



DIPLOMARBEIT

IM RAHMEN DER HÖHEREN FACHPRÜFUNG KUNSTTHERAPIE

VORGELEGT VON

JAN MASSNER, DR. PHIL. NAT.

VON

LOSTORF, SO

GEBURTSDATUM

6. FEBRUAR 1976

DATUM DER ABGABE

18. OKTOBER 2023

ADRESSE UND E-MAIL

EIHÜBELSTRASSE 13, 4654 LOSTORF, JAN.MASSNER@GMX.CH

UMFANG OHNE LEERZEICHEN:

117'756 ZEICHEN

PROJEKTTITEL

IM ANGESICHT DES SCHRECKENS NEUE STÄRKE ENTWICKELN

TRAUMAFOKUSSIERTE DRAMATHERAPIE AN DER TAGESKLINIK DER KLINIK SONNENHALDE IN RIEHEN, BS.

DAUER: 6 MONATE

KURZZUSAMMENFASSUNG

ZIEL DIESER PROJEKTSTUDIE IST DIE ENTWICKLUNG UND PLANUNG EINES DRAMATHERAPEUTISCHEN GRUPPENANGEBOTS MIT TRAUMASPEZIFISCHEM FOKUS FÜR DIE NEUE TAGESKLINIK FÜR ANGST UND TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN DER KLINIK SONNENHALDE IN RIEHEN, BS. ES SOLL GEZEIGT WERDEN, DASS DRAMATHERAPIE ÜBER DEN SICHEREN RAUM DER DRAMATISCHEN REALITÄT UND DIE DAMIT VERBUNDENE ÄSTHETISCHE DISTANZ EINE WIRKUNGSVOLLE UND NEUE MÖGLICHKEIT ZUR ARBEIT AN TRAUMANARRATIVEN BIETET UND SO DIE ZIELE DER PSYCHOTHERAPIE AN DER TAGESKLINIK IDEAL UNTERSTÜTZT. DURCH DEN FOKUS AUF DAS BASIC-PH MODELL NACH MOOLI LAHAD ERMÖGLICHT DIE DRAMATHERAPEUTISCHE ARBEIT DEN BETROFFENEN PATIENTINNEN UND PATIENTEN, IHRE STÄRKEN AUCH IM ANGESICHT DES ERLEBTEN SCHRECKENS NEU KENNENZULERNEN UND DAMIT IHRE RESILIENZ ZU ERWEITERN FÜR EINEN LEBENSALLTAG, DER NICHT STÄNDIG VOM TRAUMA GEPRÄGT IST.

INHALT

1.	Situationsanalyse.....	4
1.1	Ausgangslage.....	4
1.2	Bedarf.....	4
1.3	Bedürfnisse.....	7
1.4	Vergleichbare Angebote.....	9
1.5	Schlussfolgerung.....	10
2.	Ausrichtung.....	10
2.1	Vision.....	10
2.2	Vorgehensweise.....	10
2.3	Einbettung.....	11
3.	Planung.....	12
3.1	Bereiche.....	12
3.2	Zielgruppen / Schlüsselpersonen.....	14
3.3	Ziele.....	15
3.4	Angebot und Massnahmen.....	17
3.5	Meilensteine.....	37
3.6	Kostenschätzung.....	37
4.	Organisation.....	39
4.1	Projektstruktur.....	39
4.2	Evaluation.....	40
4.3	Kommunikation.....	41
5.	Ausblick.....	42
5.1	Chancen und Risiken.....	42
5.2	Nachhaltigkeit.....	43
5.3	Reflexion.....	44
5.4	Anmerkungen und Fragen.....	44
6.	Anhänge.....	45
6.1.	Literaturverzeichnis.....	45
6.2.	Abbildungsverzeichnis.....	48

1. SITUATIONSANALYSE

1.1 AUSGANGSLAGE

Seit 2013 bin ich in eigener Praxis als Neurofeedback- und Dramatherapeut in Oberwil bei Basel tätig und habe in dieser Zeit einige Klientinnen und Klienten im Anschluss an ihren Aufenthalt in der Klinik Sonnenhalde ambulant weiterbetreut.

Die Klinik Sonnenhalde AG ist eine Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, in Riehen bei Basel, mit einem umfassenden stationären Angebot, mehreren spezialisierten Tageskliniken und einem Ambulatorium. In ihren Rückmeldungen zu ihrem Klinikaufenthalt betonten vieler meiner Klientinnen und Klienten, dass sie sich in der Klinik Sonnenhalde mit ihren Schwierigkeiten und Anliegen sowie als ganzer Mensch besonders wertgeschätzt und gut behandelt fühlten. Ich selbst als ambulanter Therapeut schätzte stets die Offenheit der Mitarbeitenden an der Klinik Sonnenhalde für eine Zusammenarbeit über den Klinikaufenthalt hinaus, was in meiner Wahrnehmung ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die ambulante Nachbetreuung ist.

Im Herbst 2023 eröffnet die Klinik Sonnenhalde AG ihre neue Tagesklinik für Angst und Traumafolgestörungen (im Folgenden «TK Angst und Trauma») in Basel, um dem hohen Bedarf an spezialisierter Therapie für psychische Traumata und ihre Folgen gerecht zu werden. Ausgehend von meiner Arbeit mit Neurofeedback und dem Interesse an den neurobiologischen Grundlagen der posttraumatischen Belastungsstörung beschäftigte ich mich in den letzten Jahren intensiv mit der Kombination der Methoden Neurofeedback und Dramatherapie in der Behandlung von Traumafolgestörungen. Dabei lernte ich die Dramatherapie als eine Methode kennen, die meinen Klientinnen und Klienten in relativ kurzer Zeit sehr tiefgehende und nachhaltige Fortschritte in der Therapie ermöglichte. Die Neueröffnung der TK Angst und Trauma empfinde ich als einen idealen Zeitpunkt, um einen Vorschlag zu unterbreiten, wie Dramatherapie mit Fokus auf Trauma¹ in den klinischen Kontext einer spezialisierten Tagesklinik (TK) integriert werden könnte und so den wirkungssteigernden Zusatznutzen entfalten könnte, den ich in meiner Praxis für meine Klientinnen und Klienten beobachtet habe.

1.2 BEDARF

Die Forschung – speziell die neurobiologische – hat uns in den letzten 3 Jahrzehnten eine neue Perspektive gegeben auf das, was im Gehirn des Menschen passiert, wenn er stark belastenden Situationen ausgesetzt ist, die seine aktuellen Bewältigungsmechanismen überfordern (van der Kolk, 2015). Kurzfristig zeigt sich die akute Belastungsreaktion, in der Folge kann es zur sogenannten posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), aber auch chronischen Angstzuständen und weiteren Erkrankungen wie Depressionen und Persönlichkeitsveränderungen kommen (Fischer und Riedesser, 2020). Dank der Erkenntnis, dass die Vielfalt der individuellen Ausprägung von Traumafolgen auf ein und dieselbe neurobiologische Grundlage zurückzuführen ist, konnte vielen Betroffenen gezielter und mit neu entwickelten Therapieansätzen geholfen werden. Doch trotz dieser Fortschritte ist die Behandlung psychischer Traumata immer noch sehr intensiv und zeitaufwändig und setzt eine spezielle Ausbildung der beteiligten Therapeutinnen und Therapeuten voraus.

¹ Im Kontext dieser Arbeit werde ich die Begriffe Trauma und Psychotrauma synonym verwenden, beziehe mich damit aber immer auf Psychotrauma. Der Begriff Psychotrauma wird in der Psychologie als Bezeichnung für eine psychische oder seelische Verletzung verwendet in Abgrenzung zum Trauma in der Medizin, das eine Verletzung oder Verwundung durch äussere Einflüsse beschreibt (siehe auch Unterabschnitt 3.4.4).

Zur Klärung des Bedarfs an einem auf Trauma spezialisierten Dramatherapie-Angebot und den Bedürfnissen der Zielgruppe habe ich mit verschiedenen Fachpersonen Interviews geführt, es sind dies: Frau Miko Iso, Psychologin und Leiterin der TK Angst und Trauma (Interview am 17. Juli 2023), Frau Barbara Schmidiger, Kunsttherapeutin ED, Fachrichtung Drama und Sprachtherapie in Zürich (Interview am 8. August 2023) und Herr Dr. med. Peter Streb, niedergelassener Spezialarzt Psychiatrie und Psychotherapie in Basel (Interview am 9. August 2023). Alle drei Fachpersonen verfügen über eine langjährige psychotraumatologische Praxiserfahrung.

Frau Iso erklärte auf die Frage nach den Gründen für die Gründung der neuen TK, dass ein hoher Bedarf an spezialisierter Traumatherapie im ambulanten Setting besteht. Ihrer Erfahrung nach ist die Zahl der niedergelassenen, spezialisierten Fachpersonen gering und diese sind häufig komplett ausgelastet. Frau Iso bezieht sich auch auf ihre Erfahrungen in ihrer früheren Position (Leiterin Fachstelle Häusliche Gewalt, Justiz- und Sicherheitsdepartement Basel-Stadt): es fehlt an ambulanten Möglichkeiten, um z.B. Opfern häuslicher Gewalt eine adäquate Therapie zu bieten. Auch andere Stellen, mit denen sie zuvor zusammenarbeitete (z.B. Opferhilfe, Männerbüro, Strafverfolgungsbehörden), erfahren den Mangel an ambulanten Therapiemöglichkeiten. Auch weiss Frau Iso von den Traumaambulatorien in Bern und Zürich zu berichten, dass unter anderem im Zusammenhang mit dem Ukraine-Krieg vermehrt Kriegstraumatisierte vorstellig werden. Barbara Schmidiger und Dr. Peter Streb äusserten sich ähnlich und betonten ebenfalls, dass es mehr und vor allem auf Trauma spezialisierte Therapieangebote braucht.

Konkrete Zahlen in der Literatur zu einer möglichen therapeutischen Unterversorgung von Traumabetroffenen in der Schweiz konnte ich nicht finden, doch hielt z.B. eine vom Bundesamt für Migration 2018 in Auftrag gegebene Studie fest, dass schon damals bis zu 500 spezialisierte Plätze zur psychosozialen Betreuung von Asylsuchenden mit Traumatisierungen und psychischen Erkrankungen fehlten (Müller et al., 2018). Vor dem Hintergrund der im Obsan 2020 (Obsan, 2020) festgestellten vermehrten Inanspruchnahme ambulanter Therapieangebote durch die Schweizer Bevölkerung ist davon auszugehen, dass sich die psychotherapeutische Versorgungssituation auch für Traumabetroffene vermutlich nicht deutlich verbessert hat.

Die Rückmeldungen der drei befragten Fachpersonen und die wenigen Daten aus der Literatur deuten also auf einen erhöhten Bedarf an traumaspezifischer ambulanter Therapie hin. Neugründungen von entsprechend spezialisierten Tageskliniken und Ambulatorien in der Schweiz in der nächsten Zeit (Klinik Sonnenhalde, Riehen/Basel; Klinik im Hasel, Gontenschwil/Baden) versuchen, diesem Bedarf gerecht zu werden.

Was kann dann eine auf Trauma spezialisierte Dramatherapie im Kontext einer psychotherapeutisch orientierten Tagesklinik leisten?

Zum besseren Verständnis der folgenden Ausführungen möchte ich zunächst wichtige Grundprinzipien der Dramatherapie vorstellen.

Die Dramatherapie ist eine Form der Kunsttherapie, in der der therapeutische Prozess mit den kreativen Mitteln des Theaters gestaltet wird. In der Dramatherapie geht es im ursprünglichen Sinne des griechischen Wortes "Drama" um die Handlung. Es ist also eine körper- und handlungsorientierte Therapieform, die alle Sinne, Körper und Geist miteinbezieht.

Kern jeder dramatherapeutischen Arbeit ist die dramatische Realität. Die dramatische Realität ist der Raum zwischen subjektiver Imagination und der konkreten Realität (Pendzik, 2008), es ist der Raum, in dem das, was wir uns vorstellen, fassbar wird, ausprobiert werden kann. Es gibt viele Namen für das Phänomen der dramatischen Realität, einen, den ich gegenüber meinen Klientinnen und Klienten gerne verwende, ist der eines Raumes, in dem wir so tun können *a/s ob*. Dank der Möglichkeit so zu tun *a/s ob*, werden in der dramatischen Realität Fantasien, Vorstellungen, Wünsche im Hier und Jetzt erlebte Handlung (Pendzik,

2008). Ein erster zentraler Aspekt der therapeutischen Funktion der dramatischen Realität ist also, dass sich in ihr geschützt mit Neuem experimentieren lässt, bevor es dann auch im Alltag gewagt werden kann.

Den Schutz bietet die dramatische Realität über ästhetische Distanz. In der dramatischen Realität tut der Klient so *als ob*, er versetzt sich intensiv in die Rolle, die er spielt, und weiss aber zugleich, dass er ja nur eine Rolle spielt, er kann also auf einer kognitiven Ebene in Distanz zum Erlebten gehen. Er erlebt womöglich starke Gefühle, die er ausserhalb der dramatischen Realität in dieser Intensität nicht halten könnte, ja sogar gefährdet wäre, von den Gefühlen überflutet zu werden. Zeichen einer guten ästhetischen Distanz ist gemäss Pendzik (Pendzik, 2008):

"People are emotionally involved but able to observe it and recognize it as "as if"."

Die gute ästhetische Distanz ist somit ein weiteres Element der therapeutischen Funktion der dramatischen Realität, da sie zwischen den Zuständen der "Unterdistanzierung" und "Überdistanzierung" vermitteln kann (Lutz, 2008). Im Zustand der Unterdistanzierung wird der Klient von seinen Gefühlen überwältigt, wohingegen in der Überdistanzierung der Kontakt zur eigenen Gefühlswelt minimiert ist. Im dramatherapeutischen Verständnis ist die Katharsis der Moment, in der der Klient die Erfahrung macht, dass...

"...widersprüchliche Aspekte des eigenen sozialen oder psychologischen Lebens gleichzeitig vorhanden sein können." (Lutz, 2008).

Diese in der Therapie gemachte Erfahrung ist die Basis dafür, widersprüchliche Emotionen auch im Alltag erkennen, aushalten und ausdrücken zu lernen.

Als Dramatherapeut bin ich der "Spezialist für die dramatische Realität" (Pendzik, 2006) und es ist meine Verantwortung, die Klientinnen und Klienten in die dramatische Realität und auch wieder aus ihr hinaus zu begleiten und sie dabei zu unterstützen, das Erlebte in Beziehung zu ihrer Alltagsrealität zu stellen.

Eine wichtige Grundhaltung in der Dramatherapie ist, dass wir unseren Klientinnen und Klienten den Raum, die kreative Freiheit lassen, in der dramatischen Realität auszudrücken und zu erkunden, was jetzt aktuell bereit ist, sich zu zeigen. Sie können so die Erfahrung machen, dass sie die Kontrolle über den Prozess haben, sie sind die Gestalterinnen und Gestalter ihrer Werke. Die Kontrolle haben zu können, ist eine Erfahrung, die speziell für Traumabetroffene sehr wichtig ist, um sich vertrauensvoll auf eine Therapie einlassen zu können.

Dramatherapie aktiviert den Spieltrieb des Menschen. Interessanterweise hat die neurobiologische Forschung gezeigt, dass der Trieb zum Spielen der Kontrolle des Hirnstamms unterliegt, also eines für das Überleben zuständigen Teils des Gehirns (Panksepp et al., 1984). Ebenso konnte gezeigt werden, dass die Spielaktivität den Umbau neuronaler Netzwerke, die sogenannte Neuroplastizität anregt (Siviy, 2016) Die Neuroplastizität wiederum ist das, was uns lebenslang lernen lässt und erlaubt, uns neuen Gegebenheiten anzupassen oder neue Fähigkeiten zu erwerben. Somit kommt dem Spieltrieb eine überraschend wichtige, sogar überlebensnotwendige Funktion zu. Therapeutisch die Spielaktivität anzuregen heisst, neue Handlungsmöglichkeiten in gefahrloser Umgebung erkunden zu können, und ist demnach ein Kernaspekt der Dramatherapie.

Traumabetroffene erleben sich häufig als dauerhaft gestresst und angespannt (hypervigilant) und neigen zu Vermeidungsreaktionen, um nicht in Kontakt mit den Erinnerungen an den erlebten Schrecken kommen zu müssen. Mooli Lahad sieht die Einbeziehung der «fantastic reality» in die Therapie (ähnlich der dramatischen Realität) als Möglichkeit für Traumabetroffene an, über diese schrittweise die Fähigkeit zum Spiel, zur Exploration und Lernen von Neuem zurück zu gewinnen (Lahad et al., 2010).

Ich möchte zurückkommen auf meine einführende Frage «Was kann eine auf Trauma spezialisierte Dramatherapie im Kontext einer psychotherapeutisch orientierten Tagesklinik leisten?».

Gemäss Frau Iso orientiert sich das Behandlungsprogramm der neuen TK an den S3-Richtlinien Posttraumatische Belastungsstörung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) (DeGPT, 2019). Wie in Punkt 2.3 ausgeführt werden wird, liegt der Schwerpunkt auf gesprächsorientierten und vor allem sehr manual-basierten, strukturierten Therapieangeboten. Hervorzuheben ist meiner Ansicht nach in diesem Zusammenhang die klare Unterscheidung zwischen nicht-traumafokussierten Interventionen zur Stabilisierung (z.B. um die selbständige Alltagsbewältigung zu gewährleisten) und traumafokussierten Behandlungsansätzen mit dem Ziel der Exposition und der Desensibilisierung gegenüber dem Erlebten. Frau Iso erwähnte in unserem Interview, dass sie das Ziel der neuen TK vor allem darin sehe, nicht nur zu stabilisieren, sondern eben auch Heilung durch Exposition zu ermöglichen.

Den Beitrag, den Dramatherapie hierzu und über die strukturierten Verfahren hinaus leisten kann, würde ich abschliessend wie folgt zusammenfassen:

- Dramatherapie bietet über die dramatische Realität einen sicheren Rahmen für die Bearbeitung traumatischer Erlebnisse.
- Dramatherapie aktiviert und nutzt den Spieltrieb und damit den Zugang zu neuen Handlungsmöglichkeiten.
- Durch das Prinzip der ästhetischen Distanz können die Patientinnen und Patienten selbst die richtige Distanzierung zum traumatischen Material wählen.
- Die nicht-direktive Haltung der Therapeutin, des Therapeuten erlaubt, dass der therapeutische Prozess unter der Führung der Klientin, des Klienten gestaltet wird. Dies stellt einen gewissen Kontrast zu den strukturierten Methoden der Traumabehandlung dar.
- Dramatherapie macht durch ihre klientenzentrierte Orientierung keine explizite Unterscheidung zwischen stabilisierender und trauma-exponierender Phase. Der Fokus liegt auf dem Zugang zu den eigenen Stärken und damit der im therapeutischen Prozess wachsenden Fähigkeit, sich dem Traumamaterial auszusetzen.

In der im einleitenden Kapitel 2 des Fachbuches «Trauma-Informed Drama Therapy» publizierten Synopsis über dramatherapeutische Projekte im anglo-amerikanischen Raum kommen die Autoren zu ähnlichen Prinzipien einer auf Trauma spezialisierten Dramatherapie (Sajnani und Johnson, 2014).

1.3 BEDÜRFNISSE

Aus Diskretionsgründen seitens der Klinik Sonnenhalde AG war es leider nicht möglich, potentielle Patientinnen und Patienten der neuen TK zu ihren Bedürfnissen zu befragen. Bei der Analyse der Bedürfnisse der Zielgruppe meines Angebots stütze ich mich daher auf die Rückmeldungen der Fachpersonen in den genannten Interviews sowie die Erfahrungen aus meiner eigenen dramatherapeutischen Praxis mit Traumabetroffenen.

Frau Iso nannte zunächst den Wunsch der Patientinnen und Patienten, rasch mit einer Therapie beginnen zu können, die auf Traumata spezialisiert ist. Auch ich kann aus meiner Praxiserfahrung bestätigen, dass meine Klientinnen und Klienten aufgrund des hohen Leidensdrucks der posttraumatischen Belastungssymptome nach einer schnellen Abhilfe suchen. Im

fachlichen Austausch mit Barbara Schmidiger wurde mir bewusst, dass wir die Bedürfnisse unserer Klientinnen und Klienten in 2 Bereiche einteilen können:

1. Den Wunsch nach einem vom Trauma unbelasteten Leben im Sinne von «*Ich will endlich leben und nicht nur überleben*». Dieses Bedürfnis stufe ich als zukunftsgerichtet und ressourcenorientiert ein.
2. Der Wunsch, den «*ewig schmerzenden Stachel des schrecklichen Erlebnisses*» (eigenes Bild) zu erkennen und zu entfernen. Dieses Bedürfnis könnte mit Techniken der Exposition mit dem traumatischen Erlebnis beantwortet werden und ist eher vergangenheitsorientiert.

Für die Praxis hob Barbara Schmidiger zudem hervor, dass ihre Klientinnen und Klienten vor allem ein hohes Bedürfnis nach Sicherheit und Vertrauen haben, um sich auf die Therapie einlassen zu können. In unserer Praxiserfahrung ist der Übergang zwischen Bedürfniskategorie 1. und 2. fließend und für jede Klientin, jeden Klienten individuell höchst unterschiedlich. Manche benötigen die Rückschau und Arbeit am Traumanarrativ², um sich der Zukunft zuwenden zu können, manche können hinter sich lassen, wie es gewesen ist, und suchen die Stärkung im Hier und Jetzt. Für die Entwicklung eines dramatherapeutischen Gruppenangebots gilt es, diese grossen individuellen Unterschiede in den Bedürfnissen zu berücksichtigen und nicht schematisch zu handeln.

Was meine Klientinnen und Klienten sehr häufig im Eintrittsgespräch erwähnten, war, dass sie z.T. auch nach Jahren der Psychotherapie das Gefühl hatten, über alles gesprochen zu haben und über alles sprechen zu können, aber sich in der Tiefe noch keine Lösung, keine Heilung eingestellt habe. Mehrere Rückmeldungen zum Abschluss der Dramatherapie auf die Frage, was ihnen geholfen habe, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die eigene Situation mit kreativen Mitteln darstellen und erkunden, Zeugenschaft zu erhalten und damit zu einer neuen Akzeptanz von sich selbst kommen.
- In der Arbeit mit Rollen und mit Körperskulpturen Gegensätze in sich kennenlernen, diese ausdrücken und ausbalancieren lernen (Erhöhung der Ambivalenztoleranz).
- In Ritualen den eigenen spirituellen Ausdruck finden und ausdrücken können.

Ich schliesse aus diesen Rückmeldungen und den neurobiologischen Erkenntnissen, dass der rein kognitive und auf das Gespräch fokussierte Ansatz eventuell zu kurz greift und dass es ein Bedürfnis der Zielgruppe und damit auch eine Notwendigkeit ist, weitere Ausdrucksformen des Menschen in die Therapie miteinzubeziehen.

Diese Schlussfolgerung sehe ich gespiegelt in der Vision, die Frau Iso für den Behandlungsansatz der neuen TK formulierte, und möchte damit auf die Bedürfnisse der Klinikleitung zu sprechen kommen. Frau Iso erachtet Körpertherapie, Achtsamkeit und vor allem Atemtherapie als sehr wichtig. Speziell die Atemtherapie ist ihr ein Anliegen, da der Atem essentiell ist, um mit dem Körper in Kontakt zu kommen. Sie berichtete mir von dem bleibenden Eindruck, den die Beobachtungen einer sehr erfahrenen Traumatherapeutin auf sie machten, nämlich, dass die regelmässige Durchführung von Atem- und Körperübungen zu Beginn einer jeden Sitzung die Patientinnen und Patienten präsenter, mehr im Hier und Jetzt sein liess, was sich grundsätzlich sehr positiv auf den Therapieverlauf auswirkte. In der Dramatherapie arbeiten wir schwerpunktmässig mit der körperlichen Dimension des menschlichen Ausdrucks, so dass in diesem Bereich wichtige Synergien entstehen können. Konkret auf eine mögliche Rolle der Dramatherapie angesprochen, könnte sich Frau Iso vorstellen, dass diese erlaubt, die Arbeit in der Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT) und der Ego-State-

² Der Begriff Traumanarrativ bezeichnet die erzählte Beschreibung oder Darstellung einer traumatischen Erfahrung und kann helfen, das Trauma besser zu verstehen und zu bewältigen.

Therapie (mehr dazu in Unterabschnitt 3.4.3) nicht nur imaginativ sondern auch szenisch nachzuvollziehen und damit zu intensivieren.

1.4 VERGLEICHBARE ANGEBOTE

Meinen Recherchen zufolge existiert aktuell in der Schweiz kein speziell auf Trauma fokussiertes dramatherapeutisches Angebot im Rahmen eines stationären oder tagesklinischen Kontextes. Meine Kollegin Senta Amacker arbeitet als Dramatherapeutin an der Klinik Meisenberg in Zug, einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Spezialklinik für Frauen, und ist dort häufig mit traumatischen Inhalten konfrontiert, hat aber ihr Angebot nicht explizit auf Trauma ausgerichtet (mündliche Mitteilung Barbara Schmidiger, 8. August 2023). An der Hybrid-Tagesklinik (Hybrid-TK) der Klinik Sonnenhalde AG ist seit Februar 2023 meine Kollegin Eliane Scheibler als Dramatherapeutin tätig und hatte in ihren Gruppen vereinzelt Teilnehmende mit einer PTBS-Diagnose, doch auch ihre Arbeit hat keinen speziellen Fokus auf Trauma (Interview mit Eliane Scheibler am 6. Oktober 2023).

Auch für den übrigen deutschsprachigen Raum konnte ich über eine Internetrecherche keine auf Trauma spezialisierten, dramatherapeutischen Angebote im stationären oder tagesklinischen Setting finden.

Das Buch «Trauma-Informed Dramatherapy» herausgegeben 2014 von Nisha Sajnani und David Read Johnson bietet meiner Recherche nach die aktuellste und beste Übersicht über dramatherapeutische Projekte zur Behandlung von Traumata (Sajnani und Johnson, 2014). Die Mehrheit der in dieser Publikation beschriebenen Projekte ist aber im sozial-therapeutischen und pädagogischen Kontext angesiedelt und ich konnte auch hier kein zu meinem Vorhaben vergleichbares Angebot finden.

Orientieren für diese Projektstudie möchte ich mich aber an folgendem Zitat aus der Schlussfolgerung des ersten Kapitels «The Role of Drama Therapy in Trauma Treatment». Sajnani und Johnson anerkennen die Vielfalt der bisherigen dramatherapeutischen Beiträge zur Traumatherapie und sehen für die Zukunft, dass wir als Dramatherapeutinnen und Dramatherapeuten...:

«...die Verpflichtung haben, weiter daran zu arbeiten, differenziertere und gezieltere Ansätze zur Traumabehandlung in der Dramatherapie zu entwickeln und Wege zu finden, unsere Arbeit empirisch zu überprüfen. Dieser Prozess wird nicht losgelöst sein von der Frage, inwieweit wir uns der Sprache und den Methoden der vorherrschenden Paradigmen anpassen wollen oder gezwungen sein werden, dies zu tun.»³

Dieser Aufforderung möchte ich mit dieser Projektstudie nachkommen, indem meine Vorschläge unter anderem auf den Dialog der Dramatherapie mit den etablierten psychotherapeutischen Ansätzen setzen (mehr hierzu in Unterabschnitt 3.4.3).

Handlungsleitend für mich in diesem Rahmen sind die Arbeiten von Mooli Lahad, der mit SEE FAR CBT 2010 (Lahad et al., 2010) ein neues Protokoll zur Behandlung von Angststörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen vorstellte, das die bestehenden psychotherapeutischen Standards um die Wirkmächtigkeit der sogenannten «fantastic reality» (vergleichbar der dramatischen Realität in der Dramatherapie) erweitert.

³ Eigene Übersetzung ins Deutsche des folgenden Absatzes: «We have an obligation to continue to refine and develop more sophisticated and targeted approaches to trauma within drama therapy, and to find ways of empirically testing our work. This process will not be divorced from the question of to what degree we will desire to, or be forced to, accommodate to the language and methods of dominant paradigms.» (Sajnani und Johnson, 2014).

1.5 SCHLUSSFOLGERUNG

Die Einschätzungen der Praktiker und die Neugründungen spezialisierter Tageskliniken und Ambulatorien zeigen, dass es einen erhöhten Bedarf an ambulanten auf Trauma spezialisierten Therapieangeboten gibt. In der Bedürfnisanalyse sowohl auf Seiten der Zielgruppe als auch der Anspruchsgruppe Klinikleitung deutet vieles darauf hin, dass die Wirkung der etablierten und evidenzbasierten psychotherapeutischen Verfahren der Traumatherapie von einer Erweiterung durch Einbezug weiterer menschlicher Ausdrucksformen gesteigert werden könnte. Die Dramatherapie bietet hierfür als körper- und handlungsorientierte Therapieform, die alle Sinne, Körper und Geist miteinbezieht, ideale Voraussetzungen.

2. AUSRICHTUNG

2.1 VISION

In den letzten Jahren habe ich Traumabetroffene teils über mehrere Jahre dramatherapeutisch begleitet und bin seitdem zutiefst überzeugt, dass es zur Überwindung eines erlebten Schreckens die Einbeziehung des ganzen Menschen und den Respekt seiner aktuellen Grenzen braucht. Eine meiner Lehrerinnen Susana Pendzik prägte mich mit dem Bild, dass wir als Dramatherapeutinnen und Dramatherapeuten Hebammen sind, die helfen, auf die Welt zu bringen, was geboren werden will, aber dem Neuen nicht den Namen geben. Ich habe gesehen, wie Dramatherapie durch die ästhetische Distanz zum Erlebten und die Aktivierung des Spieltriebs des Menschen meinen Klientinnen und Klienten ermöglicht, in ihrem Tempo und ihrer Bewältigungsfähigkeit gemäss neue Stärke zu entwickeln.

Gleichzeitig weiss ich, dass im Falle einer Traumatisierung eine Therapeutin, ein Therapeut allein nicht reicht und schätzte in den letzten Jahren sehr, wenn ich mich mit den behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten austauschen konnte und sich unsere Arbeit fruchtbar ergänzte.

In diesem Sinne ist es meine Vision, dass die Dramatherapie im steten Dialog mit der Psychotherapie integraler Bestandteil eines jeden stationären oder tagesklinischen traumatherapeutischen Angebots in der Schweiz wird verbunden mit dem Wunsch, dass Traumabetroffene in der Dramatherapie einen sicheren Raum haben, um im Spiel und kreativer Freiheit neue Kraft für ein Leben ohne Trauma zu schöpfen.

2.2 VORGEHENSWEISE

Das in dieser Studie bearbeitete Projekt besteht im Kern aus einer 3-monatigen Phase, in der ein dramatherapeutisches Gruppenangebot mit Fokus auf Trauma in das Behandlungsprogramm der neuen TK Angst und Trauma integriert und durchgeführt wird. So wird ganz im Sinne der in 2.1 formulierten Vision die Basis geschaffen, zu prüfen und zu zeigen, welchen Beitrag die Dramatherapie zu einer modernen Traumatherapie im Dialog mit den etablierten psychotherapeutischen Methoden leisten kann.

Grob möchte ich meine Vorgehensweise in 4 Phasen einteilen:

1. **Vorbereitung**
 - a. Ideenfindung und Kontakt zur Institution
2. **Konkretisierung des Projekts im Rahmen dieser Projektstudie**
 - a. Interview mit Frau Miko Iso und weiteren Fachpersonen zur Bedarfs- und Bedürfnisklärung
 - b. Verfassen der Projektstudie

3. Durchführung

- a. Vorstellung des Projekts in der Klinik Sonnenhalde
- b. Finanzierung und Durchführung klären
- c. Durchführung des Gruppenangebots mit Zwischenevaluation

4. Evaluation und Folgeprojekt

- a. Abschlussevaluation
- b. Präsentation der Ergebnisse
- c. Entscheidung über Folgeprojekt

2.3 EINBETTUNG

Die Klinik Sonnenhalde AG in Riehen bei Basel ist eine der führenden Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in der Nordwestschweiz. Ihr Angebot umfasst 3 stationäre Abteilungen, 2 Tageskliniken sowie ein Ambulatorium. Die Klinik Sonnenhalde wurde im Jahr 1900 eröffnet und ging aus der 1852 gegründeten Diakonissenanstalt Riehen und dem angegliederten Spital hervor. Bereits ihre Gründer folgten einem pionierhaften Impuls, dem sich die Klinik Sonnenhalde noch heute verpflichtet. Einer der beiden Gründer Johann Jakob Kägi, der Pfarrer der Diakonissenanstalt Riehen formulierte, dass die Klinik Sonnenhalde eine *«Humane Psychiatrie mit offenen Türen und ohne Zwang»* sein solle, ein revolutionärer Ansatz in der damaligen Zeit (Klinik Sonnenhalde AG, 2023).

Die Klinik Sonnenhalde AG bezieht sich in ihrem Selbstverständnis und ihrer Positionierung in der Schweizer Kliniklandschaft bis heute auf diese Wurzeln, indem sie zum einen christliche Grundwerte im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes ins Zentrum ihrer therapeutischen Angebote stellt und zum anderen stets versucht, neue pionierhafte Impulse in der psychotherapeutischen Grundversorgung konkret umzusetzen (Klinik Sonnenhalde AG, 2022).

Aus dem Qualitätsbericht 2022 der Klinik Sonnenhalde AG (Klinik Sonnenhalde AG, 2022) möchte ich 2 Aspekte herausgreifen, die meiner Einschätzung nach einzigartig in der Schweizer Kliniklandschaft sind und das zuvor beschriebene Selbstverständnis der Klinik Sonnenhalde AG in konkreten Massnahmen sehr gut zum Ausdruck bringen:

- 2013 wurde das Kompetenzzentrum Psychiatrie, Spiritualität und Ethik (PSE) gegründet mit der Zielsetzung, *«..., spirituelle und ethische Themen in der Psychiatrie zu fördern und die Integration von Psychiatrie und Seelsorge zu vertiefen.»*
- Im Februar 2023 eröffnete die neue Hybrid-Tagesklinik der Klinik Sonnenhalde AG. Dieses Klinikformat kombiniert erstmals für die Schweiz die Therapieangebote eines klassischen TK-Settings mit persönlicher Präsenz mit digitalen, also virtuellen Therapieangeboten in Form von Online-Kursen und Videositzungen mit den therapeutischen Bezugspersonen. So setzt die Klinik Sonnenhalde AG sehr rasch neueste wissenschaftliche Erkenntnisse um, hierzu das Zitat aus dem Qualitätsbericht 2022: *«Aktuelle Studien weisen darauf hin, dass sich psychotherapeutische Angebote intensivieren lassen, indem persönliche Gespräche ("face-to-face-Kontakte") mit begleitenden digitalen Modulen oder Tagebüchern verzahnt werden ("blended care").»*

Mich als Dramatherapeut spricht die ganzheitliche Orientierung des therapeutischen Angebots der Klinik Sonnenhalde AG für eine Zusammenarbeit sehr an, zum einen, weil ich viele positive Rückmeldungen von Klientinnen und Klienten habe, und zum anderen, weil wir in unserer dramatherapeutischen Arbeit sehr darauf setzen, unsere Klientinnen und Klienten in allen ihren Ausdrucksformen und Wegen, der Welt zu begegnen (inkl. der spirituellen Dimension) zu unterstützen.

Des Weiteren habe ich den Eindruck, dass die Klinik Sonnenhalde AG relativ rasch und niederschwellig neue therapeutische Ansätze umsetzen will und kann, wie das Beispiel der

Hybrid-TK zeigt. Dies erachte ich als gute Voraussetzung nicht nur für die Planung aber dann auch mögliche Umsetzung meines Projektes.

Das Therapieangebot der Klinik Sonnenhalde AG umfasst die folgenden Therapien (je nach Kontext im Einzel- oder Gruppenkontext): Psychotherapie, Seelsorge, Kunsttherapie, Körpertherapie, Atemtherapie, ambulante Ergotherapie, Milieuthherapie, Hydrotherapie, therapeutisches Klettern und Bogenschiessen. Die Kunsttherapie ist in allen Abteilungen durch die Fachrichtung Gestaltungs- und Maltherapie vertreten. Neu ist seit Februar 2023, dass die Kunsttherapie, Fachrichtung Drama- und Sprachtherapie von meiner Kollegin Eliane Scheibler an der Hybrid-TK angeboten wird.

Die neue TK Angst und Trauma deckt nach Ansicht von Peter Streb eine wichtige Versorgungslücke in der Nordwestschweiz. Bis jetzt musste er als niedergelassener Psychiater seine Patienten für eine tagesklinische Traumabehandlung z.B. an die Psychiatrischen Dienste Aargau (Windisch AG, Königsfelden) oder an die Integrierte Psychiatrie Winterthur überweisen. Als ein wichtiges Alleinstellungsmerkmal in der Schweizer Kliniklandschaft sieht Frau Iso, dass die neue TK ein Ganztagesprogramm und damit eine intensiviertere Betreuung ermöglicht.

3. PLANUNG

3.1 BEREICHE

Mein Projekt soll in das Behandlungsprogramm der TK Angst und Trauma implementiert werden. Für die konkrete Umsetzung wird sicher die Leiterin der TK Frau Miko Iso meine zentrale Ansprechpartnerin sein.

Ich befragte Frau Miko Iso in unserem Interview am 17. Juli 2023 zur Organisation und Zielsetzung der neuen TK und konnte das Folgende erfahren:

- Anspruch ist es, Heilung zu ermöglichen. Konkret heisst dies, nicht nur auf die Stabilisierung der Patientinnen und Patienten zu fokussieren, sondern das Trauma gezielt zu behandeln.
- Zielgruppe werden Patientinnen und Patienten mit einer PTBS-Diagnose sein. Ausschlusskriterien sind akute Suizidalität und jegliche Suchtproblematik.
- Das Behandlungskonzept orientiert sich an den S3-Richtlinien Posttraumatische Belastungsstörung der DeGPT (DeGPT, 2019) und umfasst mehrere evidenzbasierte, psychotherapeutische Therapiemethoden (mehr dazu in Unterabschnitt 3.4.3).
- Frau Iso möchte körperorientierte Verfahren unbedingt miteinbeziehen, d.h. Körpertherapie, Atemtherapie und Achtsamkeitsübungen.
- Das Behandlungsprogramm wird ein Ganztagesprogramm sein mit täglichen Angeboten in Einzel- und Gruppentherapie. Dies sieht Frau Iso als Alleinstellungsmerkmal der neuen TK.
- Psychoedukation⁴ und Kunsttherapie im Bereich Malen und Gestalten werden Teil dieses Programms sein.
- Die Organisation des Wochenprogramms wird in etwa ähnlich sein wie das der seit Februar 2023 bestehenden Hybrid-TK.

⁴ Psychoedukation ist ein Ansatz in der Psychotherapie, bei dem Patientinnen und Patienten Hintergrundinformationen zu ihren psychischen Störungen, Symptomen und Bewältigungsstrategien erhalten, um ihr Verständnis der eigenen Situation und ihre Fähigkeiten zur Selbsthilfe zu verbessern.

Leider war Frau Iso bis zum Abschluss dieser Arbeit am 10. Oktober 2023 nicht mehr persönlich zu erreichen, um Details zur Organisation der TK Angst und Trauma zu klären. Ich habe daher am 6. Oktober 2023 ein Interview mit meiner Kollegin Eliane Scheibler, Dramatherapeutin an der Hybrid-TK geführt, um mehr über ihre Arbeit zu erfahren. Aus den Rückmeldungen von Frau Scheibler und der Aussage von Frau Iso, dass die Organisation der TK Angst und Trauma etwa ähnlich sein wird, werde ich Annahmen machen, wie mein Projekt umgesetzt werden könnte und wer die zentralen Anspruchsgruppen sind.

Das Programm der Hybrid-TK richtet sich an Erwachsene im Alter von 18 – 40 Jahren und ist ein Behandlungsprogramm, das je nach Gruppe, in die die Patientinnen und Patienten eingeteilt werden, an 2 oder 3 Tagen pro Woche läuft. Idee dieses Ansatzes ist es, den Besuch in der TK mit Familie und Beruf oder beruflicher Integration zu vereinbaren. An den übrigen Tagen können online Betreuungsangebote der TK in Anspruch genommen werden, es sind dies vor allem Video-Gespräche mit den Bezugspersonen sowie Online-Kurse, die Hintergrundwissen und Übungen zur Selbsthilfe vermitteln. Das Spektrum der Krankheitsbilder ist breit und umfasst: Depression, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Sucht (nicht in der Akutphase) und selten PTBS.

Aus dem Bericht von Frau Scheibler über ihre Arbeit möchte ich die folgenden Aspekte für meine Arbeit beachten:

- Jede der drei Gruppen hat eine 90 minütige Dramatherapie-Sitzung pro Woche.
- Da in allen anderen Abteilungen der Klinik die Kunsttherapie mit Malen und Gestalten vertreten ist, musste Frau Scheibler sowohl auf Seite der Patientinnen und Patienten als auch der Fachpersonen zunächst Aufklärungsarbeit leisten, was Dramatherapie ist und was sie bewirken kann. Dies wird für mich im Punkt Kommunikation relevant sein.
- Durch die unterschiedlichen Zeitpunkte des Eintritts in und des Austritts aus der Klinik ist Frau Scheibler in ihrer Arbeit mit vielen Wechseln innerhalb der Gruppe konfrontiert, was eine vertiefende Prozessarbeit schwierig macht. Sie versucht daher je in sich geschlossene Einheiten anzubieten.
- Frau Scheibler schätzt den interdisziplinären Austausch sehr, doch gibt es dafür ihrer Ansicht nach noch nicht genug Raum. Die gemeinsamen Sitzungen mit den anderen Fachpersonen dienen vor allem dem Austausch zu den dringendsten Themen.
- Frau Scheibler machte die Erfahrung, dass es vor allem die in der Dramatherapie entstandenen Werke sind, die den Austausch und die gemeinsame Therapieplanung mit den behandelnden Psychologinnen oder Psychologen fruchtbar gestalten.
- Frau Scheibler hatte wenige PTBS-Betroffene in ihren Gruppen und hatte hier den Eindruck, dass diese sehr auf einen sicheren und stabilen Rahmen angewiesen sind, so dass sie sich für diese Patientinnen und Patienten eher eine geschlossene Gruppe eventuell auch mit Co-Leitung wünscht.
- Die weiteren Gruppenangebote an der Hybrid-TK sind Gesprächstherapie und Achtsamkeit-Training und werden von Psychologinnen oder Psychologen oder Personen aus dem Team Pflege geleitet.

Auf Basis dieser Informationen sehe ich in meiner Stakeholderanalyse⁵ für die TK Angst und Trauma die folgenden Anspruchsgruppen:

⁵ Die Stakeholderanalyse habe ich nach Vorlage aus dem Dokument Settinganalyse der Gesundheitsförderung Schweiz durchgeführt (abrufbar unter URL: <https://www.quint-essenz.ch/de/tools/1066>).

Tabelle 1: Anspruchsgruppen

<i>Name</i>	<i>Zusammensetzung der Gruppe? Besondere Merkmale?</i>	<i>Besondere Interessen? Bedürfnisse?</i>	<i>Einstellung zur Thematik der Intervention? Distanz? Einfluss?</i>
Klinikleitung	Chefarzt, Stv. Chefärztin, Direktion, Leitung Pflege und Leitung der TK	Sicherstellen eines wirksamen, evidenzbasierten und wettbewerbsfähigen Behandlungsprogramms	Direkter Einfluss über Entscheidung zur Durchführung des Projektes ja/nein
Ärztliches Team	Chefarzt, Stv. Chefärztin, leitende Ärztin oder Arzt der TK	Gelingende Behandlung der Patientinnen und Patienten, Informationsaustausch	Einfluss durch Empfehlung und Einbindung des kunsttherapeutischen Angebots
Psychologinnen und Psychologen	Psychologisches Behandlungsteam der TK und seine Leitung	Durchführung der psychotherapeutischen Angebote, Informationsaustausch und Zusammenarbeit	Einfluss durch Empfehlung und Einbindung des kunsttherapeutischen Angebots
Andere Therapien	Kunsttherapie Malen und Gestalten, Sportangebote	Unterstützende therapeutische Angebote, Informationsaustausch und Zusammenarbeit	Einfluss durch Unterstützung und Zusammenarbeit
Pflegeteam	Leitung und Mitarbeitende Pflege	Tägliche Betreuung der Patientinnen und Patienten, Informationsaustausch und Zusammenarbeit	Einfluss durch Empfehlung und Einbindung des kunsttherapeutischen Angebots
Sozialpsychiatrische Betreuung	Leitung und Mitarbeitende Soziale Arbeit und Sozialpsychiatrische Dienste	Erarbeitung von Tagesstruktur, Alltagsbewältigung und berufliche Integration	Indirekter Einfluss, Interesse an Ressourcenförderung der Patientinnen und Patienten
Patientinnen und Patienten der TK	Zielgruppe	Wunsch nach therapeutischen Angeboten, die helfen	Interesse, direkter Einfluss
Administration	Leitung und Mitarbeitende Administration	Verwaltung, Informationsaustausch	Distanz, indirekter Einfluss

Für die TK Angst und Trauma ist zunächst die Anstellung einer Kunsttherapeutin oder eines Kunsttherapeuten aus der Fachrichtung Gestaltungs- und Maltherapie geplant. Hier könnte eine Konkurrenz mit meinem Angebot entstehen, die ich zu berücksichtigen habe.

3.2 ZIELGRUPPEN / SCHLÜSSELPERSONEN

Zielgruppe meines Angebots an der TK Angst und Trauma werden erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer diagnostizierten PTBS sein. Ausschlusskriterien seitens der Klinik sind eine akute Suizidalität sowie jegliche Suchtproblematik. Die Patientinnen und Patienten können aus einer externen Zuweisung in die TK gekommen sein oder im Anschluss an einen stationären Aufenthalt in der Klinik Sonnenhalde AG in Riehen. Für die letztere Gruppe kann ich in jedem Fall davon ausgehen, dass sie bereits Erfahrung mit der Kunsttherapie haben.

Tabelle 2: Schlüsselpersonen

<i>Name</i>	<i>Funktion? Besondere Merkmale?</i>	<i>Besondere Interessen? Bedürfnisse?</i>	<i>Einstellung zur Thematik der Intervention? Distanz? Einfluss?</i>
Frau Miko Iso	Leitung der TK Angst und Trauma, Entscheidungsträgerin	Sicherstellen eines wirksamen, evidenzbasierten und wettbewerbsfähigen Behandlungsprogramms	Direkter Einfluss, Interesse an Zusammenarbeit, Bereitschaft mein Projekt im Sinne eines Pilotprojekts durchzuführen
Herr PD Dr. med. Johannes Beck	Chefarzt Klinik Sonnenhalde AG, Entscheidungsträger	Sicherstellen eines wirksamen, evidenzbasierten und wettbewerbsfähigen Behandlungsprogramms	Interesse für neue Ansätze, direkter Einfluss über Entscheidung der Durchführung und allenfalls Finanzierung meines Projektes
Frau Dr. med. Anja Oswald, MBA	Direktorin Klinik Sonnenhalde AG, Entscheidungsträgerin	Sicherstellen eines wirksamen, evidenzbasierten und wettbewerbsfähigen Behandlungsprogramms	Interesse an Innovation und Wettbewerbsfähigkeit der Klinik, direkter Einfluss durch Entscheidung über Finanzierung meines Projektes
Herr René Leuenberger	Leitung Pflege/Therapien/Sozialpsychiatrischer Dienst, Multiplikator	Interesse an ganzheitlicher Behandlung der Patientinnen und Patienten, Fokus auf Patientenzufriedenheit	Einfluss als Multiplikator in der Geschäftsleitung, Erstkontakt für eine Vermittlung der Zusammenarbeit mit anderen Therapien und Pflege
Eliane Scheibler, Dramatherapeutin DTI mit Branchenzertifikat	Kunsttherapeutin an der Hybrid-TK	Interesse an Förderung der Dramatherapie innerhalb der Institution	Einfluss als Multiplikatorin u.a. im Team der Kunsttherapie

3.3 ZIELE

In diesem Abschnitt möchte ich primär auf die Ziele fokussieren, die erreicht werden sollen, um eine erfolgreiche Planung und Umsetzung des Projekts zu gewährleisten. Sie sind damit vor allem auf den Rahmen der Organisation und meine Vorarbeiten und damit bedarfsgerecht formuliert. Wenn mein Angebot dann umgesetzt wird, sind in Bezug auf die Zielgruppe die therapeutischen Ziele von zentraler Bedeutung, welche ich in Unterabschnitt 3.4.6.1 ausführlich und im Kontext der geplanten Interventionen erörtern werde. Für eine Übersicht der Ziele nutze ich im Folgenden die Planungstabelle nach Vorlage aus dem Dokument Planungstabelle der Gesundheitsförderung Schweiz⁶:

⁶ abrufbar unter URL: <https://www.quint-essenz.ch/de/tools/1002>

Tabelle 3: Planung – Dramatherapie an der TK Angst und Trauma

Vision	Nr.	Bezeichnung Meilensteine	Datum
<p>Dramatherapie wird integraler Bestandteil eines jeden stationären oder tagesklinischen traumatherapeutischen Angebots in der Schweiz. Mit diesem Projekt soll die Grundlage dafür geschaffen werden, indem es zeigen kann, dass Dramatherapie neue Möglichkeiten zur Arbeit mit Traumanarrativen und den eigenen Ressourcen bietet und somit die Ziele der etablierten psychotherapeutischen Verfahren wirkungsvoll unterstützt.</p>		Projektbeginn	April 2023
	1	Themenfindung	30. April 2023
	2	Bedarfs- und Bedürfnisklärung	17. Juli 2023
	3	Interviews Fachpersonen	Juli/Aug. 2023
	4	Erstellung Projektstudie	16. Okt. 2023
	5	Präsentation Klinikleitung	Januar 2024
	6	Klärung Finanzierung	Februar 2024
	7	Start 1. Durchführung	März 2024
	8	Zwischenevaluation	April 2024
	9	Abschluss & Evaluation	Mai 2024
	10	Diskussion mit Klinikleitung	Juni 2024
	11	Projektierung Folgeprojekt	Juni 2024
	12	Entscheidung Folgeprojekt	Juli 2024
		Projektende	Juli 2024

Nr	Strategien
1	Vorbereitende Arbeiten und Definition Projektidee
2	Konkretisierung des Projekts und Ausarbeitung der Projektstudie
3	Vorstellung des Projekts gegenüber der Klinikleitung und Durchführung eines ersten Durchgangs
4	Evaluation und Folgeprojekt

Nr	Projektziele	Indikatoren	Sollwerte	Massnahmen
1	Definition Projektidee			
1.1	Angebot definieren	Projektskizze vorhanden	Erreicht	Aus eigener Praxiserfahrung und Literaturrecherche Angebot entwickeln
1.2	Kontakt zur Institution aufnehmen	Zusage für ein Interview erhalten	Erreicht	Institution und Ansprechpersonen identifizieren und Interviewanfrage senden
1.3	Interview führen	Bedarfs- und Bedürfnisanalyse abgeschlossen	Erreicht	Interview mit Klinikleitung führen
2	Ausarbeitung Projektstudie			
2.1	Interviews mit Fachpersonen	Bedarfs- und Bedürfnisanalyse ist verfeinert	Erreicht	Kontakt zu und Interviews mit 2 weiteren, niedergelassenen Fachpersonen
2.2	Projektstudie erstellen	Projektstudie ist erstellt, Projekt kann vorgestellt werden, Basis für die Umsetzung ist geschaffen	Erreicht	Projektstudie nach Leitfaden erstellen unter Einbezug aktueller Literatur, Leitfaden zur Evaluation erstellen
3	Präsentation Projekt und Durchführung			

Nr	Projektziele	Indikatoren	Soll-werte	Massnahmen
3.1	Termin mit Klinikleitung und Präsentation der Projektstudie	Termin steht und Präsentation ist erfolgt	Offen	Präsentation vorbereiten, Termin mit Schlüsselpersonen vereinbaren, Präsentation halten
3.2	Diskussion der Projektidee und Entscheidung	Die Projektidee erhält die Zusage für eine erste Durchführung	Offen	Diskussion der Projektidee mit den Schlüsselpersonen, Bedingungen zur Umsetzung klären und Angebot allenfalls anpassen
3.3	Finanzierung klären	Finanzierung ist geklärt	Offen	Mit Klinikleitung über Finanzierung verhandeln, allenfalls Förderung über externe Stellen, z.B. Stiftungen, klären
3.4	Ein erster Durchgang des Angebots findet statt	Eine erste Gruppe hat an der dramatherapeutischen Gruppe mit Fokus Trauma teilgenommen	Offen	Angebot durchführen, Zwischenevaluation erstellen
4	Evaluation und Folgeprojekt			
4.1	Abschlussevaluation durchführen	Die erste Durchführung des Angebots ist ausgewertet	Offen	Evaluation durchführen und Erkenntnisse für Folgeprojekt ableiten
4.2	Präsentation der Ergebnisse	Termin steht und Präsentation ist erfolgt	Offen	Präsentation vorbereiten, Termin mit Schlüsselpersonen vereinbaren, Präsentation halten
4.3	Diskussion der Ergebnisse und Folgeprojekt	Bedingungen für ein Folgeprojekt und Entscheidung ja/nein sind geklärt	Offen	Diskussion der Ergebnisse mit den Schlüsselpersonen, Bedingungen für Folgeprojekt klären und Angebot allenfalls anpassen

3.4 ANGEBOT UND MASSNAHMEN

3.4.1 Übersicht

Mein Vorschlag für ein dramatherapeutisches Gruppenangebot mit Fokus auf Trauma für die neue TK Angst und Trauma gründet sich auf den folgenden 3 Säulen:

1. Den theoretischen Grundlagen der Dramatherapie und den darauf basierenden therapeutischen Interventionen
2. Dem Dialog und den Schnittstellen mit den aktuell etablierten psychotherapeutischen Ansätzen
3. Den Erkenntnissen der Wissenschaft zu den neurobiologischen Grundlagen der post-traumatischen Belastungsstörung

Im Folgenden möchte ich zunächst diese 3 Säulen detailliert vorstellen und daraus dann das konkrete Angebot und seine Massnahmen ableiten.

3.4.2 Die Dramatherapie und ihre Werkzeuge

Dramatherapie ist eine körper- und handlungsorientierte Therapieform, die alle Sinne, Körper und Geist miteinbezieht. Setzt man die Grundidee des therapeutischen Einsatzes von Theater ins Zentrum einer Betrachtung der Geschichte der Dramatherapie, dann wird man weit

zurückgehen können. Aristoteles etwa beschreibt in seiner Poetik, wie der Zuschauer der griechischen Tragödie durch das Miterleben eine Reinigung von starken Gefühlen, die sogenannte Katharsis (griechisch: κάθαρσις, Reinigung) erfahren kann. Pendzik diskutiert sogar, inwiefern die heutige Dramatherapie eine Form des modernen Schamanismus darstellt und zitiert einleitend Quellen, die den prähistorischen Schamanismus als den eigentlichen Ursprung des Theaters ansehen (Pendzik, 1988). Wie lange die Geschichte der Dramatherapie auch zurückreichen mag, ihre Entwicklung geht nicht auf einen oder wenige Gründer zurück sondern ist vielmehr das Ergebnis vielfältiger Beiträge aus beiden Bereichen, dem therapeutischen und dem des Theaters (Pendzik, 1988; Landy, 2009).

Entsprechend vielfältig sind heute die methodischen Ansätze der Dramatherapie, sie reichen von Rollenspielen über Inszenierungsarbeit bis hin zu Ritualarbeit, um nur ein paar der Möglichkeiten zu nennen.

Wie bereits in Punkt 1.2 erläutert ist der Kern jeder dramatherapeutischen Arbeit die dramatische Realität. In diesem Raum des «*So tun als ob*» lässt es sich mit Neuem experimentieren bevor es dann auch im Alltag gewagt werden kann und meine Aufgabe als Dramatherapeut ist es, meine Klientinnen und Klienten in die dramatische Realität hinein und wieder hinaus zu begleiten und den Transfer der Erfahrungen in den Alltag zu vermitteln.

Das im nächsten Unterabschnitt vorgestellte Paradigma Embodiment-Projection-Role hilft bei der Wahl der Methoden und Techniken für den Eintritt und die Arbeit in der dramatischen Realität.

3.4.2.1 Das Paradigma Embodiment-Projection-Role

Das Paradigma Embodiment-Projection-Role (im Folgenden als EPR bezeichnet) geht auf Sue Jennings (Jennings, 1998) zurück und beschreibt die Entwicklung des dramatischen Spiels von der Geburt bis zum Alter von 7 Jahren. Kinder entdecken die Welt um sie herum im Spiel und gemäss EPR geschieht dies in drei Phasen. In der ersten Phase, Embodiment, ist das Spiel des Kindes von den Erfahrungen des Körpers und der Sinne geprägt und vermittelt die Ausbildung der Wahrnehmung des eigenen Körpers als etwas, das verschieden ist von der Umgebung. Diese Entwicklung eines 'body-self' ist für Jennings (Jennings, 1998) Voraussetzung für die Entwicklung der Unterscheidungsfähigkeit zwischen 'ich' (selfhood) und 'den anderen' (otherhood).

In der zweiten Phase, Projection, weitet das Kind das Spiel über den eigenen Körper hinaus auf Objekte und Materialien aus. Objekte werden zueinander in Beziehung gebracht und sind der Keim für erste Geschichten. Im Spiel mit Puppen können dann erste Rollen entstehen bis das Kind am Übergang zur dritten Phase, Role, das projektive Spiel langsam verlässt und beginnt, selbst gewisse Rollen zu spielen. Objekte können in dieser Phase als Requisiten das Spielen einer Rolle katalysieren. Im Alter von etwa 7 Jahren sind im Idealfall alle drei Phasen abgeschlossen und die Kinder sind in der Lage, dramatisch zu spielen, d.h. Szenen zu spielen mit Bewegung, Kostümen und Requisiten sowie verschiedenen Charakteren.

Für Sue Jennings bildet EPR das Fundament der Entwicklung des Kindes hin zum erwachsenen Menschen. Sie betont dabei, dass EPR nicht die psychologische, körperliche oder emotionale Entwicklung umschreibt, sondern eben die Entwicklung der Fähigkeit, dramatisch zu spielen (Jennings, 1998). EPR führt zur Ausbildung der Fähigkeit, sich eine *als ob*-Rolle oder Situation vorstellen zu können, d.h. wir machen uns mit der dramatischen Realität vertraut und können die dort gemachten Erfahrungen nutzen, um anderen kooperativ, mitfühlend und konfliktfähig zu begegnen (Jennings, 2012).

Für die dramatherapeutische Praxis bietet EPR in zwei Punkten ganz konkrete Hilfestellung: Einerseits als Werkzeug zum Assessment und andererseits als Grundlage für die Entscheidung, mit welchen Techniken der Eintritt in die dramatische Realität für einen betreffenden Klienten am besten gelingen könnte.

Als Assessment-Werkzeug kann EPR genutzt werden, um zu beurteilen, in welcher Phase ein Klient besonders stark mitgeht und welche der drei Phasen eher seltener genutzt werden (ausführlich beschrieben in Jennings, 2012). Dies kann Hinweise geben auf Beeinträchtigungen der frühen Entwicklung. In der Folge kann ich darauf abgestimmte Angebote in der Dramatherapie machen und setze EPR als Entscheidungshilfe zur Wahl der geeigneten dramatherapeutischen Techniken ein.

Techniken, um das Embodiment anzusprechen, umfassen alle körperlichen und sinnlichen Erfahrungen (Bewegungen; bewusst sehen, hören, fühlen etc.). Für die Arbeit mit Projektion können Miniaturwelten, Puppen oder das Malen und Gestalten von Skulpturen herangezogen werden. Mit Rollen arbeiten wir in Rollenspielen oder der Inszenierung von z.B. Märchenszenen.

3.4.2.2 Rollentheorie und ihre Anwendung in der Dramatherapie nach Landy

Eine Vielzahl von Autoren hat sich mit der Arbeit mit Rollen in der Dramatherapie auseinandergesetzt. Zentrale Beiträge stammen dabei von Robert Landy, der mit seiner "Role Method" eine 8 Schritte umfassende Methode zur dramatherapeutischen Arbeit mit Rollen entwickelt hat (Landy, 1993, 2009). Nach wie vor fasziniert mich ein Zitat von Robert Landy, das Susana Pendzik in einem Seminar 2015 wie folgt wiedergab: *«As dramatherapists we prescribe roles like medicine»*. Als Dramatherapeut kann ich also Rollen wie Medizin verschreiben und so meinen Klientinnen und Klienten helfen, durch Erweiterung ihres Rollenrepertoires auch ihre Handlungsfähigkeit zu vergrössern. Ich möchte hier also kurz die Grundkonzepte von Landys Role Method beschreiben. Für die praktische dramatherapeutische Arbeit schlägt Landy die drei grundlegenden Kategorien Rolle, Gegenrolle und Guide (engl. für Führer oder auch Ratgeber) vor. Zentrale theoretische Annahme ist dabei, dass der Mensch von Natur aus in der Lage ist, Rollen zu übernehmen und zu spielen. Die Rollen repräsentieren dabei Aspekte unserer Persönlichkeit. Gemäss Landy (Landy, 2009) geht der Dramatherapeut in der Arbeit mit der Role Method davon aus, dass es mindestens eine Rolle gibt, zu der der Klient wenig bis gar keinen Kontakt hat, die schwach ausgeprägt ist oder die sich mit anderen seiner Rollen oder den Rollen von Menschen in seinem Umfeld reibt. Die erste Aufgabe der Dramatherapie ist, diese Rolle ausfindig und der Klientin oder dem Klienten zugänglich zu machen (Landy, 2009). Einer Rolle gegenüber steht häufig eine Gegenrolle. Diese muss nicht einfach das negative Gegenteil der positiven Aspekte der Rolle im Sinne eines Gut-oder-Böse sein sondern vielmehr ist die Gegenrolle für Landy Ausdruck jener Aspekte der Persönlichkeit, die abgelehnt oder vermieden werden im Versuch, eine bestimmte Rolle zu übernehmen (Landy, 2009). Rolle und Gegenrolle manifestieren unter Umständen ein Paradox. Die Klientin oder der Klient kann in der Arbeit mit ihnen vor der Herausforderung stehen, damit umzugehen zu lernen, dass es widersprüchliche Anteile in ihr oder in ihm gibt. Landy legt seiner Role Method als wichtige theoretische Annahme zugrunde, dass der Mensch immer nach Balance strebt und die Fähigkeit entwickelt hat, mit den Folgen von Gegensatz und Paradox zu leben (Landy, 2009).

Der Guide ist schliesslich jene Instanz (im Sinne z.B. eines "höheren Selbst"), die hilft, zwischen Rolle und Gegenrolle zu vermitteln. In der Dramatherapie kann es zunächst die Therapeutin oder der Therapeut sein, die die Rolle des Guide übernehmen, aber Ziel des therapeutischen Prozesses sollte es schliesslich sein, dass die Klientin oder der Klient den Guide internalisiert oder den Guide in sich entdeckt, also jenen Teil ihrer oder seiner Persönlichkeit, der Widersprüche zu überbrücken und zu integrieren vermag. Mit dem Guide in sich in Kontakt zu treten, heisst für die Klientinnen und Klienten schliesslich auch, sich ihrer selbst mehr bewusst zu werden, ebenfalls ein wichtiges Ziel jeder therapeutischen Arbeit.

3.4.2.3 Sechs-Bilder-Geschichte und ihre Auswertung nach dem BASIC-Ph Modell

Die Arbeit mit der Sechs-Bilder-Geschichte ist ein wichtiges Werkzeuge der Dramatherapie (in der Folge werde ich den englischen Begriff und die entsprechende Abkürzung 6PSM (Six

Piece Storymaking) verwenden). 6PSM ermöglicht einen niederschweligen, kreativen Zugang zu den eigenen Themen und in der Folge vielfältige Möglichkeiten der therapeutischen Weiterentwicklung durch z.B. die szenische Erarbeitung einzelner Sequenzen der Geschichte über mehrere Sitzungen.

6PSM ist das Ergebnis der langjährigen Zusammenarbeit zwischen der israelischen Psychologin Ofra Ayalon, der englischen Dramatherapeutin Alida Gersie und dem israelischen Psychologie-Professor Mooli Lahad und wurde 1992 erstmals publiziert (Lahad, 1992; Ayalon and Lahad, 2000). Basierend auf sechs Fragen entwickelt die Klientin oder der Klient eine Geschichte in sechs Bildern und wird dann eingeladen, diese in ihren oder seinen eigenen Worten zu erzählen. 6PSM nutzt die jahrtausendealte Neigung der Menschen, Geschichten zu erzählen, um sich selbst und ihren Bezug zur Welt auszudrücken und eben auch um unfassbare, überwältigende Ereignisse zu verarbeiten. In der Tat ist der Mensch das einzig uns bekannte Lebewesen, das Geschichten erzählt und wird nach Gottschall daher auch als *«storytelling animal»* bezeichnet (Gottschall, 2012).

Die sechs Kernfragen zur Gestaltung des 6PSM erinnern an die archetypische Grundstruktur der Heldenreise, die der amerikanische Mythologe Joseph Campbell in seinem Grundlagenwerk *«The hero with a thousand faces»* erstmals 1949 veröffentlichte (Campbell, Neuauflage 1968). Campbell entdeckte nach eingehender Analyse in verschiedenen Kulturen und Zeitaltern, dass der Grossteil der Mythen, Märchen und Legenden der Menschheit der immer gleichen Grundstruktur folgen. Er identifizierte schliesslich 17 Stationen der Heldenreise, die in der Praxis von Ayalon, Gersie und Lahad im 6PSM auf die folgenden sechs Stationen und damit Kernfragen reduziert wurden:

1. Wer ist die Heldin oder der Held der Geschichte?
2. Was ist das Problem oder die Aufgabe, die er oder sie zu lösen oder zu erfüllen hat?
3. Wer oder was hilft der Heldin oder dem Helden?
4. Was ist das Hindernis, auf das die Heldin oder der Held stösst?
5. Wie überwindet die Heldin oder der Held das Hindernis?
6. Was passiert dann?

Auch in meiner eigenen Praxiserfahrung zeigt sich immer wieder, dass 6PSM meinen Klientinnen und Klienten ermöglicht, ihre Themen und Schwierigkeiten in die Form einer Geschichte zu projizieren und dadurch in ästhetische Distanz zu diesen gehen zu können. In Form einer 6-Bilder-Geschichte können meine Klientinnen und Klienten frei entscheiden, welche Distanz sie zum meist belastenden Inhalt nehmen wollen. Sie können eine hohes Mass an ästhetischer Distanz wählen im Sinne von *«Es ist ja nur eine Geschichte»* bis hin zur Identifikation mit der Heldin oder dem Helden der Geschichte (*«Das ist ja genau meine Geschichte!»*). In der Arbeit mit 6PSM, die sich in der Regel über mehrere Sitzungen erstreckt, kann ich als Dramatherapeut dabei helfen, die ästhetische Distanz zur Geschichte und damit die Haltung zu ihrem belastenden Inhalt zu modulieren und schaffe damit die Basis für ein wesentliches Ziel einer jeden Traumatherapie nämlich, das schreckliche Erlebnis als ein Ereignis in der Vergangenheit kennenzulernen und von einem Hier und Jetzt ohne Schrecken trennen zu können.

In diesem Sinne nutzten Ayalon und Lahad das 6PSM über Jahrzehnte auch in der Arbeit mit Traumabetroffenen und entdeckten so, dass die Art und Weise, in der die 6-Bilder-Geschichte erzählt wird, Aussagen über die Bewältigungsstrategien zulässt, die ein Mensch nutzt, um mit Krisensituationen umzugehen. Daraus entwickelten sie das BASIC-Ph Modell (Lahad, 1992), das heute als zentrales Werkzeug zur dramatherapeutischen Befunderhebung eingesetzt wird.

BASIC-Ph ist ein Akronym, das sechs Bewältigungsstrategien beschreibt:

1. **BELIEF**: der Glaube an etwas, z.B. an Gott oder eine übernatürliche Macht, aber auch in das Vertrauen an andere Menschen oder zu sich selbst.
2. **AFFECT**: die Fähigkeit, mit Gefühlen umzugehen, sie zu erkennen und zu benennen.
3. **SOCIAL**: den Kontakt zu anderen Menschen und ihre Hilfe suchen und annehmen können.
4. **IMAGINATION**: die Vorstellungskraft als Quelle unserer Kreativität nutzen können. Durch Einsatz der Imagination können wir träumen, intuitiv und flexibel sein und neue Lösungsmöglichkeiten finden.
5. **Cognition**: die Fähigkeit, die Umstände logisch und rational zu erfassen, Risiken zu erkennen und vorausschauend zu planen und somit die Basis für neue Strategien zu entwickeln.
6. **Physical**: umfasst alle körperlichen Kanäle zur Bewältigung von Krisensituationen. In neurobiologischem Sinne geht es hier dann auch um die Modalitäten Kampf, Flucht oder Totstellen. Hinweise auf die Nutzung dieser Bewältigungsstrategie können auch Somatisierungen⁷ sein.

6PSM bietet in der Dramatherapie also nicht nur ein projektives Verfahren, um auf kreative Art und Weise die eigenen Themen auszudrücken und zu bearbeiten, sondern eben auch ein Werkzeug, um besser zu verstehen, wie unsere Klientinnen und Klienten der Welt begegnen. Die Analyse der Geschichten mit BASIC-Ph, die wir auf Grundlage des 6PSM hören, hilft uns als Dramatherapeutinnen und Dramatherapeuten, die Sprache kennenzulernen und zu sprechen, mit der unsere Klientinnen und Klienten der Welt begegnen. BASIC-Ph ist ein psycholinguistisches Modell, das davon ausgeht, dass in der Art und Weise, wie wir uns ausdrücken, sichtbar wird, wie wir auf die Welt schauen, ihr begegnen und in ihr und mit ihr handeln.

In der Praxis erzählt die Klientin oder der Klient anhand der gezeichneten 6 Bilder ihre bzw. seine Geschichte und die Dramatherapeutin oder der Dramatherapeut stellt, wo nötig, nicht-interpretierende, offene Fragen zur Klärung oder Vertiefung. Die Wahl der Sprache, speziell der Verben und Adverbien liefert Informationen über die bevorzugt gewählte Bewältigungsstrategie und ich als zuhörender Dramatherapeut ordne diese entsprechend zu.

Für die weitere Therapie bilden die bevorzugt genutzten Bewältigungsstrategien einen einfachen Einstieg in die dramatherapeutische Arbeit und die wenig genutzten Kanäle sind die Grundlage für die Therapieziele der weiteren Arbeit. Wenn meine Klientin oder mein Klient zum Beispiel vor allem über die Kanäle Kognition (C) und Körper (Ph) der Welt begegnet, werde ich versuchen, in der Dramatherapie Angebote zu machen, die den Kontakt zu den eigenen Gefühlen (A), den Glauben an eine höhere, helfende Macht (B), die helfende Kraft der Mitmenschen (S) oder die Vorstellungskraft (I) fördern. Wie Menschen mit Krisensituationen umgehen, das heißt, wie schnell sie sich von einem Schock erholen können, wie rasch und kreativ sie Lösungen im Umgang mit der Krise finden, wird mit dem Konzept der Resilienz beschrieben. Resilienz ist die Fähigkeit, sich neuen Gegebenheiten anzupassen. Das Modell BASIC-Ph zielt auf die Erhöhung der Resilienz und geht davon aus, dass Menschen besser mit Krisen umgehen können je vielfältiger sie Bewältigungsstrategien nutzen können. BASIC-Ph gestattet somit nicht nur eine Erfassung der aktuellen Resilienz sondern bietet auch Orientierung für den therapeutischen Prozess zur Erhöhung der Anpassungsfähigkeit. Dies ist ein zentrales Element einer traumaspezifischen Dramatherapie (siehe Unterabschnitt 3.4.6).

⁷ Somatisierung bezeichnet das Phänomen, dass psychische Belastungen oder Konflikte in körperliche Beschwerden umgewandelt werden. Dies kann zu Symptomen führen, die nicht auf eine körperliche Ursache zurückzuführen sind.

3.4.2.4 Traumafokussierte Arbeit mit Geschichten nach dem SEE FAR CBT Protokoll

Die Kunsttherapie wird mittlerweile als wirksame begleitende Behandlungsmöglichkeit für die posttraumatische Belastungsstörung (im Folgenden abgekürzt PTBS verwendet) empfohlen (DeGPT, 2019), doch mangelt es nach wie vor an randomisierten, kontrollierten, klinischen Studien, die ihre Wirkung durch Evidenz bestätigen (Johnson et al., 2009; Sajnani und Johnson, 2014; DeGPT, 2019). Um diesem Umstand zu begegnen, entwickelten Lahad und Mitarbeiter das Behandlungsprotokoll SEE FAR CBT (Lahad and Doron, 2010), das durch sein standardisiertes Vorgehen den Einsatz in entsprechenden klinischen Studien ermöglicht. In diesem Protokoll werden zwei bewährte Verfahren der Traumatherapie, das Somatic Experiencing (SE) und die Kognitive Verhaltenstherapie (engl. abgekürzt als CBT für cognitive behavioural therapy) mit der Arbeit in der «fantastic reality» (FAR) erweitert. Lahad beschreibt die «fantastic reality» als den Raum, in dem man «*So-tun-kann-als-ob*», in dem die Imagination alle denkbaren Möglichkeiten unabhängig von den realen und zeitlichen Gegebenheiten zulässt. Lahads Konzept der «fantastic reality» ist also vergleichbar mit Pendziks Idee der dramatischen Realität (Pendzik, 2008).

In einer Studie von 2010 verglichen Lahad und Mitarbeiter (Lahad et al., 2010) SEE FAR CBT mit einem weithin anerkannten und evidenz-basierten Werkzeug der Traumatherapie, nämlich dem Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) und konnten zeigen, dass beide Gruppen von PTBS-Patienten eine vergleichbare statistisch signifikante Reduktion ihre PTBS-Symptome zeigten. SEE FAR CBT hat also ein ähnliches therapeutisches Potential wie EMDR und weitere, umfangreichere Studien müssen dies klinisch bestätigen.

Im Rahmen dieser Projektstudie ist SEE FAR CBT für mich von besonderer und handlungsleitender Bedeutung, da Lahad et al. dramatherapeutische Methoden in direkten Bezug zu den etablierten psychotherapeutischen Verfahren setzen und darüber hinaus die Wahl ihres Ansatzes neurobiologisch begründen. Wenn es also um die Einführung einer traumafokussierten Dramatherapie in den Kontext einer psychotherapeutischen TK geht, bietet SEE FAR CBT wichtige Argumente, warum Dramatherapie das bestehende therapeutische Angebot wirkungssteigernd erweitern kann.

Welches also sind die zentralen Elemente von SEE FAR CBT, die ich für meine Vision einer traumafokussierten Dramatherapie berücksichtigen möchte?

Lahad et al. setzen sich zunächst mit jenen zwei psychotherapeutischen Verfahren zur Traumatherapie auseinander, für die in der Literatur aktuell die meiste Evidenz vorliegt und die daher als effektivste Ansätze angesehen werden. Es sind dies Prolonged Exposure (PE) und EMDR (Seidler und Wagner, 2006). Beide Verfahren arbeiten direkt mit dem traumatischen Erlebnis und die Patientinnen und Patienten werden im Laufe der Therapie aufgefordert, die Geschehnisse nochmals detailliert nachzuerzählen und damit nachzuerleben. Lahad et al. weisen hier darauf hin, dass die Gefahr einer Überflutung, wenn nicht gar Retraumatisierung besteht. Sie empfehlen den Einsatz der Imagination über die Dimension der «fantastic reality» (FAR) als sichereren Weg mit den traumatischen Erinnerungen zu arbeiten.

Mehrere Arbeiten deuten darauf hin, dass es einen direkten Zusammenhang gibt zwischen der Fähigkeit zu fantasieren (sich also z.B. in eine Traumwelt, an einen sicheren Ort zu versetzen) und dem Risiko im Anschluss an ein schreckliches Ereignis an einer PTBS zu erkranken. Menschen, die bereits im Kindesalter durch z.B. musische Aktivitäten die Gelegenheit hatten, ihre Fähigkeit zu fantasieren zu entwickeln, scheinen traumatische Erlebnisse besser und schneller zu verarbeiten und sich vom Schock häufiger ohne Entwicklung einer PTBS zu erholen (Ozer et al., 2003; Candel und Merckelbach, 2004; Kaplansky, 2009; Lahad und Leykin, 2012).

Aus Forschungen zum Unterschied zwischen normalen und traumatischen Erinnerungen leitet sich ein weiteres Argument für die Wirksamkeit und den Einsatz der FAR ab. Erinnerungen an ein traumatisches Erlebnis sind häufig fragmentiert und PTBS-Betroffene können unter Flashbacks leiden, während denen sie die traumatisierende Situation unter Überflutung durch Bilder, Gefühle und Geräusche wiedererleben (van der Kolk, 2015). Das traumatische Ereignis wird dann als präsent im Hier und Jetzt erlebt und es ist Betroffenen nur schwer möglich, es als Ereignis in der Vergangenheit zu betrachten.

Ziel vieler heutiger Therapieverfahren zur Behandlung der PTBS ist, die fragmentierte, traumatische Erinnerung in das sogenannte biografische Gedächtnis zu überführen. Zentrales Merkmal für den Erfolg ist dabei, dass das Trauma als ein Ereignis in der Vergangenheit wahrgenommen wird und die Patientinnen und Patienten es in einer zusammenhängenden Geschichte erzählen können und damit wissen, was die Erinnerung an das Trauma ist (van der Kolk, 2015; Hass-Cohen, 2022).

Wie in Unterabschnitt 3.4.4 zur Neurobiologie der Traumareaktion gezeigt werden wird, steht die ursprüngliche fragmentierte und von starken Gefühlen und Bilder geprägte Erinnerung an das Trauma in Verbindung mit der Aktivität des limbischen Systems und dem visuellen Kortex wohingegen das Erinnern an das Trauma als einem Ereignis in der Vergangenheit in Form einer zusammenhängenden Geschichte eine Leistung der sogenannten höheren Gehirnfunktionen, namentlich des präfrontalen Kortex ist.

Lahad et al. argumentieren nun (Lahad et al., 2010), dass es die Arbeit mit und in der FAR ist, die das limbische System und den visuellen Kortex besonders anspricht und damit einen direkteren und gleichzeitig durch Nutzung der Fähigkeit zu fantasieren und in ästhetische Distanz zu gehen einen sichereren Zugang zur traumatischen Erinnerung ermöglicht.

Warum aber kombinieren Lahad et al. die Arbeit in der FAR jetzt mit den Methoden SE und CBT?

Somatic Experiencing wurde von dem Psychologen Peter A. Levine entwickelt und stellt ein körperorientiertes Verfahren zur Behandlung von traumatischem Stress dar (Levine und Frederick, 1997). Ziel ist es, der Patientin oder dem Patienten die Fähigkeit zur Selbstregulation der körperlichen Stressreaktion, die als Folge des traumatischen Ereignisses zum Teil chronifiziert auftritt, wieder zurückzugeben. Van der Kolk (van der Kolk, 2015) betitelt sein Grundlagenwerk zum Thema Psychotrauma deshalb bewusst mit «Verkörperter Schrecken» (englischer Originaltitel: «The Body Keeps The Score»). Somatic Experiencing geht davon aus, dass es nicht in erster Linie das traumatisierende Ereignis an sich ist, was das von den Betroffenen beschriebene Trauma ausmacht, sondern vor allem, wie der Körper darauf reagiert. Die Patientinnen und Patienten mit einer PTBS erleben dies unter anderem in Form von anhaltenden Spannungszuständen und einem ständig erhöhtem Grad an Erregung (engl. «Arousal»). In der Arbeit mit Somatic Experiencing lernen die Patientinnen und Patienten diese Körperreaktionen kennen und selbst z.B. durch Atem- und Entspannungsübungen zu regulieren.

Im SEE FAR CBT dient der Einsatz von der Techniken des SE dazu, die Klientin/den Klienten bewusst präsent im Prozess zu halten (Lahad et al., 2010). Ein erhöhtes Mass an Arousal geht einher mit dem erhöhten Risiko zur Dissoziation und damit dem Zurückfallen in die ursprünglichen Stressreaktionen des vegetativen Nervensystems, die eine bewusste Bearbeitung des Traumas behindern (siehe Unterabschnitt 3.4.4). Andererseits wird SE im SEE FAR CBT eingesetzt, um Körperreaktionen auf die Nacherzählung des Traumas bewusst zu machen und einzuordnen in Momente, Erinnerungen und Handlungen, die für Entspannung sorgen und solche, die nach wie vor Stress und Anspannung erzeugen. SE im SEE FAR CBT dient also zur Klärung eher hinderlicher körperlicher Reaktionen im Sinne von übermäßigem Arousal und zum anderen zur Förderung der Resilienz durch bewussten Umgang mit

Massnahmen, die die Entspannung fördern. In der Begleitung kann die Therapeutin/der Therapeut SE oder andere Verfahren zur Förderung der Körperwahrnehmung schliesslich einsetzen, um die Klientin oder den Klienten Schritt für Schritt mehr zu stärken für die Konfrontation mit und die Bearbeitung der traumatischen Erinnerung.

Diese Stärkung vorausgesetzt kann dann der kognitive Anteil und Beitrag, vertreten durch die CBT (Foa et al., 2009) im SEE FAR CBT, seine Wirkung entfalten. CBT im SEE FAR CBT erfüllt 5 wichtige Aufgaben (Lahad et al. 2010a):

1. Durch bewusste Konfrontation mit der eigenen traumatischen Geschichte im Nacherzählen, eine sogenannte Desensibilisierung gegenüber dem Trauma.
2. Die Grundlage für die Entwicklung einer zusammenhängenden Geschichte und damit die Stärkung des präfrontalen Kortex.
3. Schrittweise bewusst erlebte Annäherung an die traumatische Erinnerung als Erfahrung für die Klientinnen und Klienten, wieder die Kontrolle über das Geschehen zu haben.
4. Rückblick auf die Erfahrungen innerhalb einer jeden Sitzung und dadurch Förderung eines Lerneffekts und bewusste Verankerung der Fortschritte.
5. Psychoedukation zu den Grundlagen der Traumareaktion.

SEE FAR CBT findet im Einzelsetting statt und ist über ein definiertes Protokoll (Manual) klar strukturiert. Dies ermöglichte Mooli Lahad über die letzten Jahrzehnte, SEE FAR CBT auch Ersthelfern in Krisengebieten zu unterrichten und somit eine breitenwirksame Ersthilfe zur Prävention der PTBS zu etablieren.

Im Rahmen dieser Arbeit möchte ich die einzelnen Phasen des SEE FAR CBT nicht näher schildern, da ich sie so im Gruppenkontext nicht umsetzen werde. Eine eingehende Beschreibung des Protokolls findet sich in der Publikation von Lahad et al. 2010.

Ich möchte hiermit zusammenfassen und aufzeigen, welche Elemente von SEE FAR CBT in meine Arbeit einfließen werden:

1. Die Arbeit in der «fantastic reality» oder dramatischen Realität z.B. über die Arbeit mit Bildkarten. Dies ermöglicht meinen Klientinnen und Klienten die freie Wahl der ästhetischen Distanz zum Trauma und gibt ihnen das Gefühl, die Situation im Griff zu haben.
2. Zu Beginn der Therapie die Arbeit mit einem «Safe place» als Ankerpunkt, um in Momenten der Belastung und drohenden Dissoziation im Hier und Jetzt bleiben zu können.
3. Der Fokus auf Körperwahrnehmungen, um noch schwierige Situationen zu identifizieren oder auch die Desensibilisierung zu fördern und nach und nach Stärke für die Konfrontation mit dem Trauma aufbauen zu können.
4. Anhand der Bildkarten oder eben anderer kreativer Zugänge ein projektives Verfahren zu bieten, dass die Umgestaltung des Traumanarrativ unter der Federführung der Betroffenen zulässt.
5. Über den kognitiven Kanal der Bewusstmachung, was gerade oder in der Sitzung passiert ist, die Aktivierung des präfrontalen Kortex zu fördern und damit die fragmentierte traumatische Erinnerung in eine kohärente Geschichte aus der Vergangenheit zu überführen.

Vor dem Hintergrund, dass SEE FAR CBT für das Einzelsetting entwickelt wurde, möchte ich zuvor aber noch auf die Eigenschaften und speziellen Vorteile einer dramatherapeutischen Gruppentherapie eingehen.

3.4.2.5 Dramatherapeutische Gruppentherapie

Dramatherapie kann im Einzel- oder Gruppensetting stattfinden. Für die neue TK der Klinik Sonnenhalde schlage ich ein traumaspezifisches, dramatherapeutisches Gruppenangebot vor und möchte daher im Folgenden die speziellen Vorteile der Gruppentherapie erörtern. Ich beziehe mich hierzu auf die Arbeiten des amerikanischen Psychiaters Irvin D. Yalom, der aus seiner jahrzehntelangen Erfahrung mit und Forschung zu Gruppenpsychotherapie elf primäre Wirkfaktoren identifiziert hat, die das Geschehen und die therapeutische Wirkung einer jeden Gruppentherapie erklären (Yalom, 2005). In der folgenden Auflistung der Wirkfaktoren nach Yalom ergänze ich diese mit meiner Einschätzung ihrer Bedeutung für die traumatherapeutische Ausrichtung meines Angebots.

1. Hoffnung wecken

Die Gruppe kann ihren Mitgliedern den Rückhalt, die Hoffnung bieten und erhalten, dass es sich lohnt, den zum Teil schwierigen therapeutischen Prozess zu durchlaufen und dass Veränderung und Heilung möglich sind.

2. Universalität des Leidens

Viele Traumabetroffene haben das Gefühl, dass sie nicht verstanden werden in ihrem Leiden, dass ihnen niemand glaubt. In der Begegnung mit anderen PTBS-Patienten können sie die heilende Erfahrung machen, dass sie nicht allein sind mit ihrem Leiden.

3. Mitteilen von Informationen

Die Therapeutin oder der Therapeut erklärt die psychologischen und neurobiologischen Grundlagen der Traumareaktion und die Möglichkeiten, ihr zu begegnen. Die Mitglieder der Gruppe ergänzen dies mit ihren eigenen Erfahrungen und verstärken so den Erkenntnisgewinn.

4. Altruismus

Der Mensch ist ein zutiefst soziales Wesen. Als leidender Mensch die Erfahrung in der Gruppe machen zu können, einem anderen Menschen helfen zu können, stärkt ungemein auch die Kräfte für die eigene Heilung.

5. Korrigierende Rekapitulation des Geschehens in der primären Familiengruppe

Die Gruppe kann die Funktion einer Familie auf Zeit übernehmen und so Traumabetroffenen die Erfahrung vermitteln, an einem sicheren und geborgenen Ort zu sein, an dem sie in ihrem Leiden angenommen und akzeptiert werden.

6. Entwicklung von sozialer Kompetenz

In der Gruppe haben die Mitglieder die Möglichkeit, verschiedene soziale Rollen zu übernehmen und zu untersuchen. Dies kann dazu beitragen, problematische Verhaltensmuster zu identifizieren und zu ändern.

7. Imitationsverhalten

Gemäss Yalom liegt die Wirksamkeit dieses Faktors darin, dass die Mitglieder der Gruppe sich gegenseitig bei ihren Problemlösungsversuchen beobachten. Speziell in einer homogenen Gruppe mit PTBS-Patientinnen und -patienten kann dies das gegenseitige Lehren und Lernen von Bewältigungsstrategien fördern.

8. Interpersonales Lernen

In der Gruppentherapie haben die Mitglieder die Gelegenheit, zwischenmenschliche Fähigkeiten zu entwickeln und zu verbessern. Sie können Beziehungen in der Gruppe aufbauen, Konflikte lösen und Feedback geben und empfangen, was dazu beiträgt, ihre sozialen Fähigkeiten zu stärken.

9. Gruppenkohäsion

Gruppentherapie kann die Gruppenkohäsion fördern, was bedeutet, dass die Mitglieder sich in der Gruppe als Teil eines Teams fühlen. Dies kann dazu beitragen, die Motivation und den Therapieerfolg zu unterstützen.

10. Katharsis

Die Gruppenmitglieder können in der Gruppentherapie Emotionen freisetzen und verarbeiten, was zu einer emotionalen Entlastung führen kann. Dieser Prozess kann zur Verarbeitung von Traumata und emotionalen Blockaden beitragen.

11. Existenzielle Faktoren

Dies bezieht sich auf die Auseinandersetzung mit grundlegenden Fragen des Lebens, wie die Angst vor Krankheit und Tod, aber auch dem Spannungsfeld zwischen Autonomie und Anpassung. Die Gruppentherapie kann den Mitgliedern helfen, diese existenziellen Fragen zu erkunden und besser zu verstehen.

Aufbauend darauf und ergänzend dazu bietet der Gruppenkontext für die dramatherapeutische Arbeit die folgenden Vorteile:

- Ein wichtiges Instrument der Dramatherapie ist das Rollenspiel und das szenische Spiel. Die Mitglieder der Gruppe übernehmen im Laufe des kreativen Prozesses verschiedene Rollen. So können sie z.B. in der szenischen Arbeit mit der Geschichte eines Gruppenmitgliedes in ihrer Rolle Erfahrungen machen, die sie in Kontakt bringen mit ihrer eigenen Geschichte.
- Ein Grossteil der dramatherapeutischen Arbeit lebt davon, Geschichten auf der Bühne zu inszenieren und diese vor einem Publikum zu spielen. Ein Teil der Gruppe fungiert somit als Zeugen und diese Zeugenschaft zu spüren und selbst Zeuge zu sein, sind zentrale Wirkprinzipien der Dramatherapie (Ray and Pendzik, 2021)

3.4.3 Die Dramatherapie im Dialog mit der Psychotherapie

Gemäss Frau Iso wird das Behandlungsprogramm der neuen TK die folgenden evidenzbasierten Therapiemethoden umfassen (hier zunächst z.T. abgekürzt wiedergegeben): ACT, Schematherapie, IRRT, EMDR und NET. Klassische CBT wird eher weniger zum Einsatz kommen. Im Folgenden möchte ich in kurzer Form die einzelnen Therapiemethoden vorstellen, um dann in Unterabschnitt 3.4.5 die Schnittstellen mit einer dramatherapeutischen Traumatherapie ausführen zu können.

ACT: ACT steht für Acceptance and Commitment Therapy und stellt eine Weiterentwicklung herkömmlicher verhaltenstherapeutischer Verfahren dar. Sie wurde vom amerikanischen Psychologen Steven C. Hayes entwickelt. Die zentrale Annahme und damit Ziel der Therapie ist es, dass Patientinnen und Patienten eine Linderung ihrer Symptomatik erfahren, wenn sie lernen, sich ihren unangenehmen, emotionalen Zustände als solchen mit Mitgefühl zu stellen und diese zu akzeptieren. Auf dieser Basis findet dann eine Klärung von Werten und Lebenszielen statt, die in konkreten Handlungsabsichten (commitments) münden. Im Zusammenhang mit PTBS hilft ACT schliesslich auch vermeidendes Verhalten zu identifizieren und therapeutisch anzugehen (Eifert, 2011).

Schematherapie: Auch die Schematherapie stellt eine Weiterentwicklung und Erweiterung der kognitiven Verhaltenstherapie um psychodynamische Konzepte dar. Die Schematherapie kann Patientinnen und Patienten helfen, Reaktions- bzw. Verhaltensmuster (die sogenannten Schemata), die bis in die frühe Kindheit zurückreichen und bis heute das Verhalten und den Blick auf die Welt bestimmen, zu erkennen und zu wandeln. In der Annahme, dass frühe Grundbedürfnisse wie z.B. Bindung, Akzeptanz, Schutz und Autonomie nicht gestillt wurden, nimmt die Therapeutin oder der Therapeut die Haltung eines fürsorglichen Elternteils ein (Rafaeli et al., 2013).

IRRT: IRRT steht für Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy und wurde vom Psychologen Mervyn Schmucker aus kognitiven Behandlungsverfahren für Angststörungen speziell für die Traumatherapie entwickelt. Die Vorgehensweise im IRRT

Prozess ist ebenfalls klar strukturiert und soll so einen sicheren Rahmen schaffen, in dem Patientinnen und Patienten sich mit traumabezogenen Sinneseindrücken konfrontieren und diese schliesslich bewältigen lernen. Das zentrale Element der Therapie mit IRRT ist, dass dem damaligen Ich oder Kind-Ich in der Imagination ein aktuelles Erwachsenen-Ich helfend zu Seite gestellt wird und so die Fähigkeit der Patientinnen und Patienten gestärkt wird, das Geschehen wieder selbst zu kontrollieren (Schmucker und Köster, 2014).

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing ist ein Verfahren der Traumatherapie, das von der amerikanischen Literaturwissenschaftlerin und Psychologin Francine Shapiro entwickelt wurde (Shapiro, 1999) und dank guter Studienlage eine hohe Akzeptanz erfährt. Wie viele andere traumatherapeutische Verfahren auch setzt EMDR auf einen klar strukturierten Rahmen, um den Patientinnen und Patienten eine sichere Umgebung für die Konfrontation mit der traumatischen Erinnerung zu bieten. Francine Shapiro machte die Entdeckung, dass in Konfrontation mit dem Trauma zeitgleich ausgeführte rhythmische Augenbewegungen zu einer mentalen und körperlichen Entlastung führen. Bis heute ist nicht zweifelsfrei geklärt, inwiefern die während der Konfrontation von der Therapeutin/dem Therapeuten angeleiteten rhythmischen Augenbewegungen zur Linderung der Beschwerden der PTBS führen. Diskutiert wird aber, dass die Augenbewegungen unter EMDR im Gehirn einem dem REM-Schlaf ähnlichen Zustand erzeugen. Der REM-Schlaf (REM steht engl. für Rapid Eye Movement) ist jene Phase des Schlafes, in der wir träumen und so das Erlebte verarbeiten und integrieren. EMDR könnte also die Konsolidierung und Verarbeitung der ansonsten fragmentierten traumatischen Erinnerung in eine kohärente Erzählung ähnlich der Funktion des Träumens fördern (Stickgold, 2002).

NET: NET steht für Narrative Expositionstherapie und wurde von Schauer, Neuner und Elbert an der Universität Konstanz entwickelt (Schauer et al., 2011). NET hat seine Wurzeln ebenfalls in Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapien und fokussiert speziell auf die Zusammenführung der verschiedenen Gedächtnisinhalte rund um das traumatische Erlebnis zu einem zusammenhängenden Traumanarrativ, das in der Folge die Bewältigung und Distanzierung vom Trauma unterstützt. In der Therapie mit der NET ist das Ziel für die Patientin/den Patienten die logischen, strukturierten Gedächtnisanteile (im NET als «kalte» Gedächtnisinhalte bezeichnet) mit den emotional, strukturlosen Anteilen der Erinnerung (im NET als «heiss» bezeichnet) zu verbinden. NET soll dazu beitragen, das Trauma als ein Ereignis in der Vergangenheit beschreiben zu können.

Alle drei von mir interviewten Fachpersonen hoben zudem den hohen Wert der therapeutischen Arbeit mit den sogenannten Ego States hervor. Die **Ego-State-Therapy** ist ein in den 1980er Jahren von den amerikanischen Psychologen John und Helen Watkins entwickeltes Verfahren, das heute vor allem auch im Bereich der Traumatherapie eingesetzt wird (Watkins and Watkins, 1997). In der Ego-State-Therapy wird davon ausgegangen, dass wir verschiedene Persönlichkeitsanteile haben, die z.T. als kreative Antworten auf die Bewältigung schwieriger Lebenssituationen entstanden sind und somit potentielle Ressourcen darstellen. Mit Wurzeln in der Familien- und Gruppentherapie zielt die Ego-State-Therapy darauf ab, die einzelnen Ego States in Kommunikation, Kooperation und schliesslich Harmonie zu bringen und so psychische Beschwerden, die aus Konflikten der Ego States untereinander resultieren, zu lindern.

Wichtig scheint mir, an dieser Stelle festzuhalten, dass alle genannten Ansätze im Einzelsetting stattfinden. Für die Gruppentherapie lassen sich aber grundlegende therapeutische Prinzipien ableiten und auf die dramatherapeutische Arbeit übertragen.

3.4.4 Klinik und Neurobiologie der posttraumatischen Belastungsstörung

Jeder Mensch erlebt im Laufe seines Lebens potentiell traumatisierende Situationen. Traumatisierend können alle Erlebnisse sein, die die aktuellen Bewältigungsmechanismen eines Menschen überfordern. In Abgrenzung zum Trauma in der Medizin, das eine Verletzung oder Verwundung durch äussere Einflüsse beschreibt, spricht man in der Psychologie auch von einem Psychotrauma im Sinne einer seelischen Verletzung. In den meisten Fällen erholen wir uns vom erlebten Schrecken und die akute Belastungsreaktion lässt nach ein paar Tagen, in seltenen Fällen nach Wochen wieder nach. Das ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems 10. Auflage, BfArM, 2023) nennt als wesentliche Zeichen der akuten Belastungsreaktion unter anderem Bewusstseinsverengung, Unruhezustände, Symptome vegetativer Übererregung ähnlich panischer Angst wie Herzrasen und Schweissausbrüche.

Ist die Erholung nicht möglich, weil die belastende Situation (z.B. wiederholte Gewalterfahrung durch Folter und Krieg, aber auch im häuslichen Kontext) andauert, können die Betroffenen eine posttraumatische Belastungsstörung (abgekürzt PTBS) entwickeln. Das ICD-10 (BfArM, 2023; DeGPT, 2019) führt die PTBS als psychische Erkrankung im Kapitel der Belastungs- und somatoformen Störungen und nennt die folgenden Kriterien zur Diagnose einer PTBS:

- Die betreffenden Personen waren einem belastenden Ereignis von ausserordentlichem bzw. katastrophalen Ausmass ausgesetzt, das in der Regel bei jedem Menschen zu einer tiefen Erschütterung führen würde.
- Es treten regelmässig wiederkehrende Erinnerungen in Form von Flashbacks und Träumen an das traumatische Ereignis auf. Bei Flashbacks haben die Betroffenen das Gefühl, genau wieder in der Situation von damals zu sein, auch wenn sie sich in einem sicheren Hier und Jetzt befinden.
- PTBS-Betroffene zeigen ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten gegenüber Situationen, die dem traumatischen Ereignis ähneln.
- Die Betroffenen können sich nicht oder nur sehr bruchstückhaft an das schreckliche Ereignis erinnern.
- Dissoziation: Betroffene machen die Erfahrung, nicht bei sich zu sein, wie wenn sie ausserhalb von sich stehen würden. Ihr emotionales und körperliches Erleben wirken wie fragmentiert. Dissoziation ist eine häufige Begleiterscheinung speziell des Psychotraumas. In der Akutphase wird der Dissoziation eine Schutzfunktion vor dem Schrecken zugeschrieben. Bei der Behandlung der PTBS aber wird versucht, die Dissoziation zu vermeiden, da der Patient im Moment der Dissoziation nicht zugänglich ist.
- Auf psychischer und psychosomatischer Ebene zeigen sich Schlafstörungen, eine erhöhte Schreckhaftigkeit und Hypervigilanz (Übererregtheit), Konzentrations-schwierigkeiten sowie eine allgemeine emotionale Instabilität in Form von erhöhter Reizbarkeit und Wutausbrüchen.

Viele PTBS-Betroffene berichten zudem von einem Gefühl der emotionalen Stumpfheit und neigen zum sozialen Rückzug, da sie sich in ihren Schwierigkeiten, eben den Symptomen der PTBS, nicht verstanden fühlen. Oft habe ich in meiner Arbeit mit traumatisierten Menschen die Aussage gehört *«Es glaubt mir ja keiner»* und auf Nachfrage, was damit gemeint ist, hörte ich Antworten wie *«...dass es wirklich so gewesen ist»* und *«Wie schlimm und unvorhersagbar diese Reaktionen meines Körpers und Gehirns sind, warum kann ich nicht einfach normal sein?»*.

In den letzten Jahrzehnten wurden die neurobiologischen Grundlagen der PTBS intensiv beforscht und diese neuen Erkenntnisse förderten entscheidend die Entwicklung moderner traumatherapeutischer Ansätze (van der Kolk, 2015). Auch können wir heute im Rahmen der

Psychoedukation, also der Vermittlung von Wissen zur Neurobiologie der PTBS, den Betroffenen helfen, ihre wechselnden Symptome und deren Stärke besser zu verstehen und sich damit auch aus einer gefühlten Stigmatisierung (im Sinne von «*Die Leute denken, ich sei nicht normal*») zu lösen. Für viele Betroffene ist es sehr entlastend zu hören, dass ihre Schwierigkeiten ursprünglich zurückgehen auf eine normale biologische Reaktion auf belastende Ereignisse und dass die PTBS somit behandelbar ist.

Zum Verständnis der Neurobiologie der PTBS ist zunächst die vom amerikanischen Neurowissenschaftler Paul MacLean in den 1960er Jahren erstmals formulierte und später bestätigte Hypothese zu nennen, nämlich dass das menschliche Gehirn evolutionär und funktionell dreiteilig aufgebaut ist. Die folgende Abbildung 1 aus van der Kolk, 2015 zeigt diese Dreigliederung:

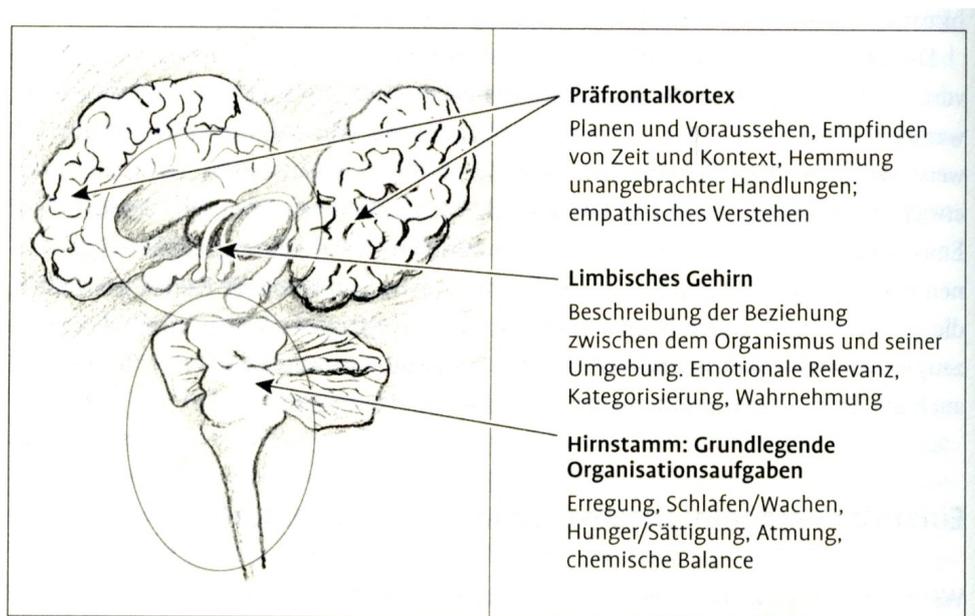


Abb. 1: Das dreieinige oder dreiteilige Gehirn (engl. «*The Triune Brain*» nach P. MacLean in van der Kolk, 2015)

Der Hirnstamm (populärwissenschaftlich auch als Reptiliengehirn bezeichnet) ist der evolutionär älteste Anteil und steuert grundlegende, lebenserhaltende Funktionen.

Das limbische System umfasst verschiedene Strukturen und spielt in seiner Gesamtheit die zentrale Rolle der Regulation der Beziehung des Organismus zu seiner Umgebung. Unser emotionales Erleben, d.h. die emotionale Bewertung von Situationen, aber auch die Bildung vor allem emotional verknüpfter Gedächtnisinhalte wird vom limbischen System gesteuert.

Der Kortex und vor allem sein präfrontaler Anteil werden mit jenen Funktionen in Verbindung gebracht, die als typisch für die kognitiven Leistungen des Menschen gelten. Es sind dies Organisation und Planung, Konzentration und Aufmerksamkeit, Integration von bereits gemachter Erfahrung mit der Exploration neuer Verhaltensweisen und Hemmung von Bedürfnissen und Impulsen zugunsten angemessener Verhaltensweisen. Der präfrontale Kortex ist es schliesslich auch, der uns ermöglicht, Erlebnisse und Situationen kognitiv zu analysieren und zu verstehen.

Alle drei Strukturen stehen in Verbindung zueinander und beeinflussen ihre Aktivität gegenseitig. Diese Regulation erfolgt in beide Richtungen (siehe Abb. 2): bottom-up und top down (van der Kolk, 2015). Ein Beispiel für die Bottom-up Regulation sind z.B. die Strukturen im tiefergelegenen Hirnstamm, die den Schlaf-Wach-Rhythmus regulieren und über

Verbindungen zum Kortex diesen in den Schlafzustand versetzen können. Bei der Top-Down Regulation kann der präfrontale Kortex Einfluss nehmen auf die Aktivität des limbischen Systems und des Hirnstamms, ein Beispiel hierfür sind Meditation und Achtsamkeitsübungen, in denen wir durch bewusst ausgeführtes Atmen oder die Lenkung der Aufmerksamkeit eine Beruhigung des emotionalen Erlebens und der Stressreaktionen des Körpers herbeiführen können.

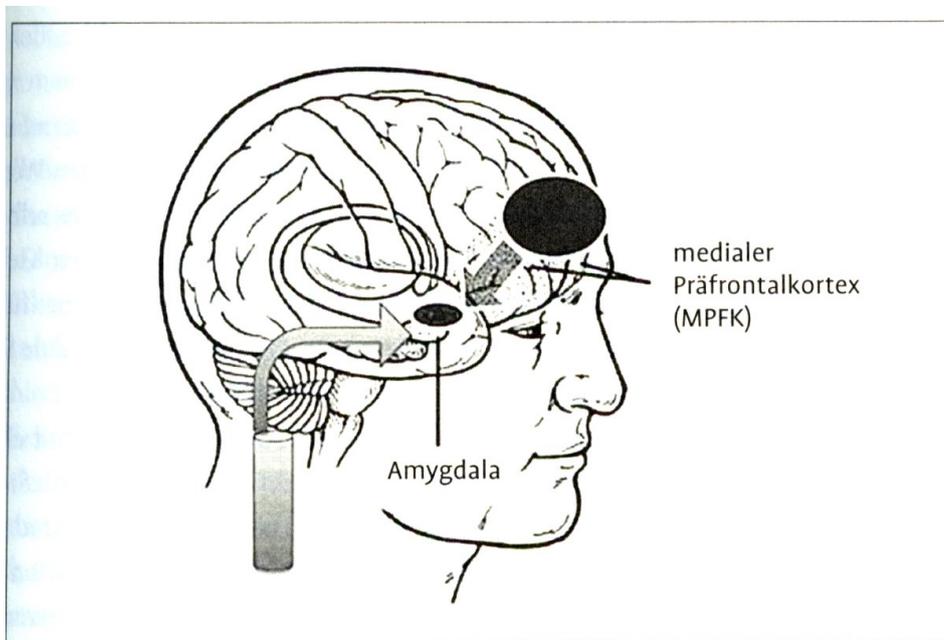


Abb. 2: *Top-Down oder Bottom-Up: zwei wichtige Wege der Regulation zwischen Hirnstamm, limbischem System und präfrontalem Kortex (weitere Erläuterungen siehe Text, aus von der Kolk, 2015)*

Welche Prozesse laufen jetzt im traumatisierten Gehirn ab? Von zentraler Rolle ist hier die Amygdala, der sogenannte Mandelkern. Die Amygdala ist eine Struktur im limbischen System, deren Aufgabe die Erkennung von Gefahren ist. Auf eine erkannte Gefahr hin sorgt die Amygdala für die Ausschüttung von Stresshormonen, die in der Folge den Körper auf die drei möglichen Reaktionen auf eine Bedrohung hin vorbereiten, nämlich entweder Kampf, Flucht oder Totstellen. Abbildung 3 aus von der Kolk, 2015 zeigt die von der Amygdala vermittelten Veränderungen in Gehirn und Körper als Reaktion auf ein traumatisches Erlebnis.

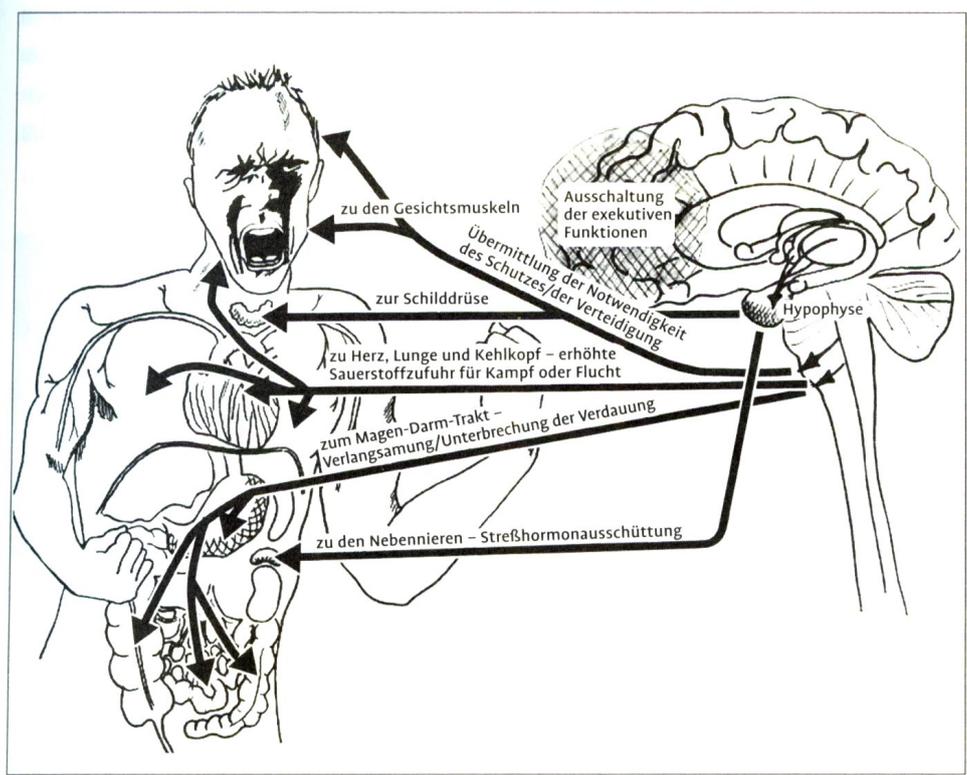


Abb. 3: Traumata wirken sich auf den ganzen Körper aus, weitere Erläuterungen hierzu im Text (aus van der Kolk, 2015).

Im Falle der PTBS reagieren Gehirn und Körper weiterhin so, als würde die Bedrohung noch bestehen. Die Amygdala zeigt eine hohe Grundaktivität, der Körper ist im Kampf- oder Fluchtmodus und PTBS Betroffene klagen über Gedächtnisprobleme und kognitive Schwierigkeiten, da die Amygdala in einem Bottom-up Prozess exekutive Funktionen im präfrontalen Kortex hemmt. Des Weiteren wissen wir heute aus bildgebenden Verfahren, dass im Moment des Wiedererleben des Traumas die Sprachzentren im Gehirn deaktiviert werden (Servan-Schreiber, 2006), was es den Betroffenen dann nicht möglich macht, das Trauma in Worte zu fassen (ein Zustand, der auch als «speechless terror» bezeichnet wird). Dies limitiert die Einsatzmöglichkeiten gesprächsorientierter Verfahren.

Moderne Ansätze der Traumatherapie nutzen diese neurobiologischen Erkenntnisse und setzen sich zum Ziel, zunächst die anhaltende, stressbedingte Aktivierung des Körpers zu lindern, um in der Folge Körper und Gehirn wieder in den für sichere Situationen typischen Zustand zu versetzen (van der Kolk, 2015). In diesem Zustand erst ist auch der präfrontale Kortex mit seinen exekutiven Funktionen wieder zugänglich, so dass kognitiv orientierte Psychotherapie-Verfahren besser greifen können. Eine moderne Traumatherapie umfasst neben den klassischen psychotherapeutischen Ansätzen heute also auch körpertherapeutische Verfahren wie Atemtherapie, Yoga und Achtsamkeitstechniken.

3.4.5 Die Schnittstellen und meine Vision einer traumafokussierten Dramatherapie

Nach Einführung dieser theoretischen Grundlagen möchte ich jetzt auf das konkrete Konzept und die Umsetzung meiner Vision einer traumafokussierten Dramatherapie zu sprechen kommen. Ich erwähnte eingangs, dass ich mein Angebot auf 3 Säulen gründen möchte, die ich als Basis für die praktische Umsetzung hier jetzt näher erläutern möchte. In der Beschreibung der einzelnen Säulen werde ich eine Auswahl der theoretischen Schwerpunkte und die daraus abgeleiteten dramatherapeutischen Interventionen vorstellen. Massgeblich für diese

Auswahl wird die bewiesene oder aus den vorgegangenen Erläuterungen postulierte Eignung für die Behandlung der PTBS sein.

Säule 1:

Die theoretischen Grundlagen der Dramatherapie und ihre Interventionen

Schwerpunkte:

- Wann immer es geht: Mittel und Raum bieten, in selbstgewählte ästhetische Distanz zur eigenen Geschichte, den eigenen Themen zu gehen. Dies ermöglicht PTBS-Betroffenen sich ihrer aktuellen Bewältigungsfähigkeiten gemäss der Bearbeitung ihres Traumas zu nähern.
- Ästhetische Distanz kann hergestellt werden über die Kanäle Embodiment, Projection and Role (EPR). Dies ermöglicht individuell den geeigneten Kanal für den kreativen Ausdruck zu wählen.
- Arbeit mit Rollen. Viele therapeutische Ansätze zur Behandlung der PTBS setzen auf die Identifikation und den Kontakt zu helfenden Ressourcen oder einer helfenden Figur. Gemäss der Rollentheorie nach Landy wäre dies der Guide.
- Die Arbeit mit Geschichten und das Erkennen der eigenen Bewältigungsmechanismen nach BASIC-Ph. Die Arbeit mit der Sechs-Bilder-Geschichte oder auch Bildkarten wie im SEE-FAR-CBT gestattet es, mit einem projektiven Verfahren und somit in sicherer ästhetischer Distanz die eigene Geschichte zum Ausdruck zu bringen und die bisher bevorzugten aber eben auch ungenutzten Bewältigungsstrategien nach BASIC-Ph zu identifizieren und zukünftig in einem erweiterten Spektrum zu nutzen.

Dramatherapeutische Interventionen:

- Möglichst häufig in der dramatischen Realität arbeiten, d.h. für Themen, die auftauchen, einen kreativen Ausdruck in einem der drei Kanäle gemäss EPR zu finden.
- In der freien Improvisation mit einfachen Requisiten Rollen erforschen und später vertiefen.
- In der Arbeit mit Bild-Karten, den eigenen Traumanarrativ erforschen und wandeln.
- Arbeit mit der Sechs-Bilder-Geschichte, diese zunächst zeichnen (im EPR wäre das P) und vorstellen lassen und schliesslich ausschnittsweise inszenieren (im EPR wäre das E und vor allem R).
- Arbeit mit BASIC-Ph: aus der Erkenntnis, wer welche Bewältigungsstrategien bevorzugt und welche eher weniger nutzt, in der Warm-Up Phase Angebote machen, die niederschwellig erlauben, andere Strategien kennenzulernen (z.B. über den Ausdruck in Körperskulpturen einen körperlichen Ausdruck (Kanal Ph) finden, in der freien Improvisation mit Gefühlsausdrücken den Kanal A erkunden).

Säule 2:

Schnittstellen mit den aktuell etablierten psychotherapeutischen Ansätzen

Teil dieser Projektstudie ist nicht nur ein traumaspezifisches, dramatherapeutisches Gruppenangebot zu entwickeln, sondern vorzuschlagen, wie dieses die etablierten psychotherapeutischen Verfahren für den Patienten wirksam unterstützen und allenfalls erweitern kann. Die an der Klinik Sonnenhalde angewendeten Verfahren habe ich in Unterabschnitt 3.4.3 kurz charakterisiert und möchte bei meiner folgenden Auswahl jene Aspekte herausarbeiten, von denen ich denke, dass sie im Gruppenkontext und mit Mitteln der Dramatherapie aufgenommen werden können und somit insgesamt die therapeutische Wirkung vertiefen. Konkret ist meine Vision die, dass es für die Patienten eine fruchtbare Wechselwirkung gibt zwischen den Erfahrungen, die sie in der psychotherapeutischen Einzeltherapie machen und dem, was sie in der dramatherapeutischen Gruppenarbeit erleben.

Schwerpunkte:

- Aus dem Dialog mit ACT richte ich den Fokus auf den Aspekt, den eigenen Gefühlen mit Mitgefühl zu begegnen und sehe hier die Möglichkeit, in der Dramatherapie widersprüchliche Gefühle und Erfahrungen in sicherer ästhetischer Distanz sicht- und erlebbar zu machen. Im Gruppenkontext kann die mitfühlende Zeugeschaft der anderen die Fähigkeit und Bereitschaft zur mitfühlenden Akzeptanz der eigenen Situation fördern.
- Die Arbeit mit Rollen kann Erfahrungen der Patienten aufgreifen, die sie in der Schematherapie, im IRRT und mit Ansätzen der Ego-State-Therapie machen. Dramatherapie kann hier die Erfahrungen aus der Therapie erweitern, indem sie Raum und Möglichkeit bietet, diese Rollen weiter auszugestalten und im szenischen Spiel tiefgreifende, körperlich ausagierte Erfahrungen zu machen.
- Die Ansätze EMDR und NET könnte ich mir vorstellen in der Dramatherapie mit der Arbeit an Geschichten zu erweitern, dies kann z.B. über die Sechs-Bilder-Geschichte erfolgen oder auch im Playback-Theater, in dem Gruppenmitglieder reale Lebenssituationen nachspielen und so helfen, den eigenen Traumanarrativ zu bearbeiten und zu gestalten.
- Die Verfahren EMDR und IRRT setzen auch auf die Wirkung der Imagination allerdings bezogen auf sehr konkrete Gedächtnisinhalte und weniger fantasievoll, offen und spielerisch wie das Mooli Lahad für das SEE-FAR-CBT vorschlägt. Dramatherapie bietet die Möglichkeit den imaginären Raum über Inszenierung wesentlich zu erweitern.

Interventionen:

- In der Arbeit mit Rollen können in sicherer ästhetischer Distanz ganz im Sinne der Schematherapie frühe Reaktions- und Verhaltensmuster erfahren und ergründet werden. Die Resonanz aus der Gruppe fördert das Erkennen und bestärkt das Gefühl, nicht allein zu sein, in seiner Art auf die Welt zu reagieren.
- Wenn konkrete Erfahrungen aus der Ego-State-Therapie vorliegen, können die einzelnen Ego States und ihre Verhandlungen untereinander in der Dramatherapie inszeniert werden. Dadurch, dass andere Gruppenmitglieder diese Rollen übernehmen, intensiviert sich die Erfahrung und es sind mehr Lösungsvorschläge für das konstruktive Miteinander der Ego States im Raum.
- Traumanarrative müssen nicht - wie im EMDR und NET angestrebt - am selbst erlebten Beispiel erarbeitet werden, sondern können zunächst mit projektiven Verfahren (z.B. die Sechs-Bilder-Geschichte oder das Erzählen einer Geschichte mit Figuren in einer Miniaturwelt) erschlossen werden. Durch die Inszenierung einzelner Aspekte der Geschichte kann der Narrativ ganz im Sinne auch von SEE-FAR-CBT heilsam für die Betroffenen umgeschrieben und die korrektive Erfahrung verstärkt werden.
- Dramatherapie bietet vielfältige Möglichkeiten, das Spiel und die Fantasie anzuregen und so jedem Patienten die Wahl zu lassen, wie konkret er seine traumatischen Gedächtnisinhalte zum gegebenen Zeitpunkt darstellen möchte. Oder anders formuliert, wir können in der Dramatherapie eher dem Patienten die Führung überlassen und sind weniger auf die Arbeit mit einem Manual angewiesen. Dies erhöht meiner Ansicht nach die Bereitschaft traumatisierter Patienten, sich auf die Therapie einzulassen, da sie die Wahl der richtigen Distanz für den Moment haben.

Säule 3:

Die neurobiologischen Grundlagen der posttraumatischen Belastungsstörung nutzen

In der modernen Traumatherapie treten körperorientierte Verfahren vermehrt in den Fokus. Mit der Dramatherapie als handlungs- und körperorientierter Therapieform ergeben sich hier mehrere therapeutisch wertvolle Schnittstellen.

Schwerpunkte:

- Die Dramatherapie bietet vielfältige Möglichkeiten über den Weg des Bottom-Up zu einer Beruhigung der traumabasierten Stressreaktionen des Körpers beizutragen.
- Auch die Top-Down-Achse kann durch die Arbeit mit Achtsamkeitsübungen, d.h. dem bewussten Lenken von Aufmerksamkeit gefördert werden.
- Körperliches Ausagieren generell fördert den Abbau der Stressreaktion.
- Die Arbeit mit Traumanarrativen spricht zum einen die Top-Down-Achse an, fördert aber auch das zentrale Ziel einer jeden Traumatherapie die fragmentierte im limbischen System gespeicherte Erinnerung ins kognitiv zugängliche biografische Gedächtnis zu überführen.
- Im freien Spiel können PTBS-Patienten neue Möglichkeiten ergünden, Neues wagen und weniger vermeiden, dies fördert über den Spieltrieb die Neuroplastizität.
- Psychoedukation hilft, die eigenen körperlichen und emotionalen Reaktionen besser zu verstehen und annehmen zu können.

Interventionen:

- Speziell in den Warm-Up Phasen können Körper- und Achtsamkeitsübungen eingebaut werden, die die Präsenz im Hier und Jetzt und Entspannung fördern.
- Die Arbeit mit der Sechs-Bilder-Geschichte oder auch konkreter mit Mitteln des autobiografisch-therapeutischen Theater (ATT nach Pendzik, Ray and Pendzik, 2021), z.B. der Lebenslinie, kann eine kognitive Bearbeitung der eigenen Geschichte bei gleichzeitiger ästhetischer Distanz ermöglicht werden.
- Improvisation jeglicher Art und jederzeit freie Wahl der kreativen Ausdrucksmittel soll den Raum bieten, den aktuellen Möglichkeiten gemäss die eigene Spielfähigkeit zu erweitern und zurückzugewinnen.
- Psychoedukation könnte nach einer entsprechenden Einführung der neurobiologischen Grundlagen auch mit spielerischen Mitteln inszeniert werden, z.B. mit einem imaginären Dialog zwischen Amygdala und präfrontalem Kortex

3.4.6 Die konkrete Umsetzung

Wie kann diese Sammlung von dramatherapeutischen Methoden jetzt konkret im Rahmen der TK eingesetzt?

Wie in Abschnitt 2.3 dargestellt ist geplant, dass die Patienten 8 - 12 Wochen in der TK bleiben. Für eine erste Durchführung meines Angebots habe ich folgende Rahmenbedingungen vorgeschlagen und mit Frau Iso diskutiert:

- Gruppengrösse 6 - 8 Personen
- Die Gruppe soll aufgrund der obigen Ausführungen soweit wie möglich als geschlossene Gruppe gehalten werden.
- Je Gruppe 1 Termin pro Woche von 90 Minuten Dauer. Aus meiner einzeltherapeutischen Arbeit weiss ich, dass meine Klienten immer recht intensive Erfahrungen in der Dramatherapie machen, so dass weniger Termine eher dazu beitragen, das Erlebte fruchtbar integrieren zu können.

Die Gestaltung des genauen Programms orientiere ich an den Therapiezielen, die ich im folgenden Unterabschnitt vorstellen möchte.

3.4.6.1 Therapieziele

Wie in Abschnitt 1.2 bereits ausgeführt wird in den etablierten traumatherapeutischen Verfahren zwischen einer Phase zur Stabilisierung und der Phase der eigentlichen Traumatherapie mit Exposition mit dem Trauma unterschieden. Die Phase der Stabilisierung dient dazu, dass Patientinnen und Patienten den Alltag selbst meistern können und eine erste hinreichende psychische Stabilität haben, um sich auf die zum Teil belastende traumafokussierte Arbeit einlassen zu können.

Frau Iso äusserte für die Therapieangebote der neuen TK den Wunsch, dass diese nicht nur auf Stabilisierung fokussieren, sondern eben auch die direkte Traumabearbeitung ermöglichen und fördern. Sowohl seitens der Fachpersonen als auch meiner Klientinnen und Klienten habe ich immer wieder die Kritik gehört, dass Traumabetroffene z.T. über Jahre nur für die Stabilisierung in die Therapie gehen, obwohl eine Konfrontation mit dem Trauma eventuell schon viel früher möglich oder gewünscht ist.

Bei der Formulierung der Therapieziele für mein dramatherapeutisches Gruppenangebot behalte ich Stabilisierung und Traumabearbeitung im Hinterkopf, gehe aber nach dem Interview mit Frau Iso primär davon aus, dass dies Schwerpunkt der psychotherapeutischen Verfahren ist und ich mir eher Gedanken machen will, was speziell dramatherapeutische Ziele sind. Hierfür möchte ich mich nebst meiner eigenen dramatherapeutischen Praxiserfahrung auf diejenige meiner Kollegin Barbara Schmidiger stützen.

Aus der dramatherapeutischen Praxiserfahrung ergibt sich für mich folgendes Bild der Hauptschwierigkeiten von PTBS-Betroffenen:

- Das Bedürfnis, sich über ihre Situation mitzuteilen, Hilfe zu suchen bei gleichzeitiger Vermeidung von Situationen, die gefühlt oder tatsächlich wieder an das traumatische Ereignis erinnern könnten.
- Verneinung, Abwertung oder Ablehnung der eigenen Person oder Leistung. Daraus folgend ein geringes Selbstwertgefühl und z.T. selbstverletzendes Verhalten.
- Fehlender Kontakt zu oder verstärkte Wahrnehmung von Gefühlen.
- Schwierigkeiten, die eigenen Bedürfnisse zum Ausdruck zu bringen.
- Schwierigkeiten, die eigenen Grenzen oder die der anderen zu erkennen und einzuhalten.
- Das Gefühl, ständig alarmiert zu sein (Hyperarousal) oder jederzeit durch einen äusseren Einfluss und mag er noch so klein sein (Trigger) in einen Alarmzustand versetzt werden zu können und dann nicht mehr klar im Kopf zu sein und nicht mehr handeln zu können, wie gewünscht (Dissoziation).
- Schlafstörungen, Alpträume, wiederkehrende Erinnerungen und Flashbacks.

Daraus und aus den in Abschnitt 1.3 formulierten Bedürfnissen meiner Zielgruppe leite ich die folgenden Therapieziele für meine Klientinnen und Klienten in der traumaspezifischen, dramatherapeutischen Gruppenarbeit ab:

- Sie können ihre eigenen Bewältigungsmechanismen nach BASIC-Ph benennen und können heute mehr Kanäle benutzen als vor der Intervention.
- Sie fühlen sich sicherer im Kontakt mit anderen Betroffenen und dadurch ermutigt, sich der eigenen Geschichte zu stellen, d.h. sie zeigen weniger vermeidendes Verhalten.
- Sie können kreative Techniken zur Beruhigung der körperlichen Stressreaktion erfolgreich anwenden.

- Sie können widersprüchliche Gefühle ausdrücken und annehmen.
- Sie können emotionale Reaktionen im Alltag selbst darauf überprüfen, ob sie adäquat sind für das Hier und Jetzt oder verstärkt/verzerrt durch das Trauma.
- Sie können ihre Bedürfnisse besser benennen als vor der Intervention und neigen weniger zu Selbstablehnung.
- Sie kennen ihre eigenen Grenzen und finden das richtige Mass (z.B. bei selbstverordneter sportlicher Aktivität).
- Aus der Kenntnis der eigenen Grenzen und der Belastungsfähigkeit können sie besser auch mal «nein» sagen.
- Sie haben von sich das Gefühl, sich kreativ ausdrücken zu können und sind durch das Spiel mutiger geworden, neue Wege auszuprobieren.
- Sie spüren eine verstärkte Bereitschaft, besser zu verstehen, was damals eigentlich passiert ist.

Im folgenden Unterabschnitt werde ich abgestimmt auf diese Therapieziele das therapeutische Angebot detailliert darstellen.

3.4.6.2 Das therapeutische Angebot

Für den ersten Durchgang meines Angebots plane ich 8-12 Termine, die ich in 2 Phasen einteilen möchte. Die 4-6 Sitzungen der ersten Phase haben zum Ziel, in der Gruppe anzukommen und sich den verschiedenen kreativen Ausdrucksmöglichkeiten der Dramatherapie spielerisch und niederschwellig zu nähern. Für die Teilnehmenden soll genug Raum und Zeit sein, Vertrauen in die Gruppe und das Angebot zu gewinnen. Auch entdecken sie in dieser ersten Phase schon erste kreative Zugänge und Ausdrucksformen ihrer Themen und Rollen, die sie in der zweiten Phase dann aufnehmen und weiterentwickeln.

In Phase 2 (auch 4-6 Sitzungen) möchte ich die Arbeit mit der 6-Bilder Geschichte anbieten und so das Entdecken der eigenen Bewältigungsstrategien und Ressourcen nach BASIC-Ph fördern.

Jede Person gestaltet ihre eigene 6-Bilder-Geschichte und stellt sie der Gruppe vor. Selbstgewählte Teile der Geschichte werden dann von der Gruppe auf der Bühne mit einfachen Mitteln inszeniert und in weiteren Durchgängen vielleicht auch gewandelt. So entsteht getragen von der Gruppe ein dichter Raum für Traumanarrative und deren Wandlung unter schützender ästhetischer Distanz. Die Zeugenschaft und Ideen der anderen, ihre Reaktionen auf die Geschichten und ihre Wandlung katalysieren die Erkenntnis und den Zugang zu den eigenen Ressourcen.

Ich habe die beiden Phasen von der Sitzungszahl her für den Moment gleich gewichtet, dies kann je nach Stand der Gruppe verändert werden, z.B. dahingehend, dass Phase 1 zugunsten Phase 2 verkürzt wird, weil die Arbeit mit der 6-Bilder-Geschichte früher möglich ist.

Die einzelnen Sitzungen sind wie folgt strukturiert:

5 Minuten Befindlichkeitsrunde im Stuhlkreis:

Um anzukommen und kurz einen Eindruck zu bekommen, wo wer steht im Prozess.

10 Minuten Warm-Up:

Körperübungen zur Aktivierung aller Sinne und Förderung der Präsenz
Spielerische Übungen, um mit gewissen Themen in Kontakt zu kommen (z.B. Gefühlsausdruck)

60 Minuten Hauptteil:

In der ersten Phase: vorbereitende Übungen (den eigenen Raum gestalten) und freie Improvisationen ausgehend von einfachen Requisiten

In der zweiten Phase: Arbeit mit der 6-Bilder-Geschichte

10 Minuten gemeinsamer Rückblick: im Stuhlkreis Austausch über die Erfahrungen in der Sitzung

Letzte 5 Minuten: Abschlussritual

Tabelle 4 auf Seite 38 gibt eine erste Auswahl geeigneter dramatherapeutischer Interventionen, die zur Gestaltung dieser Einheiten je nach Bedürfnissen und Stand der Gruppe eingesetzt werden könnten.

3.5 MEILENSTEINE

TABELLE 5: Meilensteine Projektplanung und -implementierung				
Nr.	Bezeichnung	Zwischenziele	Termin	erreicht oder noch offen?
1	Festlegung Institution und Thema	Projektidee ist skizziert, Institution zur Durchführung ist festgelegt, eine Interviewanfrage wird gestellt	Ende April 2023	erreicht
2	Bedarfs- und Bedürfnisklärung mit der Klinikleitung	Interview mit der Klinikleitung hat stattgefunden, Einwilligung zur Zusammenarbeit seitens der Klinik ist vorhanden	17.Juli 2023	erreicht
3	Vertiefende Interviews mit Fachpersonen	Kontakt zu und Interviews mit weiteren Fachpersonen zur Bedarfs- und Bedürfnisabklärung	Juli/August 2023	erreicht
4	Erstellung der Projektstudie	Recherchen und Planungsarbeiten abgeschlossen, Projektstudie in allen Punkte erarbeitet, Abgabetermin 20.Oktober 2023 eingehalten	Juli - Oktober 2023	erreicht
5	Präsentation Klinikleitung	Präsentation der Projektstudie an der Klinik Sonnenhalde und Entscheidung Durchführung ja/nein	Mitte Januar 2024	offen
6	Klärung der Finanzierung und Starttermin	Finanzierung des Projektes ist geklärt und Bedingungen und Termin für den ersten Durchlauf des Angebots stehen fest	Start März 2024 Klärung Finanzierung Februar 2024	offen
7	Start Durchführung des Angebots	Das Angebot läuft wie geplant an	März 2024	offen
8	Zwischenevaluation und allenfalls Anpassung	Nach den ersten 6 Wochen erfolgt eine Zwischenevaluation	Mitte April 2024	offen
9	Abschlussevaluation des Angebots	Das Angebot wird erfolgreich abgeschlossen und eine Abschlussevaluation erfolgt	Ende Mai 2024	offen
10	Präsentation Klinikleitung und Diskussion der Ergebnisse	Präsentation des Projektverlaufs und der Evaluation vor der Klinikleitung Diskussion der Ergebnisse und Entscheidung über ein Folgeprojekt	Mitte Juni 2024	offen
11	Projektierung Folgeprojekt	Das Folgeprojekt ist in allen Details erarbeitet und startklar	Ende Juni 2024	offen
12	Entscheidung Folgeprojekt ja/nein	Treffen mit der Klinikleitung und Entscheidung Durchführung Folgeprojekt ja/nein	Anfang Juli 2024	offen

3.6 KOSTENSCHÄTZUNG

Wenn ich mit der Geschäfts- und Klinikleitung über die mögliche Umsetzung und Finanzierung meines Angebots diskutiere, werde ich von den folgenden Kosten ausgehen:

1. Personalkosten:

Wenn das Angebot umgesetzt wird, müsste ich entsprechend kürzer treten in meiner eigenen Praxis, der Verdienst auf Basis meines Stundenansatzes von 140,- CHF/Stunde müsste dann wie folgt ausfallen:

1 x 90 Minuten Gruppenangebot

210,- CHF

Tabelle 4: Auswahl möglicher dramatherapeutischer Interventionen abgestimmt auf die einzelnen Phasen des Angebots

PHASE 1 (Sitzung 1 - 6)		PHASE 2 (Sitzung 7 - 12)	
Ankommen, Vertrauen fassen und den eigenen kreativen Ausdruck finden		6-Bilder Geschichte und BASIC-Ph	
Für beide Phasen mögliche Interventionen und ihre Ziele:			
5' Befindlichkeitsrunde			
Mögliche Interventionen:		Ziel:	
Gespräch im Stuhlkreis		Sich gesehen fühlen, wer steht gerade wo?	
10' Warm-Up			
Raumlauf und kreative Verwandlung des Raums (z.B. am Strand, im Fußballstadion)		Spielfreude wecken, erste Rollen niederschwellig ausprobieren	
Theaterspiele (z.B. sich immer wieder neu begegnen und mit Händedruck begrüßen, dabei aber in anderen Rollen sein)		Fördern des "So-tun-als-ob"	
Arbeit mit Körperskulpturen (z.B. Gefühle darstellen, Skulpturen nacheinander bilden je als Antwort auf die vorhergehende)		Präsenz im Hier-und-Jetzt, Körperausdruck erkunden	
Führen und Folgen-Übungen		Gegenseitiges Vertrauen fördern	
Spiele und Körperübungen mit wechselnder Intensität (z.B. auf Skala von 1-10 Geschwindigkeit, Lautstärke oder Gefühlsaudruck ändern)		Bewusstsein für Gegensätze und das richtige Mass schaffen, im langsamen Tempo: Achtsamkeit fördern	
Weiter im Stuhlkreis: Psychoedukation zur Neurobiologie der PTBS -Vertiefung ausgewählter Aspekte mit kreativen Mitteln.		Akzeptanz schaffen und Mittel zur Selbstregulation an die Hand geben.	
60' Hauptteil			
Phase 1: Den eigenen Raum darstellen (z.B. mit Requisiten oder Bildkarten zeichnerisch erweitern)		Die eigenen Grenzen kennenlernen und zeigen: was brauche ich?	
Phase 1: Requisiten auswählen und eine Figur dazu erfinden, freie Improvisation, über weitere Sitzungen diese Rollen ausbauen.		Niederschwellig Rollen erkunden und Raum geben, eigene Themen zu erforschen	
Phase 1: selbstgewählten Fokus auf die bestimmte Aspekte /Ausschnitte der Rollen /Zeichnungen legen und vertiefen und erweitern.		Lernen, das eigene Erleben zu modulieren und Gegensätze auszuhalten	
Phase 2: 6-Bilder Geschichte malen und vorstellen		Im projektiven Ansatz den eigenen Traumanarrativ gestalten...	
Phase 2: Ausgewählte Szenen der 6-Bilder Geschichte mit Hilfe der anderen auf die Bühne bringen		...und wandeln.	
10' Rückblick			
Gespräch im Stuhlkreis		Bewusstmachen und Verankern der gemachten Erfahrungen	
5' Abschlussritual:			
Imaginäres Feuer in der Mitte : was lasse ich hier, was nehme ich mit?		Das Erreichte würdigen und den Zusammenhalt fördern	
Eine Gruppenskulptur als Resonanz auf die heutige Sitzung entstehen lassen.		Das Erreichte würdigen und den Zusammenhalt fördern	

2 Stunden Vor- und Nachbereitung (inkl. Anfahrt 2x15 Min.)	280,- CHF
1 Stunde Teilnahme an Teammeetings	140,- CHF

Pro Woche entstünden somit Personalkosten von: 630,- CHF

2. Infrastruktur, Werbemittel und Material:

Die Infrastruktur wird von der Klinik gestellt und erzeugt somit keine Kosten. Werbemittel werde ich keine erstellen. Das meiste Material kann ich aus der eigenen Praxis stellen. Für einen ersten Angebotsdurchgang müsste ich noch Bildkarten für eine Gruppe von 6-8 Personen bestellen (Kosten ca. 300 CHF) sowie Tücher, Seile sowie Papier und Stifte (Kosten ca. 300 CHF).

Kosten Material: 600,- CHF

3. Hinzu kommt noch der Posten für unerwartete Kosten sowie die Zeit für die Vorbereitung und Durchführung der Abschlussevaluation und -präsentation:

Puffer unerwartete Kosten	500,- CHF
Arbeitszeit Abschlusspräsentation, 6 Stunden à 140,- CHF	840,- CHF

Kosten gesamt Puffer und Abschlusspräsentation 1340,- CHF

Für die erste Durchführung meines Angebots mit einer Dauer von 12 Wochen ergeben sich somit Gesamtkosten von:

1. 12 Wochen Personalkosten à 630,- CHF	7560,- CHF
2. Kosten Material	600,- CHF
3. Kosten Puffer und Abschlusspräsentation	1340,- CHF

GESAMTKOSTEN ERSTE DURCHFÜHRUNG 9500,- CHF

4. ORGANISATION

4.1 PROJEKTSTRUKTUR

Für die Erfassung der Projektstruktur möchte ich zwischen den Phasen Planung und Umsetzung unterscheiden. Während der Planungsphase war der Austausch mit den folgenden Personen und Anspruchsgruppen von besonderer Relevanz:

- Frau Miko Iso
- Der Klinikleitung
- Der Zielgruppe
- übrigen Fachpersonen

Die Verantwortung für die gesamte Entwicklung und Planung des Projekts liegt bei mir. Kontakt zur Klinikleitung bestand zu Beginn und das Interesse des Chefarztes PD Dr. med. Johannes Beck ermöglichten mir die Erarbeitung dieser Projektstudie. Er vermittelte den Kontakt zu Frau Iso, die mir in unserem Interview vom 17. Juli 2023 die wichtigen Hintergrundinformationen zu den Themen Bedarf, Bedürfnisse sowie Konzept und Organisation der neuen TK Angst und Trauma bereitstellte. Zur Zielgruppe hatte ich keinen direkten Kontakt, erstellte für diese aber auf Basis der Interviews mit weiteren Fachpersonen und meinen eigenen

Praxiserfahrungen eine entsprechende Bedürfnisanalyse und in der Folge mein dramatherapeutisches Angebot.

Mit Fertigstellung dieser Projektstudie beginnt die Phase einer möglichen Umsetzung meines Angebots. Auch in dieser Phase werde ich das Projekt leiten. Ich werde das Projekt der Klinikleitung und Frau Iso vorstellen und mit ihnen die Bedingungen und Finanzierung der Durchführung diskutieren. Bei positiver Entscheidung zur Durchführung ändert sich die Projektstruktur dahingehend, dass ich weitere Anspruchsgruppen miteinbeziehe. Das Team der Psychologinnen und Psychologen, die Pflege und die übrigen Fachtherapeutinnen und Fachtherapeuten möchte ich nach Möglichkeit ebenfalls mit einem kurzen Vortrag über mein Projekt informieren und sie zum fachlichen Austausch während des laufenden Angebots einladen.

In der Laufzeit meines Angebots werde ich vor allem im Kontakt mit der Zielgruppe, also den Patientinnen und Patienten der TK sein und mein Angebot auf ihre Bedürfnisse und den therapeutischen Prozess anpassen. Möglichkeiten zum Austausch mit dem Team der Psychologinnen und Psychologen, der Pflege und den übrigen Fachtherapeutinnen und Fachtherapeuten bestehen dann in den regelmässigen Teammeetings und Fallbesprechungen.

Der Kontakt zur Administration wird wichtig sein für die Organisation der Infrastruktur, Raum- und Terminplanung sowie Materialbeschaffung. Wenn mein Angebot über einen externen Geldgeber finanziert werden sollte, werde ich initial auch dort mein Projekt vorstellen und eventuell nach Abschluss des ersten Durchlauf einen kurzen Abschlussbericht erstellen

4.2 EVALUATION

Eine mögliche Umsetzung meines Angebots vorausgesetzt, fände ich am Wichtigsten, nach Abschluss meines Angebots zu evaluieren, in welchem Umfang die folgenden zwei Ziele erreicht worden sind:

1. Die Patientinnen und Patienten können spezifisch sagen, welche Erfahrungen sie in der Dramatherapie gemacht haben, welchen Bezug sie zu ihrem Alltagserleben sehen und was sie gerne noch in weiteren Sitzungen angehen möchten.
2. Vom Team der TK kommt die Einschätzung, dass das dramatherapeutische Angebot einen therapeutischen Mehrwert darstellt und deshalb auch in Zukunft Teil des Behandlungsprogramms sein sollte.

Die Evaluation möchte ich über Fragebögen durchführen. Sollte die Evaluation zeigen, dass diese zwei Ziele nicht oder nur teilweise erreicht sind, werde ich die Ergebnisse nutzen, um das Angebot entsprechend anzupassen und zu verbessern.

Um den Aufwand für die Evaluation gering zu halten und damit die Bereitschaft zur Teilnahme zu erhöhen, möchte ich meine Fragebögen möglichst kurz halten.

Die Patientinnen und Patienten möchte ich wie folgt befragen:

1. Aus all dem, was wir in den Dramatherapie-Sitzungen gemacht haben, welche 2 Rollen, die Sie gespielt haben, sind Ihnen in Erinnerung geblieben?
2. Und für jede dieser 2 Rollen die zwei folgenden Fragen:
 - a. Welche neue Erfahrung konnten Sie durch diese Rolle machen?
 - b. Was aus dem Spiel der Rolle kennen Sie auch aus Ihrem Alltag?
3. Welche Rolle würden Sie gerne mal spielen?
4. Was hat Ihnen an der Dramatherapie besonders gefallen?

5. Was fanden Sie nicht so gut?

Sollwerte wären hier, dass die Patientinnen und Patienten:

- 2 spezifische Erfahrungen (v.a. mit Rollen) aus der Dramatherapie zurückmelden können.
- Den Bezug zwischen den Erfahrungen in der Dramatherapie und dem Alltag herstellen können.
- Sie benennen können, was sie gerne für sich noch verbessern würden (dies weist u.a. auf zukünftige dramatherapeutische Ziele hin).
- Sie die Dramatherapie als therapeutische Massnahme wieder wählen würden und wenn nötig, Verbesserungsbedarf benennen können.

Das übrige therapeutische und pflegerische Team der TK würde ich gerne wie folgt befragen:

- Was ist Ihr Eindruck davon, was die Dramatherapie den Patientinnen und Patienten gebracht hat?
- Gab es in Ihrer therapeutischen Arbeit Bezüge, die die Patientinnen oder Patienten zu ihren Erfahrungen in der Dramatherapie hergestellt haben? Wenn ja, nennen Sie bitte 1 Beispiel.
- Sollte Ihrer Meinung nach die dramatherapeutische Gruppe weiter an der TK angeboten werden? Wenn nein, warum nicht oder was sollte in jedem Fall verbessert werden?

Sollwerte, die für mich für einen therapeutischen Mehrwert und die Akzeptanz der Angebotsprechen, sind, dass aus dem Team der TK das Feedback kommt:

- Dass das dramatherapeutische Angebot den Patientinnen und Patienten hilft und von diesen gerne angenommen wird.
- Dass Sie den Eindruck haben, dass ihre therapeutische Arbeit mit den Patientinnen oder Patienten durch die Dramatherapie unterstützt oder sogar beschleunigt wird.
- Dass sie eine Weiterführung der dramatherapeutischen Gruppe im Behandlungsprogramm der TK unterstützen und/oder benennen können, in welchen Punkten sich dieses Angebot noch verbessern muss.

Während des laufenden Angebots werde ich in meinen Sitzungsnotizen nach dramatherapeutischen Assessment-Methoden die Entwicklung der einzelnen Patientinnen und Patienten dokumentieren und evaluieren. Der Zielsetzung dieser Projektstudie gemäss wird mein Fokus dabei auf dem BASIC-Ph Modell nach Mooli Lahad liegen. Zentraler Sollwert wäre hier, dass ich eine klare Aussage darüber machen kann, welche Bewältigungsstrategien von den Teilnehmenden zu Beginn und nach Abschluss des Gruppenangebots mehrheitlich genutzt werden und dass sie ihr Repertoire meiner Einschätzung nach erweitern konnten.

4.3 KOMMUNIKATION

Für die Kommunikation mit den diversen Anspruchsgruppen rund um mein Projekt möchte ich ausschliesslich auf den persönlichen und direkten mündlichen Austausch setzen, da dies meines Erachtens die beste Möglichkeit darstellt, eventuelle Fragen, Bedenken und Unklarheiten unmittelbar zu beantworten und so zu einem für alle Seiten positiven Ergebnis beizutragen. Zentrales Kommunikationsmittel wird eine kurze Präsentation meinerseits zum Vorhaben und seinen Zielen sein, gefolgt von einer Frage- und Diskussionsrunde. Wenn die Zeit

und der Rahmen es zulassen, möchte ich Fallbeispiele und erste praktische Übungsbeispiele miteinbringen. Die Kommunikation zu meinem Projekt nach Abschluss dieser Projektstudie wird in 3 Stufen stattfinden abgestimmt auf die jeweilige Anspruchsgruppe und ihre Erwartungen und Bedürfnisse.

Phase 1: Kommunikation gegenüber den Entscheidungsträgerinnen und -trägern

- Zielpublikum: Klinik- und Geschäftsleitung und Leitung TK
- Besondere Schwerpunkte der Präsentation: wissenschaftliche Einordnung des Angebots, angestrebter (innovativer) Zusatznutzen für die Klinik, Aufwand und Kosten
- Ziel: Basis schaffen für die konstruktive Diskussion des Projekts, Finanzierung und schliesslich Entscheidung über die Durchführung des Projekts.

Phase 2: Kommunikation gegenüber dem Team der TK

- Zielpublikum: Team der Psychologinnen und Psychologen, der Pflege und den übrigen Fachtherapeutinnen und Fachtherapeuten
- Schwerpunkte: Was ist Dramatherapie? Was kann und will das neue Angebot? Welche Möglichkeiten der Zusammenarbeit ergeben sich? Was heisst das für unsere Patientinnen und Patienten?
- Ziel: Basis schaffen für Akzeptanz des neuen Angebots, Schnittstellen für den Austausch definieren.

Phase 3: Kommunikation gegenüber den Patientinnen und Patienten

- Zielpublikum: Patientinnen und Patienten der TK
- Schwerpunkte: möglichst in individuellen Vorgesprächen oder dann anlässlich der ersten Gruppensitzung Aufklärung, was Dramatherapie ist und was wir in der Dramatherapie machen. Unbedingt genug Raum geben für Fragen und die Formulierung der eigenen Wünsche und Erwartungen an die dramatherapeutische Gruppenarbeit. Klar sein bezüglich der Rahmenbedingungen, um die Basis für Vertrauen und das Gefühl von Sicherheit zu schaffen.
- Ziel: Basis schaffen für den Aufbau einer vertrauensvollen und sicheren therapeutischen Beziehung.

Nach Abschluss der ersten Durchführung meines Angebots werde ich dann die Ergebnisse der Abschlussevaluation zunächst der Klinikleitung und der Leitung der TK vorstellen mit dem Ziel, über ein mögliches Folgeprojekt zu diskutieren.

5. AUSBLICK

5.1 CHANCEN UND RISIKEN

Wie im Rahmen dieser Projektstudie erläutert, ist der Bedarf an Therapien, die auf Trauma spezialisiert sind, hoch. Dieser Bedarf entsteht zum einen aus dem Mangel an Therapieplätzen und zum anderen aus der Tatsache, dass die Behandlung von Traumata aufwändig ist und eine spezielle Ausbildung und Herangehensweise erfordert. Die psychotraumatologischen Therapieansätze sind heute weit fortgeschritten, aber immer noch in Entwicklung und Bewegung. Vor allem scheint nach Aussagen der Fachpersonen, die ich interviewt habe, die körperliche und handelnde Dimension sowie imaginative Verfahren in den Vordergrund neuer Entwicklungen zu rücken. Mein Projekt könnte mit dem dramatherapeutischen Ansatz die Chance bieten, hier eine wertvolle Ergänzung und neue Einsichten zu schaffen. Für die

Patientinnen und Patienten sehe ich die Chance in diesem Projekt, eine Therapie aufsuchen zu können, die über das therapeutische Gespräch hinausgeht und ihnen ein breiteres Spektrum für den persönlichen Ausdruck und den Kontakt zu sich selbst bietet. Für die Klinik Sonnenhalde AG bietet mein Projekt die Chance ihren Anspruch auf eine ganzheitliche Behandlung zu untermauern.

Folgende Risiken sehe ich für mein Projekt:

- Stichwort «Kostendruck»: Kliniken sind heute einem hohen Kostendruck ausgesetzt und müssen sehr effizient arbeiten. Gleichzeitig fordert der Wettbewerb stete Innovation. Mein Projekt könnte aus Kostengründen abgelehnt werden. Vorbeugend könnte ich hier auf die mögliche Innovation hinweisen, die aus meinem Projekt hervorgehen könnte, und nach externen Geldgebern suchen.
- Stichwort «nicht etabliert»: mein Projekt könnte abgelehnt werden und damit nicht zur Umsetzung kommen, da die Dramatherapie als wenig evidenzbasiert und etabliert angesehen wird. Anderen Verfahren, die präsenter in der wissenschaftlichen Literatur vertreten sind, wird der Vorzug gegeben. Vorbeugend hierzu stelle ich daher in dieser Projektstudie den Bezug zu den etablierten Verfahren und zur aktuellen neurobiologischen Forschung her und möchte mit eigenen Fallbeispielen das Potential der Dramatherapie aufzeigen.
- Stichwort «Konkurrenz»: aus dem Team der TK könnte der Vorbehalt kommen, dass die Dramatherapie keinen Zusatznutzen bringt und mit ihrem offenen Ansatz den Patientinnen und Patienten gegenüber vielleicht sogar destabilisierend wirken könnte. Diesem potentiellen Vorbehalt möchte ich durch gute Aufklärung zur Dramatherapie und die Bereitschaft zu einem regelmässigen und offenen fachlichen Austausch begegnen.

Auf Seite der Patientinnen und Patienten erwarte ich aufgrund der vielen positiven Rückmeldungen zur Dramatherapie, die ich über die Jahre in meiner Praxis erhalten habe, vorerst keine Risiken. Sollten dennoch Vorbehalte gegenüber der Dramatherapie auftreten, möchte ich jeweils vor den Sitzungen genug Raum lassen, diese zu äussern und gemeinsam zu versuchen, eine Lösung zu finden.

5.2 NACHHALTIGKEIT

Sollte mein Projekt zur Umsetzung kommen und ein positives Resultat zeigen, könnte es die folgenden wertvolle Erkenntnisse für Folgeprojekte liefern:

- Es zeigt, dass die vorgeschlagene dramatherapeutische Gruppenarbeit mit Fokus auf Trauma einen therapeutischen Zusatznutzen im Rahmen einer auf Trauma spezialisierten TK bietet.
- Es liefert Erkenntnisse, wie etablierte psychotherapeutische Verfahren und kunsttherapeutische Ansätze wirkungssteigernd zum Wohle der Patientinnen und Patienten in Dialog treten können und liefert konkrete Handlungsempfehlungen für diese kombinierte Traumabehandlung.

Ein erstes Folgeprojekt auf Basis dieser Erkenntnisse wäre sicher die Fortsetzung der dramatherapeutischen Gruppe an der TK Angst und Trauma. Dies bietet dann die Gelegenheit, die Erkenntnisse aus dem ersten Durchgang zum einen zu bestätigen und zum anderen zu verfeinern. Sowohl Frau Miko Iso als auch Herr Dr. med. Peter Streb sind beide aktiv im Tri-regio Netzwerk Psychotraumatologie tätig (<https://triregionet.org/>). Dieses Netzwerk vereint Kliniken, private Praxen und weitere Institutionen im Dreiländereck rund um Basel mit dem Ziel die psychotraumatologische Versorgung, Praxis und Forschung zu optimieren. Gerne

würde ich mit dem Netzwerk einen Anlass planen und dort die Ergebnisse meiner Arbeit vorstellen, um ähnliche Projekte an anderen Kliniken oder auch Forschungsvorhaben zum Einsatz der Dramatherapie in der Traumabehandlung anzuregen. Schliesslich könnte ich die Erfahrungen aus der Umsetzung meines Projekts an der TK auch für meine eigene dramatherapeutische Praxis nutzen, indem ich in Zukunft eine ambulante Dramatherapie-Gruppe mit Fokus auf Trauma anbiete.

5.3 REFLEXION

Die Erarbeitung dieser Projektstudie bot mir erstmals nach Jahren die Gelegenheit, innezuhalten und meine Erfahrungen aus der Begleitung PTBS-Betroffener mit Neurofeedback und Dramatherapie in ein konkretes Projekt münden zu lassen. Durch Kontakt zur Klinik Sonnenhalde AG und die Offenheit dieser Klinik für neue Ansätze bekam ich die Gelegenheit, mich vertieft mit den psychotherapeutischen Ansätzen der Traumabehandlung zu beschäftigen und so vorschlagen zu können, welchen wirkungssteigernden Nutzen ein dramatherapeutisches Gruppenangebot haben könnte. Das Format dieser Projektstudie forderte mich neben meinem eigenen wissenschaftlichen Interesse auf, die entsprechende Fachliteratur zu sichten und miteinzubeziehen. Zusammenfassend komme ich zum Schluss, die Grundlage für die Verwirklichung meiner in Abschnitt 2.1 formulierten Vision geschaffen zu haben. Jetzt freue ich mich auf eine mögliche Umsetzung, um Traumabetroffenen einen neuen Zugang zu Heilung bieten zu können, meine Hypothesen auf ihren Praxisnutzen überprüfen zu können und neue Erkenntnisse für die Stärkung des Einsatzes von Dramatherapie zur Traumabehandlung gewinnen zu können.

Darin liegen die Stärken meines Projekts. Eine Schwäche von innen gesehen könnte sein, dass mein Projekt sehr viele Impulse miteinbezieht und sich damit in der Praxis als zu komplex oder sogar in Teilen als redundant zum Behandlungsprogramm der TK erweist. Aber auch hier wird erst die konkrete Umsetzung zeigen, was es zu verbessern gilt, um Traumabetroffenen auch mit Dramatherapie noch besser darin zu unterstützen zu können, ein Leben im Hier und Jetzt ohne den erlebten Schrecken leben zu können.

5.4 ANMERKUNGEN UND FRAGEN

Bezüglich der geschlechtergerechten Verwendung der deutschen Sprache in dieser Projektstudie habe ich den Leitfaden «Geschlechtergerechte Sprache», herausgegeben von der Bundeskanzlei der Schweizerischen Eidgenossenschaft⁸ konsultiert. In der Verwendung geschlechtergerechter Formulierungen beziehe ich alle Geschlechtsidentitäten mit ein.

Herzlich danken möchte ich Frau Miko Iso und Herrn PD Dr. med. Johannes Beck für ihre Unterstützung dieser Projektstudie sowie Barbara Schmidiger, Eliane Scheibler und Herrn Dr. med. Peter Streb für den spannenden und sehr wertvollen fachlichen Input. Und schliesslich danke ich meiner Kollegin Regula Wirth Schwaller, die zur gleichen Zeit wie ich ihre Projektstudie erstellte, für unsere intensiven Diskussionen über Dramatherapie und die Projektstudie an sich.

⁸ online abrufbar unter: file:///Users/Jan_Massner/Downloads/leitfaden_geschlechtergerechte_sprache_3aufl.pdf
Abgerufen am 6. Oktober 2023

6. ANHÄNGE

6.1 LITERATURVERZEICHNIS

Ayalon , O ., and Lahad , M . (2000). Life on the Edge , Haifa: Nord Publishers.

BfArM, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2023). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM). Online abgerufen am 3.Oktober 2023 unter URL: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/_node.html.

Campbell , J . (1968). The Hero with a Thousand Faces. Princeton : Princeton University Press.

Candel, I., and Merckelbach, H. (2004). Peritraumatic dissociation as a predictor of post-traumatic stress disorder: a critical review. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 44-45.

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V. (DeGPT) (2019). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Online abgerufen am 6.09.2023 unter URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/155-001I_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2020-02_1.pdf

Eifert, G.H. (2011). Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT). Göttingen, Hogrefe Verlag.

Fischer, G. und Riedesser, P. (2020). Lehrbuch der Psychotraumatologie. 5.aktualisierte und erweiterte Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Foa , E.B. , Keane , T.M. , Friedman , M.J. , and Cohen , J.A. (Eds.) (2009). Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York: Guilford Press.

Gottschall , J . (2012). The Story Telling Animal: How Stories Make Us Human. Boston: Houghton Mifflin Harcourt.

Hass-Cohen, N. (2022). Secure Resiliency. Art Therapy Relational Neuroscience Trauma Treatment Principles and Guidelines. In: King, J. (Hrsg.) (2022). Art Therapy, Trauma, and Neuroscience. Theoretical and Practical Perspectives. New York: Routledge.

Jennings, Sue (1998). Introduction to Dramatherapy: Theatre and Healing, Ariadne's Ball of Thread. London: Jessica Kingsley Publishers.

Jennings, Sue (2012). Drama Therapy Assessment Through Embodiment-Projection-Role. In: Johnson, D.R. & Pendzik, S. & Snow, S. (Hrsg.). Assessment in Drama Therapy (2012). Springfield: Charles C Thomas Publisher, Ltd.

Johnson, David R., Pendzik, Susana and Snow, Stephen (2012). Assessment in Drama Therapy. Springfield: Charles C Thomas Publisher Ltd.

Kandel, E.R., Schwartz, J.H. and Jessell, T.M. (2000). Principles of Neural Science (fourth edition). New York, McGraw-Hill.

Kaplansky, N. (2009). Dissociating From Death: An Investigation into the Resilience Potential of Transcendence into Fantastic Reality during Near Death Experiences. Unpublished dissertation, Anglia Ruskin University, Chelmsford, UK.

Klinik Sonnenhalde AG (2022). Qualitätsbericht 2022 nach der Vorlage von H+. Online abgerufen am 10. Oktober 2023 unter URL: <https://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/spitaeler/qualitaetssicherung/qualit-tsberichte-spitaeler.html>

Klinik Sonnenhalde AG (2023). Geschichte der Klinik Sonnenhalde AG. Webseite der Klinik abgerufen am 6. September 2023 unter URL: <https://www.sonnenhalde.ch/ueberuns/organisation/geschichte/>

Lahad, M. (1992). Story-making in assessment method of coping with stress: Six piece story making and BASIC Ph. In: Jennings, S. (1992). Dramatherapy theory and practice (Vol. 2, S. 150-163). London: Routledge.

Lahad, M., and Doron, M. (2010). SEE FAR CBT: beyond Cognitive Behavior Therapy. Protocol for treatment Of Post-Traumatic Stress Disorder. Amsterdam: IOS Press.

Lahad, M., Farhi, M., Leykin, D., and Kaplansky, N. (2010). Preliminary study of a new integrative approach in treating post traumatic stress disorder: SEE FAR CBT. *The Arts in Psychotherapy* 37, 391-399.

Lahad, M. and Leykin, D. (2012). The healing potential of imagination in the treatment of psychotrauma: An alternative explanation for the effectiveness of the treatment of PTSD using fantastic reality. Abgerufen am 6.09.2023 unter der URL: https://www.researchgate.net/publication/286741895_The_healing_potential_of_imagination_in_the_treatment_of_psychotrauma_An_alternative_explanation_for_the_effectiveness_of_the_treatment_of_PTSD_using_fantastic_reality

Landy, Robert J. (1993). Persona and Performance: The Meaning of Role in Drama, Therapy, and Everyday Life. London: Jessica Kingsley Publishers.

Landy, Robert J. (2009). Role theory and the role method of drama therapy. In: Lewis, P. & Johnson, D.R. (Hrsg.), Current approaches in drama therapy (second edition). Springfield: Charles C Thomas Publisher, Ltd.

Levine, P. and Frederick, A. (1997). Waking the tiger: Healing trauma through the innate capacity to transform overwhelming experiences. Berkeley, CA: North Atlantic Books.

Lutz, Ingrid (2008). Was wirkt? Was heilt? Von Wirkfaktoren des originären Theaterhandwerks und Erkenntnissen moderner Gehirnforschung. In: Neumann, L., Müller-Weith, D. & Stoltenhoff-Erdmann, K. (Hrsg.). Spielend leben lernen. Berlin: Schibri-Verlag.

Müller, F., Roose, Z., Landis, F., Gianola, G. (2018). Psychische Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden: Situationsanalyse und Empfehlungen. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit, Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern.

Obsan, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2020). Psychische Gesundheit in der Schweiz; Obsan Bericht 15/2020. Neuchâtel, Obsan.

Ozer , E.J ., Best , S.R ., Lipsey , T.L ., and Weiss , D.S . (2003). Predictors of post-traumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta- analysis. *Psychological Bulletin* 129, 52 – 71 .

Panksepp, J., Siviy, S.M., and Normansell, L. (1984). The psychobiology of play: Theoretical and methodological considerations. *Neurosci Biobehav Rev.* 8, 465–492.

Pendzik, S. (2006). Dramatic resonances: A technique of intervention in drama therapy, supervision, and training. *The Arts in Psychotherapy* 35, 217-223.

Pendzik, S. (2008). On dramatic reality and its therapeutic function in drama therapy. *The Arts in Psychotherapy* 33, 271-280.

Rafaeli, E., Bernstein, D. P. and Young, J. (2013). Schematherapie. Paderborn: Junfermann.

Ray, P. and Pendzik, S. (2021). Autobiographical Therapeutic Performance as a Means of Improving Executive Functioning in Traumatized Adults. *Frontiers in Psychology* 12, Article 599914.

Sajnani, N. and Johnson, D. R. (2014). Trauma-Informed Drama Therapy. Springfield: Charles C. Thomas Publisher, Ltd.

Schauer, M., Neuner, F. and Elbert, T. (2011). Narrative Exposure Therapy (NET). A Short-Term Intervention for Traumatic Stress Disorders. 2. Edition. Cambridge, Mass.: Hogrefe & Huber Publ.

Schmucker, M. und Köster, R. (2014). Praxishandbuch IRRT: Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy bei Traumafolgestörungen, Angst, Depression und Trauer. Stuttgart: Klett-Cotta.

Seidler, G. H. and Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study. *Psychological Medicine* 36, 1515 – 1522.

Servan-Schreiber, D. (2006). Die Neue Medizin der Emotionen: Stress, Angst, Depression: - Gesund werden ohne Medikamente (4th ed.). Goldmann Verlag.

Shapiro, F. (1999). EMDR. Grundlagen & Praxis; Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Paderborn: Junfermann.

Siviy, S. M. (2016). A brain motivated to play: Insights into the neurobiology of playfulness. *Behaviour* 153 (6-7), 819–844.

Stickgold, R. (2002). EMDR: A Putative Neurobiological Mechanism of Action. *Journal of Clinical Psychology* 58, 61 – 75.

van der Kolk, B. (2015). Verkörperter Schrecken: Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann (7th ed.). Lichtenau: G. P. Probst.

Watkins, J.G. and Watkins, H.H. (1997). Ego States: Theory and therapy. New York: W. W. Norton & Company.

Yalom, I.D. (2005). Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Klett-Cotta.

6.2 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Tabelle 1: Anspruchsgruppen der TK Angst und Trauma.

Tabelle 2: Schlüsselpersonen der TK Angst und Trauma.

Tabelle 3: Planung – Dramatherapie an der TK Angst und Trauma

Tabelle 4: Auswahl möglicher dramatherapeutischer Interventionen abgestimmt auf die einzelnen Phasen des Angebots

Tabelle 5: Meilensteine Projektplanung und -implementierung

Abb. 1: Das dreieinige oder dreiteilige Gehirn (engl. «The Triune Brain» nach P. MacLean in van der Kolk, 2015)

Abb. 2: Top-Down oder Bottom-Up: zwei wichtige Wege der Regulation zwischen Hirnstamm, limbischem System und präfrontalem Kortex (weitere Erläuterungen siehe Text, aus van der Kolk, 2015)

Abb. 3: Traumata wirken sich auf den ganzen Körper aus, weitere Erläuterungen hierzu im Text (aus van der Kolk, 2015).

Echtheitserklärung

Die Echtheitserklärung muss original unterschrieben und datiert mit den beiden Exemplaren der schriftlichen Projektarbeit eingeschickt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

- dass ich das vorliegende schriftliche Projektkonzept selbständig und ohne unerlaubte Hilfestellung verfasst habe
- dass sämtliche Quellen gemäss Leitfaden aufgeführt und sämtliche Zitate deklariert sind
- dass mir die Zustimmung aller genannten Personen vorliegt, insofern der Persönlichkeitsschutz zu beachten ist.

Ich nehme zur Kenntnis, dass bei Verletzungen jeder der Vorschriften der Prüfungsteil „Diplomarbeit“ als nicht bestanden bewertet wird und dieser Teil kostenpflichtig wiederholt werden muss.

Ort, Datum:

Name, Vorname:

Unterschrift: