre nach Beginn der Symptomatik. Bezüglich der Manifestation von Zwangsstörungen im Kindesalter weisen vorwiegend erbliche Faktoren den größten Einfluss auf, wobei im Erwachsenenalter vor allem Umwelteinflüsse und Traumata begünstigend wirken (vgl. *Walitza et al. 2010; Kuhn et al. 2010*).

Laut derzeitigem Stand liegen den Zwangsstörungen dysfunktionale Interpretationsmuster zugrunde, die bspw. zu einer verstärkten Wahrnehmung von Gefahr und persönlicher Verantwortung sowie zu dem Drang, die als quälend erlebten Gedanken durch Vermeidungsverhalten zu beenden, führen (vgl. *Salkovskis 1985*). Demnach unterteilen sich Zwangsstörungen in Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Zwangsgedanken sind Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die den Patienten immer wieder beschäftigen. Sie sind fast immer quälend, der Patient versucht häufig erfolglos, Widerstand zu leisten. Die Gedanken werden als zur eigenen Person gehörig erlebt, selbst wenn sie als unwillkürlich und häufig abstoßend empfunden werden. Durch den Versuch der Betroffenen diese aufdringlichen Gedanken zu unterdrücken, wird jedoch das Gegenteil erreicht, nämlich eine ausführlichere Beschäftigung mit diesen Gedanken. Dadurch werden die Gedanken als noch relevanter angesehen, was zu weiterer Beschäftigung mit den Gedanken führt. Meist versuchen die Betroffenen die Zwangsgedanken zu *neutralisieren*, in der Regel durch

Zwangshandlungen. Zwangshandlungen sind Verhaltensweisen, die ständig wiederholt werden. Sie werden weder als angenehm empfunden, noch dienen sie dazu, an sich nützliche Aufgaben zu erfüllen. Der Patient erlebt sie oft als Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinliches Ereignis, das ihm Schaden bringen oder bei dem er selbst Unheil anrichten könnte. Im Allgemeinen wird dieses Verhalten als sinnlos und ineffektiv erlebt, es wird immer wieder versucht, dagegen anzugehen. In diesen Teufelskreis aus Zwangsgedanken und Zwangshandlungen werden bei betroffenen Kindern und Jugendlichen meist auch die Bezugspersonen einbezogen, wodurch diese ungewollt bei der Aufrechterhaltung des Teufelskreises unterstützen (vgl. *Walitza et al.* 2011).

Bei der Diagnosestellung ist es ebenfalls notwendig bspw. die Zwangsgedanken von einer Schizophrenie abzugrenzen. Zudem sind die dominierenden Emotionen, die mit Zwangsstörungen assoziiert sind, nicht zwangsläufig Angst, sondern Unruhe, Anspannung, Ekel, etc. Somit sind Zwangsstörungen auch von Angststörungen abzugrenzen, sodass in der Kodierung nach ICD-10 die Zwangsstörung unabhängig von den Angststörungen als eigene Untergruppe aufgeführt werden (F-42). Werden Zwangshandlungen jedoch unterdrückt, kann sich dennoch Angst bei Betroffenen entwickeln und deutlich verstärken. Bei Kindern und Jugendlichen treten häufig verschiedene Zwangssymptome gleichzeitig auf. Die höchste Prävalenz weisen Reinigungszwänge, Wiederholungs-, Kontrollzwängen und aggressiven Zwangsgedanken auf. Die Zwangsgedanken beziehen sich dabei meist auf Kontaminationen (Schmutz, Krankheitserreger), Aggression, Symmetrie und Genauigkeit, religiöse und sexuelle Themen, wobei auch hier Mischformen oftmals berichtet werden (vgl. *Jans et al.* 2007).

Die Behandlung von Zwangsstörungen (nach Leitlinie) fußt sowohl auf Pharmakotherapie als auch auf (kognitive) Verhaltenstherapie. Bei Kindern und Jugendlichen wird vor allem mit der (kognitiven) Verhaltenstherapie begonnen. Insbesondere wird hier die Expositionstherapie mit Reaktionsverhinderung als besonders wirksam beschrieben. Hierbei wird der Betroffene mit Situationen konfrontiert, die Zwangsgedanken auslösen können. Die in der Regel auf Zwangsgedanken folgenden neutralisierenden Zwangshandlungen sollen jedoch verhindert werden. Ziel ist, dass die Betroffenen lernen, dass die ausgelösten unangenehmen emotionalen Reaktionen mit der Zeit zunehmend schwächer

werden und auch ohne Zwangshandlungen bewältigt werden können. Bei der Therapie von Kindern und Jugendlichen wird meist ein graduiertes Vorgehen gewählt, welche mit einer mittelschweren Situation beginnt. Die Situation sollte in jedem Fall kontrollierbar sein. Ziel dieses Vorgehens ist ein deutliches Nachlassen der Anspannung auf ein reduziertes Maß, bei dem die Kinder und Jugendlichen keine Zwangshandlungen mehr ausführen müssen. Insbesondere bei der Therapie von Kindern und Jugendlichen sind die Bezugspersonen (bspw. Eltern) in die Psychoedukation mit einzubeziehen (vgl. *Reinecker 2011, Poustka, Rothermel 2015*). Ergänzend zu behavioralen Therapien wird ebenfalls medikamentöse Therapie empfohlen. Da selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) bei Kindern und Jugendlichen besonders effektiv und gut verträglich sind, gelten diese als erste Wahl (vgl. *Kordon, Zurowski, Hohagen 2008*). Grundsätzlich empfohlen wird stets eine Kombination auf beiden Therapieverfahren.

2.2. Achatschnecken

In der ITGT wird zwischen einem objektiven und einem subjektiven Tierbild unterschieden. „Tiere (Metazoa) sind vielzellige, eukariotische Lebensformen (Organismen), die biologisch dem ‘Reich der Animalia‘ zugerechnet werden, zumeist Sauerstoff atmen, sich oft selbstständig bewegen können, sich typischerweise (aber nicht ausschließlich) sexuell reproduzieren, embryonal sich aus einer Blastula entwickeln. Sie sind mit ihrem heterotrophen Stoff- und Energiewechsel, also für ihre Ernährung, auf Körpersubstanz oder Stoffwechselprodukte anderer Organismen angewiesen“ (*Petzold 1986h*). Weiterhin definiert *Petzold (2021)*: „Aufgrund seiner unabdinglichen Wechselwirkungen ist Leben immer ko-existiv und kann nur konvivial, als gemeinsames Leben überleben. Das kennzeichnet alle Tiere – einschließlich des Menschentieres. Mit dieser Definition wird das »allgemeine Tierbild« des »Integrativen Ansatzes der Therapie und Agogik« und »integrativer tiergestützter Interventionen« umrissenen. Für die therapeutische Praxisanwendung im »multi animal approach« (Arbeit mit verschiedenen Tieren) müssen noch fachdisziplinär die jeweils »speziellen Tierbilder« der Therapiemethode (z. B. ITGT) für die eingesetzten »animal assistants« (Hund, Lama etc.) ergänzt werden, wobei auch

die »subjektiven Tierbilder« (kulturelle Vorurteile, Wunschbilder, Ängste usw.) aller am Prozess Beteiligten eruiert und reflektiert werden müssen" (Petzold 2021c). Während das subjektive Tierbild gemeinsam mit der Patientin erarbeitet wurde und im vierten Kapitel vorgestellt wird, werden im Folgenden die objektiven Merkmale der Achatschnecken beschrieben. Die hier eingesetzten Achatschnecken zählen zu den Mollusken sowie zu der Gattung *Achatina fulica* und zu der Familie der *Afrikanische Riesenschnecken (Achatinidae)*. Wie die Familienbezeichnung bereits zeigt, umfasst das ursprüngliche Verbreitungsgebiet der Achatschnecke insbesondere die Ostküste Afrikas. Die Achatschnecke bevorzugt warme Regionen mit (sub-)tropischem Klima und hoher Luftfeuchtigkeit. Durch die Globalisierung konnte sich die Achatschnecke bereits in weiteren Teilen Afrikas sowie Asien, Nordamerika und teilweise auch in südamerikanischen und europäischen Ländern verbreiten. Die Achatschnecke fällt insbesondere durch ihre Größe auf. Das Schneckenhaus, welches vorwiegend aus Kalk besteht, ist bei einem ausgewachsenen Tier in der Regel bis zu 15cm lang und konisch. Die Färbung des Schneckenhauses variiert von hellbraunen bis schwarz und kann gestreift oder gefleckt sein. Der Weichkörper der Schnecke wird als Fuß bezeichnet und ist meist hellbraun bis dunkelbraun. Eine Ausnahme bildet die Albino-Variante, welche nicht in der Natur existiert, sondern eine in der Hobbyhaltung entstandene Zuchtform darstellt. Der Fuß der Albino-Schnecke ist weiß und auch das Schneckenhaus ist eher gelblich mit oder ohne hellbräunlichem Streifenmuster.

Die Achatschnecke ist ein Omnivore, ernährt sich jedoch vorwiegend von weniger saurem Obst und Gemüse sowie Blätter von Büschen und Pflanzen. Zur Nahrungsaufnahme nutzt die Achatschnecke ihre Radula (Raspelzunge), welche mit mikroskopisch kleinen Zähnen besetzt ist und mit der die Schnecke kleine Nahrungstücke abraspeln und in den Schlund weiterführen kann. Wie bereits zuvor beschrieben, besteht das Schneckenhaus aus Kalk. Daher sind Achatschnecken vor allem auf die Aufnahme von Kalk angewiesen, um besonders im Wachstum oder zur Reparatur eines beschädigten Schneckenhauses ausreichend Kalk vorzuhalten. Des Weiteren benötigen Schnecken Kalk für die Produktion ihrer Eier. Da Achatschnecken zu den Hermaphroditen zählen, besitzen sie sowohl ein männliches als auch ein weibliches Geschlechtsorgan und können sich deshalb mit jeder anderen geschlechtsreifen Schnecke ihrer Art

fortpflanzen. Die Schnecken sind mit etwa sechs bis acht Monaten geschlechtsreif. Bei der Paarung zweier Schnecken der gleichen Größe kommt es zu einer bilateralen Befruchtung. Zur Arterhaltung ist bei geringer Populationsdichte in seltenen Fällen auch Selbstbefruchtung möglich. Etwa zwei bis drei Wochen nach der Befruchtung erfolgt die Eiablage in einer Erdhöhle und nach weiteren zwei bis vier Wochen schlüpfen die Schnecken. Je nach Größe, Alter und Verfassung der Schnecke sind es zwischen 20 und 250 Eier.

Aufgrund der klimatischen Bedingungen, die die Achatschnecke benötigt, ist die Haltung dieser Art in Deutschland lediglich in Terrarien möglich. Empfohlen wird eine Terrariengröße von mindestens 80cm x 50cm x 50cm für bis zu fünf Tiere. Achatschnecken sollten nicht allein gehalten werden. Die Schnecken erreichen etwa ein Alter von zehn Jahren. Aufgrund der eher einfacheren Haltungsvoraussetzungen und Versorgungsaufwands werden Achatschnecken teilweise für die pädagogische Arbeit in Schulen eingesetzt. Die Achatschnecke bewegt sich sehr langsam fort und zieht sich bei potentieller Gefahr in ihr Schneckenhaus zurück. Auf Grund ihres Verhaltens kann der unterstützende Einsatz der Schnecken auch bei der Therapie verschiedener Krankheiten, wie bspw. ADHS, sinnvoll sein (vgl. *Heil et al.* 2020).

In den hier vorgestellten Therapieeinheiten werden drei Achatschnecken eingesetzt, von denen jeweils zwei eine braune Färbung haben sowie eine Albino-Achatschnecke. Zum Zeitpunkt der Therapieeinsätze sind die Schnecken etwa drei Monate alt und somit noch nicht ausgewachsen. Die Albino-Schnecke war jedoch im Vergleich zu den anderen beiden Schnecken etwas kleiner.

3. Methodik

3.1. Biopsychosozialökologisches Wirkmodell

Wie bereits in der Einleitung erläutert basiert das Grundverständnis der Integrativen Therapie auf einem biopsychosozialökologischen Wirkmodell (vgl. *Petzold* 1965, 2018e; *Petzold, Orth, Orth-Petzold* 2009.). Dieses Theoriekonzept betrachtet den Menschen in seinen bio- (z.B. körperliche Bedingungen, Hormone), psycho- (z.B. Verhalten, Psyche) sozial- (z.B. soziales Netzwerk) und

ökologischen (z.B. Lebensraum, Umwelt) Dimensionen unter Einbezug der zeitlichen Lebensphase (Kontinuum), in der sich der Mensch befindet (vgl. *Egger 2005; Petzold, Orth, Orth-Petzold 2009*). Dieses Grundverständnis kann zur Planung und Strukturierung der Wirkungen tiergestützter Interventionen herangezogen werden (vgl. *Stubbe 2012, Barzen 2019*). Zur Überprüfung der Wirkung tiergestützter Interventionen auf physischer Ebene können bspw. Studien zur Ausschüttung von Oxytocin im Tierkontakt herangezogen werden (vgl. z.B. *Handlin et al. 2011*). Bezüglich der psychologischen Wirkungen kann bspw. der Einfluss von tiergestützten Interventionen auf depressive Symptome berücksichtigt werden (vgl. z.B. *Souter, Miller 2007*). Wissenschaftliche Evidenz bzgl. des Einflusses ökologischen Settings der tiergestützten Intervention sollte in zukünftiger Forschung angestrebt werden. Auf sozialer Ebene kann das Tier als sozialer Katalysator wirken, wenn durch das Tier dem Klienten/der Klientin der Kontakt zu anderen Menschen oder insbesondere Therapeut*innen erleichtert wird (vgl. *Bernstein et al. 2000*).

In der Literatur zur tiergestützten Therapie wird meist lediglich die Wirkung des *Tiertherapeuten* beschrieben, wobei Tiere aus rechtlicher Sicht nie Therapeut sein können. Seltener wird die Bedeutung der therapeutischen Beziehung zwischen Klient*in und Therapeut*in dargestellt. Dabei zeigen Studien aus der Psychotherapieforschung, dass die therapeutische Beziehung etwa 1-30% der therapeutischen Wirkung ausmacht, 1-15% sind Placeboeffekte, 1-40% entfallen auf Einflüssen außerhalb des Therapiegeschehens (Arbeitsverlust, Heirat, etc.) und nur 1-15% entfallen auf die Therapiemethode (bspw. Psychoanalyse, Gestalttherapie, Verhaltenstherapie) (vgl. *Lambert 2013, Asay, Lambert 1999, Wampold 2001*). Ähnliches gilt vermutlich auch für die Methode der integrativen Therapie, wobei dieses Verfahren u.a. von der Verhaltenstherapie (VT) abzugrenzen ist (obwohl verhaltenstherapeutische Element und Vorgehensweisen inherent sind), welche zu den Standardtherapien der Zwangsstörungen zählt.

Nach *Margraf (2000)* gelten für die VT verschiedene Grundprinzipien. Zum einen ist die VT vorwiegend problemorientiert und setzt bei Prädispositionen und Problembedingungen an (vgl. *Margraf 2000*). Die IT bezieht zwar auch ursächliche Problematiken in ihre Anamnese ein, ist jedoch grundsätzlich auf die Salutogenese ausgerichtet und daher vorwiegend ressourcenorientiert (vgl.

Lorenz 2004). Sowohl die VT als auch die IT sind zielorientiert (die integrative Therapie vor allem auch zukunftsorientiert) sowie handlungsorientiert. In der IT ist hier vor allem der Theorie-Praxis-Zyklus zu nennen, der aus vier Phasen besteht und das Ziel der Neuorientierung (Phase 4) verfolgt (vgl. *Petzold* 2003a). Beide Therapieverfahren betonen in diesem Kontext die Übertragung der Erkenntnisse aus der Therapie auf den Alltag.

Eine Grundlage zur Planung und Strukturierung der Wirkung von tiergestützten Interventionen im integrativen Verfahren durch Therapeuten bilden die sogenannten *Vier Wege der Heilung* sowie die *14+3 Heil- und Wirkfaktoren* (vgl. *Petzold* 2012h). Die vorliegende Arbeit fokussiert auf den Weg der *Nachsozialisation und Entwicklung von Grundvertrauen*. Im Rahmen der therapeutischen Beziehung kann ein gestörtes oder mangelhaft ausgebildetes Grundvertrauen zum Teil wieder aufgebaut werden. Hierzu werden beispielhaft alternative oder korrigierende emotionale Erfahrungen ermöglicht. Ziel ist ein positiveres Bild von sich selbst und anderen Menschen zu gewinnen. Für eine gelingende therapeutische/zwischenmenschliche Beziehung scheinen die *14+3 Heil- und Wirkfaktoren* charakteristisch zu sein (*Märtens, Petzold* 1998b). Die verschiedenen Wirkfaktoren werden nicht in jeder Therapieeinheit und ggf. in verschiedenen Phasen einbezogen. In m Rahmen der in dieser Arbeit vorgestellten Therapieeinheiten werden vorwiegend die Wirkfaktoren *Einführendes Verstehen, Emotionale Annahme und Stütze, Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung/Lebenshilfe, Förderung von Einsicht, Sinnerleben und Evidenzerfahrung, Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung* sowie die *synergetische Multimodalität* aller Wirkfaktoren.

Darüber hinaus sind legen beide Therapieverfahren Wert auf die Transparenz des Therapieablaufs. Der/die Klient*in ist Expert*in für das eigene Empfinden und vor Therapiebeginn soll ein sogenannter *informed consent* über Therapieinhalte und -ziele erzielt werden (vgl. *Leitner* 2009). Zudem gelten die therapeutischen Prinzipien der Echtheit, der Empathie und der uneingeschränkten Akzeptanz als Grundbestandteile der psychotherapeutischen Arbeit (vgl. *Rogers* 1993). Wie bereits zuvor beschrieben, ist die therapeutische Beziehung nach heutigem Verständnis sowohl in der IT als auch in der VT ein entscheidender Wirkfaktor. Für

eine gute therapeutische Beziehung ist in der IT insbesondere die (komplexe) Empathie Voraussetzung. Zusammengefasst wird die Empathie folgendermaßen definiert „Empathie kann man als zwischenmenschliches, zwischenleibliches Geschehen verstehen, bei dem es um das differenzierte Erfassen des jeweils Anderen und des eigenen Selbst in Kontext und Kontinuum geht“ (vgl. *Petzold, Mathias-Wiedemann 2019a*). Die VT nutzt vor allem die Gesprächstherapie nutzt, wobei die IT Menschen als multisensorisches und multiexpressives Wesen sieht und daher auch im Rahmen der Therapie verschiedene Medien, wie bspw. das Tier, einbezieht.

3.2. Beschreibung der Patientin und Therapieinitiierung

Im Folgenden wird nun die Patientin auf Grundlage der anthropologischen Grundformel der IT vorgestellt. Auf physischer Ebene zeigt sich die Patientin fit und kann volle Aktivität leisten. Dennoch besitzt die Patientin laut eigener Aussage eine *schmutzige Hand*, welche ihren Körper nicht berühren darf. Auf Grund ihrer psychischen Erkrankung (Zwangsstörungen), trägt sie daher nahezu ununterbrochen Einweghandschuhe. Die Erkrankung äußert sich bei ihr zudem so, dass sie Angst vor Beschmutzung durch andere Personen hat. Diese Beschmutzung beschreibt die Patientin so, „als wenn man im Garten in der Erde gegraben hat und die Erde an der Haut kleben bleibt“. Die Patientin teilt andere Menschen unterbewusst in *Beschmutzungsgrade* ein, wobei Menschen auch durch ihr Verhalten „schmutziger“ werden können. Wenn die Patientin mit Menschen, die aus ihrer Sicht schmutzig sind, in verbalen oder physischen Kontakt tritt, setzen bei ihr Zwangshandlungen im Sinne eines Waschzwangs ein, um die Kontaminierungsangst zu neutralisieren. Der Waschzwang äußert sich in der subjektiv empfundenen Notwendigkeit die verunreinigten Stellen am Körper mehrfach zu waschen, wobei ein Waschgang bis zu 30 Minuten in Anspruch nehmen kann. Diese Einschränkungen führen auch zu Schwierigkeiten im sozialen Kontext. Zwar ist die Patientin sehr aufgeschlossen, jedoch behindert sie insbesondere der zeitliche Aufwand der Zwangshandlungen sowie die Angst vor Kontakt zu „schmutzigen“ Menschen am Aufbau eines guten sozialen Netzwerks. Auch zu ihren Eltern hat sie ein eher schwieriges Verhältnis, da diese auf Grund ihres Verhaltens von ihr als „recht schmutzig“ beschrieben werden. Ein guter

Kontakt und ebenfalls Vorbild in Bezug auf „gesunde“ Hygiene ist die Schwester der Patientin.

Betrachtet man den Lebenslauf der Patientin, so wurden bei ihr bereits seit jüngstem Kindesalter verschiedene Zwangsstörungen diagnostiziert, behandelt und geheilt. Als ein auslösendes Kriterium für die Zwangsstörungen wurde die Vorsicht der Eltern genannt. Sie haben ihre Tochter vor der „gefährlichen Welt da draußen“ beschützen wollen. Vor ihrem stationären Aufenthalt in einer Fachklinik für Psychotherapie zum Zeitpunkt der tiergestützten Therapieeinheiten wohnte die Patientin in einer Wohngruppe. Auf Grund der steigenden Angst vor Kontamination konnte die Patientin in den Wochen vor ihrem Klinikaufenthalt die Räume der Wohngruppe nicht mehr verlassen und sich draußen aufhalten. Zum Zeitpunkt der tiergestützten Therapieeinheiten, die in dieser Arbeit beschrieben werden, befand sich die Patientin in der Fachklinik für Psychotherapie. Ihr Alltag wurde durch die Klinik strukturiert und ihr Zimmer musste sie sich mit wechselnden Mitpatientinnen teilen.

Die Therapieinitiierung fand im Rahmen einer Kooperation zwischen der Fachklinik und einem Alpakahof statt. Auf dem Alpakahof führt die Autorin dieser Arbeit alpakagestützte Therapieeinheiten mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch der privaten Fachklinik für Psychotherapie durch. Die hier beschriebene Patientin war zunächst in einigen Gruppentherapien mit auf der Alpakaweide, bevor die Einzeltherapie mit den Achatschnecken, vor allem durch Interesse der Patientin, initiiert wurde. Die Therapieeinheiten mit den Achatschnecken fanden in den Räumlichkeiten der Klinik statt.

3.3. Ziele der Intervention

Die Intervention besteht darin, dass die Patientin direkten Hautkontakt mit einer Achatschnecke erduldet, nachdem die Schnecke in direktem Hautkontakt mit einer anderen Person war. Die Achatschnecke dient somit als Vektor, wie es bspw. auch eine Türklinke sein könnte. Die langfristigen Ziele der Intervention umfassten die Veränderung und Verbesserung der sozialen Fähigkeiten sowie der psychischen und physischen Gesundheit der Patientin. Die kurzfristige Wirkung der tiergestützten Therapieeinheiten lässt sich jedoch vor allem auf der

psychischen und physischen Ebene quantifizieren. Dies ist bspw. erkennbar, wenn der Kontakt zur Schnecke über einen längeren Zeitraum oder nach dem Kontakt zu einer Person mit höheren „Beschmutzungsgrad“ ausgehalten wird. Des Weiteren kann eine Veränderung der Waschroutine angestrebt werden, was durch die Anzahl der Waschgänge quantifiziert werden kann.

4. Tiergestützte Expositionstherapie mit Achatschnecken

4.1. Zielvereinbarungen

Die erste Therapieeinheit mit der Patientin und den drei Achatschnecken fand im Beisein der Chefärztin für Psychotherapie in der Klinik statt. In dem ersten Gespräch erklärte die Patientin noch einmal ihre Schwierigkeiten und Einschränkungen im Alltag (siehe Kapitel 3.2). Anschließend hat die Chefärztin erklärt, welche Ziele aus therapeutischer Sicht mit der tiergestützten Therapie erreicht werden sollte. Dies bezog sich darauf, dass nicht der Kontakt zu Schnecken trainiert werden sollte, sondern der indirekte Kontakt zu anderen Menschen. Das Tier dient als *Vektor*, wie es bspw. auch Türklinken sein können. Die Schnecken sollten also zunächst auf der Hand/dem Arm eines anderen Menschen kriechen und dann auf die Hand/den Arm der Patienten übergehen. Da es sich um eine graduierte Expositionstherapie handeln sollte, durfte sich die Patientin die entsprechenden Personen nach ihrem „Beschmutzungsgrad“ auswählen. Nachdem das gesamte Vorgehen erklärt wurde und die Patientin diesem Vorgehen zugestimmt hatte (informed consent), verließ die Chefärztin den Raum.

Für mich als Therapeutin (Gesundheitswissenschaftlerin und Therapeutin für tiergestützte Interventionen in Ausbildung) stand im Zentrum der ersten gemeinsamen Therapieeinheit die Vertiefung der therapeutischen Beziehung zu der Patientin. Dies versuchte ich im Sinne der *14+3 Heil- und Wirkfaktoren* durch einführendes Verstehen und Empathie sowie emotionale Annahme und Stütze zu fördern. Damit sich die Patientin multiexpressiv ausdrücken kann, wurde sie gebeten ein Körperbild von sich zu malen, mit selbst ausgewählten Farben die Schwierigkeitsgrade des Kontakts zu anderen zu markieren und dies

währenddessen zu verbalisieren (Wirkfaktor: Förderung der leiblichen Bewusstheit). Als Farben wählte sie rot für sehr schwierige Bereiche, orange für mittelschwere Bereiche und grün für Körperteile, an denen es ihr am leichtesten fällt berührt zu werden. Besonders schwer beschrieb sie Rumpf, Kopf und Hände. Mittelschwer waren die Arme und Beine und die Füße waren eher leicht. Des Weiteren hat die Patientin auf einer Art Thermometer mit einer Skala von 0 bis 10 den „Beschmutzungsgrad“ (Angsthierarchie) verschiedener Therapeut*innen und Pfleger*innen aus der Klinik eingezeichnet. Dies sollte dabei helfen die Expositionstherapie tatsächlich graduiert zu gestalten und die subjektive Empfindung der Patientin einzubeziehen. Während die meisten Therapeut*innen und Pfleger*innen in einem Bereich von 1,0 bis 2,1 eingetragen wurden, hat die Patientin ihre Eltern deutlich höher mit einem Wert von sieben eingetragen. Anschließend haben wir diese Unterlagen erst einmal bei Seite gelegt und die Schnecken betrachtet. Aus den Beobachtungen der Patientin ließ sich folgendes subjektives Tierbild der Achatschnecken ableiten: Die Schnecken leben in ihrer ganz eigenen Welt in einem ganz eigenen Tempo. Sie gehen nur dem nach, was ihnen gerade guttut und lassen sich nur geringfügig von äußeren Umständen beeinflussen.

4.2. Graduierte Expositionen mit Reaktionsverhinderung

Auf Grund der Dauer des Klinikaufenthalts waren die tiergestützte Therapie mit den Achatschnecken auf drei Therapieeinheiten begrenzt. Zunächst einmal beobachtete die Patientin die Schnecken und ihre anfängliche Skepsis und auch Ekel gegenüber den Tieren wich der Neugier. Besonders ausgiebig beobachtete sie die Fortbewegung der Schnecken an der Terrarienscheibe. Zudem war es für die Patientin besonders spannend herauszufinden und sogar zu hören, wie die Schnecken eine Gurke mit ihrer Raspelzunge fressen. Die Patientin wurde angeleitet die Tiere multisensorisch wahrzunehmen. Sie hat sie beobachtet und ihr Aussehen beschrieben und konnte hören, wie die Schnecken Gurken essen. Die Schnecken riechen laut Aussage der nicht, aber das Terrarium riecht feucht und modrig. Ähnlich würde sie auch den Geschmack beschreiben. Fühlen konnte die Patientin zunächst einmal das Schneckenhaus. Es ist jedoch darauf hinzuweisen,

dass die Patientin während jeder Sitzung und zu jeder Zeit Einweghandschuhe trug.

Im Verlauf konnte die Patientin eine der beiden braunen Schnecke mit direktem Hautkontakt auf den Arm nehmen, obwohl sie zuvor ihre Beine oder Füße als weniger empfindlich beschrieben hatte. Anschließend konnte sie auch die Albino-Schnecke auf den Arm nehmen. Dies war für die Patientin schon etwas schwieriger, da sie wusste, dass dies die Lieblingsschnecke der Therapeutin ist und daher ggf. schon öfter in direktem Kontakt mit der Therapeutin war.

Grundsätzlich gibt die Patientin an, dass der Kontakt zu einem Menschen über einen Gegenstand um 0,1 Punkte sinkt. Zum Beispiel wurde die Therapeutin und Autorin dieser Arbeit mit einem „Beschmutzungsgrad“ von 1,0 bewertet und der Kontakt über die Schnecke reduziert damit den „Beschmutzungsgrad“ auf 0,9. Der direkte Kontakt zu den Schnecken konnte über einen längeren Zeitraum aufrecht gehalten werden. Auch nachdem die Schnecke wieder runtergesetzt wurde konnte die Patientin noch den Kontakt reflektieren und den Waschzwang ausblenden. Die Patientin berichtete, dass sie nun aber nach dem Schneckenkontakt es als notwendig empfindet etwa fünf Waschgänge durchzuführen. Gemeinsam vereinbart wurde das Ziel, die Anzahl der Waschgänge, sofern möglich, auf drei Waschgänge zu reduzieren.

Im weiteren Verlauf des stationären Aufenthalts erlitt die Patientin eine schwere Krise, was zur eigenständigen Entfernung ihrer Kopfbehaarung führte. In der Therapieeinheit nach der Krise war die Patientin deutlich weniger zu einer Exposition bereit. Zwar war die Patientin an den Schnecken interessiert und hat sich auf die Therapiesituation eingelassen, aber von Beginn an wollte sie nicht wieder in die Situation des Waschzwangs und der damit verbundenen Zeitaufwendung geraten. Die Therapieeinheit wurde von einem Pfleger begleitet, den die Patientin zuvor mit einem „Beschmutzungsgrad“ von 2,0 auf der Angsthierarchieskala bewertet hatte. Die Patientin berichtete ihren Eindruck der Schnecken und setzte dem Pfleger eine Schnecke auf seinen Arm. Die Patientin beobachtete die Schnecke, konnte jedoch wie zuvor beschrieben im Verlauf die Schnecke nicht auf ihre Hand oder Arm nehmen. Die Therapieeinheit wurde ohne direkten Schneckenkontakt beendet, jedoch fiel es der Patientin als Alternative einfacher, einen Ellenbogen- Ellenbogen Kontakt als Corona-konforme Begrüßung

mit dem Pfleger durchzuführen (mit Kleidung). Auch dies ist als deutlicher Fortschritt zu bewerten, da das Ziel der tiergestützten Therapie nicht in dem Kontakt zu den Schnecken, sondern zu Menschen besteht.

In einer letzten Therapieeinheit war erneut die Chefärztin für Psychotherapie anwesend und hat gemeinsam mit der Patientin die Achatschnecken beobachtet. Die Patientin konnte ihr Wissen und alles was sie an den Schnecken beeindruckt hat der Chefärztin berichtet. Die Patientin hat eine Schnecke ausgewählt und diese hat sich die Chefärztin auf die Hand gesetzt. Das Beobachten der Achatschnecken war für die Patientin interessant und löste bei ihr keine negativen Gefühle aus. Nach Diskussionen und Überzeugung war die Patientin bereit dazu, die Schnecke von der Hand der Chefärztin (ebenfalls mit einem „Beschmutzungsgrad“ von 2,0 bewertet) auf ihre eigene Hand kriechen zu lassen (mit Einweghandschuh). Angestrebt war jedoch der direkte Hautkontakt mit der Achatschnecke nachdem diese eine andere Person berührt hatte. Darauf konnte sich die Patientin leider nicht einlassen. Als Alternative hat die Chefärztin einen Hand-zu-Hand(schuh)-Kontakt initiiert, den die Patientin über einen Zeitraum aushalten sollte. Dies fiel der Patientin sehr schwer, da die angestrebte Selbstregulation und psychophysischer Entspannung (Wirkfaktor) in der Situation nicht möglich war. Aus dieser Situation wurde die Therapieeinheit beendet und die Patientin musste ihrem Waschwang nachgehen.

4.3. Reflexion

Während der Therapieeinheiten sowie am Ende jeder tiergestützten Therapieeinheit wurde das Erlebte mit der Patientin reflektiert. Grundsätzlich stand sie der Therapie mit den Achatschnecken offen gegenüber und hatte viel Freude mit den Tieren. Die Patientin konnte trotz ihrer Angst vor dem folgenden Waschwang die Achatschnecken auf ihren Arm mit direktem Hautkontakt nehmen und dies eine ganze Zeit aushalten. Auch nach dem Kontakt zu den Schnecken konnte sie die subjektiv empfundene Notwendigkeit von fünf Waschgängen auf drei Waschgänge reduzieren. Dies ist zum einen eine Wirkung auf psychischer sowohl als auch auf physischer Ebene und in jedem Fall als positiver Fortschritt zu verzeichnen. Des Weiteren konnte sie eine Schnecke, die

zuvor direkten Hautkontakt mit der Chefärztin hatte, auf ihre Hand (geschützt von Handschuhen) kriechen lassen und sich durch die Faszination der Schnecke von ihrer Angst etwas ablenken lassen. Dies war jedoch schon psychisch eine größere Herausforderung für die Patientin, sodass der ursprünglich geplante direkte Hautkontakt zu der Achatschnecke (nach Kontakt zu einer anderen Person) nicht erreicht werden konnte.

Dennoch ist das Hauptziel der tiergestützten Therapie *tiergestützt*, aber *menschenzentriert* zu arbeiten und unter anderem die Verbesserung Lebensbewältigung der Patientin anzustreben (Wirkfaktor: Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung/Lebenshilfe). Dies konnte insofern erreicht werden, dass die Patientin während der Therapie einen Ellenbogenkontakt zu einem Pfleger kurzzeitig ausführen konnte. Auch dies kann als Fortschritt in der laufenden Therapie gewertet werden. Weitere Fortschritte sind jedoch zwingend notwendig, damit die Patientin auch am normalen Alltagsgeschehen teilnehmen kann (bspw. Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, etc.)

Unter dem Konzept der Salutogenese, auf welches die IT vorwiegend ausgerichtet ist, gibt es auch das Konzept der Widerstandsressourcen (Kohärenzgefühl) (vgl. *Antonovsky* 1997). Dieses besteht aus den drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Die Patientin ist in der Lage ihre Zwangsgedanken und Zwangshandlungen wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen und zu erklären (hermeneutische Spirale) (vgl. *Petzold* 2003a), sodass die Verstehbarkeit der Erkrankung gegeben ist. Die Handhabbarkeit ist bei der Patientin lediglich insofern gegeben, dass sie mit ihren Zwangshandlungen die Zwangsgedanken neutralisieren kann. Weitere Handlungsmöglichkeiten sowie das Überwinden der Zwangsstörungen setzen weitere (Expositions-)Therapie voraus. Die Sinnhaftigkeit der Zwangsgedanken und Zwangshandlungen zu erkennen bzw. in Frage zu stellen ist für Betroffene besonders schwierig. Zum Beispiel argumentierte die Patientin, dass es durchaus normal sei, sich nach einem Tierkontakt die Hände zu waschen. Die Handlung ist zunächst einmal objektiv sinnvoll, jedoch lässt die Sinnhaftigkeit der Handlung mit jeder Wiederholung nach. Durch Hinterfragen der Anzahl der Wiederholungen und der Dauer der Waschgänge erklärte die Patientin, dass sie das aufwändige Waschen schon sehr

belaste und im Alltag hindere (Wirkfaktor: Förderung von Einsicht, Sinnerleben und Evidenzerfahrung). Dennoch ist vor allem die Sinnhaftigkeit bei Zwangsstörungen besonders schwer zu bearbeiten.

5. Fazit

Den grundsätzlichen Einsatz der Achatschnecken bei einer jugendlichen Patientin mit Zwangsstörungen wurde von der Patientin sowohl positiv als auch kritisch bewertet. Besonders hervorzuheben ist, dass die Tiere ihre Motivation zu der Teilnahme an der Therapieeinheit gefördert haben. Das Beobachten der Tiere hat ihre Neugier und Interesse an den Tieren geweckt und hat den Gesprächseinstieg mit der Therapeutin vereinfacht. Vor allem während des Übergangs der Achatschnecke (als *Vektor*) von einem direkten Hautkontakt einer anderen Person auf die Hand der Patientin (mit Handschuh) konnte die Faszination der langsamen Schneckenbewegung die Patientin ein Stück weit von ihren negativen Gedanken ablenken. Kritisch angemerkt hat die Patientin jedoch, dass das Anfassen einer Türklinke (als *Vektor*) für sie sehr schwierig ist und diese Übung aus ihrer Sicht praxisnaher ist, als der Kontakt über eine Schnecke. Dennoch bestätigte sie, dass die tiergestützten Therapieeinheiten ihre Therapiemotivation gefördert haben. Zusammenfassend kann der Einsatz der Achatschnecken als Vektor bei Zwangsstörungen, die in Zusammenhang mit Kontakteinschränkungen und Waschwängen stehen, im Rahmen einer Expositionstherapie mit Reaktionsverhinderung therapiebegleitend positiv bewertet werden.

6. Zusammenfassung / Summary

Zusammenfassung: Einsatz von Achatschnecken als Vektor bei Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen: eine Prozessstudie im integrativen Verfahren

In dieser Prozessstudie wird eine 16-jährige Patientin mit Zwangsstörungen begleitet, die sich zum Zeitpunkt der tiergestützten Therapieeinheiten in stationärer Behandlung befindet. Die Patientin leidet unter Zwangsgedanken, die die Kontamination durch den Kontakt zu anderen Personen umfassen sowie einem Waschzwang zur Neutralisierung der Zwangsgedanken. Die tiergestützten Therapieeinheiten finden unter Einsatz von drei Achatschnecken statt, welche im Rahmen einer Expositionstherapie mit Reaktionsverhinderung als Vektor einen indirekten Hautkontakt zu anderen Personen ermöglichen soll. Die Wirkung der Therapie wird auf Grundlage des Biopsychosozialökologisches Wirkmodell sowie der 14+3 Heil- und Wirkfaktoren der Integrativen Therapie dargestellt.

Schlüsselwörter: Tiergestützte Therapie, *Integrative Therapie*, Zwangsstörungen, Achatschnecke, Prozessstudie

Summary: Agate snails as a vector in obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a process study in integrative therapy

In this process study, a 16-year-old female patient with obsessive-compulsive disorder who is in inpatient treatment at the time of the animal-assisted therapy units is accompanied. The patient suffers from obsessive-compulsive thoughts, which include contamination from contact with other people, and an obsession to wash to neutralize the obsessive-compulsive thoughts. The animal-assisted therapy include three agate snails, which are intended to enable indirect skin contact with other people as a vector as part of exposure therapy with reaction prevention. The effect of animal-assisted therapy is presented on the basis of the biopsychosocial-ecological model and the 14+3 healing and effective factors of integrative therapy.

Keywords: animal-assisted therapy, *integrative therapy*, obsessive compulsive disorder, agate snail, process study

7. Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: Dgvt Verlag.
- Asay, T. P., Lambert, M. J. (2001): Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, S. D. Miller (Hrsg.). So wirkt Psychotherapie. Dortmund: Modernes Leben, 41–81.
- Barzen, A. (2019): Kritische Reflexion von Erklärungsansätzen zur Wirkung tiergestützter Interventionen. In: Grüne Texte, FPI-Publikationen (24). <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=barzen-kritische-reflexion-erklarungsansaetze-wirkung-tiergestuetzte-interventionen-gruene-texte-24-2019pdf.pdf> (abgerufen am 04.08.2021).
- Canals, J., Hernández-Martínez, C., Cosí, S., Voltas, N. (2012): The epidemiology of obsessive–compulsive disorder in Spanish school children. *J Anxiety Disord* 26, 746–752.
- Delorme, R., Golmard, J. L., Chabane, N., et al. (2005): Admixture analysis of age at onset in obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med* 35: 237–43.
- Delorme, R., Bille, A., Betancur, C., et al. (2006): Exploratory analysis of obsessive compulsive symptom dimensions in children and adolescents: a prospective follow-up study. *BMC Psychiatry* 6: 1.
- ESAAT – European Society for Animal Assisted Therapy (2012): Definition “Tiergestützte Therapie”. Online verfügbar unter: https://www.esaat.org/fileadmin/medien/downloads/Die_Definition_TgT-20.2.2012.pdf (abgerufen am 04.08.2021).
- Goletz, H., Döpfner, M. (2020): Zwangsstörungen. In: M. Döpfner; M. Hautzinger, M. Linden (Hrsg.): Verhaltenstherapiemanual: Psychotherapie: Kinder und Jugendliche. Psychotherapie: Praxis. Springer: Berlin, Heidelberg, 321-324.
- Heil, I., Franken, S., Bohrmann, J. (2020): Schnecken in der Schule Haltung und Langzeitbeobachtung der Großen Achatzschnecke *Achatina fulica*, *BU praktisch* 3(1): 5.
- Jans, T., Wewetzer, C., Klampfl K, et al. (2007): Phänomenologie und Komorbidität der Zwangsstörung bei Kindern und Jugendlichen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 35: 41–50.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., Walters, E.E. (2005): Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *Arch Gen Psychiatry* 62(6): 593.
- Kordon, A., Zurowski, B., Hohagen F. (2008): Zwangsstörungen. In: F. Holsboer, G. Gründer, O. Benkert (Hrsg.): Handbuch der Psychopharmakotherapie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 927-934.
- Kuhn, J., Gründler, T.O., Lenartz, D., Sturm, V., Klosterkötter, J., Huff, W. (2010): Deep brain stimulation for psychiatric disorders. *Dtsch Arztebl Int* 107(7): 105–13.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert, M. J. (Hrsg.), Bergin and Garfield’s handbook of psychotherapy and behavior change, 6. Aufl., Hoboken: Wile, 169–218.

- Leitner, A.* (2009): Von der COMPLIANCE zur ADHERENCE, von INFORMED CONSENT zu respektvollem INFORMED DECISION MAKING, *Integrative Therapie* 35(1), 71-87.
- Lorenz, R.* (2004): Salutogenese: Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. Mit einem Geleitwort von Hilarion G. Petzold. München: Ernst Reinhardt.
- Margraf J.* (Hrsg.) (2000): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. (2. Auflage; 2 Bd.). Berlin: Springer.
- Märtens, M., Petzold, H.G.* (1998b): Wer und was wirkt wie in der Psychotherapie? Mythos "Wirkfaktoren" oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie* 1, 98-110.
- Petzold, H.G.* (1965): Géragogie - nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. Publications de L'Institut St. Denis 1, 1-19; https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-1965-gragogie-nouvelle-approche-de-l-education-pour-la-vieillesse-et-dans-la-vieillesse.pdf; dtsh. (1972i): Geragogik ein neuer Weg der Bildungsarbeit für das Alter und im Alter, als Vortragsversion von idem 1965 auf dem „Studentag Marie Juchacz“, 2. Mai 1972. Fachhochschule für Sozialarbeit, Düsseldorf Eller, Altenheim Eller repr. in: Petzold, H.G., 1985a. Mit alten Menschen arbeiten. Bildungsarbeit, Psychotherapie, Soziotherapie, Pfeiffer, München, S. 11-30; erw. Neuaufl., Pfeiffer, Klett-Cotta 2004a, 86-107; <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-1985b-angewandte-gerontologie-als-bewaeltigungshilfe-fuer-das-altwerden-das-alter-im-1987balter.pdf>.
- Petzold, H.G.* (2002e): Traumatherapie braucht Integrative Modelle. In *Petzold, H.G, Wolf, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z.* (2002): Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie. Paderborn: Junfermann. S. 3-7. <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-wolf-landgrebe-josic-Das%20Trauma%20%c3%bcberwinden-9.4.20.pdf>
- Petzold, H. G.* (2003a): Integrative Therapie. Modelle, Theorien & Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie. Band 2. Paderborn: Junfermann Verlag, 499.
- Petzold, H. G., Orth, I., Orth-Petzold, S.* (2009): Integrative Leib- und Bewegungstherapie – ein humanökologischer Ansatz. Das „erweiterte biopsychosoziale Modell“ und seine erlebnisaktivierenden Praxismodalitäten: therapeutisches Laufen, Landschaftstherapie, Green Exercises. *Integrative Bewegungstherapie* 1, 4 – 48, <http://www.fpi-publikation.de/artikel/gruene-texte/27-2016-petzold-h-g-orth-i-orth-petzold-s-2009-integrative-leib-und-bewegungstherapie.html>
- Petzold, H. G.* (2012h): Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung, *Integrative Therapie* 3. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-2012h-integrative-therapietransversalitaet-innovation-vertiefung-vier-wege-14-wirkfaktoren.pdf (abgerufen am 04.08.2021).
- Petzold, H. G.* (2017d): Die Rolle des „Menschentieres“ in der „tiergestützten Therapie“. *Grüne Texte* 13(2017) eine ökopyschosomatische, ökosalutogene und humanökologische Methode der „Neuen Naturtherapien“ – Perspektiven Integrativer Therapie. *Grüne Texte* Jg. 2017; <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/grueneTexte/petzold-2017d-die-rolle-des-menschentieres-in-der-tiergesttzten-therapie-gruene-texte-13-2017.pdf>

- Petzold, H. G.* (2018e): Naturtherapeutische Überlegungen zu offenen Fragen in der „tiergestützten Therapie“: Mensch-Hund-Beziehung, Menschenbild, Tierbild und andere Entwicklungsaufgaben. In: Grüne Texte, FPI-Publikationen (9). <http://www.fpi-publikation.de/artikel/gruene-texte/09-2018-petzold-h-g-2018e-naturtherapeutische-ueberlegungen-offene-fragen-tiergestuetzte.html>U16T. (abgerufen am 04.08.2021).
- Petzold, H.G.* (2019j): Das integrative Modell „komplexer, wechselseitiger Empathie“. Forschungsbericht aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen. Erweitert und ergänzt als *Petzold, H. G., Mathias-Wiedemann, U.* (2019a/2020): Das integrative Modell „komplexer, wechselseitiger Empathie“ und „zwischenleiblicher Mutalität“ als Grundlage melioristischer Lebenspraxis, Therapie und Supervision. Forschungsbericht aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen. *POLYLOGE* 3/2019, <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-mathias-2019a-integrative-modell-wechselseitige-empathie-zwischenleiblich-polyloge-03-2019.pdf>
- Petzold, H. G.* (2021c): Über Tier- und Menschenbilder, „Non-human Animals“ und „Menschentiere“ – Neue natur- und humantherapeutische Überlegungen zu Embodiments und Mentalisierungen in einer prekären Welt des Lebendigen. In: Integrative Therapie, FPI-Publikationen (unveröffentlicht).
- Petzold, H. G., Hömberg, R.* (2014): Naturtherapie – tiergestützte, garten- und landschaftstherapeutische Interventionen. *Psychologische Medizin* 2, 40-48. In: www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE*: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 11/2014; <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-11-2014-hilarion-g-petzold-ralf-hoemberg.html>
- Petzold, H. G., Mathias-Wiedemann, U.* (2019a/2020): Das integrative Modell „komplexer, wechselseitiger Empathie“ und „zwischenleiblicher Mutalität“ als Grundlage melioristischer Lebenspraxis, Therapie und Supervision. Forschungsbericht aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen. *POLYLOGE* 3/2019, <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-mathias-2019a-integrative-modell-wechselseitige-empathie-zwischenleiblich-polyloge-03-2019.pdf>
- Poustka, L., Rothermel, B.* (2015): Zwangsstörungen. In *G. Lehmkuhl, F. Poustka, M. Holtmann, H. Steiner* (Hrsg.): *Praxishandbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Göttingen: Hogrefe, 360–372.
- Reinecker, H.S.* (2011): Zwangsstörungen. In: *H.-U. Wittchen, Jürgen Hoyer et al.* (Hrsg.): *Klinische Psychologie & Psychotherapie*, Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 1005-1019.
- Rogers C. R.* (1993): *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt a. M.: Fischer TB.
- Salkovskis, P.M.* (1985): Obsessional-compulsive problems: a cognitive behavioural analysis. *Behav Res Ther* 23: 571–83.
- Sass, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M., Houben, I.* (2003): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. 4. Auflage. Göttingen: Hogrefe: 1001.

- Storch, E.A., Small, B.J., McGuire, J.F., Murphy, T.K., Wilhelm, S., Geller, D.A. (2018): Quality of Life in Children and Youth with Obsessive-Compulsive Disorder, *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 28(2), 104-110.
- Valderhaug, R., Ivarsson, T. (2005): Functional impairment in clinical samples of Norwegian and Swedish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder, *European Child, Adolescent Psychiatry* 14, 164–173.
- Walitza, S., Wendland, J.R., Gruenblatt, E., et al. (2010): Genetics of early-onset obsessive-compulsive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 19: 227–35.
- Walitza, S., Melfsen, S., Jans, T., Zellmann, H., Wewetzer, C., Warnke, A. (2011): Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Dtsch Arztebl Int* 108(11), 173–9.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate*. Mahwah: Erlbaum.
- Wewetzer, C., Walitza, S., Reizle, K. (2007): Zwangsstörungen. In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Hrsg.): *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 73–87.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2005): Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376.