

Systemische N=1 Evaluation dramatherapeutischer Interventionen, insbesondere dem Arbeiten mit Rollen, zur Reduktion der Merkmale einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS).

Eine Kurzzeitbehandlung von 6 Wochen, integriert in den Schulalltag.

Bachelor Arbeit

ELKE BRINKMANN – (1)366900
FRIESOYTHE, 9. NOVEMBER 2018

NHL STENDEN – UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
FACHBEREICH GEZONDHEIDSZORG
STUDIENGANG KREATIVTHERAPIE – DRAMA

AUFTRAGGEBER DIESER ARBEIT – REALSCHULE FRIESOYTHE, DEUTSCHLAND
BEGLEITERIN SONJA AALBERS

1. GUTACHTERIN MARTINE BOOTSMA
2. GUTACHTERIN HILDA ELZINGA

Vorwort

„Ein traumatisches Erlebnis hat auf die Seele eines Kindes eine Wirkung wie ein Erdbeben.“
Bernd Ruf, 2018

Nichts ist mehr an seinem Platz, im Falle der vorliegenden Arbeit nicht mal mehr das Kind selbst. Flucht aus dem Heimatland bedeutet eine Vergangenheit zurückzulassen, eine Gegenwart voller Leid und Trauer zu ertragen und in eine ungewisse Zukunft zu schauen. Für ein Flüchtlingskind endet in diesem Moment ein Stück der Kindheit. Umstände erwarten erwachsene Taten und Reaktionen. Fantasie wird durch erschreckende Wirklichkeit ersetzt. Die Merkmale einer Posttraumatischen Belastungsstörung kann ich als angehende Dramatherapeutin erkennen, ihre subjektive Wirkung jedoch nur erahnen.

In der Dramatherapie begeben wir uns im imaginären Spiel in eine geschützte Welt. Wir verkleiden uns und denken uns damit ein Stück weit von uns selbst zu entfernen. Dabei kommen wir mit jeder Rolle, die wir zulassen ein Stück weit zu uns selbst. Wir können im Spiel sicher der Vergangenheit begegnen und ihr einen Platz auch in der Gegenwart geben, um einen Platz für die Zukunft zu erschaffen.

Das Schreiben dieser Abschlussarbeit brachte mich Schicksalen näher, die mich getroffen und auch beeindruckt haben. Alles wird so klein und bedeutungslos angesichts traumatischer Erfahrungen die manche schon in jungen Jahren machen mussten. Beeindruckt hat mich die Stärke, wie selbstverständlich nach vorn schauen zu wollen. Für die Möglichkeit der Ausführung der Arbeit und ihrer Kooperation danke ich der Realschule Friesoythe, insbesondere der Schulleitung Herrn Meemken. Mein weiterer Dank geht an Ton Turkenburg als meinen Studienbegleiter der Abschlussphase und Sonja Aalbers als Begleiterin dieser Arbeit. Schließlich geht ein herzliches Dankeschön auch an meine Familie für ihre mentale Unterstützung, diese Arbeit erfolgreich zuende bringen zu können.

Abbildungsverzeichnis.....	1
Tabellenverzeichnis.....	1
Zusammenfassung	2
Samenvatting	3
Summary	4
1 Einleitung	5
1.1 Kontext	5
1.2 Problemanalyse	5
1.3 Beschreibung des Patienten.....	6
1.4 Standardbehandlung	7
1.5 Interventionsbeschreibung	7
1.5.1 Dramatherapeutische Methode	7
1.5.2 Das Drei-Phasen-Modell.....	8
1.5.3 Aufbau einer Therapiestunde.....	9
1.6 Forschungsvorhaben	11
2 Forschungsmethodik	12
2.1 Qualitativ	12
2.2 Quantitativ	12
2.3 Systemische N=1	12
2.4 Operationalisierung	12
2.4.1 Interviews	12
2.4.2 Itemkonstrukte	13
2.5 Datensammlung	13
2.6 Datenanalyse	13
3 Ergebnisse.....	15
3.1 Einleitung	15
3.2 Erste Teilfrage: Integrierbarkeit dramatherapeutischer Interventionen in den Schulalltag.....	15
3.2.1 Auswertung der Experteninterviews	15
3.2.2 Einschätzung aus dramatherapeutischer Sicht	16
3.3 Zweite Teilfrage: Statistische Auswertung der Itemkonstrukte	17
3.3.1 Intrusion – Wiedererleben	17
3.3.2 Avoidance – Vermeidung	19
3.3.3 Hyperarousal – Übererregbarkeit	21
3.3.4 Numbing – emotionale Taubheit	23
3.3.5 Besonderheiten	25
3.4 Dritte Teilfrage: Auswertung der abschließenden Interviews	27
3.4.1 Netzwerk.....	27
3.4.2 Patient.....	28
4 Fazit	29
4.1 Teilfrage 1: Integrierbarkeit dramatherapeutischer Interventionen in den Schulalltag	29
4.2 Teilfrage 2: Effekt dramatherapeutischer Interventionen mittels quantitativer Daten	30
4.3 Teilfrage 3: Tatsächlich wahrgenommene Veränderungen der Symptomatik mittels qualitativer Daten	33
4.4 Zentrale Frage.....	35
5 Diskussion.....	36

6 Empfehlungen	38
7 Literatur	39
8 Anhang	I
Weiterführende Literatur zur Kreativtherapie	I
Wirksame dramatherapeutische Elemente dieser Forschungsarbeit	
– eine Übersicht	II
Detaillierte Phasenbeschreibung	V
Übersicht über den Therapieverlauf	X
Interviews	XVI
<i>Transkription der Interviews</i>	XVII
<i>Interview mit der Klassenlehrerin des Patienten (Teilfrage 1 und 3)</i>	XVII
<i>Interview mit zwei Fachkräften der Realschule Friesoythe (Teilfrage 1)</i>	XXII
<i>Abschließendes Interview mit Lehrkraft des Patienten (Teilfrage 3)</i>	XXV
<i>Abschließendes Interview mit Eltern des Patienten (Teilfrage 3)</i>	XXV
<i>Abschließendes Interview mit dem Patienten (Teilfrage 3)</i>	XXVI
Itemkonstrukte zur Verwendung	XXVIII
<i>Itemkonstrukt für den Patienten</i>	XXVIII
<i>Itemkonstrukt für das Netzwerk</i>	XXX
Itemkonstrukte zur Erstellung	XXXI
<i>CROPS</i>	XXXII
<i>PROPS</i>	XXXIII
<i>IES-R</i>	XXXIV
<i>CRIES- 13</i>	XXXVI
<i>Symptomatik PTBS – ICD-10</i>	XXXVIII
<i>Symptomatik PTBS – DSM-5</i>	XXXIX
Zusätzliche Grafiken – Übersicht nach Items	XLII
<i>Patient</i>	XLI
<i>Eltern des Patienten</i>	XLIV
<i>Dramatherapeutin</i>	XLVIII
Ergebnisse – quantitative Daten	LIII
Urheberrechtliche Erklärung	LVI
Empfehlung des Auftraggebers	LVII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Entwicklung der Symptomatik Intrusion, aus Sicht des Patienten und des Netzwerks.....	17
Abbildung 2	Entwicklung der Symptomatik – Avoidance aus Sicht des Patienten und des Netzwerks.....	19
Abbildung 3	Entwicklung der Symptomatik Hyperarousal aus Sicht des Patienten und des Netzwerks	21
Abbildung 4	Entwicklung der Symptomatik Numbing aus Sicht des Patienten und des Netzwerks.....	23
Abbildung 5	Übersicht über den Verlauf der vier Hauptsymptome aus Sicht des Patienten	25
Abbildung 6	Vergleichsdiagramm der Symptomatik Intrusion und Avoidance (Fragen 6,8,28 &14) aus Sicht des Patienten	26

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Ergebnisse zur Symptomatik Intrusion, aus Sicht des Patienten	18
Tabelle 2	Ergebnisse zur Symptomatik Intrusion, aus Sicht des Netzwerks	18
Tabelle 3	GLI – Gower Legendre Index zur Übereinstimmung der Ergebnisse, Netzwerk-Eltern (Intrusion).....	18
Tabelle 4	Mittelwerte zur Symptomatik Intrusion, aus Sicht der Dramatherapeutin und der Eltern	18
Tabelle 5	Ergebnisse zur Symptomatik Avoidance aus Sicht des Patienten.....	19
Tabelle 6	Ergebnisse zur Symptomatik Avoidance aus Sicht des Netzwerks	20
Tabelle 7	GLI – Gower Legendre Index zur Übereinstimmung der Ergebnisse (Avoidance), Netzwerk-Eltern	20
Tabelle 8	Ergebnisse zur Symptomatik 'Hyperarousal' aus Sicht des Patienten	21
Tabelle 9	Ergebnisse zur Symptomatik 'Hyperarousal' aus Sicht des Netzwerks.....	21
Tabelle 10	GLI – Gower Legendre Index zur Übereinstimmung der Ergebnisse (Hyperarousal), Netzwerk-Eltern	22
Tabelle 11	Auswertung von Item 17 zu aufbrausendem Verhalten, aus Sicht des Patienten und des Netzwerks (Skala 1-6 positiv -> negativ).....	22
Tabelle 12	Ergebnisse zur Symptomatik Numbing aus Sicht des Patienten.....	23
Tabelle 13	Ergebnisse zur Symptomatik Numbing aus Sicht des Netzwerks	23
Tabelle 14	GLI – Gower Legendre Index zur Übereinstimmung der Ergebnisse, Netzwerk-Eltern (Numbing)	24
Tabelle 15	Auswertung von Item 18 zur Gleichgültigkeit des Patienten (Skala 1-6 positiv -> negativ)	24
Tabelle 16	Auswertung von Item 3 zur fehlenden Begeisterungsfähigkeit des Patienten (Skala 1-6 positiv -> negativ)	24

Zusammenfassung

Nach Schätzungen der Bundespsychotherapeutenkammer ist in Deutschland etwa jedes fünfte Flüchtlingskind an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) erkrankt. Offizielle Diagnosen und eine damit verbundene psychologische Hilfe erfolgt in den seltensten Fällen (BPtK, 2015). Eine anhaltende Symptomatik kann zu erheblichen Folgeschäden führen (Ruf, 2018). Therapeutische Maßnahmen können helfen, diese Störungen abzubauen. Dramatherapie kam zur Ausführung dieser Forschungsarbeit an der Realschule Friesoythe das erste Mal zum Einsatz. Ziel der Arbeit war es, das Potenzial von Dramatherapie bei der Behandlung von PTBS mittels der systemischen N=1 Untersuchungsmethode, qualitativ (Interviews) und quantitativ (Fragebögen) zu untersuchen. Die N=1 bezieht neben einem individuellen Patienten, auch sein Netzwerk mit ein. Das bildete sich aus den Eltern des Patienten und der ausführenden Dramatherapeutin. Es wurde die Frage geklärt, ob und unter welchen Umständen die Behandlung in einen Schulalltag eingebunden werden kann.

Die verwendete dramatherapeutische Methode war ein improvisiertes Rollenspiel, bei dem davon ausgegangen wird, dass der Patient sich bei der Rollenwahl von unbewussten Impulsen leiten lässt, die zur Erfüllung seiner Bedürfnisse und damit zur Lösung innerer Konflikte und einer Verminderung seiner Symptomatik führen. Der Patient war ein 14-jähriger Junge, der mit seiner Familie unter katastrophalen Bedingungen aus dem Irak flüchten musste. Er wies Merkmale einer PTBS in allen Symptombereichen auf.

Die vorliegende Studie hat ergeben, dass sich eine im Schulalltag integrierte Behandlung nur unter bestimmten Voraussetzungen realisieren lässt. Ein Effekt der dramatherapeutischen Interventionen konnte festgestellt werden. Eine messbare Reduktion der Symptomatik war nur aus Sicht des Patienten selbst feststellbar. Aus den Ergebnissen des Netzwerkes ging eine leicht steigende Tendenz der Symptomatik hervor. Auf Grund unzureichender Übereinstimmung verschiedener Mitglieder des Netzwerkes, sind die Ergebnisse jedoch als unzuverlässig zu werten.

Qualitative Ergebnisse aus Sicht der Eltern des Patienten zeigten eine starke Zunahme der Symptomatik. Die ausführende Dramatherapeutin erkannte vor allem im Bereich intrusiver Symptome eine Verbesserung. Der Patient selbst erfuhr die therapeutischen Interventionen als hilfreich und fördernd. Durch die gefühlte Abnahme der Symptome kam der Patient besser mit tagtäglichen Abläufen zurecht.

Schlüsselwörter:

Kriegstrauma · Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) · Flüchtlinge · Kinder- und Jugendliche · Dramatherapie · Rollenspiel · Bedürfnisse

Samenvatting

Volgens schattingen van de Federale kamer van Psychotherapeuten lijdt ongeveer een op de vijf vluchtelingenkinderen in Duitsland aan een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Officiële diagnoses en gerelateerde psychologische hulp zijn zeer zeldzaam (BPtK, 2015). Aanhoudende symptomen kunnen leiden tot aanzienlijke gevolgschade (Ruf, 2018). Therapeutische maatregelen kunnen helpen om deze stoornissen te verminderen. Dramatherapie werd voor het eerst gebruikt om dit onderzoek uit te voeren aan de Realschule Friesoythe. Het doel van het onderzoek was om het potentieel van dramatherapie in de behandeling van PTSS te onderzoeken met behulp van de systemische N=1 methode, zowel kwalitatief (interviews) als kwantitatief (vragenlijsten). De N=1 omvat zowel een individuele patiënt als zijn netwerk. Deze werd gevormd door de ouders van de patiënt en de dramatherapeute die de therapie uitvoert. Een andere vraag was of en onder welke omstandigheden de behandeling in het dagelijkse schoolleven kan worden geïntegreerd.

De gebruikte dramatherapeutische methode was een geïmproviseerd rollenspel waarin wordt aangenomen dat de patiënt zich bij de keuze van een rol laat leiden door onbewuste impulsen, die leiden tot de vervulling van zijn behoeften en daarmee tot de oplossing van innerlijke conflicten en een vermindering van zijn symptomen. De patiënt was een 14-jarige jongen die met zijn gezin onder catastrofale omstandigheden Irak moest ontvluchten. Hij vertoonde kenmerken van PTSS in alle symptoomgebieden.

Uit deze onderzoek blijkt, dat een in het dagelijkse schoolleven geïntegreerde behandeling alleen onder bepaalde voorwaarden kan worden uitgevoerd. Een effect van de dramatherapeutische interventies kon worden waargenomen. Een meetbare vermindering van de symptomen was alleen waarneembaar vanuit het standpunt van de patiënt zelf. De resultaten van het netwerk vertoonden een licht stijgende tendens van symptomen. De resultaten zijn echter onbetrouwbaar door een gebrek aan overeenstemming tussen de verschillende leden van het netwerk.

Kwalitatieve resultaten vanuit het oogpunt van de ouders van de patiënt lieten een sterke toename van de symptomen zien. Volgens de uitvoerende dramatherapeute was vooral op het gebied van intrusieve symptomen, spraak van verbetering. De patiënt zelf ervoer de therapeutische ingrepen als behulpzaam en ondersteunend. Hij voelde dat de symptomen waren afgenomen en was daardoor beter in staat om de dagelijkse routines aan te kunnen.

Steekwoorden:

oorlogstrauma - posttraumatische stressstoornis (PTSS) - vluchtelingen - kinderen en adolescenten - drama therapie - rollenspel - behoeften

Summary

According to estimates by the Federal Chamber of Psychotherapists, about one in five refugee children in Germany suffers from post-traumatic stress disorder (PTSD). Official diagnoses and related psychological help are rarely available (BPtK, 2015). Persistent symptoms can lead to considerable consequential damage (Ruf, 2018). Therapeutic measures can help to reduce these disorders. Dramatherapy was being used for the first time to carry out this research work at the Realschule Friesoythe. The aim of the work was to investigate the potential of drama therapy in the treatment of PTSD using the systemic N=1 examination method, both qualitative (interviews) and quantitative (questionnaires). The N=1 includes an individual patient as well as his network. This was formed by the parents of the patient and the drama therapist. The question was investigated whether and under what circumstances the treatment can be integrated into everyday school life. The drama therapeutic method used was an improvised role play in which it is assumed that the patient is guided by unconscious impulses when choosing a role, which lead to the fulfilment of his needs and thus to the solution of inner conflicts and a reduction in his symptoms. The patient was a 14-year-old boy who had to flee Iraq with his family under catastrophic conditions. He had characteristics of PTSD in all symptom areas.

This study has shown that a treatment integrated into everyday school life can only be realized under certain conditions. An effect of the drama therapeutic interventions could be determined. A measurable reduction in symptoms was only noticeable from the patient's own point of view. From the results of the network a slightly increasing tendency of the symptomatology emerged. Due to insufficient agreement of different members of the network, however, the results are classified as unreliable.

Qualitative results from the patient's parents' point of view showed a strong increase in symptoms. According to the executive drama therapist improvements could mainly be observed in the field of intrusive symptoms. The patient himself experienced the therapeutic interventions as helpful and supportive. By the felt decrease of the symptoms the patient got along better with daily procedures.

Keywords:

War trauma - post-traumatic stress disorder (PTSD) - refugees - children and adolescents - drama therapy - role play - needs

1 Einleitung

In der vorliegenden Bachelorarbeit geht es um eine systemische N=1 Untersuchung zur Symptomreduktion bei Merkmalen von PTBS mittels dramatherapeutischer Interventionen. Sie wurde angefertigt als Abschlussarbeit des Studienganges der Kreativtherapie, mit dem Schwerpunkt Drama, der NHL Stenden University of Applied Sciences, Leeuwarden, Niederlande. Die Untersuchung wurde durchgeführt an einer weiterführenden Schule in Deutschland. Der systemorientierte Ansatz einer N=1 umfasst die Wahrnehmung des Patienten selbst sowie die seines Netzwerkes. Daten werden sowohl von qualitativer als auch quantitativer Art gesammelt und ausgewertet. Autorin der Arbeit ist zugleich die ausführende Dramatherapeutin.

1.1 Kontext

Die Realschule Friesoythe (Deutschland), Auftraggeber der vorliegenden Arbeit, bietet Schülern(innen) in sechs Jahrgangsstufen das Erreichen des erweiterten oder normalen Realschulabschlusses. Kinder und Jugendliche im Alter von 10 – 16 Jahren werden sowohl in Regelfächern (Mathematik, Deutsch, Englisch, etc.) als auch in speziellen Kursen, die zur Berufsvorbereitung oder Interessenförderung dienen, unterrichtet. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund werden auf der Realschule bis zu dem Erreichen eines ausreichenden Sprachniveaus in separaten Sprachlernklassen unterrichtet und mit zunehmenden Sprachniveau in den Klassenalltag integriert. Bei den Kindern und Jugendlichen handelt es sich sowohl um Fälle geklärt, als auch offener Asylanträge.

Zur Betreuung von persönlicher oder schulrelatierter Problematik setzt die Realschule eine Sozialpädagogin sowie Vertrauenslehrer(innen) ein. Eine innerschulische therapeutische Betreuung oder Behandlung findet nicht statt.

Dramatherapie, ist an der weiterführenden Schule weitgehend unbekannt und steht in Deutschland auch über das Schulsetting hinaus wenig im Fokus anerkannter Therapiemöglichkeiten. Ein Kontakt zur auftraggebenden Schule hat sich im Rahmen des studienrelatierten praktischen Jahres ergeben.

1.2 Problemanalyse

Schüler(innen) an der Realschule mit Migrationshintergrund, sind zu einem Großteil Flüchtlingskinder. Kriegszustände im Heimatland und eine damit einhergehende Flucht haben zum Teil zum Durchleben eines „belastenden Ereignisses oder einer Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (DIMDI, 2018) geführt. Als verzögerte Reaktion auf das Erlebte können Merkmale einer PTBS auftreten. Eine psychologische Anamnese ist auf Grund von finanziellen Mitteln und des ungeklärten Asylstatus bei den Kindern und Jugendlichen meistens nicht gegeben (BPtk, 2015).

Die Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) zählt nach Klassifizierung durch den ICD-10 (International Classification of Diseases - Weltgesundheitsorganisation (WHO)), zur Gruppe *der Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen* (F40-F48/ ICD-10) sowie zur Untergruppe *der Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* (F43) (DIMDI, 2018).

Symptome der PTBS, die in dieser Arbeit untersucht werden, sind in vier Hauptmerkmale zu kategorisieren:

1. Das unkontrollierte Wiedererleben des traumatischen Ereignisses (*Intrusion*), in Form von Albträumen, täglichen Flash-backs oder aufdringlichen, immer wiederkehrenden Bildern (Maerker, 2013).
2. Vermeidungsverhalten (*Avoidance*), das sich sowohl in verbalem und gedanklichem, als auch in körperlichem Vermeiden von Trauma assoziierter Thematiken zeigt (Maerker, 2013).
3. Vegetative Übererregbarkeit (*Hyperarousal*), die durch unbewusst wirkende Schreckhaftigkeit, erhöhte Reizbarkeit, mangelnde Affekttoleranz (Roestel & Kersting, 2008) Konzentrationsschwierigkeiten und Schlafstörungen definiert ist (DIMDI, 2018).
4. Zunehmende Gleichgültigkeit (*Numbing*), die sich durch das Verflachen von Gefühlen und Interessen auszeichnet (Maerker, 2013).

Das Verhalten eines Kindes mit posttraumatischen Merkmalen kann zur Isolation und zu Schwierigkeiten in angehenden Freundschaften und Beziehungen führen. Ein Mangel an zukunftsorientierten Perspektiven kann zu erhöhtem Drogenkonsum und gesteigerter krimineller Aktivität führen. Kinder mit kriegsbedingten Traumata laufen Gefahr, selbst zu Tätern von Gewaltverbrechen zu werden (Ruf, 2018). Die zunehmende Gleichgültigkeit, die Abschwächung von Gefühlen, kann die Lebensfreude des Betroffenen beeinträchtigen und in einer schwerwiegenden Depression mit suizidalen Gedanken enden (Maerker, 2013). Wird eine PTBS nicht ausreichend behandelt, kann sich ein chronischer Verlauf einstellen, der eine andauernde Persönlichkeitsveränderung zur Folge haben kann (F62.0) (DIMDI, 2018).

Der Anteil der Flüchtlinge, die eine psychische Erkrankung haben, wird von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) mit etwa 50 % angegeben (Stand 2015, BPTK, 2015). Die Zahl der Flüchtlingskinder, die an einer PTBS leiden wird auf etwa jedes fünfte Kind geschätzt (Stand 2015). Welche gesellschaftliche Relevanz das Thema hat, zeigen Zahlen des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF): In den Jahren 2016 und 2017 gab es 968.228 Erstasylanträge in der Bundesrepublik Deutschland. 192.370 hiervon entfielen auf die Gruppe der 6-18-jährigen (BAMF, 2016; 2017).

1.3 Beschreibung des Patienten

Der Patient ist 14 Jahre alt und irakischer Herkunft. Er floh vor zwei Jahren mit seiner Familie, nachdem sein Vater berufsbedingt durch eine terroristische Organisation verfolgt wurde. Die Flucht wurde teilweise zu Fuß, in überfüllten Frachtwagen oder in kleinen Booten zurückgelegt. Die Flucht aus seinem Heimatland, konnte mit dem Patienten zum Teil verbal rekonstruiert werden. Der Patient war demnach, mehrfach einer „außergewöhnlichen Bedrohung unter teils katastrophentypischem Ausmaß“ (WHO, DIMDI, 2015) ausgesetzt.

In Deutschland lebt der Patient zusammen mit seinen Eltern, einem älteren Bruder und einer jüngeren Schwester, die auf Grund ihres körperlichen und geistigen Behinderungsgrades voll pflegebedürftig ist, in einer Sozialwohnung. Er ist an der Realschule eines von ca. 30 Kindern mit Migrationshintergrund. Der Patient ist weder diagnostiziert, noch anderweitig therapeutisch vorstellig geworden. Er weist Merkmale einer PTBS in allen vier symptomalen Kategorien auf. Besondere Auffälligkeiten sind in den Bereichen Intrusion und Numbing zu verzeichnen, die ein verstärktes Vermeidungsverhalten auslösen. Nach Aussagen der Eltern beschäftigt sich der Patient ausschließlich mit seiner Playstation und kriegsorientierten Spielen. Der Patient erklärt seine Neigung zu häuslicher Isolation mit dem Wunsch sich abzulenken.

Zudem zeigt er traumarelatierte, plötzlich auftretende Angstgefühle, die keinen ersichtlichen Zusammenhang zur aktuellen Situation haben. Der Patient leidet vermehrt

unter Bauchschmerzen, für die keine körperliche Ursache gefunden werden konnte. Zudem weist er depressive Züge auf.

Die schulische Situation erfährt der Patient nach eigenen Angaben als überfordernd. Ihn belasten sowohl die an ihn gestellten Ansprüche, als auch eine fehlende Unterstützung auf privater und professioneller Ebene. Der Patient befindet sich entwicklungspsychologisch gesehen in Konfrontation mit der Identitätsfrage (Mietzel, 2002), die erschwert wahrgenommen wird durch die Veränderungen seiner Lebensumstände.

1.4 Standardbehandlung

In konventionellen Ansätzen zur therapeutischen Behandlung bei PTBS zählen traumafokussierte Methoden zu den effizientesten Behandlungsmöglichkeiten (Rosner, Nocon & Olf, 2013). Unter ihnen die kognitive Verhaltenstherapie, die mit „Expositionselementen und kognitiver Umstrukturierung“ arbeitet (Rosner et al., 2013, S. 306). Konfrontierende Elemente werden unterschieden in reale (in vivo) und mentale (in sensu) (Rosner et al., 2013). Eine weitere, von internationalen Richtlinien bei der Behandlung von PTBS eingesetzten Therapiemethoden ist die *Eye-Movement Desensitization and Reprocessing*-Therapie (EMDR), als dessen erfolgreicher Effekt die behaviorale Desensibilisierung gilt. Hierbei wird neben einem angstausslösenden Reiz ein gegensätzlicher Reiz ausgelöst, der zur Reduktion des angstausslösenden Reizes führt (Myers, 2014). Weitere Therapieansätze mit positiven Ergebnissen beinhalten Faktoren zur Stressimmunisierung, wie Entspannungstechniken (Rosner et al., 2013). Studien zu Dramatherapie bei Traumata haben ergeben, dass diese eine Vielzahl an effektiven Elementen gerade zur Behandlung bei PTBS beinhalten (Sajjani & Johnson, 2014).

1.5 Interventionsbeschreibung

1.5.1 Dramatherapeutische Methode

Dramatherapie ist eine Form der Kreativtherapie, die das dramatische Spiel nutzt, um Konflikte und Probleme zu thematisieren und zu verarbeiten. Der dramatherapeutische Ansatz gilt in der Traumatherapie als besonders geeignet, weil er dem Patienten Distanz zur traumatischen Thematik bietet (Sajjani & Johnson, 2014) und diese dennoch thematisiert. Zunächst wird hierbei der Behandlungsraum genannt. Dieser verfügt über einen deutlich definierten Spielbereich, der dem Patienten als leerer Raum ein unvoreingenommenes, sicheres Terrain bietet (Johnson, 1991). Weiteres und zugleich bedeutsamstes therapeutisches Element in der Dramatherapie und der vorliegenden Arbeit, ist die Rolle. Sie bietet dem Patienten die Möglichkeit eine Rolle und zugleich sich selbst zu spielen (Landy, 1993). Die Dualität der Rolle macht es möglich sich zugleich in zwei Wirklichkeiten zu befinden und so, mit gegenwärtiger Rolle einen vergangenen oder zukünftigen Zustand zu erreichen. Nach Landy (1993) gelingt es dem Patienten so, sich mit seinem Trauma zu konfrontieren und im Spiel und in der Reflexion dessen, neue Perspektiven zu erfahren. Als unterstützend im reflexiven Prozess wird die ambivalente Eigenschaft der Rolle betrachtet, die Tatsache, dass jede Rolle auch eine Gegensätzlichkeit beinhaltet. Diese Ambivalenz bedeutet für Landy, dass Platz für beide Aspekte gegeben sein muss: Will man den Frieden, dann muss man auch den „Krieg“ akzeptieren (Landy, 1993). Bewusstwerdung und aktiver Gebrauch der „eigenen“ Rollen und ihrer Facetten - der Fähigkeit, verschiedene Rollen mit seinen Eigenschaften anzunehmen und ausspielen zu können - stehen für Landy gekoppelt an die psychische Gesundheit des Menschen (Jennings, Cattanaach, Mitchell, Chesner & Meldrum, 1993).

Im improvisierten Rollenspiel, der dramatherapeutischen Intervention, der vorliegenden Arbeit, spielt der Patient durch aufkommende Impulse eine Rolle, die sich im alleinigen Spiel oder im Gegenspiel mit der Dramatherapeutin entfaltet (Johnson, 1991).

Theoretische Grundlage hierfür ist eine in der dramatherapeutischen Traumatherapie, verwendete Methode des Dramatherapeuten David R. Johnson, „*developmental transformations*“ (Johnson, 1991). Johnson selbst bezeichnet die Methode als *Freie Assoziation* nach Sigmund Freud, die sich über Worte hinaus in „Bewegung, Klang, Gestik und Dramatik“ (Johnson, 1991, S.287) darstellt. Johnson (1991) geht von einem von Natur aus instabilen Selbst jedes Menschen aus, das sich im ständigen Drang befindet, sich verändern zu müssen um somit seinen Bedürfnissen gerecht werden zu können. Kann ein Mensch seinen Bedürfnissen nicht gerecht werden, z. B. dem Bedürfnis nach Sicherheit, entstehen innere Störungen und Konflikte (Reinelt, Vasileva & Petermann, 2016). Ausgehend von *developmental transformations* wird angenommen, dass in Hinsicht auf die signifikante Problematik des Patienten, seine Bedürfnisse besonders ausgeprägt sind (Dixius & Möhler, 2017). Die *freie Assoziation* nach Freud besagt, dass unzensierte Äußerungen unseres Selbst in beliebiger Reihenfolge Aufschluss geben über innere Störungen und psychische Konflikte (Johnson, 1991). Im improvisierten Rollenspiel werden Impulse, durch die ein Patient eine Rolle wählt, als unzensierte Äußerungen nach Freud betrachtet, die folglich die Thematik des Rollenspieles vorgeben. In der Auseinandersetzung mit eigenen Störungen und Konflikten geht im Rahmen dieser Arbeit, somit um die Erfüllung eigener Bedürfnisse (s. Anhang III – Impulse & Bedürfnisse). Das imaginäre Spiel, in dem der Patient unter Einbeziehung mehrerer Sinne (visuell, haptisch- körperbezogen, auditiv, ggf. olfaktorisch) aktiv die „freie Expression von Gedanken und Gefühlen“ (Sajani & Johnson, 2014, S. 14) erfährt, wird so therapeutisch wirksam (s. Anhang II). Kreativtherapeutisch wird der wirksame Effekt des Rollenspiels durch die *Analogie* (Smeijsters, 2008) des Spiels erklärt, der Annahme, dass sich Erfahrungen im Spiel, analog auf das reale Leben übertragen lassen (s. Anhang I).

1.5.2 Das Drei-Phasen-Modell

Aus verschiedenen Therapieansätzen bei PTBS geht hervor, dass die Therapie bei Trauma-Patienten häufig in drei Phasen - Stabilisierung, Konfrontation und Integration - verläuft (Nevid, Rathus & Greene, 2012). Davon ausgehend wird in drei Intervallen von 14 Tagen gearbeitet. Zwei Wochen Aufbautherapie/ Positive Psychologie, folgen zwei Wochen Konfrontationsinterventionen und schließlich zwei Wochen Integrationsarbeit. Die Therapiestunden finden dreimal wöchentlich statt und haben jeweils eine Dauer von 45 Minuten. Die gesamte Behandlung wird nach Vergleichswerten empirischer Studien zur Behandlung durch EMDR, bei PTBS auf 18 Behandlungssitzungen festgelegt (Jacobs, 2009).

Die Dramatherapie orientiert sich in den einzelnen Phasen (s. Anhang V) an wirksamen Elementen gängiger Behandlungsmethoden. In der ersten Phase, der Aufbauphase, liegt der Fokus auf den Stärken und den gesunden Aspekten des Patienten, um ihm vorhandene positive Strukturen und eigene Widerstandsfähigkeit (Resilienz) aufzuzeigen. Im Rollenspiel erinnern verwendete Mechanismen an behaviorale Desensibilisierung und kognitive Umstrukturierung. Negative Impulse des Patienten werden durch das Gegenspiel der Dramatherapeutin durch positive Stimulanz umgekehrt (der Patient verändert seine Rolle) oder neu definiert (die bestehende Rolle entwickelt neue positive Facetten) (Uni Trier, 2015) (Brinkmann, 2018). Theoretische Basis hierfür stellt die Positive Psychologie, die unter dem Begriff der Salutogenese, Wechselwirkungen und Entwicklungen untersucht, die positives Denken fördern. Positive Emotionen gelten nach Seligman (2012) als Grundstein für das Wohlbefinden des Menschen und fördern *Flourishing* – das Wachstum des Menschen (s. Anhang VI).

In der Konfrontationsphase können traumatische Inhalte das Rollenspiel kennzeichnen. Unterschiedliche Gefühlszustände des Patienten werden bewusst zugelassen und vom Patienten - mittels der Qualifikationen der Rolle - gleichfalls *in vivo* (real) und *in sensu*

(mental) erfahren. Bedürfnisse des Patienten können klar definiert werden. In Folge bietet das Rollenspiel Möglichkeiten zur Auseinandersetzung und Verarbeitung.

Ziel der Integrationsphase ist es, gegenwärtige Erlebnisse des Patienten reflektiert von traumatischen Erfahrungen betrachten zu können und posttraumatisches Wachstum zu fördern. Zweitens liegt die Annahme zu Grunde, dass ein negativ geprägtes Erlebnis positive Folgen, wie z. B. die steigende Wahrnehmung des eigenen Potenzials, haben kann (Maercker & Rosner, 2006). Die Integrationsphase enthält zusätzlich stressimmunisierende „Mindfulness“ Elemente (Rosner et al., 2013) (s. Anhang VIII).

Die Schlüsselkompetenz der Dramatherapeutin besteht in allen drei Phasen aus der Fähigkeit, „mit dem Seinszustand und den Bedürfnissen des Klienten in Kontakt zu bleiben, wenn diese entstehen und sich verändern“ (Sajjani & Johnson, 2014, S.14). Das Rollenspiel setzt eine freie Zugänglichkeit zu verschiedenen Theatermaterialien (Attribute, Verkleidungen etc.) voraus.

1.5.3 Aufbau einer Therapiestunde

Vor jeder Therapiesitzung wurde der Patient vom Klassenraum abgeholt. Der gemeinsame Gang zum Behandlungsraum eignete sich für den Austausch besonderer Vorkommnisse und zur ersten Observation der Tagesform des Patienten. Der Behandlungsraum, eine Räumlichkeit die sich von einem Klassenzimmer unterscheiden muss, um ihre Neutralität zu bewahren, war ein Theaterlokal mit Verkleidungsutensilien, verschiedenen Objekten wie Haushaltsgegenständen, Decken, Kissen, etc. sowie Tischen, Stühlen und weiteren Attributen, um ein Bühnenbild zu erstellen.

Jede Therapiesitzung war gleich strukturiert: Nach einem Warming-up, folgte ein improvisiertes Rollenspiel, wie unter 1.5.1 und 1.5.2 beschrieben. Jede Sitzung endete mit einem abschließenden Element.

Warming-Up

Das Aufwärmen spielt eine wichtige Rolle in der Dramatherapie (Cleven, 2004). Hat der Patient wie in der vorliegenden Arbeit, wenig oder gar keine Erfahrungen mit dem Medium Drama, wird der erste Teil der Sitzung gezielt eingesetzt, um auf aktivierende Weise Theater Techniken zu erlernen. Wir starteten mit einem „freien Laufen durch den Raum“ um den Alltag des Unterrichts hinter sich zu lassen. Im nächsten Schritt wurde das „freie Laufen“ um verschiedene Ausdrücke ergänzt. Gestik, Mimik oder bestimmte Körperhaltungen waren nun angepasst an eine bestimmte Rolle (z. B. verschiedener Berufe, Tiere etc.). Hierbei bauten wir positive Aspekte wie z. B. ein Lächeln bei jedem dritten Schritt ein. Weitere Möglichkeiten des Warming-ups waren Stimm- und Atemübungen, Standbilder zum Gemütszustand, das Beobachten des eigenen Ausdrucks - wie z. B. das Lächeln - im Spiegel, oder kleine Spiele. Aspekte im Warming-up richteten sich auf die Stärken des Patienten, forderten ihn aber auch heraus, sich auf das Medium einzulassen und Vertrauen aufzubauen. Auch die Verbindung zwischen Patient und Dramatherapeutin wurde gestärkt. Die Dramatherapeutin trat dem Patienten mit Empathie gegenüber und versuchte ihre Gefühle transparent zu vermitteln. Die Dramatherapeutin nahm an jedem Aufwärmen teil, unterstützte und war zugleich Vorbild für den Patienten. Das Mitspielen der Dramatherapeutin förderte ein Zusammengehörigkeitsgefühl und baute Hemmschwellen ab.

Improvisiertes Rollenspiel

Im Folgenden ein Beispiel aus der Praxis, Phase 1, Sitzung 6

Der Patient hat sich für die Rolle eines Jungen mit deutschem Vornamen entschieden. Im Rollenspiel trifft der Patient auf eine ältere Frau im Park (von der Dramatherapeutin gespielt): Sie kommen ins Gespräch und es stellt sich heraus, dass der Junge voller

Selbstzweifel ist und in der Frau jemanden sieht, der mehr Struktur in ihrem Leben hat und eine Antwort auf alles zu haben scheint. Der Junge wirkt betrübt über seine eigenen Fähigkeiten, die er als minderwertig wahrnimmt. Die Frau stellt dem Jungen daraufhin eine Vielzahl von einfachen Fragen, die er beantworten kann. Daraufhin erzählt ihm die Frau, dass sie selten Jungen in seinem Alter trifft, die anscheinend auf alles eine Antwort haben. Der Junge lächelt wegen des Kompliments und geht weiter.

Das Beispiel zeigt, wie der Patient lernt, sich selbst und seinen Fähigkeiten zu vertrauen. Nach humanistischen Ansätzen geht es auch um die „unbedingte Wertschätzung“ (Myers, 2014, S.566) des Patienten. Bezogen auf das Beispiel ist es wichtig, dass die Dramatherapeutin sich im Spiel der Rolle des Patienten annimmt, die Rolle kennenlernt und wertschätzt. Diese Wertschätzung gilt gleichwohl auch dem Patienten (Myers, 2014).

Abschließendes Element

Abschließend wurde eine Aktivität gewählt, durch die der Patient ausreichend Abstand zur Therapie gewinnen konnte, um anschließend in den Schulunterricht zurückkehren zu können. Abschlusselemente werden in der Dramatherapie auch Abkühlungselemente genannt (Cleven, 2004). Eine lustige Aktivität kann die Therapiesitzung auf spielerische Weise beenden. Eine weitere Möglichkeit ist ein ruhiger Abschluss mit meditativem Charakter, wie z. B. durch das Nachstellen und Erraten von Standbildern.

1.6 Forschungsvorhaben

Die Ziele der vorliegenden Abschlussarbeit, werden in drei Niveaus unterteilt:

Ziel ist die Untersuchung eines einzelnen Patienten und seiner Symptomatik durch eine von der ausführenden Dramatherapeutin bestimmte dramatherapeutische Methode. Auf Mikroniveau dient die Forschungsarbeit der Dramatherapeutin zu Evaluationszwecken und einer möglichen Optimierung ihres methodischen Vorgehens.

Auf Mesoniveau bietet die systemische N=1 durch systemorientiertes Arbeiten für das Netzwerk positive Ergebnisse. Die Inhalte der Forschungsarbeit können zu Aufklärungszwecken für Familie und Freunde dienen, bei denen eine ähnliche Problematik vorliegt, diese jedoch durch ethnische Herkunft tabuisiert wird. Auch für Dozenten und Betreuungskräfte kann die Einbeziehung zur Fallstudie Anreiz sein, um im eigenen Umfeld gezielter auf eventuelle Symptomatik bei der Zielgruppe zu achten.

Ziel auf Makroniveau ist es, auf die Notwendigkeit von therapeutischen Maßnahmen in der Flüchtlingsintegration und Traumaverarbeitung, sowie das Potenzial von Dramatherapie im Schulsystem hinzuweisen und einen wissenschaftlichen Ansatz für weiterführende Untersuchungen zu geben. Als angehende Dramatherapeutin ist es eine wichtige Aufgabe, auf ein Defizit alternativer Behandlungsmethoden und ihrer staatlichen Förderung hinzuweisen.

Zentrale Frage der Arbeit ist *die wissenschaftliche Forschung zur Effektivität von dramatherapeutischen Interventionen, insbesondere dem Arbeiten mit Rollen, zur Reduktion der Merkmale einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), im Rahmen einer Kurzzeitbehandlung von 6 Wochen, integriert in den Schulalltag.*

Die zentrale Frage soll mittels nachfolgender Teilfragen beantwortet werden:

1. Wie lassen sich dramatherapeutische Interventionen in den Schulablauf einer weiterführenden Schule integrieren?
2. In welchem Umfang ist ein Effekt der dramatherapeutischen Interventionen auf die Symptomatik des Patienten im Laufe der 6-wöchigen Behandlung quantitativ nachweisbar?
Untersucht wurde die Sicht des Netzwerkes und des Patienten selbst.
3. Wie wird eine mögliche Veränderung, innerhalb des Untersuchungszeitraumes, qualitativ vom Netzwerk und dem Patienten selbst wahrgenommen?

Hinsichtlich der Teilfragen lassen sich folgende Hypothesen aufstellen:

- a. Es wird angenommen, dass eine Integration dramatherapeutischer Interventionen in den Schulalltag als vorteilhaft und hilfreich wahrgenommen wird.
- b. Es wird angenommen, dass es durch die dramatherapeutischen Interventionen beim Patienten zu einer messbaren Reduktion seiner Symptomatik kommt.
- c. Es wird angenommen, dass der Patient und sein Netzwerk, die Wirkung der 6-wöchigen Behandlungsphase, tatsächlich als Symptom-vermindernd erfahren.

2 Forschungsmethodik

2.1 Qualitativ

Die Untersuchung ist von qualitativer Art, da sie sich auf - nicht vorhersehbare Auswirkungen durch persönlich und individuell vom Patienten angenommene - Interventionen in einem „natürlichem Umfeld“ (Verhoeven, 2011, S. 158) bezieht. Die tatsächliche Wirkung der dramatherapeutischen Maßnahmen im Hinblick auf die Symptomatik des Patienten wurde mittels qualitativer Interviews erfasst. Diese dienten auch zur Beantwortung der ersten Teilfrage zur Integration der Maßnahmen in den Schulalltag. Mittelpunkt der Forschungsarbeit und somit ausschlaggebend sowohl für den Verlauf der Interventionen, als auch auf den Ausgang der Untersuchungsergebnisse, waren die Reaktionen und Beiträge des Patienten. Eine Interpretation von Handlungen und deren Bedeutungen findet in qualitativen Untersuchungen immer in seinem Kontext, unter Betrachtung des Gesamten (Netzwerk etc.) statt. Besonders interessant in der qualitativen Forschung ist auch die Sichtweise des Patienten und Fortschritte hinsichtlich seiner Fähigkeit zur Selbstreflexion. Es wurde in der qualitativen Forschungsarbeit Rücksicht genommen auf bereits ausgearbeitete Modelle, jedoch entstand ein eigener nicht nachgeahmter, wenn auch inspirierter neuer Forschungsablauf (Baur & Blasius, 2014).

2.2 Quantitativ

Neben dem Einsatz der qualitativen Komponenten finden sich in der Arbeit auch quantitative Komponenten wieder. Quantitative Itemkonstrukte wurden zum Mess- und Evaluationsinstrument. Diese wurden in der Operationalisierung (2.4) näher beschrieben.

2.3 Systemische N=1

Im Studienjahr 2016-2017 hat die Hochschulabteilung, der *Creatieven Therapie* der Stenden Hogeschool, Leeuwarden in den Niederlanden, beschlossen, die Methode der systemischen N=1 als gängiges Modell für die Bachelorarbeiten, den sogenannten „Afstudeeronderzoek“ einzuführen. Das Modell der N=1 bezieht sich auf die Untersuchung eines Falles, nach dem englischen Wort „Casestudy“ benannt, wird der Fall eines Patienten (N1=1 Patient) behandelt (Verhoeven, 2011). Hintergrund dieses Entschlusses ist die Einzigartigkeit jedes Patienten, die durch verallgemeinerte Arbeitsprotokolle nur unzureichend beschrieben werden können. Systemisch bedeutet, die aktive Einbindung des Patienten-Netzwerks. In dieser Arbeit war ein Netzwerk aus den Eltern des Patienten, der ausführenden Dramatherapeutin sowie zwei Lehrkräften des Patienten vorgesehen. Für den Patienten bietet die Einbeziehung seines Netzwerkes in einer N=1 Studie, die Möglichkeit von direktem Feedback profitieren zu können (Bootsma, Schaap & Torney, 2016). Frageleiten, offene Interviews und teilnahmeorientierte Beobachtungen führen zu einer umfangreichen Datenerhebung (Verhoeven, 2011, S.160). Untersuchungen der systemischen N=1 beinhalten sowohl qualitative als auch quantitative Untersuchungsmethoden.

2.4 Operationalisierung

2.4.1 Interviews

Die Teilfragen eins und drei wurden mit abschließenden, semistrukturierten Interviews beantwortet. Persönliche Beiträge sind in Interviews durchaus gewünscht, der Interviewer gibt sich flexibel, leitet aber mit vorab gewählten Themen und Zwischenfragen (siehe Anhang XVI) durch das Interview (Verhoeven, 2011). Zur Beantwortung der ersten Teilfrage wurden Experteninterviews mit Fachkräften der auftraggebenden Schule geführt (Baur & Blasius, 2014). Zu den Fachkräften gehörten Lehrer aus unterschiedlichen

Bereichen: die Klassenlehrerin in Vertretung der Lehrkräfte mit Bezug zum Patienten selbst, ein Lehrer in leitender Funktion des Bereiches der Schüler(innen) mit Migrationshintergrund sowie ein Lehrer, der als Ansprechpartner in Vertrauensfragen für alle Schüler(innen) fungiert. Die Auswertung der Experteninterviews wurde um eine dramatherapeutische Einschätzung ergänzt und im nachfolgenden Fazit diskutiert.

Teilfrage drei wurde durch abschließende Interviews mit dem Patienten selbst und Personen aus seinem Netzwerk beantwortet.

2.4.2 Itemkonstrukte

Zur Beantwortung der dritten Teilfrage wurden zwei Fragebögen - einen für den Patienten und einen weiteren für Personen aus dem Netzwerk des Patienten - erstellt (s. Anhang XXVIII ff.). Die Fragebögen entstanden in selbständiger Entwicklung als „ein Konstrukt das mittels mehrerer Items erfasst wird, deren Beantwortung dann gemittelt wird“ (Rammstedt, 2004, S.2). Darum werden im Folgenden die Fragebögen Itemkonstrukte genannt. Diese basieren auf zwei validierten Fragebögen, die zur Diagnostik und Evaluation bei PTBS eingesetzt werden. Beide Fragebögen, *CROPS* (Child Report of Post-Traumatic Symptoms) und *PROPS* (Parents Report of Post-Traumatic Symptoms) (Greenwald & Rubin, 1999) (s. Anhang XXXII ff.), sind Trauma-screening Skalen, die von Ricky Greenwald (1999) entwickelt wurden und besonders geeignet sind um den Verlauf der Behandlung zu kontrollieren.

Die Items wurden übernommen aus den Trauma-screening Skalen (*CROPS/ PROPS*) und nach Definition der Merkmale einer PTBS (ICD-10 und DSM-5 – s. Anhang XXXVIII ff.) ergänzt. Jedes Konstrukt enthält 29 Items, die in die vier beschriebenen Hauptmerkmale einer PTBS - Intrusion, Avoidance, Hyperarousal und Numbing - unterteilt sind. Die Unterteilung wurde mit Hilfe weiterer Itemkonstrukte zur Diagnosestellung einer PTBS, sowie Merkmalen aus ICD-10 und DSM-5 vorgenommen (s. Anhang XXXIV ff.). In den Bereich der Intrusion fallen z. B. Items zur Messung der Erinnerung traumatischer Erfahrungen in Bildern, Gedanken, Albträumen sowie zwanghaft wirkende Wiederholungstätigkeiten, die mit traumatischen Erlebnissen in Verbindung stehen. Items der Kategorie Avoidance geben Auskunft über das Vermeidungsverhalten des Patienten. In der Kategorie Hyperarousal wird die Übererregbarkeit des Patienten, die sich im Schlaf- und Konzentrationsverhalten sowie im Umgang mit Emotionen und in somatoformen Störungen zeigen kann, erfasst. Die Kategorie Numbing gibt Auskunft über eine mögliche emotionale Taubheit des Patienten. Items messen hier den Grad der Isolierung, Gleichgültigkeit und Begeisterungsfähigkeit des Patienten.

Für die Messungen wurde eine 6-stufige Likert-Skala mit Grundaussagen von „Stimme ich gar nicht zu“ bis „Stimme ich total zu“ verwendet. Die Skala ist geradzahlig, um ein mittleres Ergebnis zu vermeiden. Die Likert-Skala gilt als renommierte Methode zur Messung von Attituden (Verhoeven, 2011).

2.5 Datensammlung

Es waren vier Messzeitpunkte im Abstand von zwei Wochen vorgesehen. Die Interviews fanden im Anschluss an den letzten Messzeitpunkt statt. Zu den Messzeitpunkten und bei den Interviews wurde ein Arabisch-Übersetzer zur Hilfe gezogen, da die Eltern des Patienten nicht über ausreichende deutsche Sprachkenntnisse verfügen.

2.6 Datenanalyse

Quantitative Daten wurden weiterverarbeitet mit Hilfe des N=1 Tool' s für die systemische N=1 Methode, entwickelt und bereitgestellt von der NHL Stenden Hogeschool, Niederlande. Interviews wurden ausgewertet nach Topics und Relevanz der Inhalte.

Die Itemkonstrukte wurden ausgewertet hinsichtlich der Kategorien, Intrusion, Avoidance, Hyperarousal und Numbing. Die Ausprägungen („Stimme ich gar nicht zu“ bis „Stimme ich total zu“) werden durch einen Zahlenwert von eins bis sechs ersetzt.

Das N=1 Tool für die systemische N=1 stellt die Möglichkeit zur Auswertung von gesammelten Daten mittels drei verschiedener Werte. Der NAP-Wert, ein Wert der zwischen 0 und 1 liegt, gibt Aufschluss über eventuellen Fortschritt. Während der +Wert, im Falle dieser Arbeit eine Zunahme der Symptomatik darstellt, wird von 0,5 abwärts ein Rückgang gekennzeichnet. Werte, die größer sind als 0,65 stehen für signifikante Zunahme, Werte unter 0,35 kennzeichnen eine signifikante Abnahme. Hierbei liegt die Möglichkeit einer Entwicklung, die auf Zufall basiert unter 5 %. Der tatsächliche Effekt wird mit Cohen's *d* gemessen. Ausschlaggebend hierfür sind die mittleren Werte zweier Messzeitpunkte. Desto höher der Wert desto stärker ist der Effekt. Dieser befindet sich bei Effekten der Zunahme im Plus-, bei Effekten der Abnahme im Minusbereich. Die systemische N=1 baut ihre Forschung neben dem Patienten auch auf die Einbindung des Netzwerks auf. Um zu überprüfen wie und ob das Netzwerk übereinstimmend geantwortet hat, kann der GLI- Gower Legendre Index, errechnet werden. Signifikante Unterschiede, die sich kennzeichnen durch einen GLI Wert unter 0,7 gilt es genauer zu untersuchen. Bei Werten die über 0,7 liegen können der errechnete NAP und Cohen's *d* als zuverlässig bestimmt werden (Stenden Hogeschool, 2017).

3 Ergebnisse

3.1 Einleitung

Entgegen der in 2.0 dargestellten Planung haben sich folgende Änderungen an der Durchführung ergeben:

1. Das Netzwerk zur quantitativen Feststellung möglicher Veränderungen in der Symptomatik des Patienten beschränkte sich zur Behandlung auf die Eltern des Patienten und die durchführende Dramatherapeutin. Lehrkräfte des Patienten erklärten sich bereit, zur Beantwortung der dritten Teilfrage einen Teil des Netzwerks zu bilden.
2. Im Behandlungszeitraum kam es zu einer 2-wöchigen Unterbrechung auf Grund von Schulferien an der auftraggebenden Schule. Hieraus ergab sich die Anpassung einer weiteren Messung (M4) als Zwischenmessung nach den Ferien und vor Beginn des letzten Behandlungsabschnittes.

In den nachfolgenden Punkten finden sich die tatsächlichen Ergebnisse der Forschungsarbeit aus den ausgewerteten Interviews zur Frage nach der Integrierbarkeit der dramatherapeutischen Behandlung in ein Schulsetting (3.2). Darauf folgend werden die quantitativen Resultate der Itemkonstrukte - zur Wahrnehmung der Symptomatik des Patienten - gemessen beim Patient selbst und seinem Netzwerk (3.3), vorgestellt. Abschließend werden die Ergebnisse der qualitativen Interviews zu einer tatsächlich wahrgenommenen Veränderung der Symptomatik des Patienten, durchgeführt mit dem Patienten selbst und seinem Netzwerk, wiedergegeben (3.4).

3.2 Erste Teilfrage: Integrierbarkeit dramatherapeutischer Interventionen in den Schulalltag

3.2.1 Auswertung der Experteninterviews

Die ausgewerteten Interviews mit den Lehrkräften der Realschule Friesoythe ergaben, dass eine Integration von Dramatherapie an einer weiterführenden Schule langfristig als produktiv und hilfreich angesehen werden kann. Die bedürftigen Schüler(innen) können hinsichtlich Ihrer Reflexionsfähigkeit von der Dramatherapie profitieren. Zudem kann die Therapie ein psychologischer Ausgleich sein. Dadurch kommt es, so das Fachpersonal, zu positiven Auswirkungen auf die Klassengemeinschaft. Die Lehrkräfte, so die Selbsteinschätzung, verfügen häufig nicht über die notwendige Qualifikation zur adäquaten Betreuung und Förderung der Schüler aus anderen Kulturkreisen. Negative Auswirkungen auf Schüler(innen) werden in möglichen Beeinträchtigungen ihrer Produktivität gesehen. Diese können sich aus therapeutischen Inhalten ergeben oder entstehen durch Versäumnisse von Lehrinhalten. Im momentanen Schulalltag seien außerschulische Therapieabsprachen während der Unterrichtszeiten jedoch bereits vorhanden.

Die Lehrer stimmten überein, dass Fachkräfte für die psychologische Betreuung auffälliger Schüler fehlen. Der künstlerische Aspekt der Dramatherapie wurde gegenüber der allgemeinen Psychotherapie ganz klar als positiv bewertet. Für Lehrkräfte würde eine mögliche Zusammenarbeit mit Dramatherapeuten an der Schule fundiertes Hintergrundwissen über Schüler(innen) bieten, eine mögliche Entwicklung, die sowohl positiv als auch negativ beurteilt wurde. Als positiv wird die Möglichkeit eigenes Handeln entsprechend anpassen zu können, angesehen. Negativ sehen die Lehrer einen möglichen Verlust der professionellen Distanz zu Ihren Schülern. Die Lehrer betonten zudem immer wieder Ihre eigene Zeitnot. Ein weiteres Argument, für die Einbindung von therapeutischen

Fachkräften in der Schule. Eine Integration dramatherapeutischer Interventionen ist gebunden an organisatorische Umstände, wie klare Absprachen mit Schulleitung und grundsätzlicher Strukturänderung. Therapeutische Inhalte müssten in den alltäglichen Ablauf eingebunden werden. Eine Zusammenarbeit mit Eltern und Zustimmung von den Schülern(innen), wurde als Grundvoraussetzung beschrieben.

3.2.2 Einschätzung aus dramatherapeutischer Sicht

Folgende Einschätzungen beziehen sich auf die Zusammenarbeit mit der auftraggebenden Schule während des Forschungsvorhabens.

Die Integration von Dramatherapie an einer deutschen Schule ist als schwierig zu betrachten. Die Zusammenarbeit mit dem pädagogischen Bereich war teilweise nur eingeschränkt möglich. Obwohl therapeutische und pädagogische Inhalte Überschneidungen aufweisen und beide Schüler(innen)-orientiert arbeiten, bestand häufig keine Zusammenarbeit. In der Zusammenarbeit mit Lehrkräften fehlte diesen ein tieferes Interesse an der therapeutischen Arbeit. Fehlendes psychologisches Basiswissen schränkte die Zusammenarbeit mit dem Lehrpersonal weiter ein. Einige Lehrer vertreten die Annahme, dass es aufgrund der vielen Schüler nicht möglich ist, auf persönliche Auffälligkeiten zu achten. Zudem sehen die Lehrer ihre vornehmliche Aufgabe darin, die Lernleistung des Schülers sicherzustellen. Diese Ansicht erschwerte natürlich die Zusammenarbeit mit dem Lehrkörper.

Eine Mitarbeit von Lehrpersonal, individuelle Beobachtungen und somit ganzheitliches Arbeiten wird als wichtig und äußerst gewinnbringend für therapeutische Effekte und damit das Wohl der Schüler(innen) betrachtet. Trotz kooperativer Akteure wie Integrationshelfern, Eltern und Schulleitung stellen dramatherapeutische Unternehmungen in der bestehenden Schulstruktur eher Alleingänge dar. Dennoch sind sie, besonders mit Blick auf Schüler(innen) mit traumatischem Migrationshintergrund, sehr wichtig.

3.3 Zweite Teilfrage: Statistische Auswertung der Itemkonstrukte

Im Folgenden die Auswertungen der Itemkonstrukte. Einzelne Items wurden durchschnittlich betrachtet, unterteilt in die vier Hauptmerkmale einer PTBS: Intrusion, Avoidance, Hyperarousal und Numbing. Zu fünf Messzeitpunkten im Abstand von zwei Wochen wurde die wahrgenommene Symptomatik sowohl beim Patienten selbst als auch bei seinem Netzwerk gemessen. Die Skala von 1 – 6 bezieht sich auf die Ausprägung der Symptomatik von niedrig nach hoch.

3.3.1 Intrusion – Wiedererleben

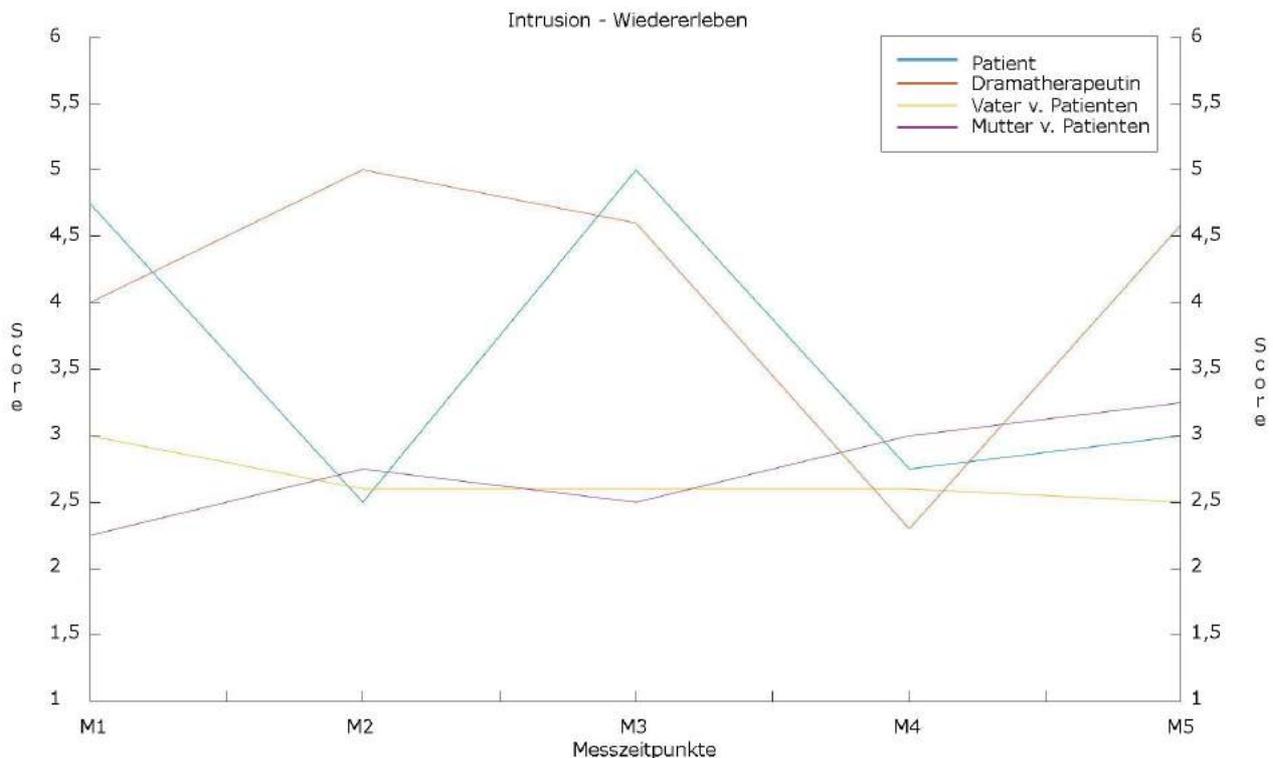


Abbildung 1 Entwicklung der Symptomatik Intrusion, aus Sicht des Patienten und des Netzwerks

In Abbildung 1 ist das Verhalten der intrusiven Symptomatik aus Sicht des Patienten und des Netzwerks für die Dauer des gesamten Behandlungszeitraums zu sehen. Die Grafik zeigt bei allen Personen einen unterschiedlichen Verlauf der Wahrnehmung der Symptomatik des Patienten. Die Kurven der Eltern verlaufen hierbei dicht beieinander, die Mittelwerte zeigen eine wahrgenommene geringe bis mittlere Symptomatik (Mittelwert 2.7). Die Kurve des Patienten zeigt deutliche Veränderungen der Symptomatik zu den fünf Messzeitpunkten. Während zum zweiten Messzeitpunkt (M2) die Symptomatik abnimmt, ist zu M3 ein deutlicher Anstieg der Symptomatik zu verzeichnen. Zum vierten Messzeitpunkt sinkt die wahrgenommene Symptomatik signifikant, gleichzeitig zu verzeichnen bei Patient und Dramatherapeutin. Der größte wahrgenommene Unterschied hinsichtlich der Ausprägung der intrusiven Symptomatik findet sich zu M2 zwischen Patient (Mittelwert 2,5) und Dramatherapeutin (Mittelwert 5).

Tabelle 1 zeigt eine signifikante Abnahme der intrusiven Symptomatik aus Sicht des Patienten (NAP 0,19). Der Effekt wird nach Cohen's d als mittel eingestuft ($d = 0,73$).

Tabelle 1 Ergebnisse zur Symptomatik Intrusion, aus Sicht des Patienten

Messzeitpunkte	Mittelwerte	NAP	Cohen 's d	Effekt
M1; M5	4,75; 3	0,19	-0,73	medium

Hinsichtlich der intrusiven Symptomatik aus Sicht des Netzwerks, kann keine signifikante Veränderung des NAP-Wertes ($0,56 < 0,65$) beobachtet werden (s. Tabelle 2). Die Mittelwerte der Messungen zeigen einen minimalen Anstieg der Symptomatik (s. Tabelle 2).

Tabelle 2 Ergebnisse zur Symptomatik Intrusion, aus Sicht des Netzwerks

Messzeitpunkte	Mittelwerte	NAP	Cohen 's d	Effekt
M1; M5	2,9; 3,36	0,56	0,25	small

Tabelle 3 zeigt anhand des GLI-Werts, zur Übereinstimmung der quantitativen Daten des Netzwerkes, in vier von fünf Messungen keine ausreichende Übereinstimmung ($GLI < 0,7$). Der bestimmte GLI-Wert der Eltern des Patienten zeigt eine ausreichende Übereinstimmung ($> 0,7$) zu fünf von fünf Messungen. Dadurch zeigt sich eine Differenz zwischen dem GLI-Wert des Netzwerkes (Eltern des Patienten und Dramatherapeutin) und dem der Eltern.

Tabelle 3 GLI – Gower Legendre Index zur Übereinstimmung der Ergebnisse, Netzwerk-Eltern (Intrusion)

	M1	M2	M3	M4	M5
GLI Netzwerk	0,78	0,6	0,47	0,6	0,54
GLI Eltern	0,85	0,73	0,8	0,8	0,75

Tabelle 4 zeigt deutlich höhere Mittelwerte zu den Messungen der Dramatherapeutin im Vergleich zu denen der Eltern.

Tabelle 4 Mittelwerte zur Symptomatik Intrusion, aus Sicht der Dramatherapeutin und der Eltern

Messzeitpunkte	Mittelwerte
M1; M5 (Dramatherapeutin)	4; 4,67
M1; M5 (Eltern)	2,63; 2,88

3.3.2 Avoidance – Vermeidung

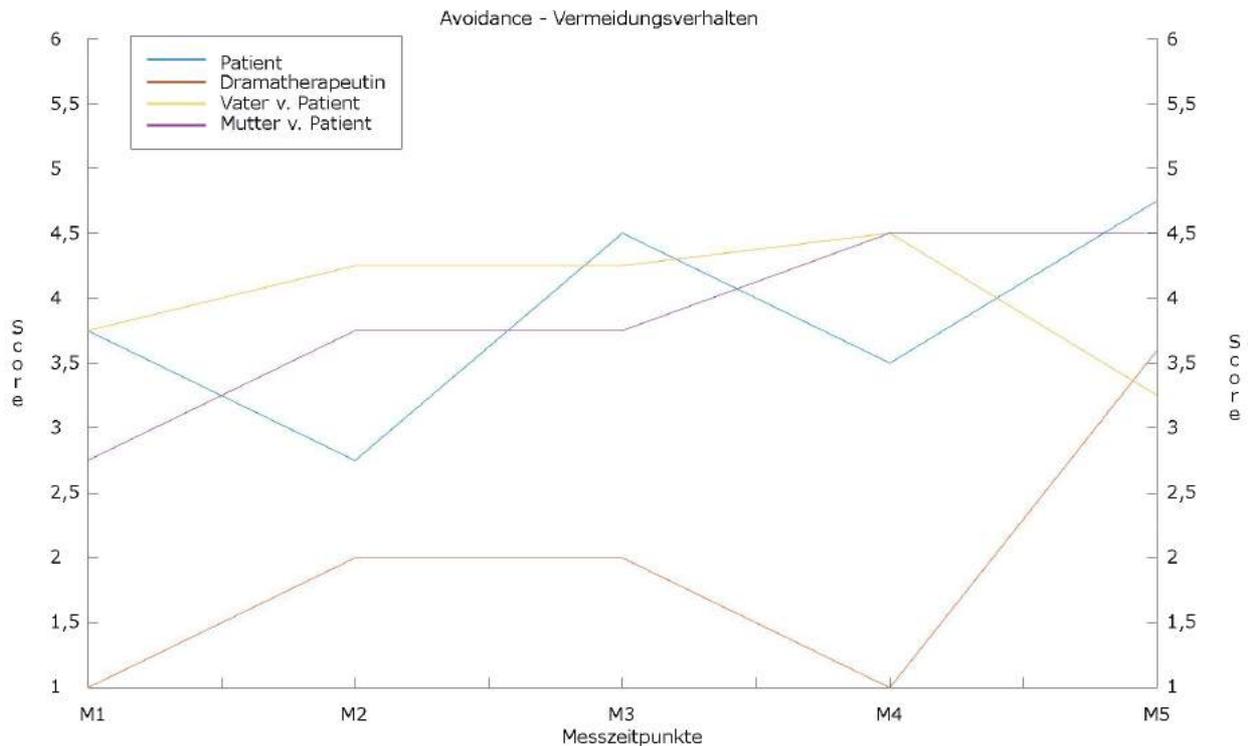


Abbildung 2 Entwicklung der Symptomatik – Avoidance aus Sicht des Patienten und des Netzwerks

Abbildung 2 zeigt das Vermeidungsverhalten (Avoidance) aus Sicht des Patienten und des Netzwerks von Nullmessung (M1) bis zur Endmessung (M5). Die Betrachtung der Grafik zeigt, zu 4 von 5 Messzeitpunkten einen differenzierten Kurvenverlauf der Dramatherapeutin zu denen der anderen Personen. Daraus ergeben sich abweichende Durchschnittswerte von: Dramatherapeutin 1,9; Patient 3,9; Mutter 3,9 und Vater 4. Während die Kurve der Dramatherapeutin eine geringe bis mittelhohe wahrgenommene Symptomatik anzeigt, wird bei den drei weiteren Personen eine mittlere bis erhöhte Symptomatik des Vermeidungsverhaltens angezeigt. Zur Endmessung kommt es zu einer Annäherung der Werte aufgrund der von der Dramatherapeutin als steigend wahrgenommenen Symptomatik (Skala 2,6 bei einer Skala von 1-6). Der größte sichtbare Unterschied kann zur vierten Messung zwischen der Wahrnehmung der Dramatherapeutin (Mittelwert 1) und der Wahrnehmung der Eltern (Mittelwert 4,5) verzeichnet werden. Sowohl die Kurve des Patienten, als auch die der Dramatherapeutin, zeigt zur Endmessung eine steigende Tendenz der wahrgenommenen Symptomatik.

Die Auswertung in Tabelle 5 zeigt einen Anstieg der Symptomatik „vermeidendes Verhalten“ aus Sicht des Patienten (NAP 0,69). Nach Cohen's d handelt es sich um einen mittleren Effekt (d 0,62).

Tabelle 5 Ergebnisse zur Symptomatik Avoidance aus Sicht des Patienten

Messzeitpunkte	Mittelwerte	NAP	Cohen 's d	Effekt
M1; M5	3,75; 4,75	0,69	0,62	medium

Vom Netzwerk wird ein Anstieg der Symptomatik wahrgenommen (NAP 0,67). Wie aus Tabelle 6 hervor geht, handelt es sich hierbei um einen mittleren Effekt (Cohens d 0,61).

Tabelle 6 *Ergebnisse zur Symptomatik Avoidance aus Sicht des Netzwerks*

Messzeitpunkte	Mittelwerte	NAP	Cohen 's d	Effekt
M1; M5	2,64; 3,83	0,67	0,61	medium

Die GLI-Werte in Tabelle 7 zeigen, dass es bei fünf von fünf Messungen keine ausreichende Übereinstimmung des Netzwerks gibt (GLI < 0,7).

Tabelle 7 *GLI – Gower Legendre Index zur Übereinstimmung der Ergebnisse (Avoidance), Netzwerk-Eltern*

	M1	M2	M3	M4	M5
GLI Netzwerk	0,56	0,54	0,5	0,58	0,68

3.3.3 Hyperarousal – Übererregbarkeit

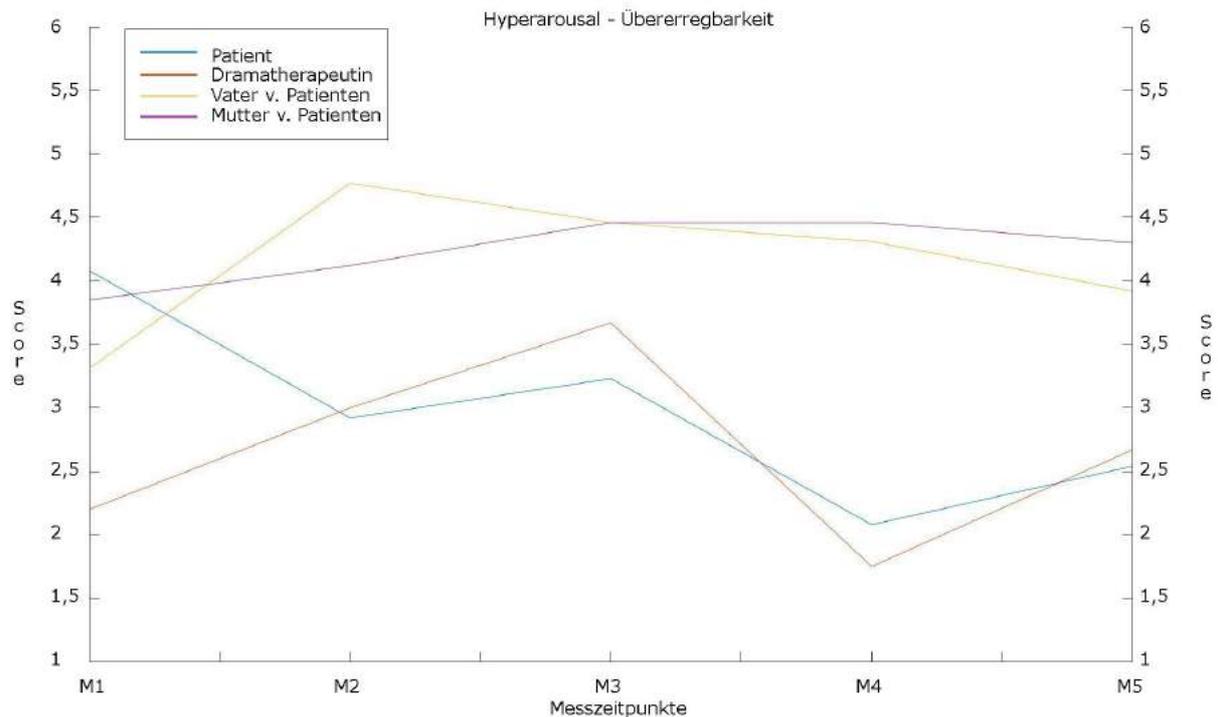


Abbildung 3 Entwicklung der Symptomatik Hyperarousal aus Sicht des Patienten und des Netzwerks

Abbildung 3 zeigt die Ausprägungen zur Übererregbarkeit des Patienten aus Sicht des Patienten und des Netzwerks in der gesamten Dauer des Behandlungsverlaufs. Die Kurven der Eltern des Patienten liegen nah beieinander. Ein ähnlicher Verlauf der Kurven ist auch bei dem Patienten und der Dramatherapeutin erkennbar. Den größten sichtbaren Unterschied stellt die vierte Messung zwischen der Wahrnehmung der Dramatherapeutin (Mittelwert 1,8) und der Mutter des Patienten (Mittelwert 4,5) dar.

Die Veränderung der Mittelwerte von Nullmessung (M1) und Endmessung (M5) zeigen eine signifikante Abnahme (NAP 0,26) der Symptomatik aus Sicht des Patienten (s. Tabelle 8). Der Effekt ist als groß einzustufen (Cohens $d = 0,9$).

Tabelle 8 Ergebnisse zur Symptomatik 'Hyperarousal' aus Sicht des Patienten

Messzeitpunkte	Mittelwerte	NAP	Cohen 's d	Effekt
M1; M5	4,08; 2,54	0,26	-0,9	large

In Tabelle 9 kann aus Sicht des Netzwerks kein signifikanter Unterschied (NAP 0,59) in der Wahrnehmung der Symptomatik Hyperarousal, bestimmt werden.

Tabelle 9 Ergebnisse zur Symptomatik 'Hyperarousal' aus Sicht des Netzwerks

Messzeitpunkte	Mittelwerte	NAP	Cohen 's d	Effekt
M1; M5	3,19; 3,66	0,59	0,28	small

Bei zwei von fünf Messungen zeigt der GLI-Wert (s. Tabelle 10) eine ausreichende Übereinstimmung des Netzwerks. Vergleichbar mit den drei anderen symptomatischen Ausprägungen (Intrusion, Avoidance und Numbing) ergibt sich trotz Unzulänglichkeit, hier die höchste Übereinstimmung des Netzwerks (alle Werte > 0,63) im Untersuchungsverlauf.

Tabelle 10 GLI – Gower Legendre Index zur Übereinstimmung der Ergebnisse (Hyperarousal), Netzwerk-Eltern

	M1	M2	M3	M4	M5
GLI Netzwerk	0,65	0,76	0,79	0,63	0,67

Zur Bestimmung der Symptomatik Hyperarousal stehen im Itemkonstrukt 13 Items zur Verfügung. Gesondert betrachtet werden die Werte des Items 17 (s. Tabelle 11), die das aufbrausende Verhalten des Patienten zeigen. Die Werte der Dramatherapeutin sind hierbei niedrig und kaum steigend (Mittelwerte 1-2), die Werte des Patienten weisen eine große Abnahme (Mittelwerte 5-1) auf, die konträr zur Zunahme der Eltern ist (Mittelwerte 3-5,5).

Tabelle 11 Auswertung von Item 17 zu aufbrausendem Verhalten, aus Sicht des Patienten und des Netzwerks (Skala 1-6 positiv -> negativ)

Messzeitpunkte	Werte
M1; M5 (Patient)	5; 1
M1; M5 (Dramatherapeutin)	1; 2
M1; M5 (Eltern)	3; 5,5

3.3.4 Numbing – emotionale Taubheit

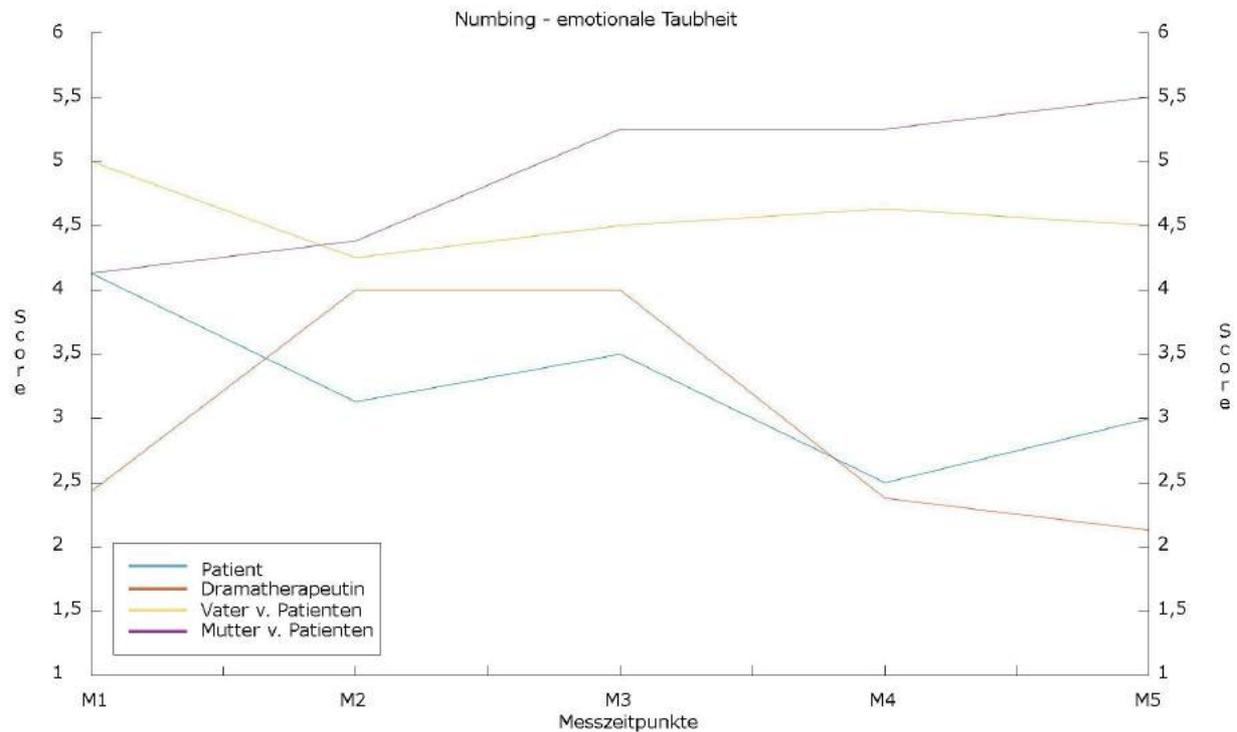


Abbildung 4 Entwicklung der Symptomatik Numbing aus Sicht des Patienten und des Netzwerks

Abbildung 4 zeigt die wahrgenommene Symptomatik Numbing des Patienten von der Nullmessung bis zur Endmessung. Alle vier Personen sind differenziert dargestellt. Es lässt sich beobachten, dass die Kurvenverläufe des Patienten und der Dramatherapeutin sich von denen der Eltern ab der dritten Messung stark unterscheiden. Während aus dem Kurvenverlauf beim Patienten und der Dramatherapeutin mittlere bis niedrige Mittelwerte abzulesen sind (Patient 3 & Dramatherapeutin 2,1), zeigen die Werte der Endmessung (M5) bei den Eltern entgegenstehende Werte (Mutter 5,5, Vater 4,5).

Tabelle 12 zeigt einen mittleren Effekt (Cohen's d 0,73) bezüglich der Abnahme der Symptomatik (NAP 0,31) aus Sicht des Patienten.

Tabelle 12 Ergebnisse zur Symptomatik Numbing aus Sicht des Patienten

Messzeitpunkte	Mittelwerte	NAP	Cohen 's d	Effekt
M1; M5	4,13; 3	0,31	- 0,73	medium

Aus Sicht des Netzwerks kann kein signifikanter Unterschied festgestellt werden (s. Tabelle 13, NAP 0,53). Die Mittelwerte von Null- und Endmessung zeigen einen minimalen Anstieg der Symptomatik (s. Tabelle 13).

Tabelle 13 Ergebnisse zur Symptomatik Numbing aus Sicht des Netzwerks

Messzeitpunkte	Mittelwerte	NAP	Cohen 's d	Effekt
M1; M5	3,86; 4,04	0,53	0,1	very small

Die Auswertung des bestimmten GLI-Werts (s. Tabelle 14) ergab, dass es bei vier von fünf Messungen zu keiner ausreichenden Übereinstimmung (GLI-Wert > 0.7) der Wahrnehmungen der unterschiedlichen Personen kam. Betrachtet man stattdessen die GLI-Werte der Eltern, als größten Anteil des Netzwerkes, nimmt die ausreichende Übereinstimmung zu vier von fünf Messzeitpunkten zu.

Tabelle 14 GLI – Gower Legendre Index zur Übereinstimmung der Ergebnisse, Netzwerk-Eltern (Numbing)

	M1	M2	M3	M4	M5
GLI Netzwerk	0,53	0,72	0,67	0,6	0,55
GLI Eltern	0,57	0,73	0,7	0,83	0,8

Auf Grund der Unterschiede in der wahrgenommenen Symptomatik in Abbildung 4 und den GLI-Werten des Netzwerks aus Tabelle 14, wurden zwei von vier Items aus dem Itemkonstrukt der Kategorie Numbing, gesondert betrachtet (s. Tabelle 15 und 16). Es handelt sich hierbei um das Gleichgültigkeitsverhalten (F18) und die fehlende Begeisterungsfähigkeit (F3) des Patienten. Die Auswertung zeigt, dass sowohl die Mittelwerte des Patienten als auch die der Dramatherapeutin sinken. Die Mittelwerte der Eltern hingegen sind von M1 bis M5 hoch gescored und gleichbleibend (s. Tabelle 15 & 16).

Tabelle 15 Auswertung von Item 18 zur Gleichgültigkeit des Patienten (Skala 1-6 positiv -> negativ)

Messzeitpunkte	Werte
M1; M5 (Patient)	3; 1
M1; M5 (Dramatherapeutin)	3; 2
M1; M5 (Eltern)	5,5; 5,5

Tabelle 16 Auswertung von Item 3 zur fehlenden Begeisterungsfähigkeit des Patienten (Skala 1-6 positiv -> negativ)

Messzeitpunkte	Werte
M1; M5 (Patient)	3; 2
M1; M5 (Dramatherapeutin)	4; 1
M1; M5 (Eltern)	4; 4

3.3.5 Besonderheiten

Auf Grund besonders signifikanter Ergebnisse werden im Folgenden zwei Abbildungen weiter erläutert und der wissenschaftlichen Arbeit hinzugefügt.

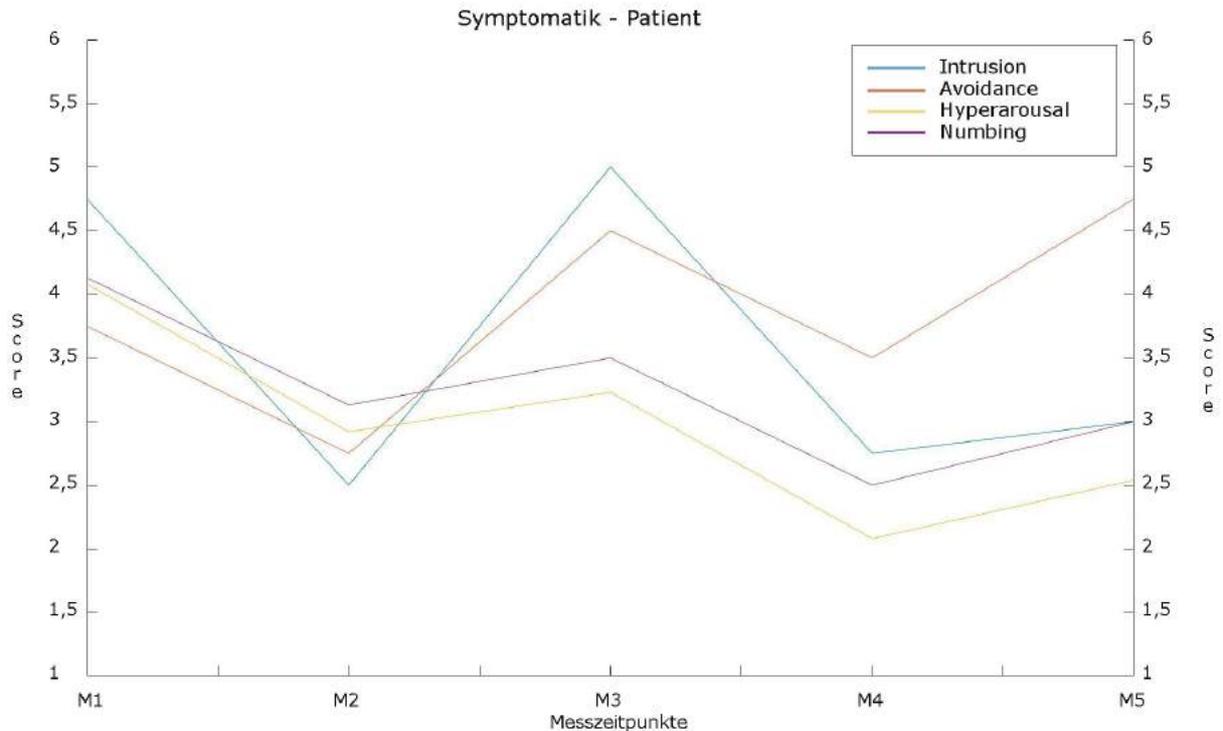


Abbildung 5 Übersicht über den Verlauf der vier Hauptsymptome aus Sicht des Patienten

Die dargestellten Kurven in Abbildung 5 zeigen den Verlauf der vier Hauptmerkmale (Intrusion, Avoidance, Hyperarousal und Numbing) aus Sicht des Patienten über den gesamten Behandlungszeitraum. In allen vier Merkmalen ist zu allen fünf Messzeitpunkten eine gleiche Entwicklung (Abnahme wie auch Zunahme) der Symptomatik erkennbar. In drei von vier Merkmalen (Intrusion, Hyperarousal & Numbing) ist eine Tendenz zu abnehmender Symptomatik sichtbar. Das Vermeidungsverhalten (Avoidance) des Patienten hingegen steigt nach eigener Beurteilung im Therapieverlauf.

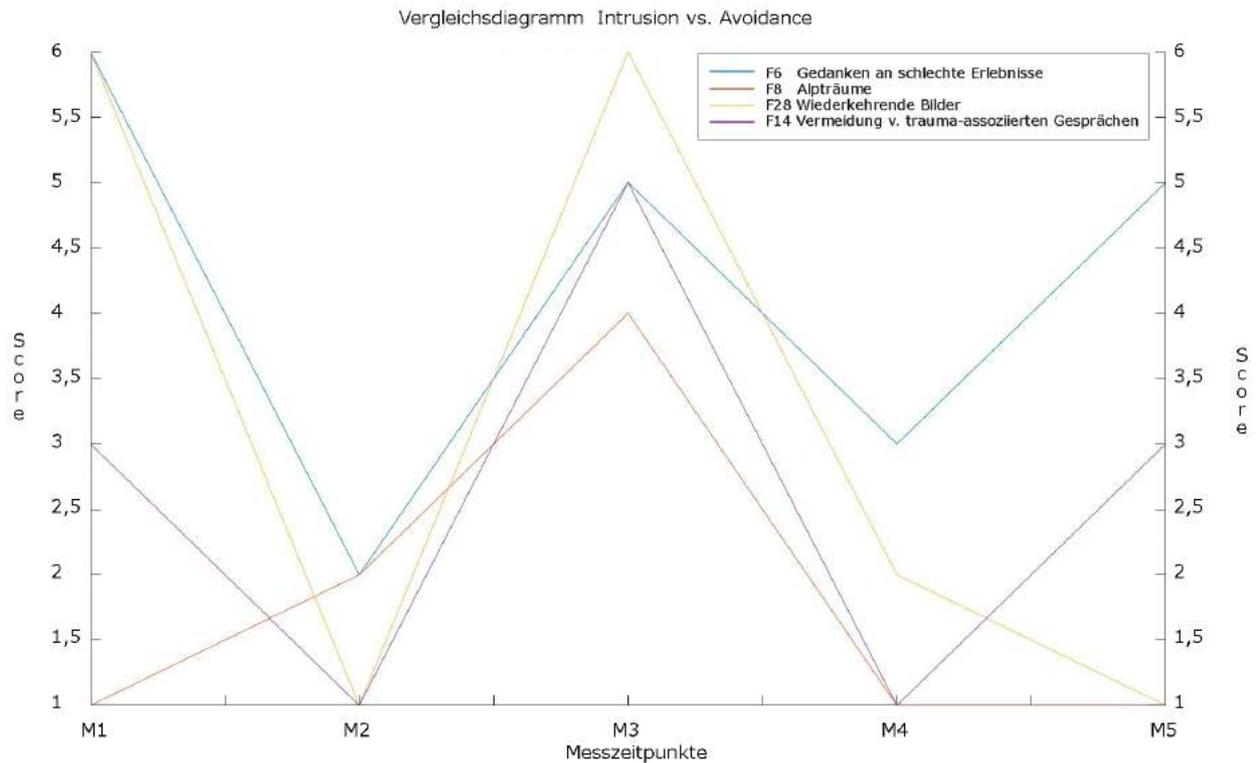


Abbildung 6 Vergleichsdiagramm der Symptomatik Intrusion und Avoidance (Items 6,8,28 &14) aus Sicht des Patienten

Eine weitere Besonderheit ergibt sich bei der Betrachtung einzelner Items. In Abbildung 6 werden Items zur intrusiven Symptomatik (F6, F8 & F28) verglichen mit dem Item zu Vermeidung von traumaassoziierten Gesprächen (F14). Die Zu- und Abnahme wiederkehrender Bilder, Alpträume und Gedanken an schlechte Erlebnisse korreliert hierbei mit einer Zu- und Abnahme des Vermeidungsverhaltens. Während die Symptomatik zur zweiten Messung stark abfallend ist, nimmt sie zum dritten Messzeitpunkt wieder stark zu. Aus Sicht des Patienten verlaufen die Kurven zu „wiederkehrenden Bildern“ (F28) und „Alpträumen“ zur Endmessung (M5) auf die geringste Ausprägung zu, die für keine wahrgenommene Symptomatik steht. Die Kurven für „Gedanken an schlechte Erlebnisse“ (F6) und „Vermeidung von Trauma-assoziierten Gesprächen (F14) zeigen zunehmende Werte.

3.4 Dritte Teilfrage: Auswertung der abschließenden Interviews

3.4.1 Netzwerk

Im Folgenden findet sich die Auswertung der Interviews zu einer tatsächlich wahrgenommenen Veränderung bezüglich der Symptomatik des Patienten aus Sicht zweier Lehrkräfte des Patienten, seinen Eltern, der behandelnden Dramatherapeutin und des Patienten selbst (Transkription der Interviews s. Anhang XVII ff.).

Lehrkräfte

Aus Sicht der Lehrkräfte wurde bezüglich eines traumatischen Hintergrundes des Patienten sowohl vor, als auch während oder nach der Therapie nie eine Auffälligkeit wahrgenommen.

Der Patient zeigte weiter keine Auffälligkeiten, die mit den dramatherapeutischen Interventionen in Zusammenhang gebracht werden könnten. Wahrgenommen wurde ein wechselndes Interesse und zu- und abnehmende Mitarbeit am Schulunterricht. Laut Einschätzung der Lehrkräfte ist dies allerdings kein ungewöhnliches Verhalten.

Die Lehrer konnten nach den Ferien eine Veränderung in Bezug auf die Mitarbeit des Patienten feststellen. Die Mitarbeit am Unterricht war reduziert. Stattdessen suchte der Patient vermehrt, auch während der Unterrichtszeit, Kontakt zu seinen Mitschülern. Die Klassenlehrerin konnte das geänderte Verhalten nicht auf einen bestimmten Auslöser zurückführen. Ein weiterer Lehrer des Patienten gab an, dass es möglicherweise vereinzelte Situationen gab, in denen es Hinweise für ein mögliches Trauma gegeben habe, konnte jedoch keine weitere Aussage treffen.

Eltern

Im Interview gaben die Eltern des Patienten an, dass sich dieser zunehmend isolierte und sich ins Spiel mit der Playstation zurückzog. Die Eltern beobachteten eine zunehmende Identifikation ihres Sohnes mit der fiktiven Welt des Spiels und weniger mit der „realen Welt“. Es traten vermehrt Konflikte auf. Nach Ansicht der Eltern ist dies auf eine zunehmende Überforderung ihres Sohnes im Schultag zurückzuführen. Das Selbstbewusstsein des Patienten bewerteten die Eltern als gering. Die von den Eltern wahrgenommene gesteigerte Aggression ihres Sohnes richtete dieser, nach Aussage der Eltern, gegen sich selbst. Somatoforme Auswirkungen wie Bauchschmerzen hatten im Therapiezeitraum zugenommen. Die Kommunikation zu ihrem Sohn beschrieben die Eltern als verschlechtert. Der Patient vermied Gespräche über persönliches wie z. B. Gefühle. Die Eltern berichteten über eine zunehmende Gleichgültigkeit gegenüber der Schule. Auch hinsichtlich des Aufbaus neuer sozialer Kontakte sah der Vater des Patienten Gleichgültigkeit und eine generelle deprimierte Grundstimmung.

Dramatherapeutin

Die Symptomatik des Patienten wurde sowohl im Spiel, als auch zu spielfreien Zeiten deutlich sichtbar. Inhalte des Rollenspiels kamen dabei aus einer traumatischen Vergangenheit im Wechsel mit einer Art wünschenswerten Zukunft. Bei der Rollenwahl hielt der Patient fest an Vornamen arabischer Herkunft in vergangenheitsorientierten Rollen und Namen deutscher Herkunft, mit dem Anfangsbuchstaben „J“, für gegenwärtige oder zukunftsorientierte Rollen. In der Integrationsphase nahmen Rollen, die er zu Beginn der Therapie der Vergangenheit zuordnete, auch Gegenwarts- und Zukunftscharakter an (s. Anhang X ff. – Therapieverlauf). Die vom Patienten angenommenen Rollen zeigten zu Beginn wenig Gefühl. Kam es zu persönlichen Themen, stockte bzw. stagnierte der Spielverlauf. Im Laufe der Therapie war der Patient im Rollenspiel vermehrt in der Lage,

Gefühle zu zeigen und im Spiel auf die Gefühle seines Gegenübers einzugehen. Vergrößerte Parameter z. B. in Tempo und Lautstärke lösten beim Patienten zu Beginn häufig Panikmomente durch Intrusion aus. Zum Ende der Therapie waren diese Parameter für ihn weniger ein Problem. Der Patient berichtete noch häufig von traumatischen Erinnerungen, jedoch schienen diese nun vermehrt bewusst der Vergangenheit zuzugehören. Eine wahrnehmbare Veränderung war nach den Ferien festzustellen. Der Patient stand der Therapie und dem Rollenspiel offener gegenüber. Zum Ende der Therapie zeigte der Patient ein gesteigertes Selbstvertrauen und blickte positiver in die Zukunft. Nach dem Ende des Behandlungszeitraums besaß der Patient ein größeres Reflexionsvermögen, bezüglich gespielter Inhalte und war sich der realen Verknüpfungen seines Umfeldes bewusster. Allerdings klagte der Patient auch gegen Ende der Behandlung über Bauchschmerzen. Diese waren auch ein häufiger Grund für das Versäumen des Unterrichts und damit häufiger Änderungen von therapeutischen Sitzungen.

3.4.2 Patient

Der Patient gab an, dass sich die Kommunikation zwischen ihm und seinen Eltern hinsichtlich „reden“ positiv verändert hat. Dabei beschrieb der Patient besonders den Umgangston als fühlbar verbessert. Besonders das Verhältnis zu seiner Mutter hob der Patient positiv hervor. Der Patient beschrieb im abschließenden Interview, dass sich seine Meinung über seinen Vater geändert hat. Hier war der Patient ausgegangen von, für sich unerklärlichen Verbindungen seines Vaters zur deutschen Regierung, die dem Patienten als besonders vorteilhaft erschienen. Der Patient gab an, dass er sich hierin geirrt hatte und seinen Vater nun mehr als ganz normalen Menschen betrachtete, der zusammen mit ihm und seiner Familie nach Deutschland kam. Bezüglich der Gedanken an traumatische Erlebnisse gab der Patient an, weiterhin, wenn auch nur noch minimal daran denken zu müssen. Das Bedürfnis diese Erlebnisse vergessen zu können hatte zugenommen. Der Patient erklärte so auch sein häufiges Playstation-Spiel. Aufgrund mangelnder sozialer Kontakte sei dies für ihn nach wie vor die einzige Möglichkeit, sich abzulenken. Als weiteren positiven Aspekt der Therapie nannte der Patient eine erhöhte Konzentrationsfähigkeit. Lernen, Hausaufgaben und auch andere Pflichtaufgaben gingen ihm leichter von der Hand. Besonders das Rollenspiel mit der Rolle „Maria“ (s. Anhang XIV) hatte einen großen Einfluss auf den Patienten gehabt. Er hatte hier Kommunikation erfahren, die auf Helfen ausgelegt gewesen war. Hiermit hatte er sich sehr gut gefühlt. Der Patient sprach in diesem Zusammenhang von einem „Frieden“, den er erfahren hatte. Er gab an, Veränderungen nach den Ferien festgestellt zu haben. Übungen im Warming-Up gingen leichter und er konnte nach eigenen Angaben besser eine Rolle annehmen und spielen. Besondere Vorkommnisse in den Ferien hatte es nicht gegeben.

4 Fazit

Während Dramatherapie in der Behandlung bei PTBS vor allem in den USA erfolgreich eingesetzt wird (Johnson, 1991), wurden dramatherapeutische Behandlungen, integriert in den Schulalltag einer weiterführenden Schule in Deutschland, noch nicht wissenschaftlich untersucht. Die Resultate dieser Arbeit können weiterführenden Forschungsarbeiten zur Verbesserung und Optimierung dienen.

4.1 Teilfrage 1: Integrierbarkeit dramatherapeutischer Interventionen in den Schulalltag

Aus den geführten Experteninterviews und der Einschätzung aus dramatherapeutischer Sicht lässt sich schließen, dass die Integration von Dramatherapie an weiterführenden Schulen in Deutschland unter den gegebenen Umständen nicht möglich erscheint. Eine Reihe von Voraussetzungen sind an eine Integration geknüpft:

Die Auswertung ergab, dass neue Strukturen geschaffen werden müssen, die gesundheitsfördernde, präventiv arbeitende und psychologisch unterstützende Tätigkeiten in den Lehrplan einbinden. Hierzu müssen die Inhalte klar definiert und die Aufgabengebiete deutlich unterteilt werden. Zudem ist es wichtig unter den Beteiligten (Lehrkräfte, Fachkräfte, Eltern etc.) Aufklärung zu betreiben, um Unsicherheiten durch Unwissenheit auszuschließen. Nur durch die Akzeptanz der therapeutischen Maßnahmen bei allen Beteiligten ist eine gute, zielführende Zusammenarbeit möglich. Hierbei kann ein zentrales Element die Erkenntnis sein, dass dramatherapeutische Interventionen nachhaltige Effekte anstreben. Diese Effekte wirken sich im Idealfall positiv auf die Produktivität von Schüler(innen) aus und legitimieren somit den Mehraufwand des Netzwerkes (Lehrkräfte etc.). Zusätzlich ergibt sich für den Schüler ein Mehrwert in seiner persönlichen Entwicklung und bei der Verarbeitung traumatischer Erlebnisse. Nicht zuletzt kann die Therapie bei Schülern mit Migrationshintergrund die Integration in die Klassengemeinschaft positiv beeinflussen.

Eine Beeinträchtigung des Schülers (in) im schulischen Alltag durch therapeutische Handlungen sollte durch entsprechende Maßnahmen im Rahmen des Möglichen eingegrenzt werden. Ähnlich verhält es sich mit Versäumnissen des Unterrichts. In beiden Punkten darf nicht aus den Augen verloren werden, dass die dramatherapeutische Arbeit langfristig gesehen eine Besserung für den Schüler (in) anstrebt.

Die Dramatherapeutin arbeitet im besten Fall in Zusammenarbeit mit zuständigen Lehrkräften und den Eltern eines Schülers (in). Kommunikation steht im Mittelpunkt. Die Integration in den Schulalltag ist nur möglich, wenn sich alle Beteiligten (Lehrkräfte, Pädagogen, Schüler(innen), Eltern etc.) dafür aussprechen bzw. Zweifel klar kommunizieren. Erfolgreiche Integration stellt neue Herausforderungen an alle Beteiligten (z. B. Umgang mit privaten Hintergründen der Schüler(innen)), bietet aber auch Unterstützung auf psychologischem Niveau. Psychologisch ungeschultes Fachpersonal kann durch die Hilfe entlastet werden. Dramatherapie kann langfristig neue Lösungsansätze für innerschulische Systeme (z. B. dem veralteten Konditionierungssystem mit Belohnen u. Bestrafen) bieten.

4.2 Teilfrage 2: Effekt dramatherapeutischer Interventionen mittels quantitativer Daten

Patient

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die vom Patienten wahrgenommene Symptomatik, die vier Hauptmerkmale, sich zu allen Messzeitpunkten analog zueinander verhielt (gleichzeitige Zu- & Abnahme) (Abbildung 5). Nach statistischer Auswertung wird daher angenommen, dass dramatherapeutische Interventionen einen Effekt auf die Symptomatik des Patienten hatten. Eine Reduktion der Symptome hat sich aus Sicht des Patienten nur eingeschränkt bestätigt.

In den Merkmalen der Intrusion, Hyperarousal und Numbing nahm der Patient eine tendenzielle Abnahme der Symptomatik wahr. Auffällig bleibt, dass bei sinkender Tendenz in den drei Bereichen, das Vermeidungsverhalten des Patienten stieg. Es besteht Grund zur Annahme, dass verstärkte Vermeidung traumatischer Erlebnisse zur vorläufigen Verbesserung der drei übrigen Symptombereiche führte. Dass der Patient mit Vermeidung anstatt Akzeptanz reagierte, deutet auf eine nicht abgeschlossene Integration traumatischer Erlebnisse hin. Er reagierte weiterhin mit den ihm vertrauten und erlernten Methoden zu Bewältigungszwecken (Ruf, 2018). Hieraus lässt sich möglicherweise eine zu kurze Behandlungsdauer resultieren. Kann das korrelierende Verhalten von intrusiver Symptomatik und dem Vermeidungsverhalten des Patienten (s. Abbildung 6), als zusammenhängend interpretiert werden, so lässt das in der Folge den Schluss zu, dass die Abnahme der intrusiven Symptomatik langfristig auch zur Abnahme des Vermeidungsverhaltens führt. Da sich die Hauptmerkmale analog zueinander verhalten (s. Abbildung 5), trifft dieser Schluss möglicherweise auch auf die weitere Symptomatik zu. Dass umgekehrt die Zunahme intrusiver Merkmale beim Patienten das Vermeiden von traumaassoziierten Gesprächen hervorrief, lässt an dieser Stelle den Hinweis zu, dass eine Gesprächstherapie hier möglicherweise an seine Grenzen gekommen wäre, während der Patient sich mittels des Mediums Drama, in dem multisensorisch gearbeitet wird, weiter ausdrücken kann (Sajani & Johnson, 2014).

Im Weiteren wurde die Symptomatik des Patienten dreier Hauptmerkmale - Intrusion, Hyperarousal und Numbing - konträr von seinen Eltern erfahren. Am Beispiel des „aufbrausenden Verhaltens“ (Item aus der Kategorie Hyperarousal, s. Tabelle 11) wurde deutlich, dass der Patient eine stark sinkende Problematik erfuhr, hingegen seine Eltern diese als stark steigend wahrnahmen. Diese Werte lassen sich möglicherweise in der Bewusstwerdung der Bedürfnisse des Patienten durch die Therapie erklären. Können diese im häuslichen Umfeld keine oder nur unzureichende Zufriedenheit erfahren, verursachen sie stattdessen zusätzliche Frustration. Infolgedessen kommt es verstärkt zu Konflikten mit den Eltern. Der Patient fühlt sich missverstanden, so die weitere Interpretation, legitimiert dadurch die Konflikte und neutralisiert sie in Folge dessen (Rosenberg, 2016). Trifft diese Annahme zu, erkennen die Eltern traumabedingte Bedürfnisse nicht als solche. Dies zeigte sich auch an den Ergebnissen der intrusiven Symptome, die der Patient selbst als hochgradig und die Eltern als nicht vorhanden oder minderwertig einstufte (s. Abbildung 1). Aus den Ergebnissen zum Hauptmerkmal *Numbing* ging hervor, dass auch hier eine differenzierte Wahrnehmung vom Patienten und seinen Eltern vorlag. An den Beispielen der Items „Gleichgültigkeit“ und „fehlender Begeisterungsfähigkeit“ wurde deutlich, dass der Patient seinen Gemütszustand weitaus positiver erfuhr oder vorgab zu erfahren.

Die erste Phase der Therapie, in der nicht konfrontierend und vor allem in Kombination mit positiver Psychologie gearbeitet wurde, zeigte eine vom Patienten, in allen vier Bereichen wahrgenommene, sinkende Symptomatik. Das lässt sich durch fehlende konfrontierende Elemente erklären, aber auch in der Annahme, dass Positivität (in Strukturen, Emotionen etc.) als Grundlage menschlichen Wohlbefindens gilt (Seligman, 2012). Konfrontative Elemente (zwischen M2 und M3) in der dramatherapeutischen Behandlung führten in allen vier Hauptmerkmalen einer Posttraumatischen Belastungsstörung zur Zunahme der Symptomatik. Ausgehend von der Theorie, dass die erste Phase als Basisphase für den Patienten agiert hinsichtlich seiner Resilienz, der persönlichen Widerstandskraft, ist die Zunahme der Symptomatik in der Konfrontationsphase auf eine nicht auszureichende erste Phase zurückzuführen (Ruf, 2018). Die als sinkend wahrgenommene Symptomatik des Patienten zur vierten Messung nach den Ferien kann nicht definitiv geklärt werden. Es besteht die Möglichkeit, dass die vorangegangenen Interventionen im Nachklang zu einer Verbesserung der Symptomatik geführt haben. Andererseits können auch fehlende konfrontative Elemente in Zusammenhang mit verstärkter Vermeidung des Patienten über die Dauer der Ferien zur gefühlten Abnahme der Symptomatik geführt haben.

Netzwerk

Das Netzwerk des Patienten, bestehend aus den Eltern und der Dramatherapeutin, nahmen die Symptomatik des Patienten in allen vier Bereichen mit steigender Tendenz wahr.

Mit Blick auf die Auswertungen der vom Netzwerk wahrgenommenen Symptomatik ließ sich feststellen, dass es in allen vier Bereichen zu keiner ausreichenden Übereinstimmung kam (GLI-Wert < 0,7). Die Ergebnisse können deshalb als nicht zuverlässig eingestuft werden. Nur mit Blick auf einzelne Netzwerkmitglieder und der Unterteilung einzelner Items der Itemkonstrukte lassen sich signifikante Veränderungen aufzeigen (s. Anhang XLII ff.).

Besonders deutlich werden die Unterschiede beim Betrachten der intrusiven Merkmale des Patienten, die von den Eltern des Patienten als gering und gleichbleibend im Behandlungszeitraum wahrgenommen wurden, während die Dramatherapeutin hierin klare Unterschiede zu den Messzeitpunkten und eine steigende Tendenz zum Ende des Therapiezeitraums, feststellte (Tabelle 4). Auch das Hauptmerkmal Numbing wurde differenziert erfahren. Gleichgültigkeit und fehlende Begeisterungsfähigkeit des Patienten wurden von der Dramatherapeutin wahrgenommen, relativierten sich jedoch im Umgang mit dem Medium. Hierdurch blieben die Symptome auch zu spielfreien Zeiten tendenziell weniger ausgeprägt. Vermeidungsverhalten seitens des Patienten wurde gemindert von der Dramatherapeutin erfahren, da der Patient traumatische Inhalte durch das Medium Drama mit ihr teilte. Erst im späteren Therapieverlauf versuchte der Patient auch bewusst, traumatische Inhalte zu vermeiden. Dies gelang ihm nur teilweise, da die Rolle, als therapeutische Methode impliziert, immer sich selbst zu spielen (Landy, 1993).

All dies führt zur Annahme, dass die unterschiedliche Wahrnehmung von der Dramatherapeutin und den Eltern des Patienten, sich durch die verschiedenen Blickwinkel im Therapiezeitraum erklären lässt. Das dramatische Spiel ermöglichte der Dramatherapeutin einen tieferen Einblick in das Erleben des Patienten (Smeijsters, 2008), der den Eltern verwehrt blieb. Auch kulturelle Aspekte, können bezüglich der Verslossenheit des Patienten gegenüber seinen Eltern, in der differenzierten Wahrnehmung der Symptomatik, eine Rolle spielen (Bisarani, 2010). Eine weitere differenzierte Wahrnehmung des Netzwerkes zeigte sich auch im Hauptmerkmal Hyperarousal und hier besonders in den Ergebnissen zu aufbrausendem Verhalten (s. Tabelle 11). Während die Eltern das Verhalten stark wahrnahmen, war es für die Dramatherapeutin kaum bis gar nicht ersichtlich. Es besteht die Annahme, dass es sich

hierbei, um ein auf den häuslichen Raum beschränktes Verhalten handelte, das deshalb nicht von der Dramatherapeutin wahrgenommen werden konnte.

Da die Eltern in allen vier gemessenen Merkmalen sehr ähnliche Wahrnehmungen hinsichtlich der Symptomatik ihres Sohnes hatten, werden diese nicht weiter gesondert betrachtet.

Der differenzierte Umgang des Patienten in Therapie und Zuhause, impliziert darüber hinaus möglicherweise eine Unzuverlässigkeit seiner eigenen Angaben bezüglich seiner Symptomatik gegenüber der Dramatherapeutin. Die Ergebnisse des Patienten bleiben deshalb nur unter Vorbehalt zuverlässig.

4.3 Teilfrage 3: Tatsächlich wahrgenommene Veränderungen der Symptomatik mittels qualitativer Daten

Lehrkräfte

Die Lehrkräfte des Patienten konnten keine tatsächliche Veränderung bezüglich einer Symptomatik beim Patienten feststellen. Mögliche Zu- und Abnahmen des Lernverhaltens des Patienten können auf schwankende Gleichgültigkeit hinweisen. Ein gesteigertes Interesse an seinen Mitschülern nach den Ferien unterstützt die Annahme, dass sich der Patient zukunfts- und bedürfnisorientierter verhielt und sich selbst vermehrt in der Gegenwart sah.

Eltern

Die Auswertung des Interviews mit den Eltern des Patienten ergab, dass sich die qualitativen Ergebnisse, mit denen der quantitativen Auswertung decken.

Eine deutliche Veränderung im Therapieverlauf stellten die Eltern hinsichtlich der Symptomatik Hyperarousal fest. Schon in der quantitativen Auswertung wurde die Kategorie hoch gescort wahrgenommen, jedoch eher mit gleichbleibendem Charakter gemessen. Die Betonung des aggressiven, konfliktgeladenen Verhaltens des Patienten deutet auf besondere Priorität dessen bei den Eltern hin. Hierin wird die Annahme bestätigt, dass in den Augen der Eltern weniger die traumatischen Probleme an der Tagesordnung stehen. Intrusive Symptome wurden im Interview nicht erwähnt.

Das aggressive Verhalten des Patienten im häuslichen Kontext kann auf einen inneren Konflikt hinweisen, der möglicherweise unterdrückte Symptome (traumabedingte Bedürfnisse) widerspiegelt, die im Rahmen bestehender Kommunikation nicht geteilt werden können. Das würde die differenzierte Wahrnehmung der Eltern bezüglich der Symptomatik des Patienten erklären.

Auch somatoforme Bauchschmerzen des Patienten, für die keine körperliche Ursache gefunden werden konnte, unterstreichen die quantitativen Ergebnisse der Übererregbarkeit des Patienten.

Tatsächliche Veränderungen im Bereich Numbing beschrieben die Eltern in zugenommenem Isolationsverhalten, dass mit Gleichgültigkeit und deprimierten Zügen einherging. Die Zunahme der Symptomatik Numbing kann als Ursache für die abnehmende Kommunikation mit persönlichen Inhalten, die als weitere Veränderung genannt wurde, interpretiert werden. Möglicherweise wirkten sich auch die zunehmenden Konflikte zwischen Patient und Eltern auf die Merkmale der Kategorie Numbing aus (s. 4.2).

Dramatherapeutin

Die Auswertung zur wahrgenommenen Symptomatik, aus Sicht der Dramatherapeutin, hat ergeben, dass sich tatsächliche Veränderungen beim Patienten eingestellt haben.

Es wird davon ausgegangen, dass die Konfrontation des Patienten mit traumatischen Inhalten eine Verarbeitung dieser in Gang gesetzt hat. Ein Indiz für diese Annahme findet sich in der zunehmenden Bereitschaft des Patienten, Rollen anzunehmen. Es wird vermutet, dass die Zunahme des Rollenrepertoires, teilweise traumabedingte Defizite (z. B. das Bedürfnis nach Verständnis für die eigene Situation) begann auszugleichen (Landy, 1993). Gleichzeitig spürte der Patient scheinbar weniger Widerstand im Annehmen einer Rolle und ließ sich zunehmend auf die Konfrontation (*Freie Assoziation*, Johnson, 1991) und Reflexion der Rollen ein. Zum Ende des Behandlungszeitraums begann der Patient traumatische Inhalte im dramatischen Spiel, mittels dafür von ihm ausgewählter Rollen, zu verarbeiten (Johnson, 1991).

Mehrere Veränderungen, die im Spiel festgestellt werden konnten, deuten auf eine erfolgreich begonnene Integration hin. Intrusive Merkmale verloren den bedrohlichen,

panikauslösenden Charakter und formten sich zu Erinnerungen der traumatischen Vergangenheit, die verbal und im Spiel thematisiert werden konnten. Weiter transformierten vom Patienten gewählte Rollen, von Rollen aus der Vergangenheit mit traurigem Charakter, in zukunftsorientierte Rollen mit ersten Anzeichen von posttraumatischem Wachstum (s. Anhang XIV) (Maercker & Rosner, 2006).

Da tatsächlich wahrgenommene Veränderungen im Spiel sich langsam auf das alltägliche Leben des Patienten übertrugen (*Analogie* Smeijsters, 2008) gingen diese nur bedingt aus der quantitativen Auswertung der Itemkonstrukte hervor.

Betreffend der Werte des Netzwerkes lässt sich der Unterschied, durch die Durchschnittswerte erklären, da diese auch die differenzierten Werte der Eltern enthalten. Es besteht die Annahme, dass die Länge der Therapie entscheidend wäre, um deutlichere Ergebnisse zu erzielen.

Patient

Bezüglich einer tatsächlich wahrgenommenen Veränderung seiner Symptomatik gab der Patient eine Verbesserung in den Bereichen der Intrusion, Hyperarousal und Numbing an. Intrusive Verbesserungen bezogen sich auf ein tendenziell abnehmendes Wiedererleben traumatischer Inhalte. Ganz deutliche positive Veränderungen im Bereich der Übererregbarkeit bezog der Patient auf sein Konzentrationsvermögen, das ihm spürbar den Alltag erleichterte.

Die Beziehung des Patienten zu seinen Eltern beschrieb er als verbessert im Laufe der Therapie. Die von seinen Eltern konträr beschriebene Kommunikation, spiegelte sich schon in quantitativen Auswertungen wieder.

Der Patient gab sich bewusst zu eigenen Bedürfnissen und sprach selbstreflektiert über eigene Entwicklungen. Die Auswertung des Interviews mit dem Patienten bestätigt die Annahme therapeutische Inhalte könnten zur Bewusstwerdung eigener Bedürfnisse geführt haben (Dixius & Möhler, 2017), lassen aber gleichzeitig Frustration beim Patienten erkennen, die auf ein noch zu undefiniertes Bild seiner Zukunft zurückzuführen ist. Ursache hierfür bleibt unzulängliche Integration von traumatischen Inhalten und der Integration in die neue Umgebung (Ruf, 2018).

Bezüglich des Rollenspiels bestätigte der Patient die von der Dramatherapeutin wahrgenommenen Verbesserungen und sprach von einem erhaltenden „Frieden“, den er durch die Arbeit mit Rollen erhalten hatte. Dieser lässt sich möglicherweise erklären durch die ambivalente Qualifikation der Rolle, die Akzeptanz fördert sowohl für negative als auch positive Facetten einer Rolle (Landy, 1993).

Zur gemessenen Zunahme des Vermeidungsverhaltens des Patienten, gab dieser an, lieber alles vergessen zu wollen und bestätigte hiermit den gemessenen Wert.

4.4 Zentrale Frage

Konkludierend lässt sich sagen, dass sich im Rahmen einer Kurzzeitbehandlung von sechs Wochen beim Patienten ein eindeutiger Effekt auf dramatherapeutische Interventionen feststellen ließ, der sowohl quantitativ messbar als auch qualitativ feststellbar war. Eine Reduktion der Symptomatik des Patienten, die Merkmale einer Posttraumatischen Belastungsstörung betreffen, hat nur sehr eingeschränkt stattgefunden. Dramatherapeutische Interventionen sind hinsichtlich der Integration in den Schulalltag nur eingeschränkt wirksam. Eine erfolgreiche Integration ist an bestimmte Umstände gebunden.

Die aufgestellten Hypothesen (unter 1.5) lassen sich damit nur zum Teil und eingeschränkt bestätigen.

- a. Eine Integration dramatherapeutischer Interventionen in den Schulalltag wird unter Voraussetzung bestimmter Umstände als vorteilhaft und hilfreich wahrgenommen.
- b. Der Patient selbst nahm in drei von vier Symptombereichen eine Reduktion der Symptomatik wahr, das Netzwerk hingegen verzeichnete eine leichte Zunahme in allen vier Merkmalbereichen. Vor allem lassen sich Werte des Netzwerkes auf Grund fehlender Übereinstimmung als unzuverlässig einstufen.
- c. In der Wahrnehmung des Patienten führte die Behandlung teilweise zu Symptomminderung. Das Netzwerk ist gespaltenen Meinung und sieht sowohl Verbesserung (Dramatherapeutin) als auch Verschlechterung (Eltern des Patienten).

Auf Mikroniveau führte die Evaluation der Arbeit zu einer Optimierung der dramatherapeutischen Methode. Hieraus konnte ein eigenständiges methodisches Produkt entwickelt werden („De golden Gaten“ – Elke Brinkmann, 2018). Auswirkungen auf Meso- und Makroniveau sind noch nicht feststellbar.

5 Diskussion

Im Rahmen der wissenschaftlichen Arbeit ergaben sich positive als auch negative Punkte die hinsichtlich evaluativer Ansätze diskutabel sind.

+ Die dramatherapeutische Methode eines Rollenspiels, das sich der Bedürfnisse des Patienten annimmt, hat sich in dieser Forschungsarbeit als erfolgreicher Ansatz erwiesen. Durch die behandelnde Dramatherapeutin konnte eine deutliche Veränderung der Handhabung des Patienten mit Rollen im dramatischen Spiel festgestellt werden. Theoretisch zugeordnete Eigenschaften einer Rolle konnten im Therapieverlauf bestätigt werden (Landy, 1993). Die Kombination von Positiver Psychologie und Entspannungsmethoden hat sich als besonders wirksam herausgestellt und wurde vom Patienten angenommen.

+ Die Evaluation zu Messzeitpunkten hat sich neben ihrer Funktionalität zur statischen Auswertung als positiv für den Untersucher herausgestellt. Die Möglichkeit in regelmäßigen Abständen die Effektivität der dramatherapeutischen Interventionen evaluieren zu können, führte zu Anpassungen und Verbesserungen.

+ Persönliche Normen und Werte prägen oft unbewusst die professionelle Arbeitsweise. Eigene Hintergründe und Werte hinsichtlich ihrer Tragweite zu reflektieren gelingt besonders im offenen Austausch mit anderen Werten. Unter dem Stichwort der Normativen Professionalisierung (Heimbrock, 2017) gab die therapeutische Arbeit mit einem Jungen mit Migrationshintergrund Einblick in kulturelle Unterschiede und forderte zu einer Auseinandersetzung mit eigenen Denkweisen auf.

- Im kurzen Behandlungszeitraum hat sich die Symptomatik des Patienten, die signifikante Merkmale einer PTBS zeigt, für ihn nur bedingt reduziert. Für eine valide Bestimmung tendenzieller Veränderungen war der Behandlungszeitraum zu kurz. Bei sowohl von der Dramatherapeutin als auch vom Patienten wahrgenommenen Verbesserungen kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, ob es sich hierbei schon um beständige Verbesserungen handelt. Auch theatertechnische Aspekte ließen sich erschwert in den wenigen dafür vorgesehenen Sitzungen vermitteln. Ein kurzer Behandlungszeitraum bleibt unter dem Gesichtspunkt häufig verändernder Lebensumstände von Kindern mit Migrationshintergrund (Asyl, Umzug etc.), jedoch auch als vorteilhaft zu betrachten. Mit Blick auf verfügbare finanzielle Mittel in der Flüchtlingshilfe (BPtK, 2015) und der möglichen Folgen für das Kind (Ruf, 2018) steht fest: eine Kurzzeitbehandlung ist besser als gar keine Behandlung.

- Die Bestimmung des GLI-Wertes (s. Auswertung in 3.3) zeigt eine unzureichende Übereinstimmung des Netzwerkes, das sich zur vorliegenden Arbeit aus den Eltern des Patienten und der ausführenden Dramatherapeutin bildete. Hieraus resultierend wird die Zugehörigkeit der Dramatherapeutin zum Netzwerk als fragwürdig gesehen. Therapeutische Inhalte gaben der behandelnden Dramatherapeutin einen observativen Einblick in die Psyche des Patienten, der dem übrigen Netzwerk verwehrt blieb. Für den Therapieverlauf ist dies sicher als vorteilhaft zu beschauen, jedoch bleibt dieser Punkt im Ausführen einer auf das Netzwerk gerichteten Untersuchungsmethode wie der N=1 diskutabel. Des Weiteren wird der Einsatz eines Übersetzers zu Messzeitpunkten als schwierig erachtet. Es kann nicht mit Gewissheit gesagt werden, dass das Beisein einer weiteren Person zur Verfälschung von Angaben führt (Verhoeven, 2011).

- Die Ausführung dramatherapeutischer Interventionen im Schulsystem bleibt, wie aus der ersten Teilfrage hervorging umstritten. Zu näheren Angaben wird verwiesen auf 4.1, Integrierbarkeit dramatherapeutischer Interventionen in den Schulalltag. Ein weiterer erschwerender und damit zu beachtender Faktor zur therapeutischen Arbeit im Schulsystem, sind schulbedingte Unterbrechungen der Behandlungsphase (z. B. Schulferien). Auch wenn mit diesen im Vorfeld kalkuliert werden kann, bedeutet eine Unterbrechung der aktuellen Behandlung:
 1. für den Patienten, fehlende therapeutische Hilfe und Unterstützung zur schulfreien Zeit.
 2. für die Therapie hinsichtlich Fortschritten, einen möglichen Rückfall.

6 Empfehlungen

Für eine weiterführende oder wiederholte Behandlung wurden im Folgenden Empfehlungen aufgestellt.

+ In der statischen Auswertung (3.3) lässt sich beim Patienten eine signifikante Symptomabnahme nach der ersten Phase (Messzeitpunkt 2) feststellen. Elemente aus der Positiven Psychologie wurden hier vermehrt in das Rollenspiel eingebunden. Es wird empfohlen diese Elemente, auch über die erste Phase hinaus, zur durchgehenden Hervorhebung der eigenen Stärken des Patienten, in die Therapie einzugliedern. Dies ließe sich auch mittels Warming-ups und abschließenden Elementen in eine Sitzung integrieren.

+ Die Evaluation eigener therapeutischer Methoden zu regelmäßigen Abständen hat sich als wirksam und empfehlenswert erwiesen. Im Anschluss an die Forschungsarbeit konnte ein therapeutisches Produkt von der ausführenden Dramatherapeutin entwickelt werden. Vor allem die kurzen Messzeitpunkte trugen hierbei zu umfangreichen Vergleichswerten bei. Qualitative Daten, die in einem Patienten Dossier gesammelt wurden, zur Beantwortung der Teilfragen, aber keine weitere Relevanz hatten, erwiesen sich hierfür ebenfalls als hilfreich.

+ In der professionellen Arbeit, die kulturelle Unterschiede umfasst, wird empfohlen jedem Unterschied unvoreingenommen und offen zu begegnen. Jeder Mensch ist nur ganzheitlich zu begreifen (Ruf, 2018). Eigene Verslossenheit führt zwangsläufig, auch bezüglich therapeutischer Erfolge, zu Stagnation, während eine kritische Auseinandersetzung mit Werten, die die eigene professionelle Einstellung geprägt haben, in der Regel zum Fortschritt führt (Heimbrock, 2017).

- Für die Behandlung kriegsrelatierter Merkmale einer PTBS ist eine Kurzzeitbehandlung nur bedingt zu empfehlen. Ein verdoppelter Behandlungszeitraum von mindestens 12 Wochen (4 Wochen pro Phase) wird empfohlen. Da es keine Vergleichswerte gibt, wird lediglich angenommen, dass eine Verlängerung zu gesteigerter Effektivität dramatherapeutischer Interventionen führt. Bei langfristiger Behandlung ist auch eine geringere Behandlungsfrequenz möglich (2 Sitzungen pro Woche).

- Die Zugehörigkeit der Dramatherapeutin zum Netzwerk hat sich als nicht vorteilhaft herausgestellt. Es wird empfohlen auf Grund der differenzierten Wahrnehmungsmöglichkeiten mit dramatherapeutischen Observationslisten zur Erfassung von Merkmalsveränderungen zu arbeiten. Denkbar sind auch Itemkonstrukte die sich auf Wesenszüge des Patienten fokussieren, die auch im Spiel sichtbar werden (z. B. Bewegungen, Mimik und Gestik).

- Aus der Beantwortung der ersten Teilfrage geht hervor, dass zur Integration dramatherapeutischer Interventionen in den Schulalltag verschiedene Voraussetzungen essentiell sind. Zur Empfehlung wird verwiesen auf 4.1, Integrierbarkeit dramatherapeutischer Interventionen in den Schulalltag.

7 Literatuur

Ameln, v., H., & Kramer, J. (2014). *Psychodrama: Praxis*. Berlin – Heidelberg: Springer-Verlag.

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders – DSM-5*. Beknopt Overzicht van de Criteria. Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5 (S. 246-250) (2. Aufl.). Amsterdam: Uitgeverij Boom.

BAMF (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge). (2017). *Aktuelle Zahlen zu Asyl (12/2017)*. Unter: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-dezember-2017.pdf?__blob=publicationFile. Datum des Abrufs: 27.01.2018.

BAMF (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge). (2016). *Aktuelle Zahlen zu Asyl (12/2016)*. Unter: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-dezember-2016.pdf?__blob=publicationFile. Datum des Abrufs: 27.01.2018.

Baur, N., & Blasius, J. (Hrsg.). (2014). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS.

Bisarani, K. (2010). *Sozialpädagogische Familienhilfe für Familien aus islamischen Kulturkreisen: Erfahrungen und Sichtweisen von Fachkräften*. Unter: <http://oops.uni-oldenburg.de/1080/1/neubissoz10.pdf>. Datum des Aufrufs: 07.10.2018.

Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G., & Walburg, J., A. (2013). *Handboek Positieve Psychologie. Theorie, Onderzoek, Toepassingen*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Bootsma, M., Schaap, R., Tomey, S. (2016). *Handleiding voor het toepassen van de systemische N=1 methode CT-afstudeeronderzoek*. Stenden Hogeschool.

Brinkmann, E. (2018). *Producttypering. De golden Gaten. Individuele Dramatherapie voor jongens in de leeftijd van 9-14 jaar met een traumatische migratie achtergrond, die verhoogde intrusieve merkmale van het Posttraumatische – Stresstoornis (PTSS) vertonen, gericht op positieve stimulatie bij negatief impulsen*. Nicht veröffentlichte Studienabschlussarbeit, Leeuwarden: NHL Stenden University of Applied Sciences.

BPTK (Bundespsychotherapeutenkammer). (2015). *Mindestens die Hälfte der Flüchtlinge ist psychisch krank. BPTK-Standpunkt „Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen*. Unter: <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/mindestens-d.html>. Datum des Abrufs: 23.10.2017.

Children and War Foundation. (1998). *The Children's Impact of Event Scale (13) CRIES-13*. Unter: <https://emdrresearchfoundation.org/toolkit/cries-13.pdf>. Datum des Abrufs: 05.10.2017.

- Cleven, G. (2004). *In scene*. Dramatherapie en ervaringsgerichte werkvormen in hulpverlening en begeleiding. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Compactverlag. (2011). *Psychologie. Allgemeine Psychologie, Entwicklungspsychologie, Sozialpsychologie*. München: Compact Verlag GmbH.
- DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information). (2018). *F43.- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. ICD-10-GM. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification*. Unter: <http://www.icd-code.de/icd/code/F43.-.html>. Datum des Abrufs: 08.07. 2018.
- Dixius, A., Möhler, E. (2017). Ein neues Therapie-Konzept validiert die besonderen Bedürfnisse geflüchteter Kinder und Jugendlicher: START. START – Stress-Traumasympptoms-Arousal-Regulation-Treatment. *Psychotherapie Forum*, 22, 76-85. DOI 10.1007/s00729-017-0095-x.
- DvT Montreal. (n.d.). *Developmental Transformations (DvT)*. About. Geraadpleegd op 10. April 2018 via <http://www.dvtmontreal.com/welcome.html>.
- Elder, G., H., Colerick- Clipp, E., (1989). Combat Experience and Emotional Health: Impairment and Resilience in Later Life. *Journal of Personality*, 57 (2), 311-341.
- Freud, S. (2010). *Das Ich und das Es*. Wiesbaden: Marixverlag
- Gielas, A. (2016). Hart im Nehmen. *PSYCHOLOGIE HEUTE*. April 2016. S. 31.
- Greenwald, R., & Rubin, A. (1999). Assessment of posttraumatic symptoms in children: Development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice*, 9(1), 61-75. <http://dx.doi.org/10.1177/104973159900900105>.
- Heimbrock, H.-G. (Ed.) (2017). *Taking Position*. Empirical studies and theoretical reflections on Religious Education and worldview. Normative Professionalisation of teachers as a focus of research. Münster: Waxmann.
- Jacobs, S. (2009). *Neurowissenschaften und Traumatherapie. Grundlagen und Behandlungskonzepte*. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen.
- Jennings, S., Cattanach, A., Mitchell, S., Chesner, A. & Meldrum, B. (1993) *The Handbook of Dramatherapy*. New York - London: Routledge.
- Johnson, D. R. (1991). The theory and technique of transformations in drama therapy. *The Arts in Psychotherapy*, Vol. 18, S. 285-300.
- Kabat-Zinn, J. (2015). *Im Alltag Ruhe finden. Meditationen für ein gelassenes Leben* (dt. Ausgabe). München: Knauer Taschenbuch Verlag
- Landy, R. J. (1993) *Persona and Performance. The Meaning of Role in Drama, Therapy, and Everyday Life*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.

- Maerker, A. (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. Aufl.). Berlin- Heidelberg: Springer-Verlag.
- Maercker, A., Rosner, R. (Hrsg.) (2006). *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Maercker A & Schützwohl M (1998) Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version. *Diagnostica*, 44, 130-141.
- Mietzel, G. (2002). *Wege in die Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Myers, D. G. (2014). *Psychologie* (3. Aufl.). Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag.
- Nevid, J.S., Rathus, S.A. & Greene, B. (2012). *Psychiatrie een Inleiding* (8. Aufl.). Amsterdam: Pearson Benelux BV.
- Rammstedt, B. (2004). *Zur Bestimmung der Güte von Multi-Item-Skalen: Eine Einführung*. Unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-201443>. Datum des Abrufs:16.10.2017.
- Reinelt, T., Vasileva, M. & Petermann, F. (2016). Psychische Auffälligkeiten von Flüchtlingskindern. *Kindheit und Entwicklung*, 25 (4), S. 231-237.
- Roestel, A., Kersting, A. (2008). Einfache und komplexe posttraumatische Belastungsstörung. Diagnostik und Therapieansätze. *Nervenarzt*, 79(7), 845-855. DOI 10.1007/s00115-008-2442-1.
- Rosenberg, M., B. (2016). *Gewaltfreie Kommunikation: Eine Sprache des Lebens* (12. Aufl.). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Rosner, R., Nocon, A., Olf, M. (2013). Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. *PSYCH up2date*, 7(05), 301-315. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1349479>.
- Ruf, B. (2018). *Trümmer und Traumata*. Anthroposophische Grundlagen notfallpädagogischer Einsätze (2. Aufl.). Arlesheim: Verlag des Ita Wegman Instituts.
- Sajnani, N. & Johnson, D., R. (2014). *Trauma-Informed Drama Therapy. Transforming Clinics, Classrooms, and Communities*. Springfield: Charles Thomas-Publisher, LTD.
- Schaefer, C., McCormick, J., & Ohnogi, A., J. (Eds.) (2005). *International Handboek of Play Therapy. Advances in Assessment, Theory, Research, and Practice*. Plymouth ,UK: Jason Aronson – Rowan & Littlefield Publishers, Inc.
- Seligman, M. (2012). *Flourish. Wie Menschen aufblühen. Die Positive Psychologie des gelingenden Lebens* (deutsche Ausgabe). München: Kösel-Verlag.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Spörri Weilbach, B. (2013). *Dramatherapie*. Unter: <http://www.krisenintervention-sg.ch/kig-pic-pdf/Artikel%20Dramatherapie%20Brigitte%20Spoerri%20Weilbach%202013.pdf>. Datum des Abrufs 23.10.2017.

Stenden Hogeschool, School Social Work & Art Therapies. (2017). *Handleiding N=1-Tool voor Systemisch N=1*. Datum des Abrufs: 16.10.2018.

Stumm, B. & Pritz, A. (Eds.) (2000). *Wörterbuch der Psychotherapie. Freies Assoziieren, freie Assoziation* (S.217-218). Wien: Springer Verlag.

Uni Trier. (10. Juni 2015). *Lust zu Lernen: Die Grundlagen der Positiven Psychologie (Prof. Brohm-Badry)* [Videobestand]. Unter: <https://www.youtube.com/watch?v=rBaHsQBbXNw>. Datum des Abrufs:23.10.2017.

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs* (4. Aufl.). Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

WHO, (World Health Organisation)., DIMDI, (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) (2015). *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)*. F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung. Geraadpleegd via <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2016/block-f40-f48.htm>.

8 Anhang

Weiterführende Literatur zur Kreativtherapie

Kreativtherapie nach Henk Smeijsters

Im Handbuch der *Creatieven Therapie* von Henk Smeijsters heißt es, die Basis der Dramatherapie liege in der Theorie der Analogie des Spiels. Die Möglichkeit, dass sich Erfahrungen im Spiel analog auch auf das reale Leben übertragen lassen. Die *Kreative Therapie* geht davon aus, dass jeder Mensch ein „Kernzelf“, einen inneren Kern (Smeijsters, p.245), mit eigenem Bewusstsein besitzt, das sich außerhalb unserer kognitiven Erreichbarkeiten befindet. Während der Mensch sich äußerlich durch Emotionen ausdrücken kann, werden die tieferliegenden Bedeutungen dieser, an unser *Kernzelf* geleitet. Hier werden sie als dynamische und kinetische Prozesse, auch „*Vitality Affects*“ (Smeijsters, 2008, p. 239/240), genannt, gespeichert. *Vitality Affects* können auch als veränderbare Zustände eines Gefühls bezeichnet werden, die in den Parametern Form, Intensität, Bewegung, Anzahl und Rhythmus definiert werden (Smeijsters, 2008, p. 241). Antonio Damasio, Neuropsychologe, beschreibt das *Kernselbst* als „*gefühlsmäßige*“ (Smeijsters, 2008, p.246) Seite unseres Selbst, das eben nicht denkend, sondern fühlend erreichbar ist.

Sichtbar und hörbar werden die *Vitality Affects* laut Daniel N. Stern, Entwicklungspsychologe, in Form von „*temporal contours*“, zeitlich begrenzt auftretende Merkmale, zum Beispiel im Lachen (Smeijsters, 2008 p.244). Diese Formen zeichnen sich aus, durch die gleichen Parameter, die auch *Vitality Affects* definieren und verhalten sich somit analog zu ihnen. *Temporal contours* finden sich in der Umgebung des Menschen überall. So besitzt ein Lachen *temporal contours*, die es dem Menschen möglich machen eine äußerliche Beschaffenheit, innerlich zu fühlen. *Temporal contours* können von bewusstem Charakter sein, wie ein Lachen einer anderen Person, das wir abspeichern unter einem spezifischen Gefühlszustand, oder von unbewusstem Charakter, wie ein traumatisches Erlebnis, das zwar erfasst, jegliches Bewusstsein hieran jedoch verdrängt wurde (Smeijsters, 2008).

Bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung reagiert der Patient im Alltag oft auf sogenannte Trigger, ein Geräusch, ein Geruch, ein kleines Indiz, durch das die betroffene Person eine Assoziation knüpft zum traumatischen Erlebnis, obwohl die akute Situation eine ganz andere, meist harmlose, ist (Jacobs, 2009). Die Intrusion, das Wiedererleben, das sich negativ auf die Bewältigung des Alltags für den Patienten auswirken kann, wird in der Dramatherapie als wirksames Mittel eingesetzt. Stern spricht vom „*Present Moment*“, dem Moment, indem durch das (Wieder-) Erleben einer bestimmten Erfahrung eine Verbindung zum *Kernselbst* entsteht. Das geschieht in Folge des Fühlens der gleichen Parameter, wie sie im *Kernselbst* durch *Vitality Affects* gespeichert sind. Findet dieser *Present Moment* zum Beispiel im dramatischen Spiel, wie dem Rollenspiel statt, so spricht man von einer Analogie des formgebenden Mediums und den *Vitality Affects*. Diese Analogie findet statt, weil auch das Medium Drama sich in den gleichen Parametern ausdrückt wie die dynamischen Prozesse des *Kernselbst*. Die Kreativtherapie geht davon aus, dass es dem Patienten durch Einsatz des Mediums gelingt, zu unbewussten, möglicherweise zum Teil verdrängten Gefühlszuständen, Zugang zu bekommen. Was im Umkehrschluss auch bedeutet, dynamische Prozesse des *Kernselbst* durch Handlungen im

Medium verändern zu können, was am Beispiel einer traumatischen Erfahrung bedeuten könnte, verschiedene Trigger mit neuen, positiven Assoziationen zu hinterlegen und dem Patienten so zu einer Verminderung seiner Symptomatik zu verhelfen (Smeijsters, 2008).

Wirksame dramatherapeutische Elemente dieser Forschungsarbeit – eine Übersicht

Medium: Während das klassische Theaterspiel sich auf die Endpräsentation als Zielsetzung fokussiert, nutzt die Dramatherapie theatrale Elemente, um im dramatischen Spiel, Konflikte und Probleme zu thematisieren und zu verarbeiten. Das EPR-Entwicklungsparadigma, beschrieben von Sue Jennings, Pionierin der Drama- & Spieltherapie, erklärt Dramatherapie als eine Zusammensetzung aus *Embodiment* - dem Einsetzen seines eigenen Körpers als Instrument der *Projektion* (in Malerei, Formen, Metaphern etc.) und dem *Rollenspiel*. Dramatherapie gilt als Maßnahme zur Selbstheilung, die mittels Bewusstwerdung durch den Patienten selbst, wirksam wird (Spörri Weilbach, 2013). Das Medium ist präsent während der gesamten Therapiesitzung. Jede Sitzung beginnt mit einem Warming-Up, das dramatische Elemente enthält, beinhaltet ein Hauptangebot, in dem der Patient allein, in selbstgebautem Bühnenbild oder im Gegenspiel mit der Dramatherapeutin spielt und endet mit einem abschließenden Element, das ebenfalls das Medium beinhaltet.

Multi-Sensorik: Im Gegensatz zu anderen traumakonfrontierenden Therapiemethoden, wird eine Dramatherapiesitzung vom Patienten multisensorisch (visuell, haptisch, auditiv sowie ggf. olfaktorisch & gustatorisch) sowie vor allem physisch, erlebt. Die Betonung des ganzheitlichen Funktionierens des Menschen und die Bedeutung des Körpers hierin, beschreibt Wilhelm Reich in seinen Ansätzen zur Körperpsychotherapie. Reich führt Muskelspannungen als Schutzmechanismus zurück auf unterdrückten Schmerz und langanhaltende Gefühlszustände, die sich im Körper manifestieren (Sajnani & Johnson, 2014).

Spielfeld: Der dramatherapeutische Behandlungsraum enthält ein Spielfeld, einen deutlich definierten Bereich, der als leerer Raum gilt. Er dient dem Patienten als sicheres Terrain – einen Ort der weder vorbelastet noch befangen ist (Johnson, 1991) – um seinen Gefühlen freien Lauf geben zu können.

Das „kindliche“ Spiel: Traumatische Erfahrungen besonders im Kindesalter, nehmen den Patienten oft die Fähigkeit zu spielen, weil ihnen die Phantasie (aus dem altgriechischen – Vorstellung) für Positives fehlt. Kinder verfügen im Rollenspiel zudem über Selbstheilungskräfte mit denen Konflikte bearbeitet werden können (Ameln & Kramer, 2014). Beides wird mit Hilfe von dramatherapeutischen Interventionen gefördert, um dem Patienten neue Perspektiven für seine Zukunft geben zu können.

Die Dualität der Rolle: Durch die Rolle bietet sich dem Patienten die Möglichkeit, sich zugleich in zwei Wirklichkeiten aufzuhalten. Landy spricht vom "selbst" und "nicht selbst" (Landy, 1993, p.46), wobei das "selbst" die spielende Rolle bezeichnet und das "nicht selbst" die eigene Person, in dem Moment, in dem sie die gespielte Rolle verlässt und diese mit Abstand betrachten und reflektieren kann (Landy, 1993).

Die Ambivalenz der Rolle: Die Ambivalenz der Rolle, also die Annahme, dass eine Rolle auch immer eine Gegensätzlichkeit beinhaltet, hilft Akzeptanz und Integration zu fördern. Landy spricht vom Beispiel des Helden, der in einem zögernden Moment auch Angst verspürt. Diese Ambivalenz bedeutet für Landy, dass Platz für beide Aspekte gegeben sein muss: Will man den Frieden, dann muss man auch den „Krieg“ akzeptieren (Landy, 1993).

Das Rollenrepertoire: Robert J. Landy, Pionier der dramatherapeutischen Arbeit mit Rollen, stellte in langjähriger beruflicher Erfahrung, den Horizont eines Menschen gleich mit seinem Rollenrepertoire. Ein Defizit in Rollen gilt für Landy als Ursache psychischer Krankheiten. Von Bedeutsamkeit ist nicht allein die Quantität, sondern auch der Facettenreichtum und die Intensität einer Rolle (Jennings, Cattnach, Mitchell, Chesner & Meldrum (1993).

Impulse und Bedürfnisse: Der Patient entscheidet sich durch aufkommende Impulse spontan für eine Rolle. Diesem zu Grunde liegt die Theorie der *freien Assoziation*, von Sigmund Freud, die Annahme, dass unzensurierte Äußerungen unseres Selbst in beliebiger Reihenfolge Aufschluss geben über innere Störungen und psychische Konflikte und somit als Zugang unseres *Unbewussten* dienen können (Johnson, 1991). Das *Unbewusste* ist laut Freud ein nicht bewusst zugänglicher Teil der menschlichen Psyche, der Informationen zu Erlebnissen und Erfahrungen enthält, die z. B. verdrängt wurden, wie es nach traumatischen Erlebnissen der Fall sein kann (Compactverlag, 2011). Unbewusste Ängste beeinflussen den Menschen wiederum sehr bewusst, jedoch ohne dass sich der betroffenen Person die Ursache erschließt (Freud, 2010). Ausgehend von der *freien Assoziation* gelangen im Rollenspiel, durch die Impulse des Patienten, nach und nach Äußerungen an die Oberfläche, mit denen der Patient konfrontiert wird. Inhalte der Konfrontation sind demnach eigene Störungen und Konflikte, die sich so im Rollenspiel verdeutlichen. Es wird angenommen, dass sich diese durch nicht ausreichende Befriedigung von Bedürfnissen ergeben haben. In Folge versucht der Patient seine Bedürfnisse zu befriedigen um die Konflikte und Störungen verarbeiten und abbauen zu können. Jeder Impuls, der zu einer Rolle führt, versucht demnach ein Bedürfnis zu stillen (Reinelt, Vasileva & Petermann, 2016). Geht der Patient Konflikten im Spiel aus dem Weg, zeigen sich deutlich Blockaden auf, der Bedürfnisse die es zu befriedigen gilt (Stumm & Pritz, 2000).

Developmental Transformation: Eine in der dramatherapeutischen Traumatherapie verwendete Methode ist „*developmental transformations*“ (Johnson, 1991), von Dramatherapeut David R. Johnson, die er selbst als *Freie Assoziation* bezeichnet, die sich über Worte hinaus in „Bewegung, Klang, Gestik und Dramatik“ (Johnson, 1991, p.287) darstellt. Hintergrund seiner Methode ist die Annahme eines instabilen Selbst, welches durch den Versuch Stabilität zu erreichen Identitäten und Rollen annimmt. Den Prozess des ständigen Drangs sich selbst verändern zu müssen, unterstützt *Developmental transformations*, indem der Patient aufgefordert wird seinem aufkommenden Impuls zu folgen (DVT Montreal, n.d.). Ausgehend von *developmental transformations* wird angenommen, dass gerade in Hinsicht auf eine signifikante Symptomatik, die einer PTBS gleicht, nicht eine bestimmte Rolle die Breite menschlicher Bedürfnisse erfüllen kann. Im Rollenspiel können so die Bedürfnisse und Gefühle des Patienten ungefiltert an die Oberfläche gelangen, um sich mittels des Mediums Drama darstellen zu können und so Befriedigung zu erlangen (Johnson, 1991).

Analogie: Kreativtherapeutisch wird der wirksame Effekt des Rollenspiels durch die Analogie des Spiels erklärt. Nach diesem Ansatz lassen sich Erfahrungen im Spiel analog auch auf das reale Leben übertragen (s. Anhang I) (Smeijsters, 2008).

Distancing: Die Möglichkeit zur *Distancing* nach Henk Smeijsters (Smeijsters, 2008, p.156) ermöglicht es im Spiel, immer die richtige Balance zwischen Expression und Distanz zu bewahren. Das Rollenspiel kann so konfrontativ und reflektiv wirksam werden (Smeijsters, 2008). Unter *Distancing* versteht man „das Maß, indem der Patient mit seinen Gefühlen in Kontakt kommt“ (Smeijsters, 2008, p.156). Es wird unterschieden in *underdistancing* und *overdistancing*. Während der Patient in *underdistancing* eine direkte Verbindung zu seinen Gefühlen aufbauen kann, wie beschrieben im Rollenspiel, nimmt er in *overdistancing* Abstand hiervon. Auch die Arbeit mit dem Körper wird als Mittel zum *underdistancing* gesehen. Unter dem Begriff der *Personifikation* (Smeijsters, 2008, p.156) spricht man z. B. über Projektionen menschlicher Eigenschaften auf materielle Gegenstände, um so z. B. Gefühlen außerhalb sich selbst einen Platz geben zu können (Smeijsters, 2008).

Eigenschaften +: Die Rollen des Patienten können bei Bedarf um Eigenschaften aus der Regie der behandelnden Dramatherapeutin ergänzt werden. Diese Eigenschaften ergeben sich aus dem Behandlungskontext und beziehen sich auf vorhandene oder benötigte Ressourcen des Patienten (z. B. Dankbarkeit, Geduld, Gelassenheit, Ehrgeiz, Mut etc.). Dem Patienten wird durch den Zusatz einer Eigenschaft eine weitere Option, eine andere Sichtweise oder neue Perspektive gegeben. Es liegt am Patienten selbst, diese anzunehmen. Eigenschaften werden besonders als sinnvoll erachtet, wenn der Impuls des Patienten vornehmlich negativ ist und keine Veränderung eintritt. Die Zugabe der Eigenschaft hat gezeigt, dass sich der Patient hierdurch herausgefordert fühlt, die neue Möglichkeit zu ergründen (Brinkmann, 2018).

Materialien: Dem Patienten müssen für ein adäquates Spiel jederzeit verschiedene Theatermaterialien frei zugänglich sein (Attribute, Verkleidungen etc.). Es sollten zudem Möglichkeiten vorhanden sein, verschiedene Bühnenbilder zu erstellen (mittels Decken, Kisten, Tische, Stühle etc.). Materialien wie Verkleidungsutensilien dienen dem Patienten zur Verwirklichung der Rolle. Gefühle etc. des Patienten können auf Spielutensilien projiziert werden und nehmen damit aktiv am Spiel teil, auch wenn der Patient versucht sich davon zu distanzieren (Schaefer, McCormick & Ohnogi, 2005).

Die Rolle der Dramatherapeutin: Die Dramatherapeutin wird zur aktiven Gegen-Mitspielerin des Patienten. Sie passt sich dem Spiel des Patienten an. Gleichzeitig führt sie Regie über das Spiel, fügt nach Bedarf Eigenschaften an die Rolle des Patienten zu. Die Schlüsselkompetenz der Dramatherapeutin besteht hierbei aus der Fähigkeit, permanent mit „dem Seinszustand und den Bedürfnissen des Patienten in Kontakt zu bleiben, wenn diese entstehen und sich verändern“ (Sajnani & Johnson, 2014, p.14).

Detaillierte Phasenbeschreibung

Phase 1 – Rollenspiel in Kombination mit Positiver Psychologie

In der ersten Phase liegt der Fokus auf den Stärken und den gesunden Aspekten des Patienten. Positive Psychologie wird in Kombination mit dem Rollenspiel angewandt, um die Ressourcen des Patienten zu fördern. Eine Trauma-annähernde Thematik wird vermieden. Fiktion und Fantasie können die Thematik bestimmen. Das Gegenspiel der Dramatherapeutin ist *direktief* (Smeijsters, 2008, p. 56). Die maßgebliche Bestimmung des Spielverlaufs konzentriert sich auf Perspektivierung des Patienten und bietet Hilfestellungen um dem Patienten Einsicht in vorhandene positive Strukturen zu geben und eine Definition seiner Bedürfnisse zu erarbeiten (Dixius & Möhler, 2017). Negative Impulse des Patienten werden durch das Gegenspiel der Dramatherapeutin positiv stimuliert, um die negativen Impulse umzukehren oder zu neutralisieren. Theoretische Grundlage bietet die Positive Psychologie (s. Anhang VI ff.).

Grundlage zur weiteren Behandlung – Umfang 6 Sitzungen von jeweils 45 Minuten

Ziele:

- Lernen eigene Bedürfnisse zu erkennen
- Vertrauen, Relation Patient-Therapeut stärken
- Aufbau und Entwicklung von Spielfähigkeiten, Theater Techniken, Rollenrepertoire
- Herausfiltern und Fördern der Patient-eigenen Ressourcen, Stärken, eigenes Potenzial
- Förderung von Spielfähigkeiten und Fantasie um Selbstheilungskräfte zu aktivieren
- Körperbewusstsein entwickeln und fördern, lernen sich selbst zu spüren
- Definierung der vorhandenen positiven Strukturen
- Aufbau und Stärkung des Selbstwertgefühls
- Perspektivierung

Inhalte:

- Thematisch traumatische Inhalte vermeiden, Fokus auf Fiktion und Fantasie
- Theater Techniken, Spielfähigkeiten
- Regeln zum Umgang und zur Trennung von Spiel und Wirklichkeit

Methoden:

- Rollenspiel
- Rollenspiel in Kombination mit Positiver Psychologie & Zusatz an Eigenschaften
- Non verbales Spiel (Körperbewusstsein) – auch für Warming Up und Abschlusselemente

Positive Psychologie

Positive Psychologie ist eine empirische Wissenschaft, eingeführt 1954 von Abraham Maslow und später aufgegriffen von Martin Seligman, die sich mit der Frage, nach dem Wohlbefinden des Menschen, beschäftigt. Distanziert von der esoterisch geprägten Auffassung des positiven Denkens, werden unter dem Begriff der Salutogenese, Wechselwirkungen und Entwicklungen untersucht, die positives Denken fördern. Die Positive Psychologie widmet sich sowohl der gesunden menschlichen Psyche und ihren Optimierungsmöglichkeiten als auch den Heilungsprozessen in der Psychopathologie. Untersuchungsinhalte der Positiven Psychologie sind gleichermaßen die hervorzuhebenden Stärken wie auch die Schwächen des Menschen hinsichtlich seiner Resilienz, persönlicher Widerstandskraft (Ruf, 2018).

Verschiedene theoretische Ansätze der Positiven Psychologie kommen überein in ihren positiven Ergebnissen, dass es zur Steigerung menschlicher Ressourcen, die Erfüllung bestimmter Umstände bedarf. Diese können hinsichtlich der Psychopathologie und nach Maslow, auch als Bedürfnisse verstanden werden. Das empirisch belegte PERMA- Schema von Martin E.P. Seligman zeigt fünf Bereiche „*Positive Emotions, Engagement, (positive) Relations, Meaning and Accomplishment*“, die den Grundstein für das Wohlbefinden des Menschen legen und *Flourishing* – Wachstum des Menschen, befördern (Seligmann, 2012). Positive Gefühle gelten als stärkend, Themen wie Hoffnung, Dankbarkeit, Freundschaft, Zuwendung sowie Humor und Witz, die sich in dramatherapeutischen Interventionen umsetzen lassen, stehen zentral. Engagement und Motivation bilden den Motor, den Antrieb des Menschen. Es gilt Entwicklungsperspektiven zu fördern und zu unterstützen. Eigene Rollen fördern hierin die Selbstständigkeit des Patienten und legen den Fokus auf eigens erworbene Fortschritte. Positive Beziehungen beziehen das Umfeld in seiner unterstützenden Wirkung mit ein. Blockierende Beziehungen wirken kontraproduktiv hinsichtlich jeglicher Entwicklung. Das Rollenspiel hilft Beziehungen des Patienten sowie ihren positiven oder negativen Einfluss zu verdeutlichen. *Accomplishment* schließt die Sinnhaftigkeit der Therapie ein. Dem Patienten muss deutlich sein, welche Relationen zwischen Therapie und seiner Problematik bestehen, um das Wirksamkeitsgefühl zu stärken. Weiter wird auch eine Sinnhaftigkeit verfolgt, in der der Patient seine Stärken erkennt und neuen Perspektiven entgegenstrebt (Uni Trier, 2015).

Im Rollenspiel werden neue Impulse gefördert und herausgefordert. Laut der *broaden&build* Theorie von Prof. Dr. Barbara L. Fredrickson, Professorin für Psychologie, führt Offenheit gegenüber neuen Impulsen zu einem breiteren Handlungsspektrum des Menschen, was zugleich neue Ressourcen freisetzt, die zu resilienten Möglichkeiten führen. Der Mensch öffnet sich und gibt damit gleichzeitig seinen evolutionär veranlagten, verengten Schutzmechanismus auf. Einen Mechanismus, den man physiologisch beobachten kann, wenn sich jemand vor Angst klein macht und zurückzieht und der sich analog auf die psychologische Bewusstseinslage übertragen lässt (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg, 2013).

In der Stabilisationsphase wird davon ausgegangen, dass sich mittels der Verbindung von positiver Psychologie und dem Rollenspiel für den Patienten eine ressourcenorientierte Basis aufbauen lässt, die Grundlage für einen anschließenden Behandlungszyklus wird. Der derzeitige Stand der Forschung belegt zudem, dass positive Gefühle negative auslösen. So kann beispielsweise ein Angstzustand durch ein positives Erleben, im Rollenspiel durch einen positiven Kontext, ersetzt werden (Uni Trier, 2015).

Phase 2: Konfrontationsphase

Mit der Konfrontationsphase beginnt für den Patienten die tiefergehende Phase. Spielimpulse des Patienten bestimmen das Rollenspiel und können konfrontierende traumatische Inhalte aufgreifen. Auch der Dramatherapeut lässt sein Spiel von Impulsen leiten, unterscheidet hierin aber in Impulsen, die Patient bezogen diesen unterstützen, indem sie sich auf sein Spiel beziehen und Impulsen, die aus persönlicher Thematik entstehen. Zweite stellen möglicherweise die Bedürfnisse der Dramatherapeutin in den Vordergrund. Der Dramatherapeut entscheidet sich reflektiv für eine Rolle, um nicht das Spiel des Patienten durch eigene unreflektierte Problematiken zu gefährden. Das Gegenspiel der Dramatherapeutin konzentriert sich nun stärker auf das Erfüllen der Bedürfnisse der Rolle des Patienten (Praxisbeispiele, siehe Anhang XI). Das Ziel der Konfrontationsphase ist es Gefühlszustände zu erreichen, die eine Verbindung mit traumatischen Erlebnissen zulässt. So soll die Vergangenheit mit der Gegenwart und neuen Erfahrungen verknüpft werden.

Bedürfnisorientiert - Umfang 6 Sitzungen von jeweils 45 Minuten – 3 Sitzungen pro Woche (optional 2 Sitzungen pro Woche bei längerem Behandlungszeitraum)

Ziele:

- Bedürfnisse des Patienten im dramatischen Spiel befriedigen (freies Rollenspiel)
- Trauma bezogene Konflikte aufzuspüren
- Trauma bezogene Gefühle definieren
- Verbindung von traumatischer Vergangenheit und gegenwärtiger Resilienz.

Inhalte:

- Die Inhalte werden durch aufkommende Impulse vom Patienten bestimmt und können traumatische Aspekte enthalten

Methoden:

- Rollenspiel
- Rollenspiel mit Zusatz an Eigenschaften (s. oben - Eigenschaften +)

Phase 3: Integrationsphase

Die entstehende Verbindung führt im besten Fall zur Integration, die in der dritten und letzten Phase Mittelpunkt der Behandlung ist. Erlebtes bekommt einen bewussten Platz für den Patienten und bleibt damit ein Teil von ihm. Ziel der Integrationsphase ist es, gegenwärtige Erlebnisse reflektiert von traumatischen Erfahrungen betrachten zu können. Die Integration bietet unter bestimmten Umständen, die sich auf Netzwerk und Umgebungsfaktoren des Patienten beziehen, die Möglichkeit zu posttraumatischem Wachstum (s. unten).

Zukunftsorientiert – Akzeptanz - Umfang 6 Sitzungen von jeweils 45 Minuten – 3 Sitzungen pro Woche

Ziele:

- Rituellicher Abschluss
- Perspektivierung
- Hoffnung definieren
- Aufbau der Identität des Patienten fördern
- Eigene Ressourcen nutzen, um sie wiederholend zu verstärken

Inhalte:

- Die Inhalte werden durch aufkommende Impulse vom Patienten bestimmt. Die Dramatherapeutin hilft Ressourcen zu verstärken und im Gegenspiel den Patienten herauszufordern auf eigenes Potenzial zurückzugreifen.

Methoden:

- Rollenspiel
- Rollenspiel mit Zusatz an Eigenschaften
- Mindfulness

Integration ist ein Begriff, der auf die Unterschiedlichkeit im Menschen hinweist, der angibt, dass all diese Unterschiedlichkeiten in seiner Vielfalt akzeptiert werden und unter dem Stichwort der Integration willkommen sind. Integration, das bedeutet auch, mögliche leidvolle Bilder aus der Vergangenheit integrieren zu müssen, um nicht eingeschränkt im Alltag funktionieren zu müssen. Es ist das Ziel traumatische Erfahrungen zu akzeptieren als Geschehens und mit ihnen Frieden zu schließen. Integration, das bedeutet für den Kriegsflüchtling nicht nur sich selbst einen neuen Platz zu suchen, sondern auch einen Platz zu finden für seine Vergangenheit.

Der integrative Teil ist der dritte und letzte Teil der methodischen Rollentherapie. Während in der Konfrontationsphase Gefühlszustände „wieder“ erfahren werden, richtet sich der abschließende Teil auf die Integration dieser. Ziel ist es, alltäglichen Situationen angepasst an die tatsächliche Situation zu begegnen. Assoziationen mit der traumatischen Vergangenheit in der Gegenwart, sollen dabei immer weiter abnehmen.

Wie auch in den vorangegangenen zwei Teilen können den Rollen des Patienten Eigenschaften zugewiesen werden. Die Eigenschaft gibt der Rolle die benötigte Ergänzung, um nach Ansicht der Dramatherapeutin, die Integration abschließen zu können. Im besten Fall bringt der Patient die benötigten Eigenschaften nun bewusst selbst mit. Eigenschaften können in der Integrationsphase z. B. Gelassenheit, innere Ruhe und Weisheit sein..

Die Rollen der integrativen Phase werden als sehr wichtig empfunden, weil Ihnen die schwierige Aufgabe zu Teil wird, die Erfahrungen der vorangegangenen Wochen zusammenfassend in das gegenwärtige Leben zu integrieren. Die Integrationsphase richtet sich auf das Hier-und-Jetzt. Jon Kabat-Zinn betont in seinen Ansätzen zu Mindfulness, das Akzeptieren von Dauer, der Zeitspanne die ein Moment braucht bis er sich uns völlig erschließt. Im Rollenspiel geht es folglich weniger um eine Vielzahl an Rollen als mehr um die Möglichkeit sich in eine Rolle einzuleben, bis dem Patienten das Ausmaß der Rolle völlig bewusst wird. Die bewusste Wahrnehmung ist nach Kabat-Zinn

notwendig um ein Fortbestehen zu garantieren. Eine Rolle die auch von Dauer für den Patienten sein kann (Kabat-Zinn, 2015).

Positive Psychologie & Posttraumatisches Wachstum

Als posttraumatisches Wachstum wird in der Psychologie, eine, von Richard G. Tedeschi & Lawrence G. Calhoun untersuchte persönliche Entwicklung (Wachstum) bezeichnet, die als positive Folge einer traumatischen Erfahrung bezeichnet werden kann. Tedeschi & Calhoun gehen davon aus, dass negative Erfahrungen zu persönlichem Wachstum führen können. Studien belegen, dass das mit „60-80 %, eher die Regel als der Ausnahmefall ist“ (Gielas, 2016).

Nach einer Studie von Elder und Colerick- Clipp (1989) gehören auch traumatisierende Kriegserlebnisse zu Erfahrungen, die zu posttraumatischem Wachstum führen können (Maercker & Rosner, 2006). Posttraumatisches Wachstum kann sich auf verschiedene Lebensbereiche auswirken. Tedeschi und Calhoun beschreiben fünf Bereiche. Die steigende Wertschätzung gegenüber dem Leben, mit Bewusstseinsveränderungen für „das Wesentliche“ (Maercker & Rosner, p.38, 2006) und die zunehmende Wertschätzung von persönlichen Beziehungen, mit dem Fokus auf Differenzierung und Selektion hinsichtlich seiner „echten“ Bedeutsamkeit. Die bewusste Wahrnehmung des eigenen Potenzials, der menschlichen Stärken, der Entdeckung neuen Gestaltungsspielraumes durch neue Perspektiven und eine erhöhte Aufmerksamkeit für Spiritualität. Das posttraumatische Wachstum erfordert keine speziellen Persönlichkeitseigenschaften, da davon ausgegangen wird, dass sich „positive Veränderungen in kognitiven und emotionalen Fähigkeiten, sowie im Erleben“ (Maercker & Rosner, p.39, 2006), fernab der menschlichen Bewusstwerdung abspielen, während bestimmte persönliche Eigenschaften wie Offenheit als unterstützend gelten. Das demnach die Möglichkeit eines posttraumatischen Wachstums bestehen kann, macht sich die Dramatherapie zu eigen. Mit dem Fokus auf die Handlung als therapeutisches Mittel, setzen Intervention auf das „Spüren am eigenen Körper & das Erleben“, das dazu beitragen kann, posttraumatisches Wachstum zu befördern. Bei erfolgreicher Integration des traumatischen Erlebnisses kann der Patient als positive Folge sich selbst als eine gestärkte Persönlichkeit erfahren (Maercker & Rosner, 2006).

Während posttraumatisches Wachstum auch einen „Scheincharakter“ haben kann, einer vermeidlich positiven Verarbeitung eines Erlebnisses, das auf Selbsttäuschung basiert, wird angenommen, dass in Kombination mit Positiver Psychologie funktionale Ergebnisse zu erwarten sind. Ausreichende Validität gibt es auf Grund der subjektiven Beurteilungsmethoden bisher noch nicht, empirische Ergebnisse von positiver Art sind aber vorhanden (Maercker & Rosner, 2006).

Gesamte Behandelzeit 6 Wochen (18 Sitzungen)

Übersicht über den Therapieverlauf

Zeiteinteilung und Interventionsbeschreibung

Komplettübersicht über den Behandlungszeitraum

Datum	Sitzung	Phase	Inhalt	Interventionen/ Rollen	Anmerkungen
07.02.18			Vorgespräch mit dem Patienten		Patient berichtet von Erinnerungen an die Flucht/ sie flohen zu Fuß und mit einem kleinen Boot/ Die schwerbehinderte Schwester wurde den ganzen Weg getragen/ Zwischenfall mit LKW – viele Menschen starben – Seither große Angst, wenn er einen LKW sieht/ Patient berichtet von Atemproblemen, wenn er schnell läuft .
12.02.18			Erstmessung		
19.02.18	1	Aufbau/ Positive Psychologie	Vertrauen/ Kennenlernen-Medium Regeln/ Spielraum etc. besprechen Observation- Möglichkeiten- Symptomatik	Laufen in unterschiedlicher Form (Rundungen, gerade Strecken, von Punkt zu Punkt etc.) Mit Assoziationskarten Kurzgeschichten ausdenken	Der Patient vermeidet direkten Sichtkontakt, läuft mit verschränkten Armen, Blick nach unten gerichtet. Patient bekommt leichte Panikanfälle durch schnelle Bewegungen/ „lautere“ Geräusche im Spiel. Patient berichtet von Albträumen, in denen er von einem großen Hotel fällt. Pädagogin der Schule gibt an, dass der Patient den Sportunterricht meidet.
21.02.18	2	Aufbau/ Positive Psychologie	Vertrauen Kennenlernen-Medium Positivität in Form von Gedanken	Laufen über verschiedene Materialien (Sand, Steine, etc.) – dabei positive Geschichten erzählen (Wo wärest du gern, was siehst du.)	Patient wirkt nervös, unsicher. Blick beim Laufen nach unten gerichtet. Patient stoppt mehrmals im Spiel und gibt an, Angst zu spüren jemandem könne etwas passieren.

23.02.18	3	Aufbau/ Positive Psychologie	Vertrauen Kennenlernen- Medium Positivität in Strukturen	Hütte bauen, als sicherer Platz und in verschiedenen Rollen in und um die Hütte spielen. Wer ist noch wichtig und vorhanden. Jäger besorgt Essen- Freund kommt zum Essen	Patient baut dunkle Berghöhle mit Essen, Tiergehege und Hund. Er erzählt, dass er eine Hütte für einen Freund neben seiner Hütte bauen möchte. Spiel ruft Sehnsucht bei ihm auf. In der Reflektion beschließt der Patient, dass er Licht in der Hütte und draußen braucht, dass andere auch sehen kann. Die Sitzung hat ihn sichtbar angestrengt.
26.02.18	4	Aufbau/ Positive Psychologie	Vertrauen Kennenlernen-Medium Positivität in Beziehungen	Mittels des Systembretts zur Familienaufstellung schauen wir uns die wichtigen Beziehungen an Rollenspiel: Jonas – traut sich zu spielen u. Mädchen anzusprechen	Besondere Bindung zur Mutter. Wir konzentrieren uns auf die Beziehungen, die der Patient unterhält, die für ihn wichtig und vorhanden sind. Patient lacht häufig im Spiel/ Freude am Spiel/ Warming up mit Tieren war ihm unangenehm, nahm ihm aber die Hemmschwelle.
27.02.18	5	Aufbau/ Positive Psychologie	Positivität in Rollen	Virtueller Traumfänger/ Fäden ziehen für mein Netzwerk Rollenspiel: Räuber und Musiker/ Räuber wird auch zum Musiker	Vater und Geschwister werden neben der Mutter als wichtig empfunden. Patient lässt sich im Spiel mit Rollen positiv stimulieren. Kann Stimmungen verändern.
02.03.18	6	Aufbau/ Positive Psychologie	Positivität in Rollen/ Emotionen	Positive Standbilder (Wie sieht ein Gewinner aus) Entspannungsübungen- bewusst atmen bei Bewegungen	Patient gibt an, nicht richtig atmen zu können im Spiel. Wir machen darauf eine Entspannungs- und Atemübung. Im Rollenspiel erfährt der Patient Selbstvertrauen und Stolz.

				Spiegelübung mit Komplimenten Rollenspiel: Julien – hat wenig Selbstvertrauen- versuche ihn im Ggenspiel zu motivieren und aufzubauen	Aktivität fördert Aktivität – Ein Lächeln zaubert ein Lächeln hervor.
03.03.18		Zweite Messung			Vater gibt bei Messung an, dass der Junge zunehmend auf Privatsphäre hinweist.
05.03.18	7	Konfrontation/ Konflikte	Erste Konfrontation mit Stimmungen/ Ängsten	Standbilder / verschiedene Stimmungen/ Rollen mit Fantasiesprache zu Ängsten im Alltag/ Eigenschaft an den Patienten: Stärke/ Selbstvertrauen	Patient zeigt sich selbst im Standbild als starken Jungen mit Armen nach oben, lässt diese dann aber wieder fallen. Auswirkungen der positiven Phase möglich. Patient zeigt "ohne Worte" viele Emotionen im Spiel und überwindet Ängste durch zusätzliche Eigenschaft der Therapeutin.
06.03.18	8	Konfrontation/ Konflikte	Theatertechniken Konfrontation im Spiel/ Wut	Rollenspiel: Leon (Friseur/Berlin) / Mohammed (Familienvater/ Berlin) Stimmenübungen Rollenininterviews Rollenkarten	Patient ist besonders gleichgültig/ Verspürt keine Lust auf irgendwas/ Symptomatik PTBS. Wir benutzen Rollenkarten (mit Rollenvorschlägen). Rollen sind von Kriegsthematik bestimmt.
07.03.18	9	Konfrontation/ Konflikte	Konfrontation im Spiel/ Resignation	Mit Stimmen experimentieren/ welche sind unangenehm welche nicht	Der Patient spielt im Rollenspiel einen armen, obdachlosen Jungen ohne Eltern, die im Krieg gestorben sind/ Ich ermutige ihn im Ggenspiel ein neues Zuhause zu

12.03.18	10	Konfrontation/ Konflikte	Konfrontation/ Streit/ Verlässlichkeit	Laufen in Emotionen Rollenspiel: kleiner Junge/ alter Mann	bauen/ er wechselt die Rolle und ist nun zu alt um noch ein Haus bauen zu können. Reflektion im Spiel zeigt Resignation. Patient gibt an Zweifel an einem Erfolg der Therapie zu haben. Zwei Rollen streiten sich. Kampf um Vergangenheit/ Zukunft/ innerer Konflikt. Der Patient versucht den Streit im Gespräch zu schlichten/ Habe das Gefühl er kann einen Konflikt dieser Ordnung nicht handhaben. Die Rolle der Therapeutin gibt nach, nachdem „Mohammed“ deutlich sagt, dass es für ihn auch alles nicht leicht sei und um Entschuldigung bittet. Der Patient fragt an die Therapeutin, ob sie auch andere Kinder sehe, die so seien wie er. Nimmt sich als anders war.
13.03.18	11	Konfrontation/ Konflikte	Konfrontation/ Gleichgültigkeit	Rollen: Jonas (Teenager)	Patient spielt monoton/ wenig Gefühlsregung.
14.03.18	12	Konfrontation/ Konflikte	Konfrontation/ Akzeptanz/ Stärke	Rollen: Mohammed (Kriegsflüchtling, Friesoythe) Rolleninterview	Patient erwähnt, dass der Mensch nur einmal sterben kann/ Rolle von Mohammed antwortet sehr bedacht.
16.03.18			Dritte Messung		
03.04.18			Vierte Messung nach 2-wöchigen Schulferien		

04.04.18	13	Integration/ Mindfulness	Wiederholung Konfrontation/ Streit/ Anerkennung	Rollen: Jannes und Justin Vater-Sohn Konflikt über Bedürfnisse und Respekt	Der Patient gibt sich motiviert im Spiel, nimmt leichter Rollen an/ Umgang mit Emotionen wie wütend und fröhlich klappt im fließenden Wechsel.
06.04.18	14	Integration/ Mindfulness	Wiederholung Konfrontation/ Angst/ innere Stärke	Rollen: Jonas/ Maria (bedeutsame Gegenrolle, gespielt durch die Therapeutin)	Der Patient erschreckt sich durch das von Angst bestimmte Gegenspiel der Therapeutin. Nach Reflektion der Rollen und Übung mit Spiegelung (mit ängstlichen u. starken Körperhaltungen) dreht die Rolle des Patienten/ er hilft der Rolle „Maria“ mit Ratschlägen und spricht mit ihr offen über seine Angst.
09.04.18	15	Integration/ Mindfulness	Konfrontation/ Akzeptanz	Der leere Stuhl/ Angst/ Großvater (Der Patient beginnt über die vorherige Sitzung zu sprechen. Wir thematisieren Angst als einen leeren Stuhl- stellen Fragen und sagen "der Angst" dass wir uns bewusst davon sind, dass sie da ist. Patient beginnt danach unaufgefordert zu erzählen über den Tod zweier Jungen auf der Flucht und den Tod seines Opas bei dem er anwesend war. Patient gibt an, seither nicht mehr weinen zu können. Wir setzen den Opa auf den leeren Stuhl. Patient richtet sich an den Opa, dass der Krieg nun zuende sei und er wo immer er auch ist, dort sicher glücklich ist – Patient wirkt sehr selbst reflektiert, aber nachdenklich- möglicherweise betrübt. Patient beginnt Gespräch über Leben und Tod/ Auferstehung.

12.04.18	16	Integration/ Mindfulness	Integration/ Loslassen	Rollen: Julien Entspannungsübung- Julien nimmt Aufregung gelassen entgegen	Patient wirkt nachdenklich. Beginnt Gespräch über Glauben und Gott und beschließt, dass es nur einen Gott geben kann. Patient gibt an, keine „Verschwörungstheorien“ mehr zu sehen, die seinen Vater betreffen. Dieser ist nur einen normalen Mann. Sinn für Realität nimmt zu.
13.04.18	17	Integration/ Mindfulness	Integration/Akzeptanz/ Freude/ Posttraumatisches Wachstum	Rollen: Mohammed (Friseur in Berlin/ zukunftsorientiert mit Ratschlägen) Entspannungsübungen- Mindfulness	Patient wirkt zufrieden in der Zukunftsperspektive/ Spricht immer wieder von Unzufriedenheit in der momentanen Schulsituation/ Übung zur Steigerung des Selbstwertgefühls
16.04.18	18	Integration/ Mindfulness	Integration/ Posttraumatisches Wachstum	Rollen: weiser Mann ohne Namen	Wir beginnen mit einer Fantasiereise/ Die Kraft der Erde in dir/ Übungen zur Steigerung des Selbstwertgefühls/ Patient beruhigt im Rollenspiel die aufgewühlte gegnerische Rolle ohne Worte/ gibt an, die Stärke der Rolle gefühl zu haben.
26.04.18			Interview mit Fachkräften der Schule		
27.04.18			Endmessung		
04.05.18			Abschließende Interviews mit dem Patienten und seinen Eltern		
07.05.18			Interview mit Fachkräften der Schule		

Interviews

Fragen & Topics – Teilfrage 1

Wie lassen sich dramatherapeutische Interventionen im Rahmen eines gängigen Schulablaufs einer weiterführenden Schule, integrieren?

Welche Grundlagen müssen vor einer therapeutischen Behandlung erfüllt sein?

Welche Grundlagen müssen während des Behandlungszeitraums gegeben sein? Was muss beachtet werden?

Topics:

Kommunikation/ Unterrichtszeiten/ Vor- & Nachteile Lehrkräfte - Schüler (innen)/
Rechtliche Grundlage/ Material & Räumlichkeiten

Fragen & Topics – Teilfrage 3

Wie wird eine mögliche Veränderung, innerhalb des Untersuchungszeitraumes, tatsächlich vom Netzwerk und dem Patienten selbst, wahrgenommen und erfahren?

Mögliche Inhalte:

Verhaltens- und Kommunikationsweisen/ Körperliche und geistige Kondition, des Patienten

Vermeidung (Avoidance)/ Übererregung (Hyperarousal)/ Emotionale Taubheit (Numbing)/
Wiedererleben (Intrusion)

Transkription der Interviews

Interview mit der Klassenlehrerin des Patienten (Teilfrage 1 und 3)

I – Interviewer/ KL – Klassenlehrerin

- I: Es geht in diesem Interview um zwei Dinge, sowohl die dramatherapeutische Arbeit mit dem Patient X als auch die dramatherapeutische Arbeit im Schulsetting. Beginnen wir mit der ersten Frage.
- I: Wie lassen sich dramatherapeutische Interventionen im Rahmen eines gängigen Schulablaufs einer weiterführenden Schule, integrieren?
- KL: Sprechen wir hier von Flüchtlingen, die hierhergekommen sind und in der Regelklasse schon mit integriert sind oder generell von jeglicher Art Schülern?
- I: Diese Arbeit richtet sich auf die Zielgruppe der Schüler mit Migrationshintergrund, die eine Symptomatik einer PTBS aufweisen. Generell kann die Frage aber offen behandelt werden.
- KL: Ich glaube schon, dass es hilfreich ist und dass es integrierbar ist. Viele Kollegen und Kolleginnen würden wahrscheinlich sagen, „ja, aber dann kommt er im Unterricht ja nicht mit“ und solche Sachen. Meines Erachtens ist es wichtig zu machen und wahrscheinlich für die Zukunft, für länger gedacht, wertvoller als wenn man sagt er muss jetzt unbedingt an diesen 2-3 Stunden dabei sein. Ist immer die Frage wie sehr die Schule mitspielt und die Lehrkräfte. Also ich finde, man könnte es machen, man kann es auch in Stunden machen, die, ich will nicht minderwertiger sagen, sind, die Schüler aus Stunden wie Sport, Religion oder solche Sachen rausnehmen. Finde ich schon, dass man es integrieren kann, und auch sollte. Genau.
- I: Du sagst „sollte integriert werden“, kannst du das näher erläutern?
- KL: Es bringt wahrscheinlich zum einen, dass man die Erfahrung, quasi ja nochmal verarbeitet oder vielleicht auch nochmal anders hinterfragt und für die Gemeinschaft vielleicht auch nochmal, dass es hinterfragt wie der Stand bei einem selber ist und von den anderen, wie ich auf andere dann zugehe. Vielleicht auch mit besserer Integration in die Klassengemeinschaft reinzugehen, weil man sich einfach nochmal bewusstmachen muss, „okay ich habe was ganz anderes erlebt als andere aus der Klasse und vielleicht muss ich einfach anders auf andere zugehen oder auf die Lehrkraft zugehen oder sonstiges und ich verhalte mich so, aber ich weiß da waren noch andere Sachen, die eine Rolle spielten“, also dass man alles nochmal reflektiert.
- I: Hast du als Lehrerin das Gefühl, dass du auch integriert bist in den Alltag der Kinder? Oder würdest du dir manchmal auch mehr Hintergrundwissen über die Schüler wünschen?
- KL: Ich bin im Moment ja Vertretungskraft hier an der Schule und bin selbst noch nicht solange aus dem Studium heraus, aber teilweise denke ich schon, dass ich nicht weiß, was da Zuhause überhaupt passiert. Ich weiß auch bei manchen Schülern nicht, ob ich da jetzt so streng sein darf oder nicht, und wenn nicht, ob dann Zuhause vielleicht viele Konsequenzen folgen, die ich vielleicht gar nicht erzeugen möchte und da hätte ich das schon ganz gerne, dass ich von denen auch mehr Input bekomme. Einfach, um für mich selber auch zu wissen, wie geh ich damit um, wie muss ich das und das verpacken oder sonstiges.

- I: Angenommen es wäre jetzt eine therapeutische Möglichkeit an der Schule, würde die Kommunikation über Schüler, auch mit Lehrkräften, möglicherweise eine andere sein. Wie siehst du das?
- KL: Also ich denke schon, dass das von Vorteil ist, definitiv. Ja. Es ist immer die Frage wie nah man sowas auch an sich ranlassen kann. Es kann auch nachteilig sein, indem ich Sachen erfahre, wo ich dann Nächte lang wach liege und mir darüber Gedanken mache. Ich glaube es ist immer wichtig, dass man den richtigen Abstand dazu behält. Dass man weiß, es gibt diese und diese Sachen, vielleicht kann ich was bewirken, vielleicht kann ich auch nichts bewirken, aber ich bin mir dessen bewusst. Und vielleicht kann ich durch Umwege da noch was machen, aber ich glaube man muss sich auch bewusst sein, dass man bei 10 Klassen jeweils mit 25-30 Schülern, da kann man natürlich nicht bei jedem Schüler was bewirken, also nicht irgendwie noch in dem Ausmaß Zuhause was zu machen oder so. Das ist halt schwierig. Die Utopie in mir sagt natürlich, ich möchte gerne allen helfen, aber die Realität ist eigentlich anders.
- I: Ist das ernüchternd?
- KL: Ja, schon irgendwie, genau und man hat auch so viele Ideen und ach generell das ganze Unterrichtsvorbereiten, eigentlich bin ich nur noch am Korrigieren und eigentlich lernt man im Studium so viele coole Sachen, die man auch umsetzen könnte, aber wofür viel Vorbereitungszeit gebraucht wird. Die man gar nicht umsetzen kann in der Zeit, die man zur Verfügung hat. Das Regelschulsystem ist hier hingehend echt ernüchternd.
- I: Was denkst du, wie es den Kindern in diesem System geht, auch nochmal in Hinsicht auf die Möglichkeit der drama-therapeutischen Arbeit an weiterführenden Schulen?
- KL: Ich glaube schon, dass den Schülern hier der Ausgleich fehlt. Ich glaube, dass es in der deutschen Gesellschaft sehr verpönt ist, Psychologe und ähnliches, aber ich glaube schon, dass das sehr viel bewirken kann, ja.
- I: Wenn ich dich richtig verstanden habe, dann denkst du, diese Möglichkeit wäre hier im Alltag integrierbar.
- KL: Ich glaube es ist integrierbar ja, aber man muss erst viel bewegen und man muss Leute haben, die dahinter stehen an der Schule. Wenn man beispielsweise diese Schule als Gesamtschule klassifizieren würde und das mit integriert und auch die Eltern überzeugt und andere Lehrkräfte, die dahinterstehen, auch wenn es nicht gleich alle sind, dann ist es integrierbar und dann kann es auch was bringen. Aber wenn es nur einzelne Leute machen und andere nicht überzeugt werden können, ist es glaub ich sehr schwierig.
- I: Um das nochmal kurz zusammenzufassen, bist du der Meinung, dass eine Integration vor allem in dem Schulsystem der Gesamtschule stattfinden kann, sofern es überzeugend an Eltern und Lehrkräfte vermittelt werden konnte.
- KL: Ja, genau.
- I: Ich würde jetzt gern auf die zweite Frage meiner Arbeit zu sprechen kommen. Hierbei geht es um tatsächlich wahrgenommene Veränderungen, die bei dem Patienten X im Behandlungszeitraum festgestellt werden konnten. Was kannst du hierzu sagen?
- KL: Es ist mir nichts aufgefallen. Der Patient war natürlich mal sehr interessiert am Unterricht, dann mal wieder nicht und hat viel geredet oder andere Sachen gemacht, aber ich könnte jetzt nicht sagen, dass das jetzt mit der Therapie zusammenhängt oder nicht.

Vor den Osterferien hat er noch relativ viel mitgemacht aber danach hat er nicht mehr viel mitgemacht, er hat viel mit seinem Sitznachbarn geredet oder die anderen Mitschüler geärgert, aber er hat weniger im Unterricht mitgemacht. Ich kann jedoch nicht mit Gewissheit sagen, ob das in Zusammenhang mit der Therapie steht oder einfach an meinem Unterricht liegt.

I: Kannst du dieses Verhalten seinerseits noch genauer erläutern?

KL: Er schien vor den Ferien interessierter an den Sachen zu sein, als nach den Ferien. Weiter verhält er sich normal, ich würde da keinen Unterschied machen zu den anderen Schülerinnen und Schülern.

I: Ist dir je was Besonderes aufgefallen? Was ihn dann vielleicht auch kennzeichnet?

KL: Er fasst gern Leute an, er versucht immer jemanden zu berühren. Aber da würde ich auch nicht sagen, dass das auffällig wäre. Ich denke, er ist eher in einem Alter, in dem er vielleicht noch körperliche Nähe braucht.

I: Wäre so eine Uninteressiertheit am Unterricht jetzt zurückzuführen (hypothetische Frage) auf eine Behandlung, was gäbe es dazu zu sagen?

KL: Ich denke hier stellt sich die Frage wie sich das langfristig verhalten würde. Wenn man weiß, dass es einen Monat oder ähnliches, anhält, dass dann so ein „wirr-warr“ ist, dann wäre das denk ich tragbar. Würde daraus ein permanenter Zustand werden, wäre das sicher nicht produktiv und nicht förderlich.

I: Oft sind gerade Behandlungen der Dramatherapie und auch in Behandlungen mit traumatischen Erfahrungen eher langwierig zu sehen. Ich habe während meiner Arbeit hier auch gemerkt, dass ein kurzer Zeitraum nicht ausreichend ist, um dem Patienten die nötige Behandlung geben zu können. Dazu kommen dann die ungewissen Umstände der Schüler mit Migrationshintergrund Stichpunkt: Umzug.

KL: Ich habe in meiner Zeit hier an der Realschule sicher schon von jedem der Schüler gehört, dass ein Umzug bevorsteht, ich denke das größte Problem daran ist, dass sie es auch selbst gar nicht wissen und sich hier Hoffnungen mit Unwissen mischt, was natürlich nicht gut ist für die Schüler, auch gerade weil es noch mehr Unbeständigkeit bedeutet. Um auf die Therapie zurückzukommen, denke ich, dass es sicher auch schwierig ist, wenn man mit etwas beginnt was dann abrupt endet und nicht langfristig weitergeführt werden könnte.

I: Denkst du, hier liegt generell ein Schwachpunkt einer möglichen Arbeit mit Schülern mit Migrationshintergrund und dem Arbeiten an einer deutschen Schule?

KL: Ja, ich empfinde es selbst auch als sehr schwierig mit den Schülerinnen und Schülern zu arbeiten. Ich bin für diese Sprachförderungsarbeiten nicht ausgebildet und man muss halt bei einem ganz anderen Punkt anfangen, als bei deutschen Kindern, die darauf vorbereitet sind und wissen wie das Schulsystem läuft. Es gibt einen ganz anderen kulturellen Hintergrund und andere Erfahrungen. Dazu kommt, dass es fast keine Materialien gibt und man sich dieses mühselig aus dem Internet zusammensuchen muss. Außerdem geht es um Schüler, die zusammen in den Sprachlernklassen sitzen und ganz große unterschiedliche Leistungsstände haben und differenziertes Arbeiten auf Grund der Sprachproblematik gar nicht möglich ist. Viele verstehen dich einfach nicht. Das empfinde ich als anstrengend und schwierig.

I: Welche Zusatzqualifikationen würdest du dir wünschen in der Arbeit mit den Klassen?

KL: Es gibt Zusatzqualifikationen, DAZ-Deutsch als Zweitsprache, aber ich glaube, dass hat hier keiner an der Schule, weil es generell bei Lehrkräften eher so ist, dass es keiner hat. Dadurch, dass die Flüchtlingsströme jetzt in den letzten Jahren kamen konnte man so schnell gar nicht ausgebildet werden, das heißt man versucht sich über Wasser zu halten. Keiner weiß so richtig wie das funktioniert. Ich würde mir

- bei manchen Kollegen und Kolleginnen wünschen, dass man mehr ausgebildet wird, was z. B. kulturelle Differenzen angeht.
- I: Gibt es einen Lehrplan?
- KL: Nein, den gibt es nicht. Es wird viel über Leseverständnis, Grammatik. Jeder macht das was er gerade findet, was er gut findet. Da kann es auch schon mal zu Überschneidungen kommen von Arbeitsmaterialien im Gebrauch durch mehrere Lehrkräfte. Ich halte strukturiertes Arbeiten auch für schwierig, da dann auch einige Schüler wieder weggehen, wie gerade schon besprochen und andere neu dazukommen, von denen man dann erstmal den Leistungsstatus wieder feststellen muss. Differenziertes Arbeiten sollte hier ein Muss sein, das ist aber nicht so. Ich habe für das Problem auch keine Lösung. Ein Ansatz wäre sicher mehr Leute zu haben, die sich darum kümmern und nicht nur eine Person für 20 Schüler, gefühlt.
- I: Was denkst du über Integration hier im Schulalltag?
- KL: Dadurch, dass die Flüchtlinge in eine Klasse gesteckt werden, wird die Integration ja schon ein Stück weit verweigert, weil es den Zusatz „das sind die anderen“ fördert und Rassismus schürt. Es ist schwierig. Wenn ich mir jetzt vorstelle, ich habe einen Schüler in meiner Regelklasse sitzen, der kein Wort deutsch spricht wo es ohnehin schon schwierig ist jemandem in der Regelklasse gesondert etwas beizubringen. Dann wiederum könnte er wahrscheinlich eher integriert werden als wenn man die Schüler erstmal 2 Jahre in einer separaten Klasse hält, um sie dann irgendwann in die normale Regelklasse mit einzugliedern. Vielleicht wäre eine Möglichkeit 2 Stunden am Tag eine Einzelbetreuung zu organisieren für den oder die Personen und danach wieder in die Regelklasse zu gehen. Es kann auch sehr frustrierend für die Kinder sein, wenn sie in der Klasse überhaupt nichts verstehen. Ich glaube da gibt es kein perfektes Muster.
- I: Du hast bevor wir angefangen haben mit dem Interview nochmal nachgehakt bezüglich der dramatherapeutischen Interventionen. Was kannst du sagen über das Interesse an der Arbeit und möglicherweise auch die Initiative sich hierüber mehr informieren zu wollen.
- KL: Es gibt super viele interessante Dinge, die einem den Tag über, über den Weg laufen. Da ich noch relativ neu im Schulalltag bin, bin ich jedoch eher damit beschäftigt, meinen Schulalltag zu strukturieren und sehe ich hier für weiteres schlicht und einfach keine Zeit. Zeit, die ich mir dafür und auch für andere Dinge wirklich wünschen würde.
- I: Angenommen es würde jetzt eine therapeutische Arbeit im Schulsystem stattfinden, würde das möglicherweise zusätzliche Kommunikation auch mit fachfremden Dingen bedeuten. Was denkst du hierüber?
- KL: Ich glaube da muss man als Lehrkraft dann wirklich dahinterstehen, denn viele werden nur die Mehrarbeit sehen und möchten da drum herumgehen. Ehrlich gesagt, denke ich, es werden nicht viele Lehrkräfte sein, die sagen, dass sie das möchten, weil sie auch sonst schon genug zu tun haben. Das ist so meine Einschätzung zu dem was hier im Kollegium vermutlich viel geredet werden würde.
- I: Wie weit, denkst du, spielt der Faktor mit, dass es „fachfremd“ ist?
- KL: Ich denke es spielt schon eine Rolle, weil es nichts mit dem Curriculum an sich zu tun hat. Mehrarbeit und nicht im Thema drin, Unwissenheit vielleicht auch. Zeitnot, man wird ja nach Stunden bezahlt.
- I: Siehst du auch Parallelen zwischen deiner Arbeit und der dramatherapeutischen?
- KL: Theoretisch ja, ich denke, dass die beide pädagogisch sind, man ist in beiden Kindorientiert und möchte ja dem Kind in beidem nur Gutes tun. Meine Aufgabe ist es ja eher Wissen zu vermitteln und bei dir ist es ja eher therapeutisch. Du stehst vermutlich mehr auf der Seite des Schülers als auf der Seite des Lehrers.

- I: Das ist ein interessanter Punkt, natürlich frage ich mich was ein Auslöser hinter etwas sein kann, wenn ein Kind z. B. eine Regel nicht eingehalten hat. Ich bin auch der Meinung, dass man dem Kind deutlich machen muss, dass Regelverstöße nicht zulässig sind, dennoch sehe ich z. B. das Bestrafungssystem (auch gerade mit dem Fachwissen über traumatische Erfahrungen und ihre Auswirkungen im Alltag, Stichwort Aggressionen durch wiederkehrende Erlebnisse usw.) eher kritisch.
- KL: Ich denke auch, dass die Brisanz gerade hier sehr hoch ist. Man arbeitet auch an dieser Schule mit Lösungsansätzen, die probieren sich diesem Thema anzunehmen. Man hat z. B. ein Plus-Minus System eingeführt, dass sich auf das Verhalten des Kindes auswirkt und dementsprechende Konsequenzen, wie das Sitzen vorm Lehrerzimmer bei mehreren Minus, nach sich zieht. Was eigentlich aber auch kontraproduktiv ist, meiner Meinung nach.
- I: Eine letzte Frage hätte ich noch, ausgegangen von der Bestrafung der Kinder, die sich deiner Meinung nach eher kontraproduktiv auswirkt, welchen Stellenwert hätte hier Dramatherapie?
- KL: Ich denke, dass die Arbeit mit den Kindern produktiv wäre hinsichtlich der Reflektion der Regelverstöße, seinen eigenen Standpunkt zu beleuchten und eben auch der damit verbundenen Aufarbeitung.

Interview mit zwei Fachkräften der Realschule Friesoythe (Teilfrage 1)

Lehrkraft 1 (L1) - in leitender Funktion des Bereiches der Schüler(innen) mit Migrationshintergrund

Lehrkraft 2 (L2) - Ansprechpartner in Vertrauensfragen für alle Schüler(innen)

I – Interviewer

- I: In meiner Arbeit geht es um dramatherapeutische Interventionen, insbesondere dem Rollenspiel bei einem Jungen mit Migrationshintergrund, der eine Symptomatik aufweist, die einer PTBS gleicht. Hierbei liegt keine Diagnose vor. Ich habe mit dem Patienten im laufenden Schulalltag gearbeitet. Hierauf bezieht sich auch meine generelle Frage. Wie integrierbar sind dramatherapeutische Interventionen im Schulalltag einer weiterführenden Schule?
- L1: Das kommt darauf an wie das überhaupt genau abläuft. Man lebt in der Schule in ganz schön vielen Sachzwängen, also es spielen so viele Faktoren eine Rolle für den täglichen Unterricht, dass man ganz schön eingeengt ist. Dann ist die Frage wieviel Freiraum kann da geschaffen werden und wer soll das machen?
- L2: Dem stimme ich zu. Bei Ihnen war das ja jetzt so, dass der Patient aus dem Sprachlernunterricht rausgeholt wurde. Da hat er natürlich was versäumt, vom Inhalt, vom Stoff her, aber da hat es jetzt für mich keine Nachteile gehabt. Es ist schon so, dass die Schule unter vielen Zwängen leidet und man viel machen muss, aber es hat jetzt keinen Nachteil gehabt. Wäre das jetzt im normalen Schulalltag, damit meine ich die Regelklasse, da kann es schon eher zu Problemen kommen, dass der Schüler was Wichtiges versäumt
- L1: Gleichzeitig ist es ja auch so, dass wir auch andere Schüler haben in Regelklassen, die zu anderen Therapiesitzungen müssen und dann auch aus dem Unterricht genommen werden.
- L2: Auch die Genehmigung von der Schulleitung zu bekommen war nach ihrem klaren Auslegen der Thematik an den Schulleiter selbst und an mich auch kein Problem. Ich kann mir nicht vorstellen, dass es an einer anderen Schule zu Problemen führen könnte. Wenn man etwas aufarbeitet, dass im Kopf ja wahrscheinlich immer noch da ist, dann ist das ja immer positiv, also gut für den Schüler und dann ist es ja egal, wenn der mal eine Stunde an Unterricht verpasst.
- I: Sie hatten ja gerade schon das Gespräch mit der Schulleitung angesprochen, welche Grundlagen müssten noch gegeben sein, ihrer Meinung nach?
- L2: Eine rechtliche Absicherung muss auf jeden Fall gegeben sein. Die Genehmigung der Eltern natürlich und das Einverständnis des Schülers selbst.
- L1: Ich denke solange Schüler und Eltern dem zustimmen sehe ich da keine Probleme.
- I: Welche Grundlagen sollten dann gegeben sein, wenn man an den Behandlungszeitraum denkt. Stichwort Kollegium – Kommunikation?
- L1: In erster Linie müsste man vorweg informieren, was passiert, die Art und Weise wie gearbeitet wird und welche Konsequenzen das auch für den Schüler im Alltag haben kann und dem zu Folge natürlich auch an der Schule. Möglicherweise verhält er sich dann im Anschluss daran auch anders und vielleicht führt das auch zu irgendwelchen Gefühlsausbrüchen, auf die man nicht vorbereitet ist. Natürlich könnte derjenige die auch so haben, aber das könnte ja schon ein Punkt sein.
- L2: Die Informationen über einen möglichen Ablauf für beteiligte Kollegen wäre schon wichtig. Ein persönliches Gespräch mit den Kollegen.
- L1: Das ist im therapeutischen Bereich oft so, wir sind oft nicht so gut informiert oder erfahren in bestimmten Bereichen einfach gar nichts und haben letztendlich auch

- nicht das Recht, Dinge zu erfahren, die im privaten Bereich passieren. Aber man kann sich selbst dann auch nicht angemessen verhalten, weil man mit der Situation überfordert ist, oder zu wenig Verständnis hat, weil man gar nicht weiß was los ist.
- L2: Und wenn der Schüler dann so reagiert und man gar nicht daran denkt, dass es vielleicht was damit zu tun hat, dass es irgendwie eine Reaktion ist auf ein Geschehnis aus dem Heimatland. Manchmal denkt man da gar nicht dran. Sicher ist mir das auch schon mal passiert, wo mir erst im Nachhinein klar geworden ist, dass das vielleicht eine Reaktion des Schülers auf ein Geschehnis von der Flucht oder dem Krieg in dem Land ist. Deshalb ist es glaub ich immer gut, wenn man die Grundlagen weiß, was da gemacht wird und warum es sinnvoll ist, sowas zu machen.
- L1: Ich glaube da sind wir grundsätzlich überfordert.
- L2: Wir haben ja keine psychologische Ausbildung. Vielleicht sollte das auch in der Lehrerausbildung mehr vorhanden sein, gerade Psychologie.
- I: Es wurde gerade mal kurz angesprochen, dass Sie ja meistens wenig über die persönlichen Hintergründe der Kinder wissen. Vorausgesetzt man hätte jetzt die Zusammenarbeit mit einem Therapeuten an einer Schule, wäre man ja gewissermaßen mit einbezogen, wenn auch nicht ins Detail, dann vermutlich doch thematisch. Wie wäre das zu bewerten?
- L1: Das wäre auf jeden Fall vorteilhaft, nur die Konsequenzen daraus, das ist manchmal schwierig, weil das ja oft noch einen Schritt weitergeht. Indem man dann in einem bestimmten Moment Verständnis aufbringen kann, aber was bedeutet das dann für den Alltag in der Klasse? Was ist mit den anderen Schülern, die damit auch zu tun haben? Warum verhält man sich bei bestimmten Schülern anders als bei dem Durchschnittsschüler wo man keine Hintergrundinformationen hat? Das kommt noch hinzu. Man muss dann gleichzeitig auch Verständnis entwickeln für den Rest der Klasse, weil daraus entstehen dann auch noch Konflikte, weil die dann nicht verstehen können, warum man jetzt mit der Person so um geht und mit der anderen Person so. Eigentlich logisch, sollte jeder nachvollziehen können, ist aber bei unseren Schülern häufig nicht der Fall.
- L2: Die können das nicht so reflektieren. Das ist ja oft so, dass Kinder das nicht verstehen, wenn man mit dem einen so und mit dem anderen so umgeht. Dass es auch oftmals Sachen sind, die sich über einen längeren Zeitraum aufstauen, wenn es ein Schüler ist, der immer eher unangenehm auffällt, dass man dann nicht mit einer Eselsgeduld rangeht, sondern beim ersten Mal sauer und vielleicht auch laut wird. Bei einem anderen Schüler der sonst nie was macht, reagiert man bei der gleichen Sache total anders. Wenn man da mehr wüsste, wäre das sicher nicht so schlecht.
- I: In Deutschland werden ja häufig Pädagogen eingesetzt an Schulen, da Psychologen in erster Linie ein nicht zu tragender Kostenfaktor wären. Könnte die Dramatherapie hier eine Mitte darstellen?
- L1: Grundsätzlich schon, es ist nur die Frage wie bindet man das in den Alltag ein. Das muss nur irgendwie klar geregelt werden. Das erfordert eine ganze Menge. Klare Absprachen mit der Schulleitung und man müsste ausreichend informiert sein. Ich denke, das ist eine rein organisatorische Frage in dem Fall. Es gibt ja schon Schulpsychologen, die allerdings nur in Notfällen und stundenweise an die Schulen kommen können, oder sich dann um Schulabsentismus kümmern, wenn es angefragt wird. Und die werden in den normalen Schwierigkeiten ja nicht eingebunden. Und wir haben echt sehr, sehr viele Schüler und Schülerinnen, die therapeutisch begleitet werden, sind wirklich viele.

- L2: Und viele andere, bei denen was passieren müsste, wo man bei den Eltern auch nicht weiterkommt. Wo man weiß da müsste Hilfe sein. Dass es den Eltern klar wird Hilfe anzunehmen. In vielen Köpfen ist Therapie auch immer noch was Negatives. Dabei ist es eher so, dass man stark ist wenn man eine Hilfe wahrnimmt.
- L1: Vielleicht hat das ja gerade so einen positiven Aspekt, wenn das mit Kunst oder Drama/ Theater stattfindet. Und man kann es nach außen besser verkaufen, man traut sich eher das zu erzählen. Vielleicht fällt es dann auch einfacher sich drauf einzulassen. Es war auch schon mal die Rede davon so eine Art Malort zu machen. Es gibt verschiedene Ansätze, wo den Kindern auch viele Freiräume gelassen werden, dass sie sich da ausleben können und nicht immer reingeredet wird. Da weiß ich, dass da auch schon etwas in die Richtung mit einer Kunstlehrerin der Schule stattgefunden hat.

Abschließendes Interview mit Lehrkraft des Patienten (Teilfrage 3)

Lehrkraft 1 (L1) - in leitender Funktion des Bereiches der Schüler (innen) mit Migrationshintergrund

I – Interviewer

I: Die Frage bezieht sich auf eine tatsächlich wahrgenommene Veränderung beim Patienten. Welche Symptomatik, welche Veränderung war tatsächlich wahrnehmbar?

L: Am Anfang hat war der Schüler sehr ruhig und zurückhaltend, hat aber auch oftmals den Unterricht gestört. Je mehr er verstanden hat, bzw. je besser sein deutsch geworden ist und je mehr er verstanden hat, was es bedeutet hier in der Schule zu sein, was es bedeutet, dass er überhaupt hier ist. Dieses Stören ist in den Stunden in denen ich den Schüler sehe überhaupt nicht mehr vorhanden, da habe ich auch von Kollegen nichts Negatives gehört. Des weiteren habe ich nie etwas wahrgenommen, was für mich auf ein Trauma oder so hindeutet, das kann ich jetzt nicht sagen. Das mag sein, dass es da Situationen gab, wo das was damit zu tun gehabt hat, aber das kann ich so nicht sagen. Vom Unterricht her ja, da merkt man schon Veränderungen, er ist ja auch älter geworden, das spielt sicher auch eine Rolle, ein Stück weit erwachsener. Da verändert sich ja jeder auch, da hat er sich auch dementsprechend entwickelt. Das würde ich aber eher als positiv sehen. Auch wenn es auch Dinge gibt wie das Aufbäumen gegen Autoritäten, gegen Schule - aber das ist jetzt meiner Meinung nach nichts Spezifisches für einen Sprachschüler. Bockig und stur, nicht mitmachen wollen, das kam natürlich mal vor, aber da habe ich keine Gewissheit wo das herkommt. Da könnte man nur Vermutungen aufstellen. Das unterscheidet ihn aber auch nicht von deutschen Kindern in dem Alter. Da habe ich weiter nichts wirklich wahrgenommen.

Abschließendes Interview mit Eltern des Patienten (Teilfrage 3)

Auf Grund von Sprachdefiziten der Eltern kam es zum Einsatz eines Übersetzers, der Fragen des Interviewers ins Arabische übersetzte. Der Vater des Patienten übersetzte Teilinhalte an die Mutter des Patienten ins Kurdische, da sie nur begrenzt der arabischen Sprache mächtig ist. Da Antworten sowohl von der Mutter als auch dem Vater kamen und der Übersetzer mir die schlussendliche Antwort auf meine Frage gab, ist hier nicht weiter unterteilt in Mutter und Vater.

I – Interviewer

E – Eltern des Patienten

I: Welche tatsächlichen Veränderungen sind beim Patienten wahrnehmbar?

E: Die psychologische Seite hat sich geändert, er isoliert sich zunehmend und zieht sich zurück, vor allem im Spiel mit der Play Station. Ein aggressives Potenzial hat außerdem zugenommen. Er besteht weitgehend auf seiner Meinung.

I: Um welche Inhalte geht es dann?

E: Er fühlt sich überfordert mit allem, es macht ihm zu schaffen. Es sagt es ist zu spät für ihn und er kann das nicht mehr alles schaffen. Das nervt ihn. Sein Selbstvertrauen ist sehr niedrig, weil viel jüngere Schüler, die aber perfekt Deutsch können, viel mehr verstehen als er. Da fühlt er sich zurückgesetzt.

- I: Wogegen richtet sich dann die Aggression des Jungen?
- E: Ich würde sagen, hauptsächlich gegen sich selbst. Der Junge ist in Konflikt mit sich selbst und der Unzufriedenheit.
- I: Was ist zu sagen über die Krankheitsbeschwerden des Patienten.
- E: Bauchschmerzen haben zugenommen.
- I: Wie ist der Kontakt zwischen Ihnen und ihrem Sohn zu beschreiben?
- E: Mein Sohn isoliert sich zunehmend, ist allein in seinem Zimmer. Er vermeidet Gespräche über persönliches wie Gefühle. Er identifiziert sich zunehmend mit der Belebungswelt der Spiele seiner Play Station und zunehmend weniger mit der realen Welt.
- I: Welche Besonderheiten sind weiter nennenswert?
- E: Es wird immer schwieriger mit dem Jungen umzugehen. Ich fühle das und seine Mutter fühlt das. Von Tag zu Tag gibt es zunehmende Schwierigkeiten, die sich zum Großteil auch auf die Schule beziehen. Manchmal geht er dann nicht in die Schule und fühlt sich zu nichts verpflichtet und an nichts gebunden.
- I: Sehr ihr die Veränderungen auch als Folge der dramatherapeutischen Behandlung?
- E: Auf jeden Fall ist es zunehmend schlechter geworden mit dem Jungen.
- I: Natürlich werden Zusammenhänge thematisiert die Assoziationen zu eventuellen traumatischen Vergangenheiten hervorrufen können.
- V: Ich hoffe, dass sich das mit der Zeit verbessert. Der Junge sieht alles so deprimiert. Es kommt mir vor wie Depressionen. Er öffnet sich nicht für Kontakte und hat keine Idee wie er das anfangen soll.

Abschließendes Interview mit dem Patienten (Teilfrage 3)

I – Interviewer

P – Patient

- I: Wir haben ja jetzt ein paar Wochen lang miteinander gearbeitet. Was kannst du sagen über eine tatsächliche Veränderung die stattgefunden hat?
- P: Ich kann das nicht so gut erklären. Lieben, Reden. Mit meinen Eltern, das erste Mal habe ich so geredet, manchmal böse und so. Also schon ein wenig böse und dann ist das besser geworden und besser, besser, besser.
- I: Möchtest du sagen, dass du jetzt anders mit deinen Eltern redest?
- P: Ja, besser. Das fühlt sich für mich besser an.
- I: Wie würdest du den Kontakt zwischen dir und deinen Eltern jetzt beschreiben?
- P: Hab ich am Anfang böse geredet über meinen Vater, jetzt nicht mehr.
- I: Wie sieht das mit deiner Mama aus?
- P: Sehr gut. Erstes Mal war es auch gut, jetzt ist es mehr gut.
- I: Du hast am Anfang häufig gesagt, dass du an schlechte Dinge denkst, die passiert sind, wie würdest du sagen hat sich das verändert?
- P: Ich habe vergessen, das muss ich auch nicht denken. Ein bisschen mehr, dass ich es vergessen will ist es jetzt.
- I: Du hattest mal gesagt, dass du nicht mehr in die Schule gehen willst...
- P: Ich möchte nicht so gerne in die Schule, weil ich bin nicht so weit, ich verstehe überhaupt nicht. Zweite, ich möchte arbeiten und lernen. Ich möchte Friseur werden, nicht Mathe und so. Dritte, meine Klasse, die helfen mir gar nicht, was soll ich machen, die arbeiten zusammen aber ich bin immer alleine. Das mag ich

- überhaupt nicht, Schule mag ich auch überhaupt nicht darum. Lieber arbeiten. Ich möchte gar nicht Play Station spielen, ich möchte auch einfach vergessen, aber was soll ich machen. Alleine draußen gehen? Ich denke, dass mein Vater dir gesagt hat, dass ich immer PlayStation spiele oder beleidige aber so bin ich nicht.
- I: Du hast mal gesagt, dass du denkst, dass du anders bist, oder dich keiner versteht und du das Gefühl hast, dass etwas nicht stimmt. Wie sieht es damit jetzt aus?
- P: Es ist so, ich dachte immer mein Vater wäre was Besonderes, eher in Deutschland, spricht besser, weiß mehr, kann alles.
- I: Hat sich die Ansicht über deinen Vater geändert während unserer Arbeit?
- P: Ja, reden, ich habe versucht zu wissen warum mein Vater so ist, aber jetzt nicht mehr, mein Vater ist ein normaler Mensch wie ich auch.
- I: Was kannst du sagen, wenn du an die Arbeit in den letzten Wochen denkst? An all die Rollen mit denen wir gespielt haben?
- P: Ich hatte immer vergessen, ich hatte immer Sachen vergessen, Sie wissen auch so
- I: Hausaufgaben und Schuldinge und so?
- P: Ja, Hausaufgaben und alles. Jetzt nicht mehr. Ich denke auch über Sachen.
- I: Kannst du das erklären?
- P: ich habe gedacht...pfff brauch ich nicht. Jetzt denke ich an Dinge die ich morgen machen muss, erledigen muss.
- I: Wie ist die Veränderung für dich?
- P: Das finde ich besser. Das war sehr gut, dieses Theater.
- I: Gab es eine Rolle, die bei dir was verändert hat? Oder an die du am meisten denkst?
- P: Maria.
- I: Warum?
- P: Reden, helfen, das war nur geholfen, diese Sachen, die wir gemacht haben.
- I: Du meinst, dass wir der Rolle Maria helfen konnten?
- P: Diese Sachen die wir gemacht haben, das war nur helfen und Frieden, schöner Reden, sowas mag ich gern. Das war besser. Aber dieses Schrecken.
- I: Dass du dich erschreckt hast meinst du? Würdest du sagen, dass sich dadurch was verändert hat?
- P: Ja.... nein, nein. Das hat mich ein bisschen böse gemacht. Aber jetzt ist es besser.
- I: Könntest du sagen, wann der Punkt kam an dem sich Dinge spürbar verändert haben? An welchem Zeitpunkt? Dass du dich an Dinge erinnern konntest z. B.?
- P: Nach den Osterferien, in der Pausenhalle. Nach 4 oder 6 Wochen.
- I: Kannst du erklären, warum das nach den Ferien besser geworden ist und nicht vorher?
- P: Mein Reden, denken, vergessen, da bin ich besser geworden. Nachreden, nett reden, das war eine große Hilfe.
- I: Würdest du sagen, dass dir die Pause dazwischen auch geholfen hat?
- P: Ja. Diese Pause, keine Schule. War gut. Danach warst du bist wieder bei mir, dann hat es mir besser gemacht.
- I: Ich hatte auch das Gefühl, dass sich was verbessert hat...geändert hatte nach den Ferien...
- P: Ja, das möchte ich gerne, reden.
- I: Was kannst du abschließend sagen zu der Dramatherapie, worum ging das? Kannst du das beschreiben?
- P: Ja, sie hat mir geholfen, sie hat mir, die Maria hat mir geholfen. Ich war böse, Schrecken. Es hat mich besser gemacht. Meinen Frieden, hat sie besser gemacht. Helfen und Reden.
- I: Meinst du, dass du jetzt besser helfen und reden kannst?
- P: Ja, und auf anderen reingehen auch, keine Angst haben.

Itemkonstrukte zur Verwendung

Folgende Itemkonstrukte wurden zur Erfassung der quantitativen Daten der vorliegenden Arbeit, verwendet.

Itemkonstrukt für den Patienten

Name: _____ Datum: _____ Messung: _____
 Es zählt das Verhalten/ Empfinden der abgelaufenen Woche.

	01 stimme gar nicht zu	02	03	04	05	06 stimme total zu
1. Ich kann nicht gut ein- und durchschlafen.	()	()	()	()	()	()
2. Ich kann mich nur schwer konzentrieren.	()	()	()	()	()	()
3. Ich habe keine Freude an alltäglichen Dingen.	()	()	()	()	()	()
4. Ich verstehe Sachen nicht und bin schnell durcheinander.	()	()	()	()	()	()
5. Etwas bedrückt/ belastet mich.	()	()	()	()	()	()
6. Ich denke an schlechte Dinge, die passiert sind.	()	()	()	()	()	()
7. Ich bin wütend.	()	()	()	()	()	()
8. Ich träume schlecht oder habe sogar Alpträume.	()	()	()	()	()	()
9. Ich habe Bauchschmerzen.	()	()	()	()	()	()
10. Plötzlich fühle ich mich schlecht.	()	()	()	()	()	()
11. Ich fühle mich krank.	()	()	()	()	()	()
12. Ich erschrecke mich und habe Angst obwohl es keinen Grund dazu gibt.	()	()	()	()	()	()
13. Ich habe keine Lust bestimmte Sachen zu machen.	()	()	()	()	()	()
14. Ich will nicht über schlechte Dinge, die passiert sind, reden.	()	()	()	()	()	()
15. Ich habe Angst, dass schlimme Dinge passieren könnten.	()	()	()	()	()	()
16. Ich habe das Gefühl, dass ich anders bin, etwas mit mir nicht stimmt oder mich keiner versteht.	()	()	()	()	()	()
17. Ich fühle mich, als ob alle gegen mich sind .	()	()	()	()	()	()

	01 stimme gar nicht zu	02	03	04	05	06 stimme total zu
18. Mir ist alles egal.	()	()	()	()	()	()
19. Ich bin richtig böse auf andere Kinder und schlage sie dann.	()	()	()	()	()	()
20. Dinge regen mich auf und machen mich ganz verrückt.	()	()	()	()	()	()
21. Ich fühle mich ganz allein.	()	()	()	()	()	()
22. Ich fühle mich müde und schlapp.	()	()	()	()	()	()
23. Ich habe das Gefühl ich bin immer an allem schuld.	()	()	()	()	()	()
24. Ich bin gern für mich allein.	()	()	()	()	()	()
25. Ich bin traurig.	()	()	()	()	()	()
26. Ich beschäftige mich am liebsten mit bestimmten/gleichen Dingen in meiner Freizeit.	()	()	()	()	()	()
27. Ich fürchte mich.	()	()	()	()	()	()
28. Ich sehe Bilder von schlimmen Erlebnissen in meinem Kopf.	()	()	()	()	()	()
29. Ich habe Tagträume.	()	()	()	()	()	()

Intrusion (Wiederleben): 6, 8, 26, 28

Avoidance (Vermeidung): 13, 14, 25, 27

Hyperarousal (Überreizbarkeit): 1, 2, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 15, 17, 19, 20,

Numbing (emotionale Taubheit): 3, 16, 18, 21, 22, 23, 24, 29

Itemkonstrukt für das Netzwerk des Patienten

Name: _____ Datum: _____ Messung: _____
 Es zählt das Verhalten/ Empfinden der abgelaufenen Woche.

	01 stimme gar nicht zu	02	03	04	05	06 stimme total zu
1. Das Kind hat Schwierigkeiten ein- und durchzuschlafen.	()	()	()	()	()	()
2. Das Kind kann sich nur schwer konzentrieren.	()	()	()	()	()	()
3. Das Kind kann sich nicht für Dinge begeistern.	()	()	()	()	()	()
4. Das Kind ist irritiert und durcheinander.	()	()	()	()	()	()
5. Das Kind ist deprimiert.	()	()	()	()	()	()
6. Das Kind denkt an schlechte Erlebnisse.	()	()	()	()	()	()
7. Das Kind ist reizbar und verärgert.	()	()	()	()	()	()
8. Das Kind hat Alpträume oder schlechte Träume.	()	()	()	()	()	()
9. Das Kind hat Bauchschmerzen.	()	()	()	()	()	()
10. Das Kind leidet unter plötzlichen negativen Stimmungsschwankungen.	()	()	()	()	()	()
11. Das Kind macht einen kränklichen Eindruck oder gibt an sich krank zu fühlen.	()	()	()	()	()	()
12. Das Kind ist leicht schreckhaft und hat unbegründete Ängste.	()	()	()	()	()	()
13. Das Kind vermeidet frühere Interessen.	()	()	()	()	()	()
14. Das Kind vermeidet Gespräche über traumatische Zusammenhänge, schaltet ab oder weicht aus.	()	()	()	()	()	()
15. Das Kind macht sich Sorgen.	()	()	()	()	()	()
16. Das Kind fühlt sich ungerecht behandelt oder gibt an nicht verstanden zu werden.	()	()	()	()	()	()

	01 stimme gar nicht zu	02	03	04	05	06 stimme total zu
17. Das Kind ist aufbrausend und streitet.	()	()	()	()	()	()
18. Das Kind verhält sich gleichgültig.	()	()	()	()	()	()
19. Das Kind ist in Konflikte verwickelt und/oder prügelt sich.	()	()	()	()	()	()
20. Das Kind wirkt nervös und angespannt.	()	()	()	()	()	()
21. Das Kind fühlt sich allein gelassen.	()	()	()	()	()	()
22. Das Kind ist müde und schlapp.	()	()	()	()	()	()
23. Das Kind fühlt sich schuldig.	()	()	()	()	()	()
24. Das Kind zieht sich zurück.	()	()	()	()	()	()
25. Das Kind vermeidet den Ausdruck von Traurigkeit.	()	()	()	()	()	()
26. Das Kind wiederholt die gleichen Spiele oder Aktivitäten.	()	()	()	()	()	()
27. Das Kind vermeidet ängstliche Gefühlszustände.	()	()	()	()	()	()
28. Das Kind erzählt von wiederkehrenden oder negativen Bildern.	()	()	()	()	()	()
29. Das Kind wirkt gedanklich abwesend.	()	()	()	()	()	()

Intrusion (Wiederleben): 6, 8, 26, 28

Avoidance (Vermeidung): 13, 14, 25, 27

Hyperarousal (Überreizbarkeit): 1, 2, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 15, 17, 19, 20,

Numbing (emotionale Taubheit): 3, 16, 18, 21, 22, 23, 24, 29

Itemkonstrukte zur Erstellung

Folgende bestehende Itemkonstrukte wurden verwendet zur Erstellung eigener Itemkonstrukte.

CROPS

Name: _____

Datum: _____

Fragebogen für Kinder und Jugendliche CROPS

Wie gut treffen folgende Aussagen auf Dich **in der letzten Woche** zu? Wenn die Aussage gar nicht zutrifft, kreuze den ersten Kreis an. Wenn die Aussage etwas zutrifft, kreuze den mittleren Kreis an. Wenn die Aussage sehr zutrifft, kreuze den letzten Kreis an.

Lass bitte keine Aussage aus, selbst wenn Du Dir nicht sicher bist. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

	<i>gar nicht</i>	<i>etwas</i>	<i>sehr</i>
Ich fühle mich traurig oder deprimiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe zu nichts Lust.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann mich nur schwer konzentrieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich denke an schlechte Dinge, die passiert sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich glaube ich bin schuld daran, wenn schlechte Dinge passieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich schalte ab, wenn man mit mir redet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich mache mir Sorgen, das etwas Schlimmes passieren wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin nervös und zappelig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir fällt es schwer, abends einzuschlafen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich träume schlecht oder habe Alpträume.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bekomme Bauchschmerzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bekomme Kopfschmerzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich ganz allein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Tagträume.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich versuche, schlechte Dinge, die passiert sind, zu vergessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vermeide Sachen, die mich an schlimme Ereignisse erinnern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich tue Dinge, um sicher zu gehen, das nichts Schlimmes passiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich tue Dinge, für die ich wahrscheinlich zu alt bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich krank oder habe Schmerzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich müde oder schlapp.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich eigenartig oder anders als die anderen Kinder.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe das Gefühl, etwa stimmt nicht mit mir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich wie verhext oder wie ein Pechvogel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dinge regen mich auf und machen mich verrückt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin auf der Hut vor schlechten Dingen, die geschehen könnten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(19)

0 P 1P 2P

(Greenwald & Rubin ,1999, dt. Übersetzung Wiedemann, 2000)

Ausgefüllt von: _____ Datum: _____

Elternfragebogen PROPS

Wie gut beschreiben die folgenden Aussagen über Zustände oder Eigenschaften das Verhalten Ihres Kindes **in der letzten Woche**?

Wenn die Aussage gar nicht zutrifft, kreuzen Sie den ersten Kreis an. Wenn eine Aussage etwas zutrifft, kreuzen Sie bitte den mittleren Kreis an. Wenn sie sehr zutrifft, kreuzen Sie den letzten Kreis an.

Lassen Sie bitte keine Aussage aus, selbst wenn Sie sich nicht sicher sind. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

	<i>gar nicht</i>	<i>etwas</i>	<i>sehr</i>
traurig oder deprimiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vermeidet frühere Interessen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
denkt an schlechte Erlebnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fühlt sich schuldig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
schaltet ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
macht sich Sorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nervös	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alpträume oder schlechte Träume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zieht sich zurück	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimmungsschwankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
besorgt / ängstlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wiederholt die gleichen Spiele oder Aktivitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
klammert sich an Erwachsene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unbegründete Ängste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
in Probleme/Konflikte verwickelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fühlt sich ungerecht behandelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gereizt / reizbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
überwacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prügeleien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kommandiert Gleichaltrige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ängstlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
leicht zu erschrecken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aufbrausend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
streitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
geheimnistuerisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gleichgültig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(16)

0 P 1P 2P

(Greenwald & Rubin ,1999, dt. Übersetzung Wiedemann, 2000)

IES-R

Denken Sie bitte an den Vorfall: _____ (bitte eintragen).

Geben Sie im Folgenden an, wie Sie in der vergangenen Woche zu diesem Ereignis gestanden haben, indem Sie für jede der folgenden Reaktionen ankreuzen, wie häufig diese bei Ihnen aufgetreten ist.

	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft
1. Immer, wenn ich an das Ereignis erinnert wurde, kehrten die Gefühle wieder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich hatte Schwierigkeiten, nachts durchzuschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Andere Dinge erinnerten mich immer wieder daran.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich fühlte mich reizbar und ärgerlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich versuchte, mich nicht aufzuregen, wenn ich daran dachte oder daran erinnert wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Auch ohne es zu beabsichtigen, mußte ich daran denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Es kam mir so vor, als ob es gar nicht geschehen wäre oder irgendwie unwirklich war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich versuchte, Erinnerungen daran aus dem Weg zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bilder, die mit dem Ereignis zu tun hatten, kamen mir plötzlich in den Sinn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich war leicht reizbar und schreckhaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich versuchte, nicht daran zu denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich merkte zwar, daß meine Gefühle durch das Ereignis noch sehr aufgewühlt waren, aber ich beschäftigte mich nicht mit ihnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Die Gefühle, die das Ereignis in mir auslöste, waren ein bißchen wie abgestumpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich stellte fest, daß ich handelte oder fühlte, als ob ich in die Zeit (des Ereignisses) zurückversetzt sei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich konnte nicht einschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Es kam vor, daß die Gefühle, die mit dem Ereignis zusammenhingen, plötzlich für kurze Zeit viel heftiger wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich versuchte, es (das Ereignis) aus meiner Erinnerung zu streichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Es fiel mir schwer, mich zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Die Erinnerungen daran lösten bei mir körperliche Reaktionen aus, wie Schwitzen, Atemnot, Schwindel oder Herzklopfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich träumte davon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich empfand mich selber als sehr vorsichtig, aufmerksam oder hellhörig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich versuchte, nicht darüber zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Testbeschreibung: IES-R

➤ Auswertung:

Die Itemwerte werden traditioneller Weise wie folgt bewertet¹:

überhaupt nicht	= 0
selten	= 1
manchmal	= 3
oft	= 5

➤ Subskalen:

Skala	Item-Nr.
Intrusion	1. 3. 6. 9. 14. 16. 20.
Vermeidung	5. 7. 8. 11. 12. 13. 17. 22.
Hyperarousal	2. 4. 10. 15. 18. 19. 21.

➤ Subskalenwerte:

Die Subskalenwerte entstehen durch Addition entsprechender Itemwerte.

➤ Verdachtsdiagnose auf PTB: nach Maercker und Schützwohl, 1998)

Nach der Formel: $X = (-0,02 \times \text{Intrusion}) + (0,07 \times \text{Vermeidung}) + (0,15 \times \text{Übererregung}) - 4,36$

Wenn $X > 0$ -> Verdachtsdiagnose auf PTB

¹ Weitere Übersetzungen der Skala (IES revidiert) verwenden ein anderes Antwortformat und fragen nach dem Belastungsausmass durch die Symptome: 0=überhaupt nicht, 1=etwas, 2=mässig, 3=ziemlich, 4=extrem

Revised Child Impact of Events Scale - D

Unten findest du eine Liste mit Aussagen von Leuten, die etwas Belastendes erlebt haben. Bitte kreuze bei jeder Frage an, wie häufig du auf diese Weise reagiert hast *während der letzten sieben Tage*. Wenn das bei dir gar nicht vorkam, dann mache dein Kreuz bitte bei „gar nicht“.

Name:

Datum:

		gar nicht	selten	manch- mal	oft
1.	Denkst du daran, wenn du das eigentlich gar nicht willst?	[]	[]	[]	[]
2.	Versuchst du, die Ereignisse aus deiner Erinnerung zu streichen?	[]	[]	[]	[]
3.	Hast du Schwierigkeiten, aufmerksam zu sein und dich zu konzentrieren?	[]	[]	[]	[]
4.	Hast du deswegen plötzlich auftretende starke Gefühle?	[]	[]	[]	[]
5.	Erschrickst du leichter oder bist du nervöser als zu der Zeit vor dem Ereignis?	[]	[]	[]	[]
6.	Hältst du dich fern von Dingen, die dich daran erinnern (zum Beispiel von Orten oder Situationen)?	[]	[]	[]	[]
7.	Versuchst du, nicht darüber zu reden?	[]	[]	[]	[]
8.	Kommen dir plötzlich Bilder davon in den Kopf?	[]	[]	[]	[]
9.	Lösen andere Dinge bei dir Gedanken daran aus?	[]	[]	[]	[]
10.	Versuchst du, nicht daran zu denken?	[]	[]	[]	[]
11.	Bist du schnell irritiert und durcheinander?	[]	[]	[]	[]
12.	Bist du besorgt und wachsam, obwohl in dem Moment eigentlich gar kein Grund dafür besteht?	[]	[]	[]	[]
13.	Hast du Schlafprobleme?	[]	[]	[]	[]

© Children and War Foundation, 1998 Dt. Übersetzung: M. Simons, 2004

Auswertung

Es gibt 13 Items, die auf einer vierstufigen Skala bewertet werden:

Gar nicht	= 0
Selten	= 1
manchmal	= 3
Oft	= 5

Dies sind die Subskalen:

Intrusion (Wiedererleben) = Summe von	1+4+8+9
Avoidance (Vermeidung) = Summe von	2+6+7+10
Hyperarousal (Übererregung) = Summe von	3+5+11+12+13

(Children and War Foundation, 1998, dt. Übersetzung M. Simons, 2004)

Symptomatik PTBS - ICD-10

Zur Unterteilung der Items in die Subkategorien Intrusion, Avoidance, Hyperarousal und Numbing.

Auszug aus dem ICD-10, online Version:

“F43.1

Posttraumatische Belastungsstörung

Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren wie bestimmte, z.B. zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über“ (DIMDI, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, F43.1, 2018).

Symptomatik PTBS – DSM-V

Zur Unterteilung der Items in die Subkategorien Intrusion, Avoidance, Hyperarousal und Numbing.

Auszug aus dem DSM-5, Niederländische Version, ins Deutsche übersetzt:

„Posttraumatische Belastungsstörung

Die folgenden Kriterien gelten für Erwachsene, Jugendliche und Kinder über 6 Jahre.

A

Gefährdung durch tatsächliche oder drohende Todesfälle, schwere Verletzungen oder sexuelle Gewalt auf eine (oder mehrere) der folgenden Arten:

- 1 Selbst das psychotraumatische Ereignis erlebt.
- 2 Anwesenheit, während jemand anderes das psychotraumatische Ereignis erlebt hat.
- 3 Die psychotraumatischen Ereignisse sind einem nahen Familienmitglied oder einem guten Freund passiert. Im Falle des tatsächlichen oder drohenden Todes eines Familienmitglieds oder von Freunden müssen die Ereignisse gewalttätig oder durch einen Unfall passiert sein.
- 4 Leiden unter wiederholter oder extremer Exposition gegenüber den schrecklichen Details der psychotraumatischen Ereignisse (z.B. im Falle von Beratern, die sterbliche Überreste sammeln müssen; Polizisten, die wiederholt mit den Details des Kindesmissbrauchs konfrontiert werden).

NB Kriterium A4 gilt nicht für die Exposition durch elektronische Medien, Fernsehen, Film oder Fotos, es sei denn, die Exposition ist arbeitsbedingt.

Eines (oder mehrere) der folgenden intrusiven Symptome, die im Zusammenhang mit den psychotraumatischen Ereignissen stehen und die nach den psychotraumatischen Ereignissen begannen, können festgestellt werden:

- 1 Wiederkehrende, unfreiwillige und aufdringliche schmerzhaft Erinnerungen an das psychotraumatische Ereignis.

NB Kinder ab 6 Jahren können in einem sich wiederholenden Spiel, Ausdruck geben an Themen oder Aspekte des psychotraumatischen Ereignisses.

- 2 Wiederkehrende unangenehme Träume, in denen der Inhalt und/oder die Wirkung des Traums mit dem psychotraumatischen Ereignis zusammenhängt.

NB Kinder können erschreckende Träume haben, ohne erkennbaren Inhalt.

- 3 Dissoziative Reaktionen (z.B. Flashbacks), bei denen der Betreffende das Gefühl hat oder sich verhält, als ob sich das psychotraumatische Ereignis wiederholen würde. (Solche Reaktionen können sich auf einem Niveau abspielen, indem der extremste Fall in Form eines völligen Fehlens des Bewusstseins für die tatsächliche Umwelt stattfinden kann.)

- 4 Intensiver oder anhaltender psychischer Leidensdruck, wenn die Person inneren oder äußeren Reizen ausgesetzt ist, die einen Aspekt des psychotraumatischen Ereignisses symbolisieren oder ihm ähneln.

- 5 Klare physiologische Reaktionen auf innere oder äußere Reize, die einen Aspekt des psychotraumatischen Ereignisses symbolisieren oder ihm ähneln.

C Anhaltende Vermeidung von Reizen, die im Zusammenhang mit dem psychotraumatischen Ereignis stehen, die nach dem Auftreten des psychotraumatischen Ereignisses begonnen, wie durch mindestens eines oder beide der folgenden Merkmale belegt:

- 1 Vermeidung oder Versuche, schmerzhaftere Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle über das psychotraumatische Ereignis, oder die stark damit verbunden sind, zu vermeiden.
- 2 Vermeidung oder Versuche, externe Aspekte zu vermeiden, die an das psychotraumatische Ereignis erinnern (Menschen, Orte, Gespräche, Aktivitäten, Objekte, Situationen), die schmerzhaftere Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle an das psychotraumatische Ereignis, oder welche die stark damit verbunden sind, hervorrufen.

D Negative Veränderungen in Kognitionen und Stimmung, die sich auf das psychotraumatische Ereignis beziehen, die nach Eintreten des psychotraumatischen Ereignisses begonnen oder sich verschlimmert haben, wie aus zwei (oder mehr) der folgenden Merkmale hervorgeht:

- 1 Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des psychotraumatischen Ereignisses zu erinnern (in der Regel durch dissoziative Amnesie und nicht durch andere Faktoren, wie Kopfverletzungen, Alkohol- oder Drogenkonsum).
- 2 Beständige und übermäßig negative Überzeugungen oder Erwartungen an sich selbst, andere oder die Welt (z.B. "Ich bin schlecht", "Du kannst niemandem vertrauen", "Die Welt ist durch und durch gefährlich").
- 3 Anhaltende, verzerrte Erkenntnisse über die Ursache oder Folgen des psychotraumatischen Ereignisses, die dazu führen, dass sich der Betroffene sich selbst oder anderen die Schuld dafür gibt.
- 4 Bestehender negativer Gemütszustand (z.B. Angst, Schrecken, Wut, Schuld oder Scham.)
- 5 Deutlich reduziertes Interesse an oder Teilnahme an wichtigen Aktivitäten.
- 6 Gefühle der Loslösung oder Entfremdung von anderen.
- 7 Beständige Unfähigkeit positive Emotionen zu erleben (z.B. die Unfähigkeit Glück, Zufriedenheit oder liebevolle Gefühle zu erfahren).

E Klare Veränderungen in Erregung und Reaktivität, die sich auf das psychotraumatische Ereignis beziehen und die nach Eintreten des psychotraumatischen Ereignisses begonnen oder sich verschlechtert haben, wie zwei (oder mehr) der folgenden Merkmale zeigen:

- 1 Reizbares Verhalten und Ausbrüche (durch kaum oder gar keine erkennbare Ursache), die sich in der Regel in verbaler oder körperlicher Aggression gegenüber Personen oder Gegenständen äußern.
- 2 Rücksichtsloses oder selbstzerstörerisches Verhalten.
- 3 Hypervigilanz - erhöhte Wachsamkeit oder Wachheit.
- 4 Übermäßige Schreckreaktionen.
- 5 Konzentrationsprobleme.
- 6 Schlafstörungen (z.B. Ein- und Durchschlafen oder unruhiger Schlaf).

F Die Dauer der Erkrankung (Kriterien B, C, D und E) ist länger als ein Monat.

G Die Erkrankung verursacht klinisch signifikanten Leidensdruck oder Einschränkungen des sozialen oder beruflichen Funktionierens in anderen wichtigen Bereichen.

H Die Erkrankung kann nicht auf die physiologischen Wirkungen eines Medikaments (z.B. Medikamente, Alkohol) oder auf eine somatische Erkrankung zurückgeführt werden.

Angabe über zusätzliche Symptome:

Mit dissoziativen Symptomen

Die Symptome des Betroffenen erfüllen die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung, und darüber hinaus hat der Betroffene als Reaktion auf den Stressor anhaltende oder wiederkehrende Symptome eines der folgenden Typen:

1 Depersonalisierung

Beständige oder wiederkehrende Erfahrungen von Gefühlen der Entfremdung von eigenen psychologischen Prozessen oder dem eigenen Körper, als ob der Betroffene sich von außen wahrnimmt (z.B. das Gefühl, im Traum zu sein; das Gefühl, als ob das Selbst oder der Körper unwirklich wäre, oder als ob die Zeit langsam vergeht).

2 Realisierung

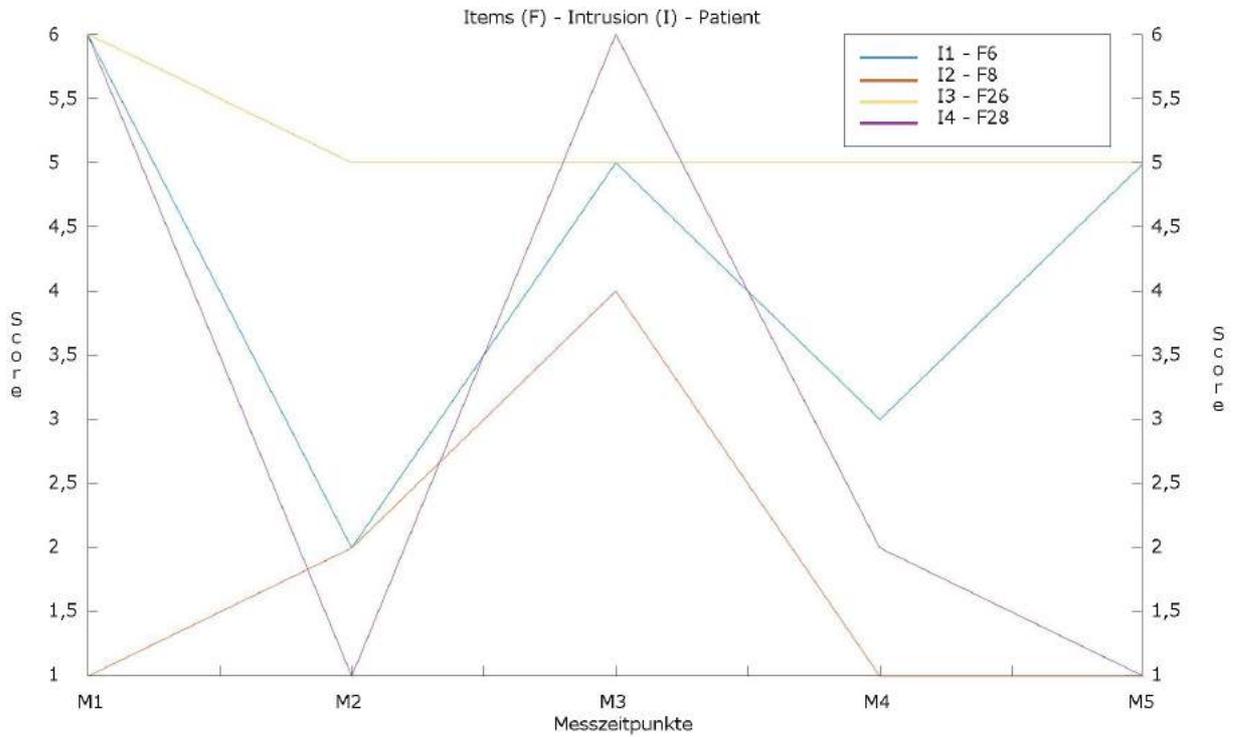
Anhaltende oder wiederkehrende Gefühlserfahrungen, als ob die Umgebung nicht real wäre (z.B. wird die Welt um den Betroffenen herum als unwirklich, wie in einem Traum, abseits oder verzerrt erlebt).

Hinweis: Um diesen Subtyp zu verwenden, dürfen dissoziative Symptome nicht auf die physiologischen Wirkungen einer Substanz (z.B. Blackouts, Verhalten bei Alkoholvergiftung) oder einen somatischen Zustand (z.B. komplexe Teilkrämpfe) zurückzuführen sein“ (APA, 2014, p. 246-250).

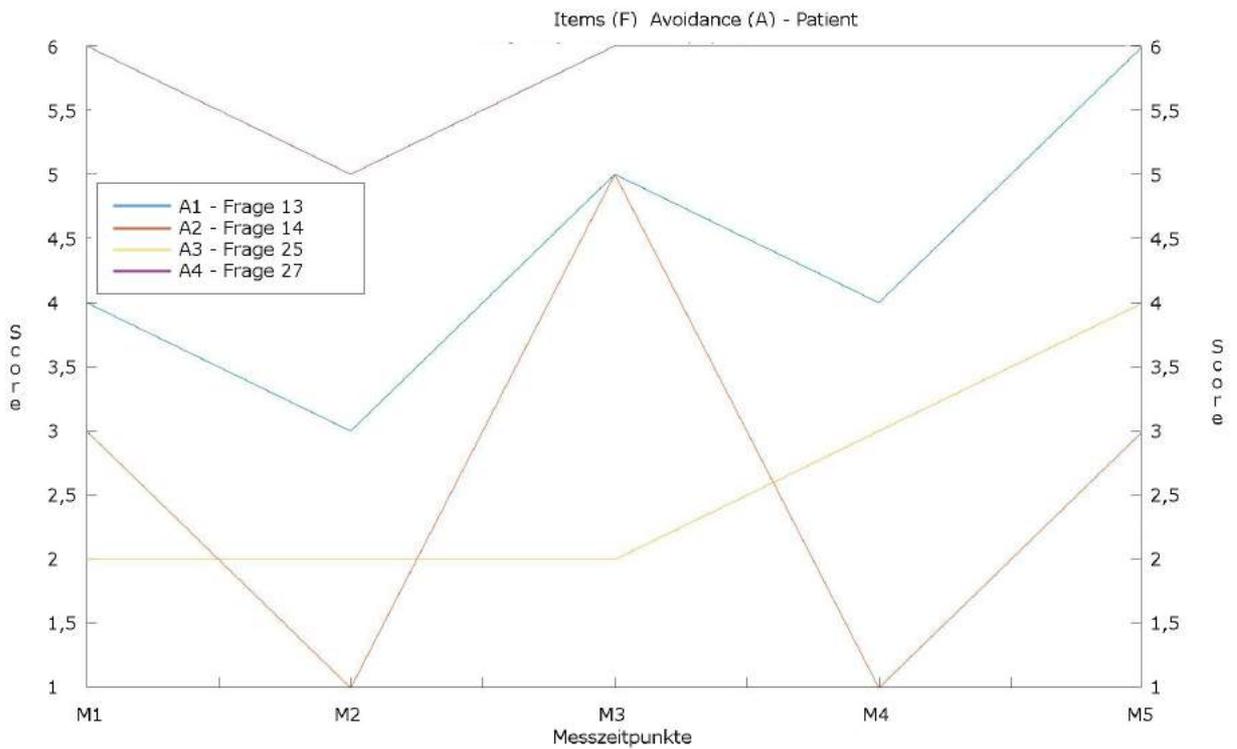
Zusätzliche Grafiken – Übersicht nach Items

Patient

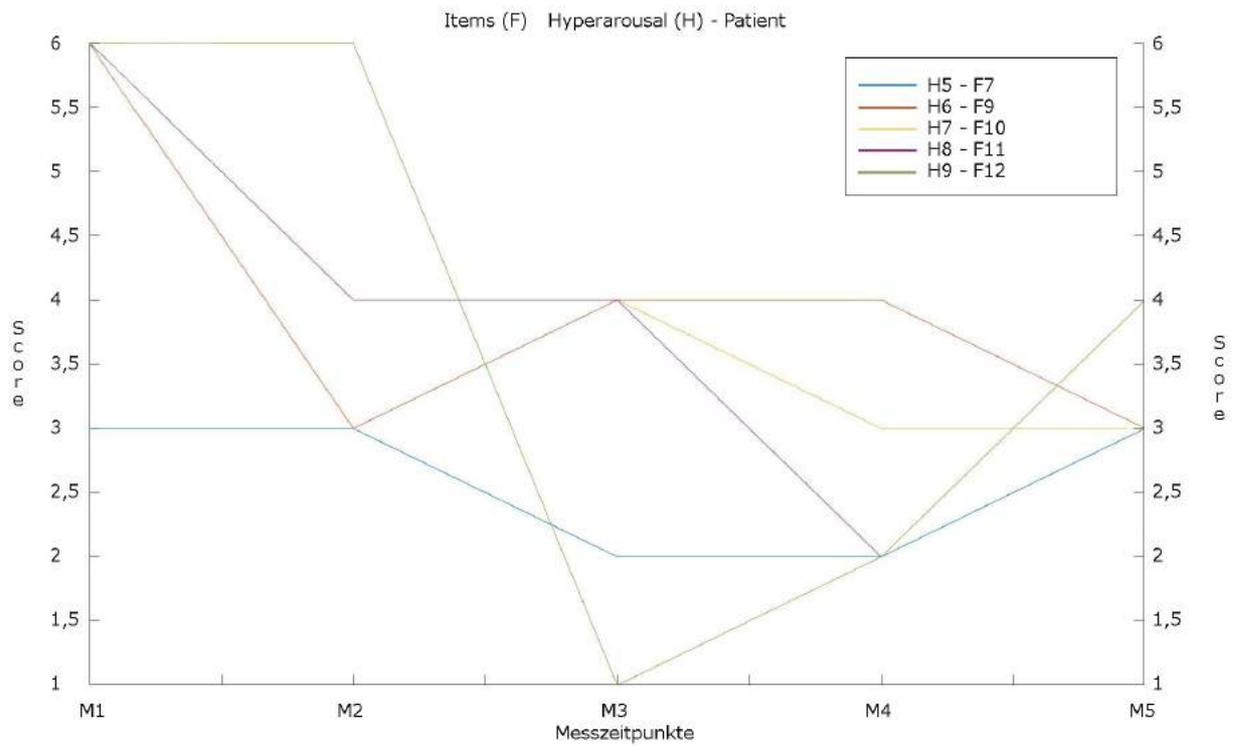
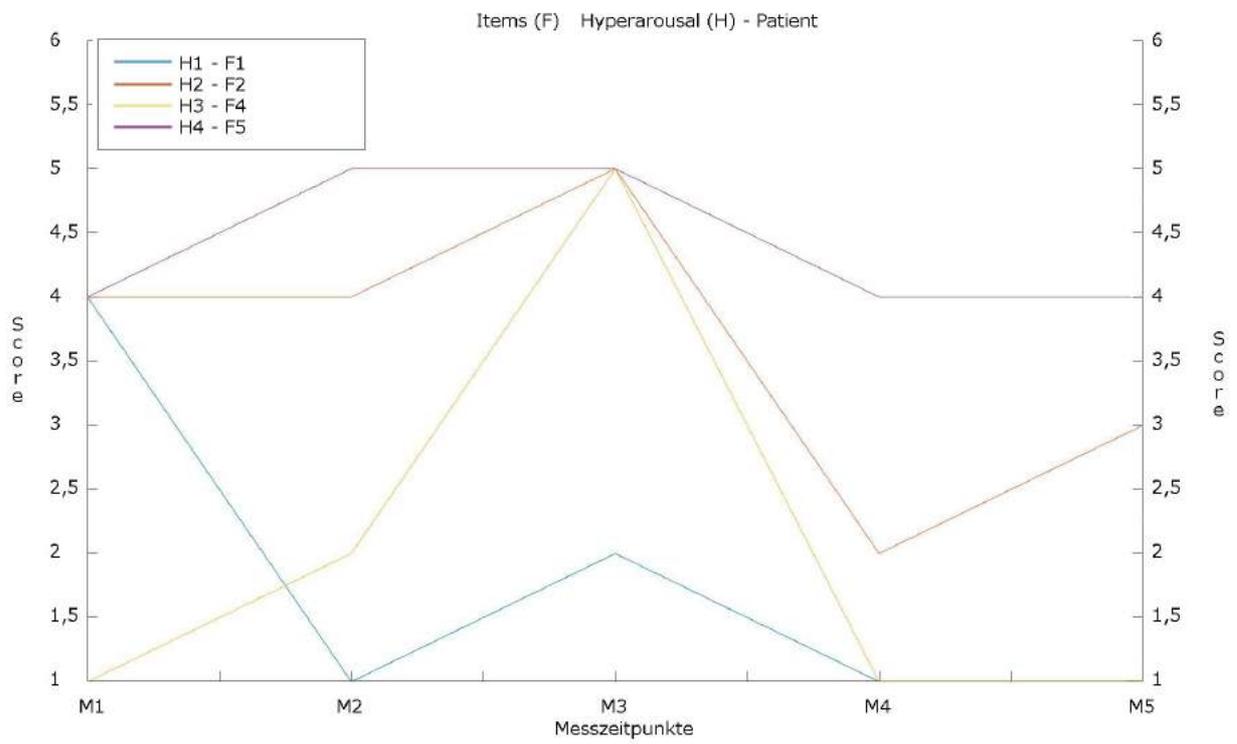
Intrusion

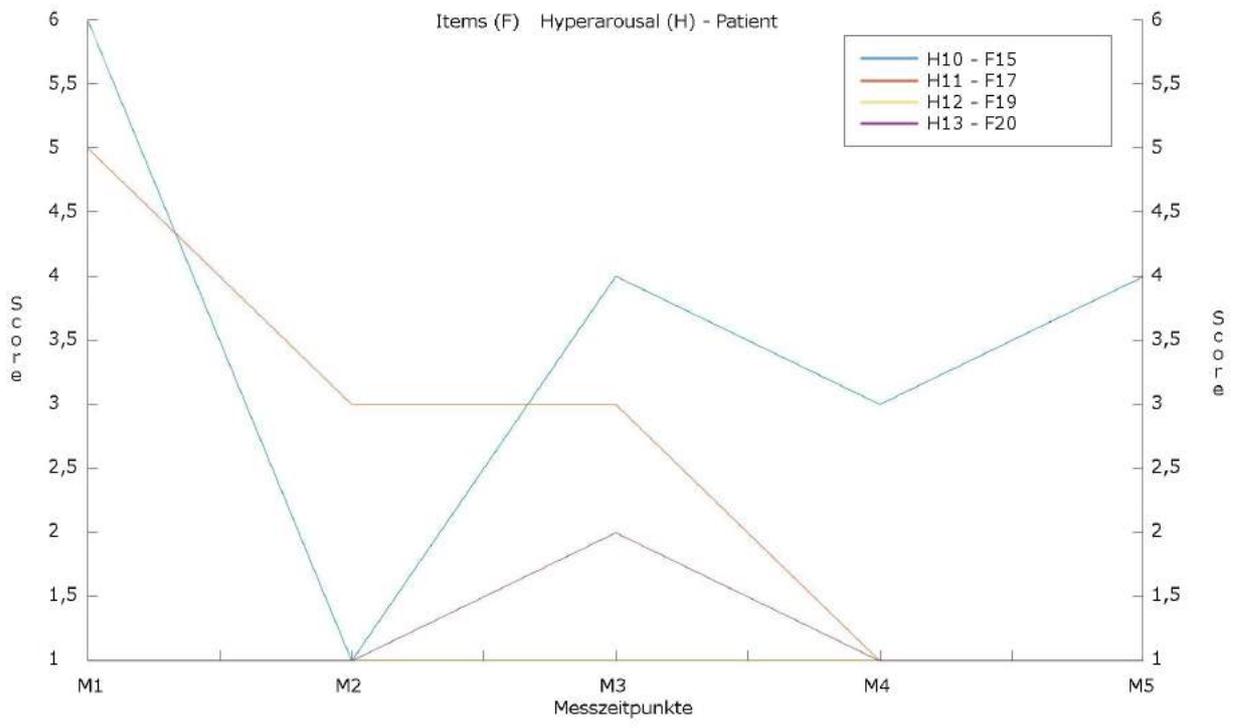


Avoidance

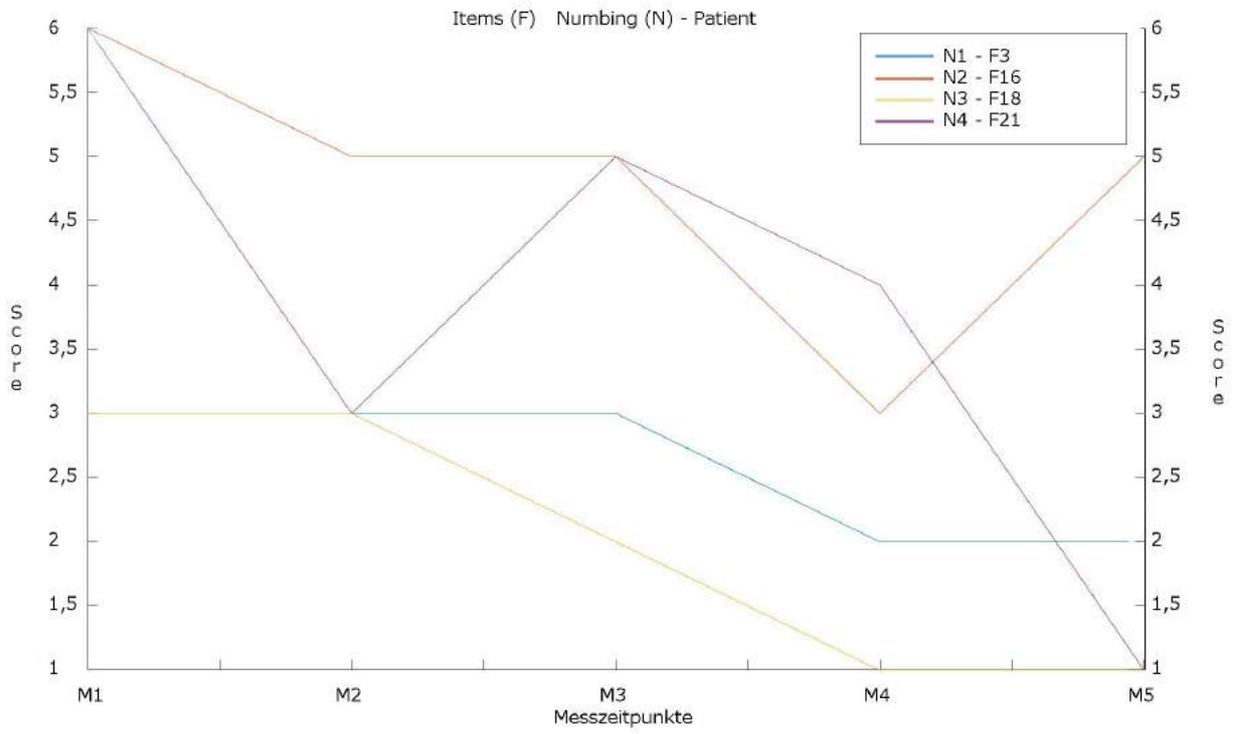


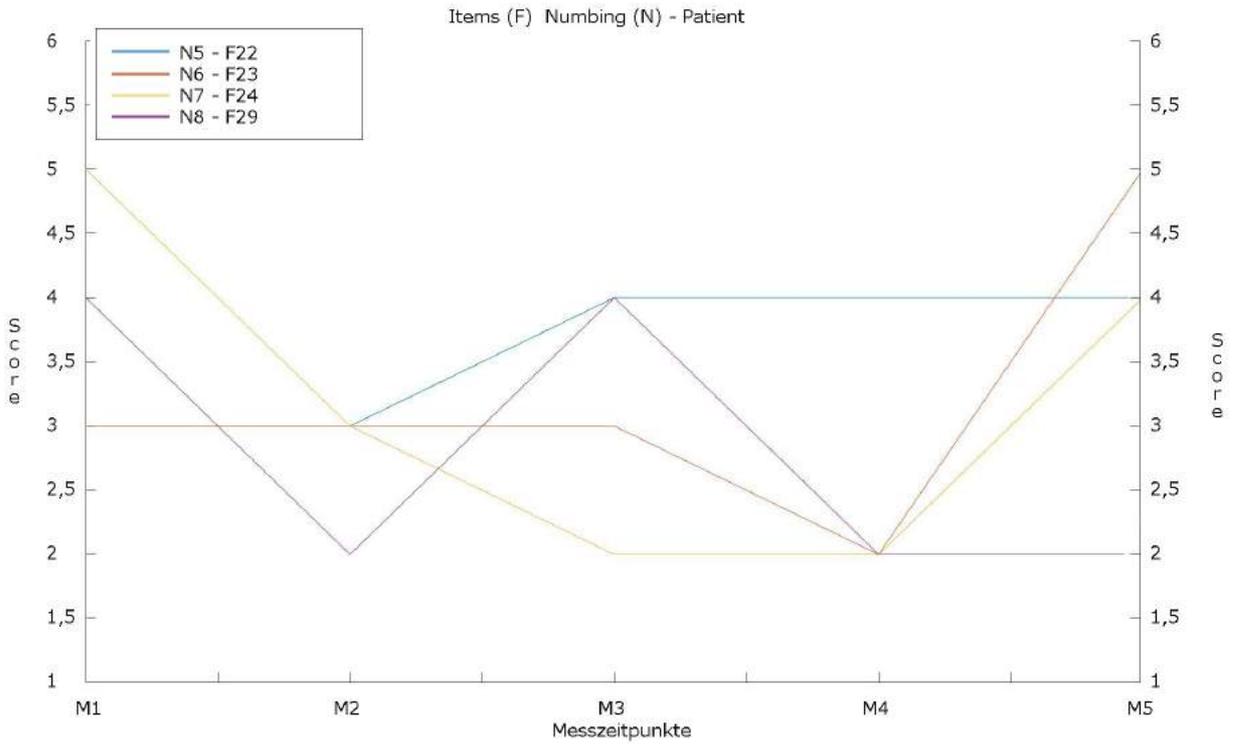
Hyperarousal





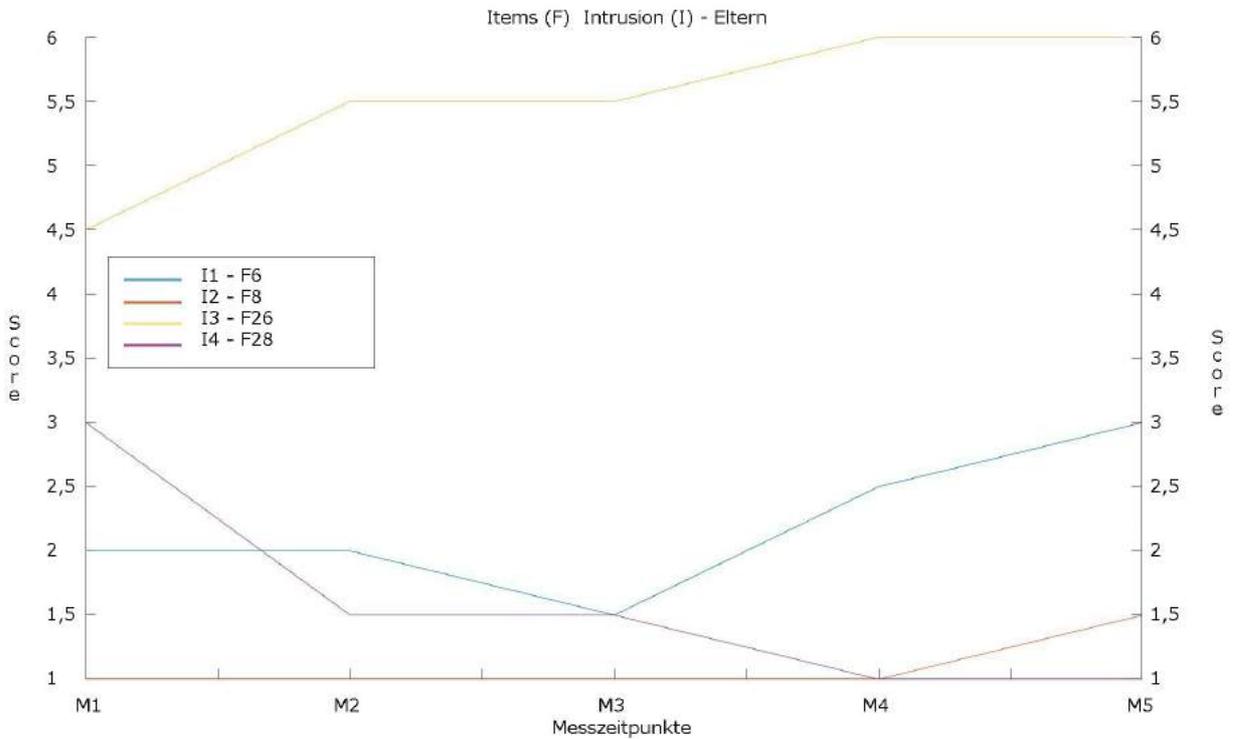
Numbing



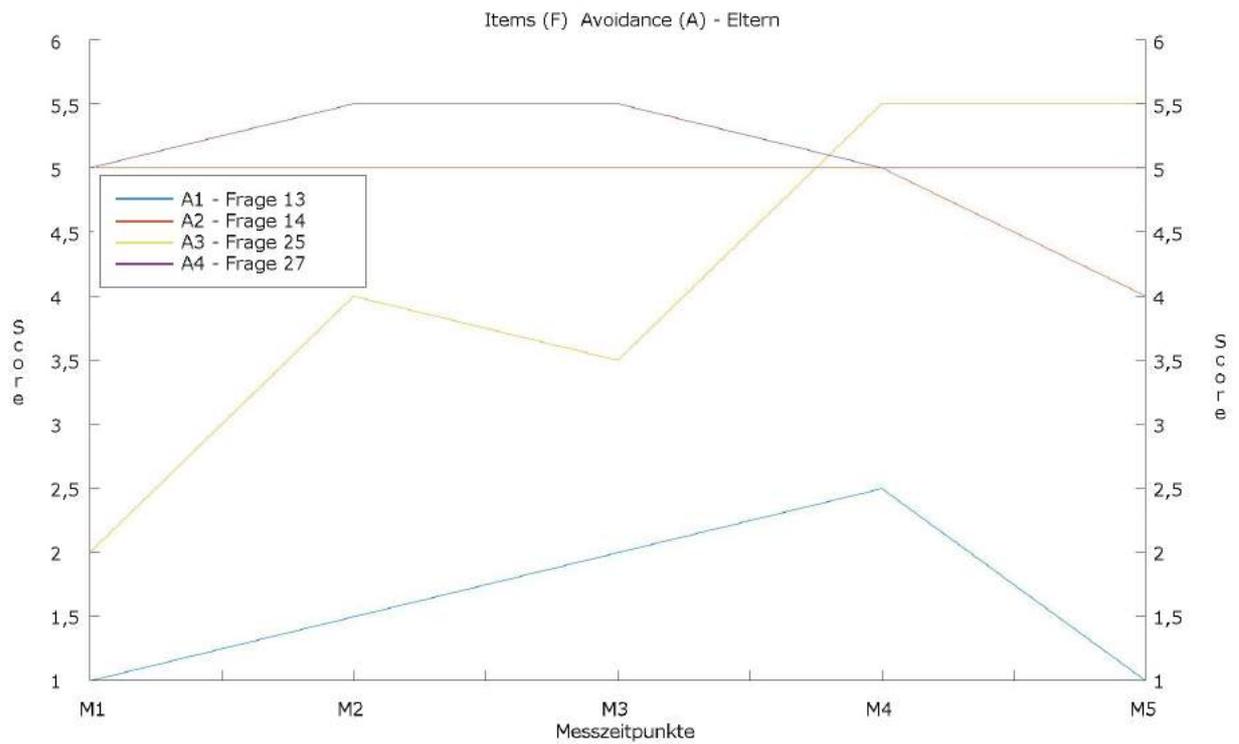


Eltern des Patienten

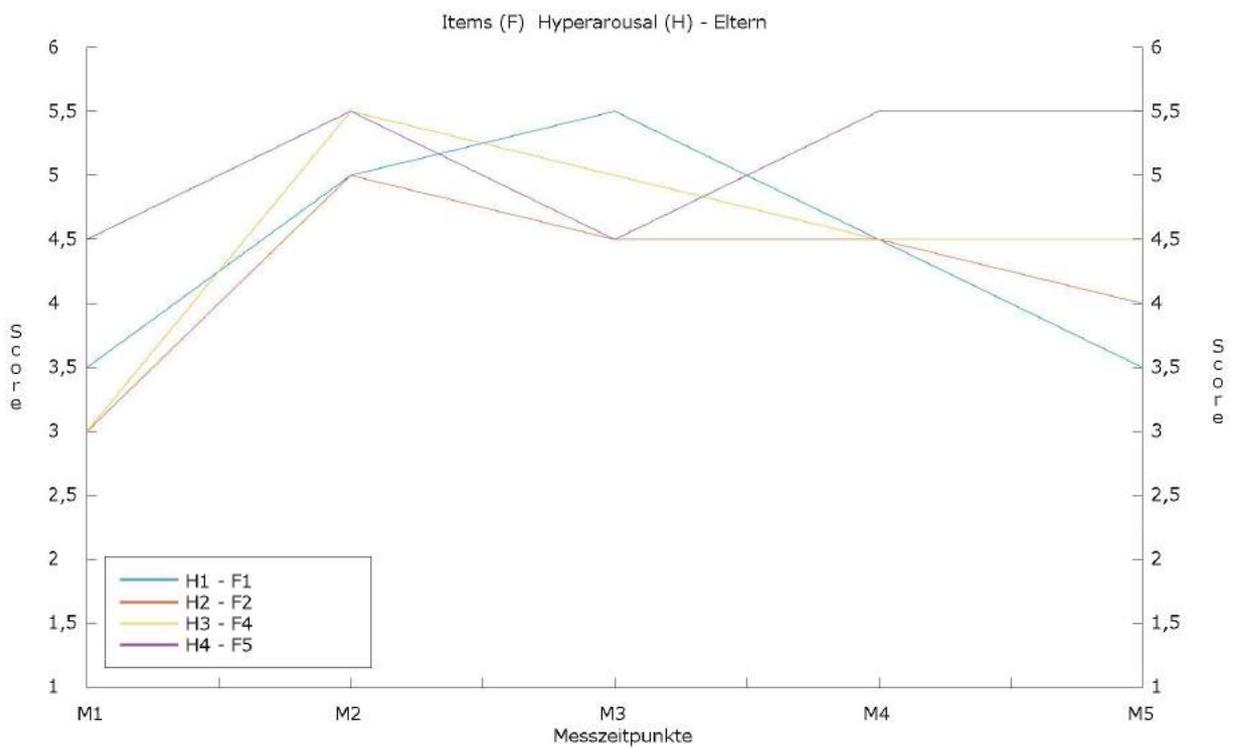
Intrusion

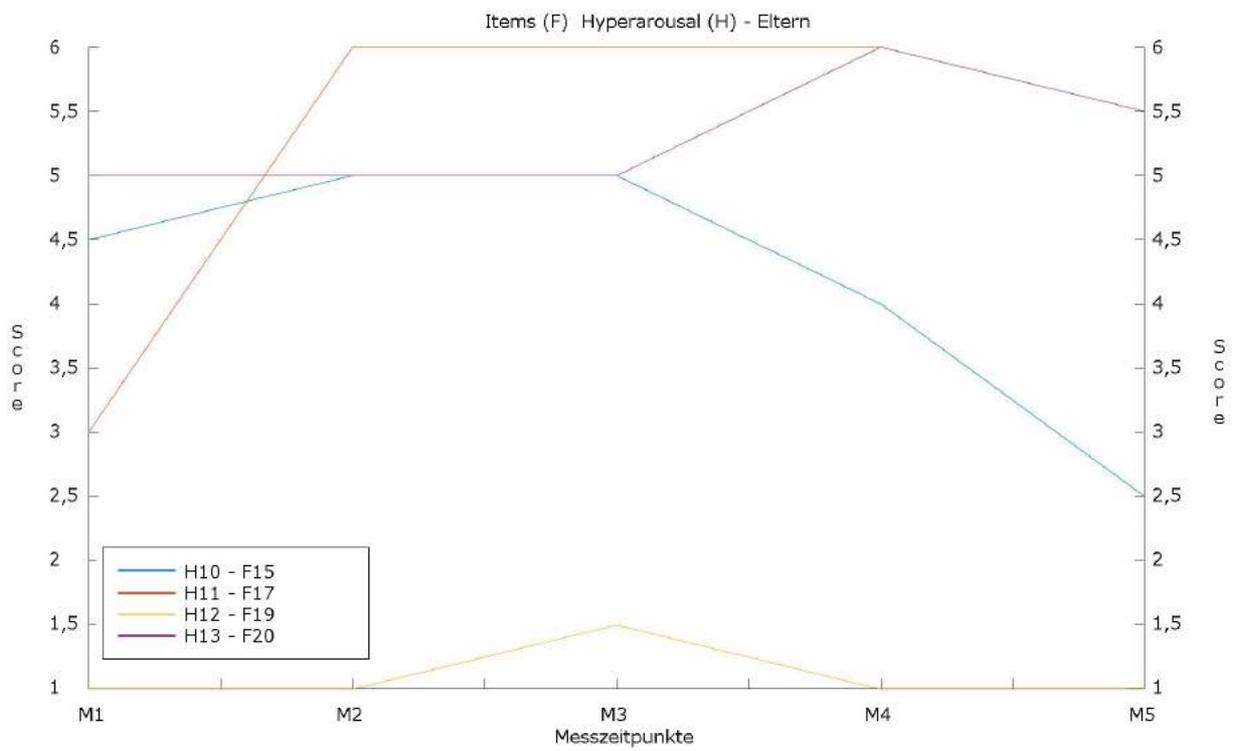
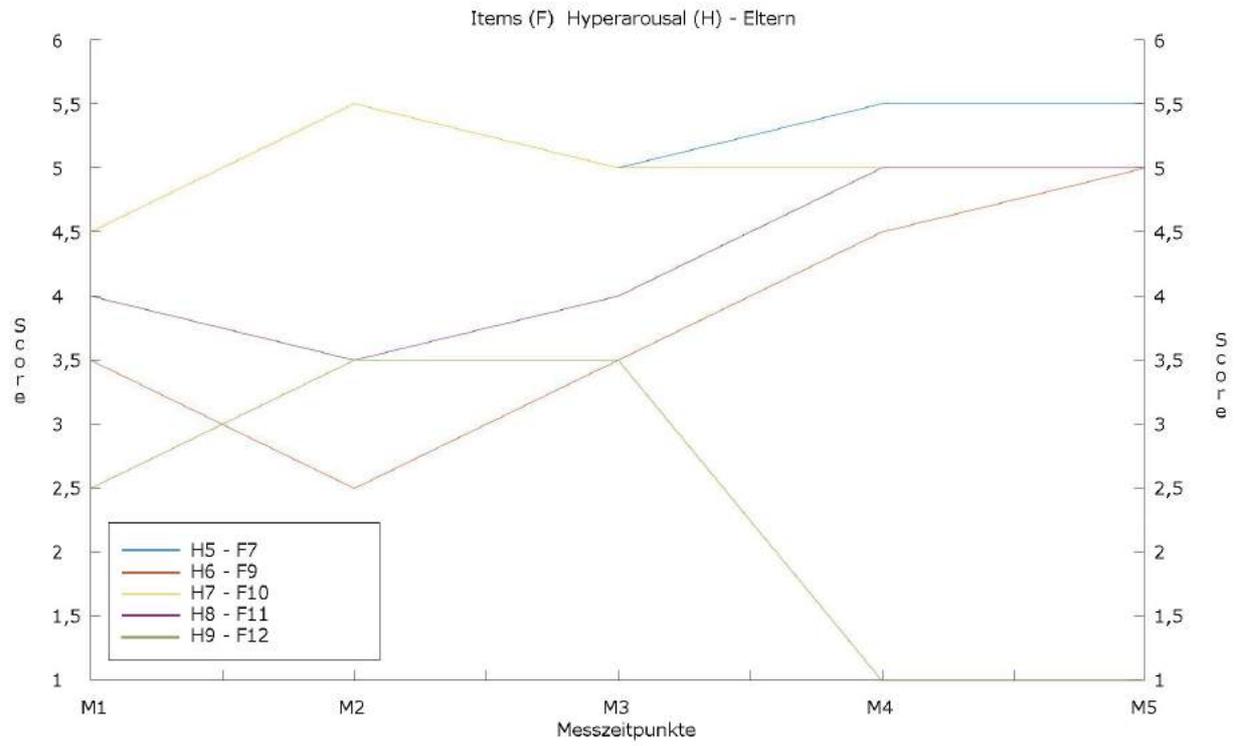


Avoidance

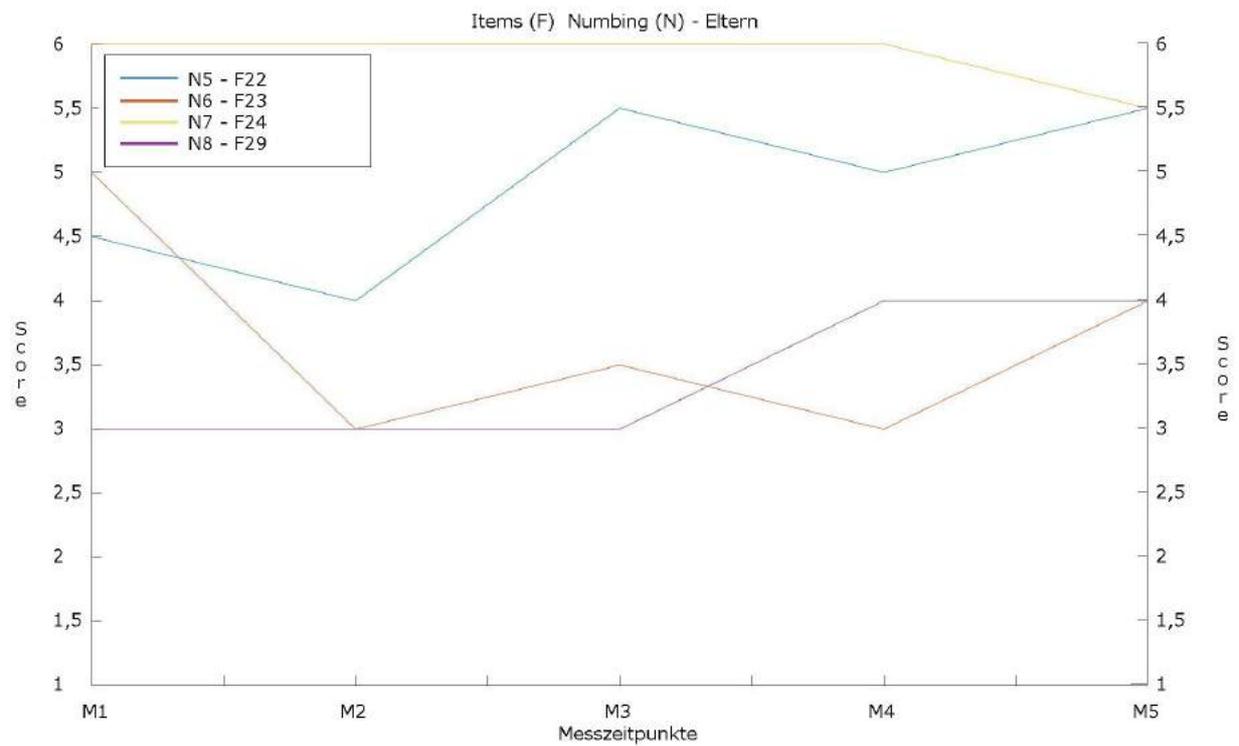
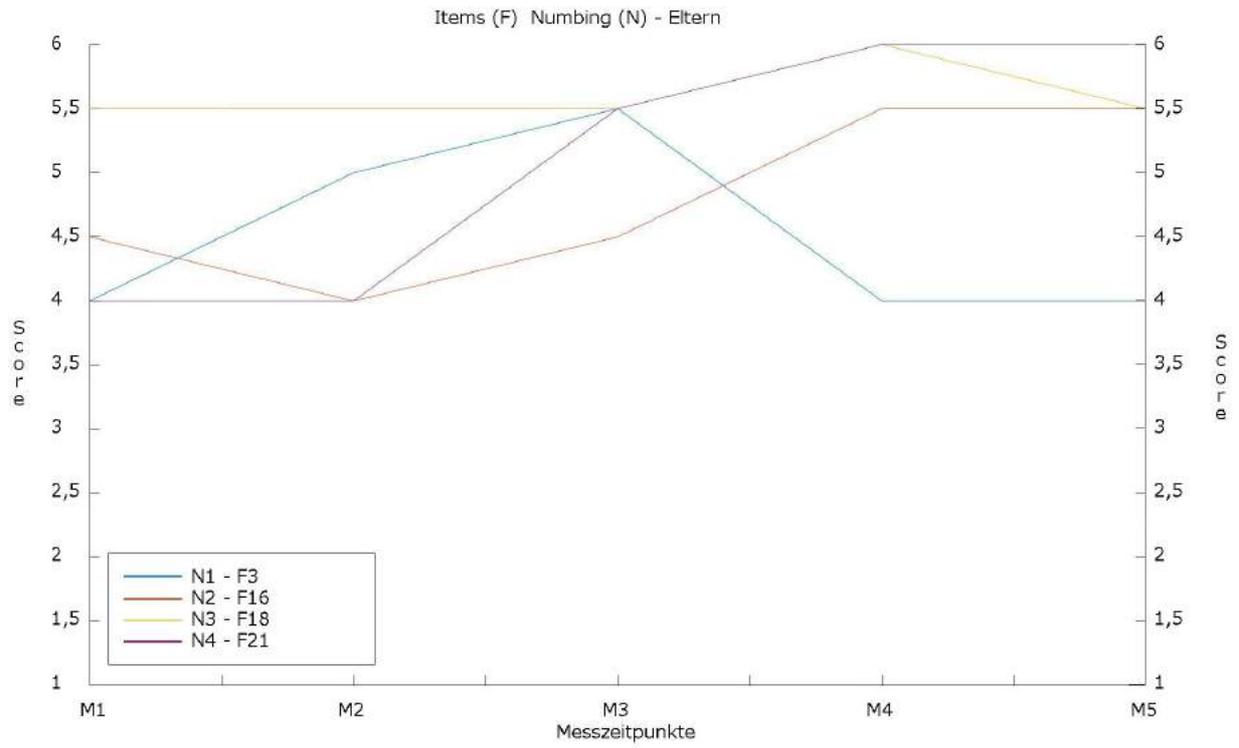


Hyperarousal



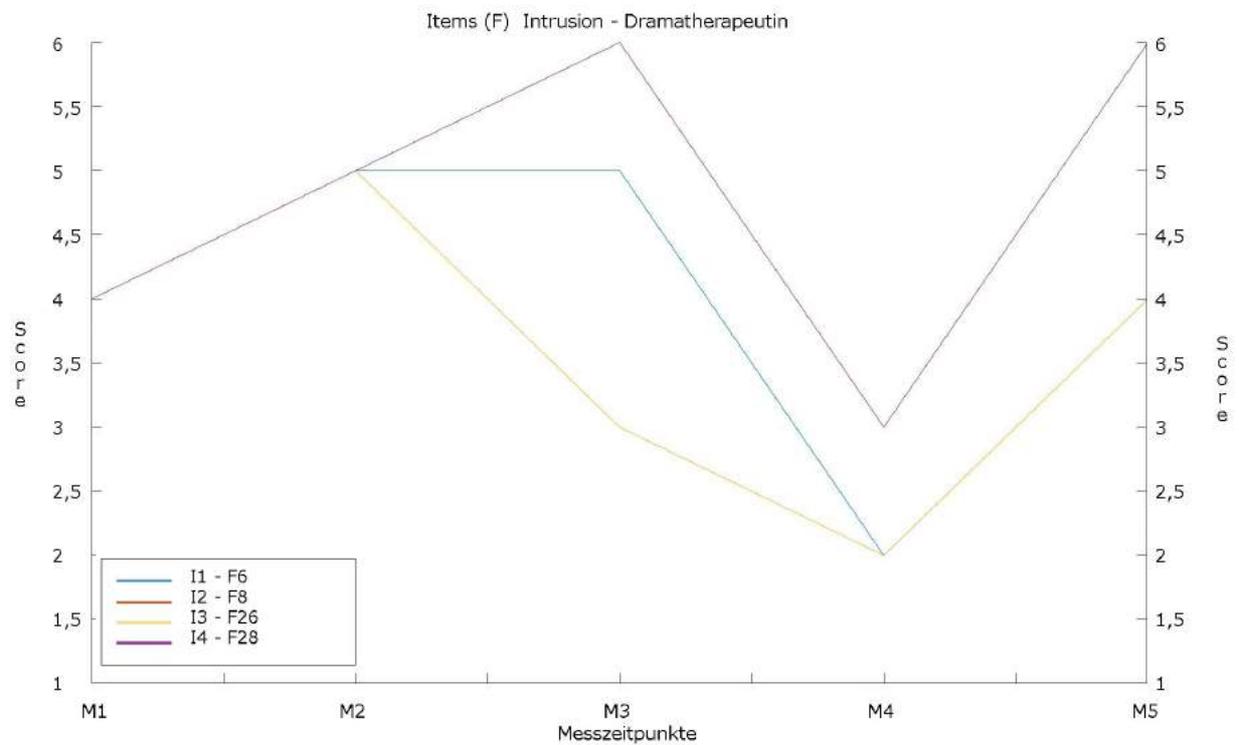


Numbing

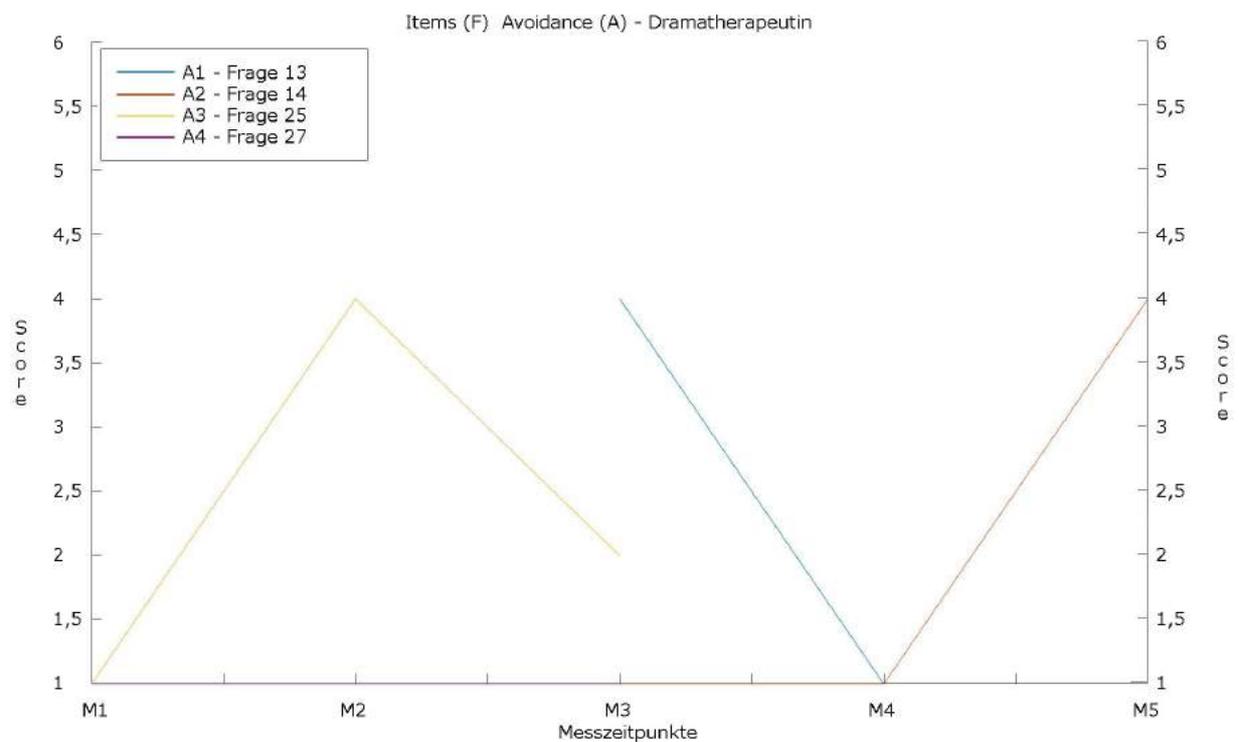


Dramatherapeutin

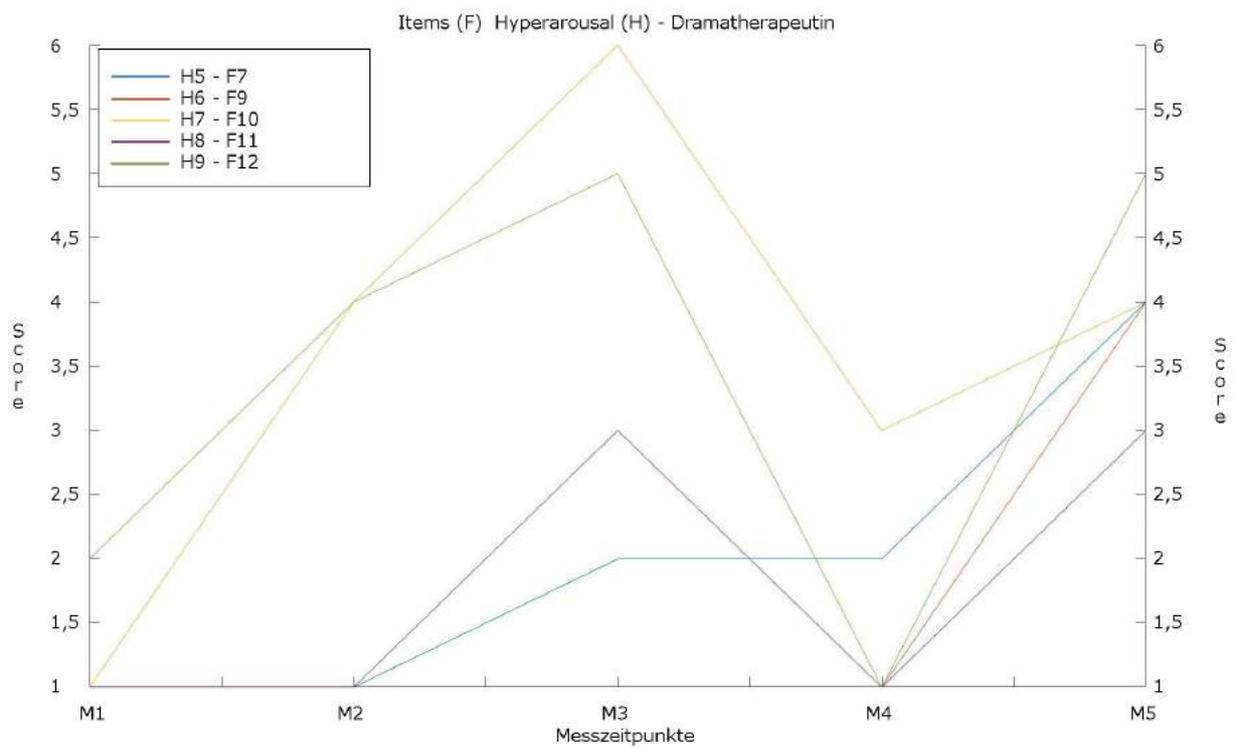
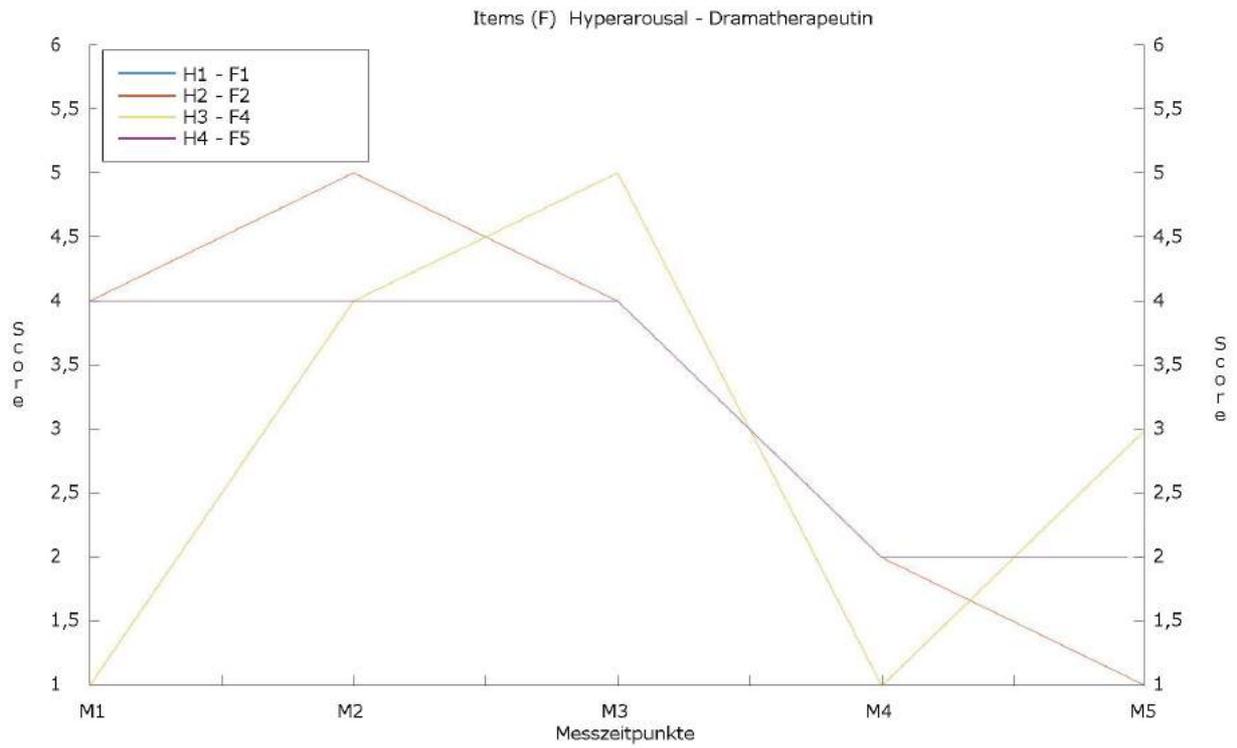
Intrusion

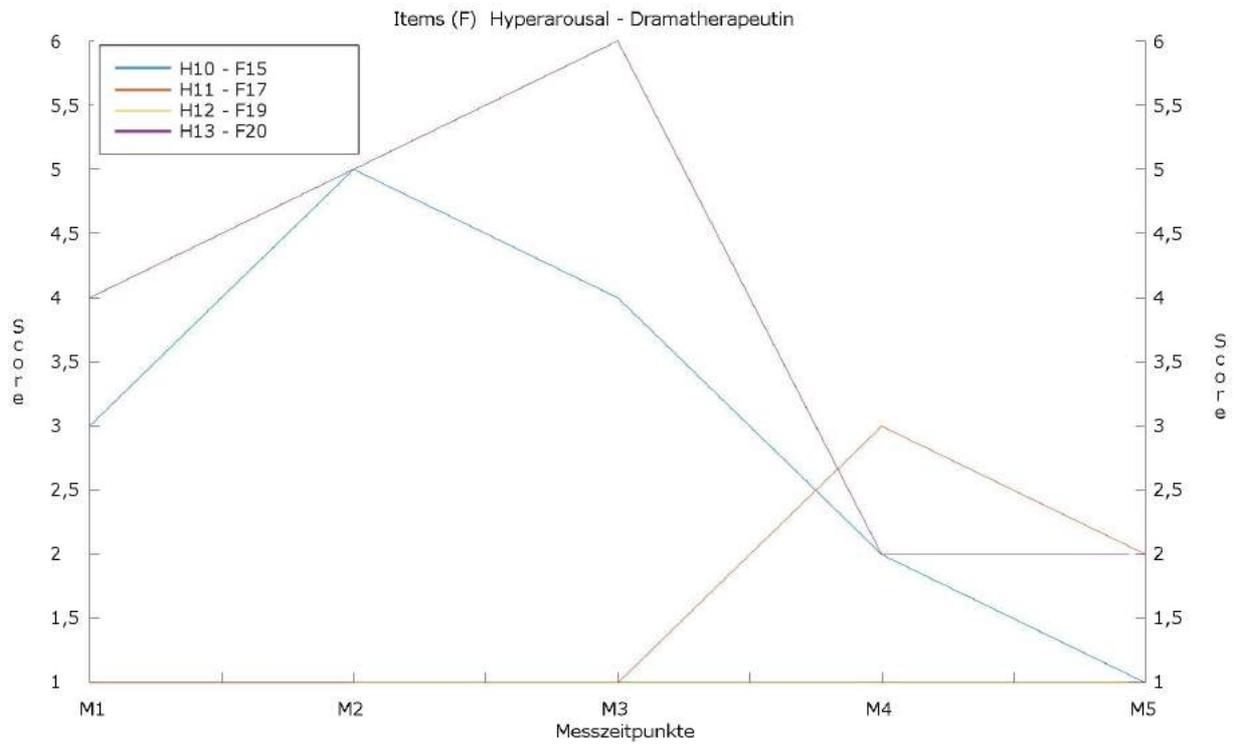


Avoidance

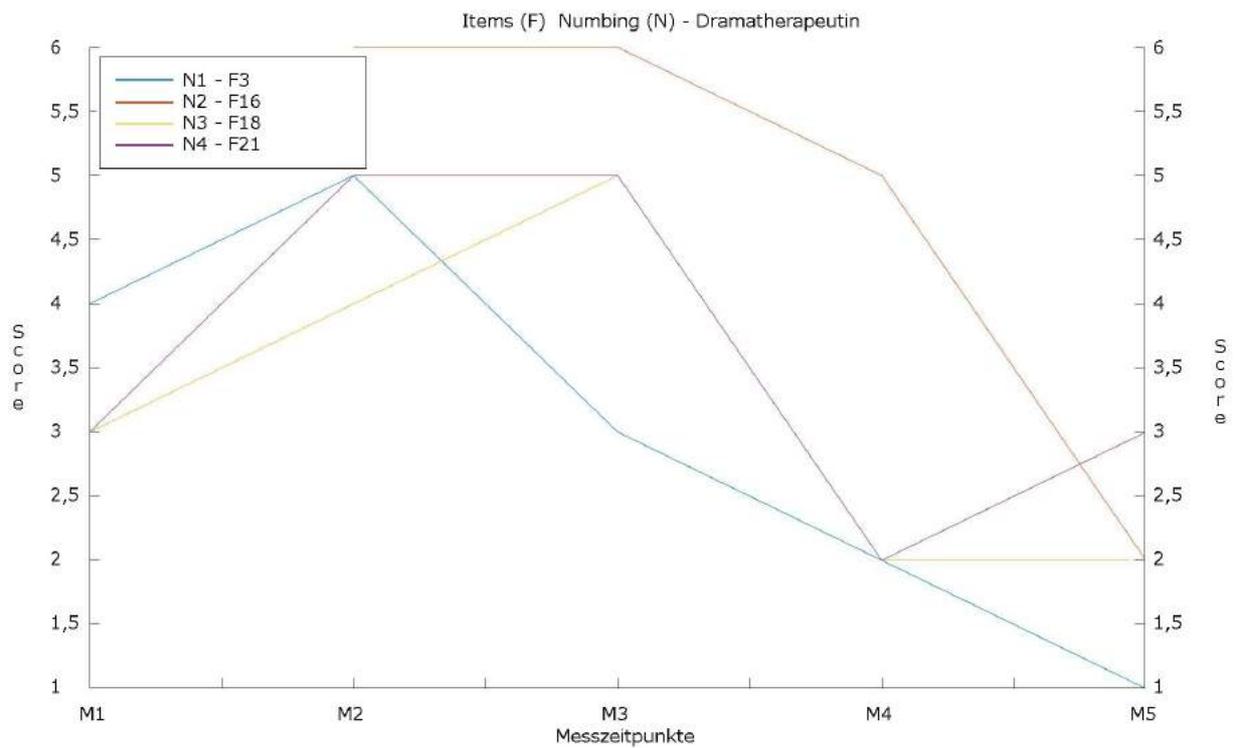


Hyperarousal

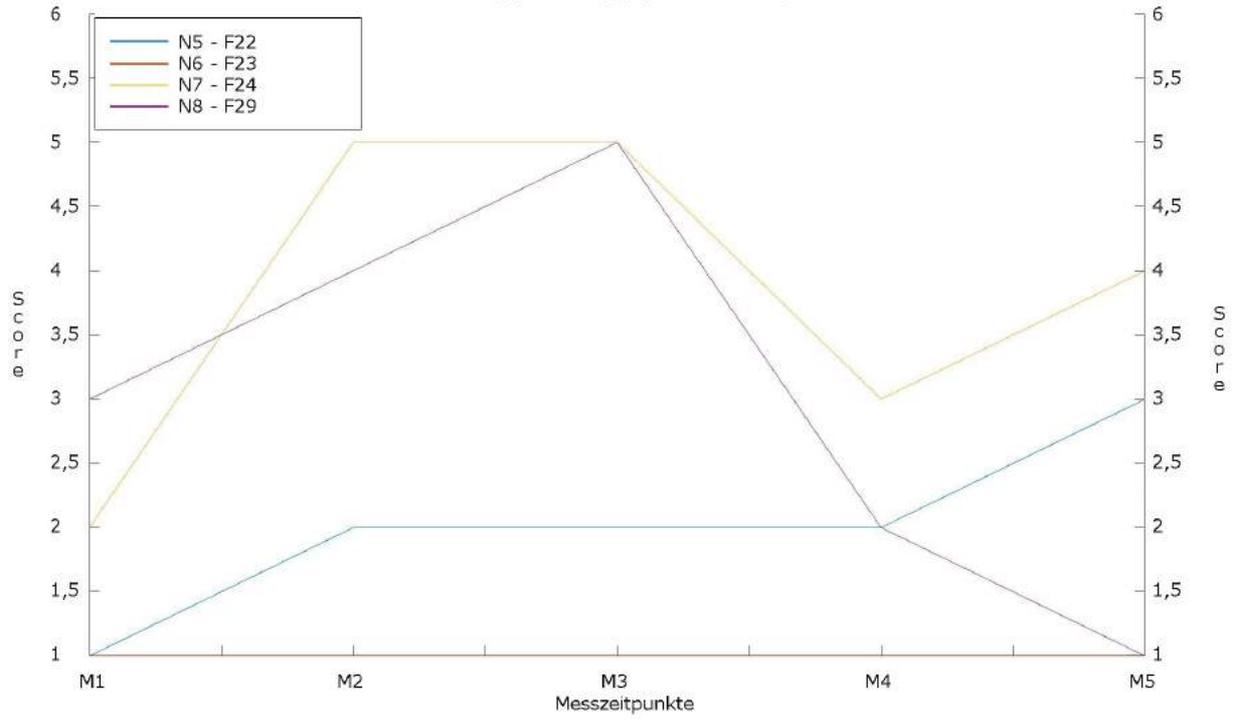




Numbing



Items (F) Numbing (N) - Dramatherapeutin



Ergebnisse – quantitative Daten

Ergebnistabelle Itemkonstrukte - Patient Netzwerk

Wave	Case	Observer	H1 - F1	H2 - F2	N1 - F3	H3 - F4	H4 - F5	I1 - F6	H5 - F7	I2 - F8	H6 - F9	H7 - F10
	1	1	4	4	3	1	4	6	3	1	6	6
	2	1	1	4	3	2	5	2	3	2	3	4
	3	1	2	5	3	5	5	5	2	4	4	4
	4	1	1	2	2	1	4	3	2	1	4	3
	5	1	1	3	2	1	4	5	3	1	3	3
	1	2	4	4	4	1	4	4	1			1
	2	2	5	5	5	4	4	5	1		1	4
	3	2	4	4	3	5	4	5	2		3	6
	4	2	2	2	2	1	2	2	2		1	3
	5	2	1	1	1	3	2	4	4		4	4
	1	3	4	4	5	5	5	2	4	1	2	4
	2	3	5	5	5	5	5	3	5	1	2	5
	3	3	6	5	6	5	5	2	4	1	3	5
	4	3	5	5	4	5	5	4	6	1	4	5
	5	3	3	5	5	5	6	5	6	1	5	5
	1	4	3	2	3	1	4	2	5	1	5	5
	2	4	5	5	5	6	6	1	6		3	6
	3	4	5	4	5	5	4	1	6		4	5
	4	4	4	4	4	4	6	1	5		5	5
	5	4	4	3	3	4	5	1	5	2	5	5



Ergebnistabelle Itemkonstrukte - Patient Netzwerk

H8 - F11	H9 - F12	A1 - F13	A2 - F14	H10 - F15	N2 - F16	H11 - F17	N3 - F18	H12 - F19	H13 - F20	N4 - F21	N5 - F22	N6 - F23
6	6	4	3	6	6	5	3	1	1	6	3	3
4	6	3	1	1	5	3	3	1	1	3	3	3
4	1	5	5	4	5	3	2	1	2	5	4	3
2	2	4	1	3	3	1	1	1	1	4	4	2
4	4	6	3	4	5	1	1	1	1	1	4	5
1	2		1	3		1	3		4	3	1	1
1	4		1	5	6	1	4	1	5	5	2	1
3	5	4	1	4	6	1	5	1	6	5	2	1
1	1	1	1	2	5	3	2	1	2	2	2	1
3	5		4	1	2	2	2	1	2	3	3	1
3	3	1	4	5	3	5	5	1	5	2	3	5
3	3	2	5	5	4	6	5	1	5	3	3	4
4	3	3	5	5	5	6	5	2	5	5	5	5
5	1	1	5	4	5	6	6	1	6	6	6	4
5	1	1	5	2	6	6	6	1	6	6	6	4
5	2	1	6	4	6	1	6	1	5	6	6	6
4	4	1	5	5	4	6	6	1	5	5	5	2
4	4	1	5	5	4	6	6	1	5	6	6	2
5	1	4	5	4	6	6	6	1	6	6	4	2
5	1	1	3	3	5	5	5	1	5	6	5	4



Ergebnistabelle Itemkonstrukte - Patient Netzwerk

N7 - F24	A3 - F25	I3 - F26	A4 - F27	I4 - F28	N8 - F29
5	2	6	6	6	4
3	2	5	5	1	2
2	2	5	6	6	4
2	3	5	6	2	2
4	4	5	6	1	2
2	1		1	4	3
5	4	5	1	5	4
5	2	3	1	6	5
3		2		3	2
4	2	4	5	6	1
6	2	4	4	2	4
6	3	5	5	2	5
6	2	5	5	2	5
6	6	6	6	1	5
6	6	6	6	1	5
6	2	5	6	4	2
6	5	6	6	1	1
6	5	6	6	1	1
6	5	6	4	1	3
5	5	6	4	1	3



Urheberrechtliche Erklärung

Brinkmann, Elke, geb. 06.09.1983

(1) 366900

Nachname, Vorname, geb. Datum

Studentennummer

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe.

Alle Stellen, die ich wörtlich oder sinngemäß aus anderen Werken entnommen habe, habe ich unter Angabe der Quellen als solche kenntlich gemacht.

Friesoythe, 09.11.18



Ort, Datum

Unterschrift

Empfehlung des Auftraggebers

Der Student legt dies der definitiven Abschlussarbeit bei.

In Absprache mit den Gutachterinnen dieser Arbeit, Martine Bootsma und Hilda Elzinga wird die Empfehlung des Auftraggebers nachgereicht.