Stenden University, Leeuwarden, Niederlande

Bachelorarbeit

„Kreative Therapie *Drama* im Kindernest“

Lisa-Marie Gareis

2012

Studiengang:	Kreative Therapie Drama
Studentennummer:	80454
Dozent:	Jan van der Zwaag

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 2

2 Zielsetzung 3

3 Methodik 4

3.1 Definieren der Teilfragen 4

3.2 Literaturrecherche 5

3.3 Vor-Ort-Analyse mit Interview 5

4 Ergebnisse 6

4.1 Zielgruppe „Kinder suchtkranker Frauen“ 6

4.2 Konzepte im Haus Immanuel 7

4.2.1 Grundkonzept der Klinik 7

4.2.2 Neue Konzeptschwerpunkte 9

4.3 Generelle Anwendbarkeit der Kreativtherapie für die Zielgruppe 11

4.3.1 Kreativtherapie – Bedeutung und Charakterisierung 11

4.3.2 Dramatherapie 13

4.3.3 Dramatherapie mit Kindern 14

4.4 Einbindung der Kreativtherapie *Drama* in das ‚Kindernest-Konzept’ 18

5 Diskussion und Schlussfolgerung 20

6 Zusammenfassung 21

7 Abstract 22

8 Literaturverzeichnis 23

Danksagung 25

Anhang 26

Interview mit dem Klinikleiter Herrn G. Lehner am 18.04.2012 26

Literatursuche in der Datenbank PubMed 30

Übersichtsplan „Kindernest“ 31

1 Einleitung

Die Fachklinik „Haus Immanuel“ wurde 1907 von Pfarrer Ernst Keupp gegründet und befindet sich im oberfränkischen Hutschdorf (Deutschland). Leiter der Einrichtung ist Herr Gotthard Lehner. Das Haus Immanuel ist eine Einrichtung des Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverbands, das Leitbild der Klinik ist dementsprechend von den christlichen Werten geprägt und lautet: *„Jeder Mensch ist einmalig und unverwechselbar“*(www.haus-immanuel.de).

Die Behandlung ist auf suchtkranke Frauen spezialisiert, wobei sich das Betreuungsangebot dabei spezifisch auf alkohol-und/oder medikamentenabhängige Frauen im Alter von 18 bis 70 Jahren konzentriert. Die Klinik hat derzeit 36 Therapieplätze zur Verfügung. Es werden sowohl Einzel- als auch Gruppentherapien angeboten. Das Angebot besteht aus:

- Medizinischer Betreuung
- Psychotherapie
- Ergotherapie
- Sozialtherapie
- Arbeitstherapie
- Sporttherapie

Die Behandlungsdauer der Frauen erstreckt sich durchschnittlich auf 15 Wochen, wobei die derzeitige Wartezeit auf einen Therapieplatz 4 – 6 Wochen beträgt.

Momentan wird die Fachklinik um ein zweites Gebäude erweitert, das im Juni 2012 fertig gestellt sein wird. Durch die baulichen Maßnahmen können dann insgesamt 60 Frauen aufgenommen werden. Mit diesem Neubau wird der steigenden Anzahl therapiebedürftiger Frauen Rechnung getragen. Dementsprechend können die Wartezeiten auf einen Therapieplatz verkürzt werden (Lehner, 2011).

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Ausbaumaßnahmen ist der Bau eines Mutter-Kind-Hauses. Bisher konnten die Frauen ihre Kinder nicht mit in das Haus Immanuel nehmen. Die Kinder von suchtkranken Eltern werden jedoch als besonders gefährdete Risikogruppe für psychische Folgeerkrankungen gesehen. Oftmals werden diese Kinder traumatisiert und sozial isoliert. Zudem wird die Behandlung dieser Kinder in

Deutschland nicht vom Kostenträger gezahlt. Das bedeutet, dass sie im bestehenden System nicht als Problem wahrgenommen werden (Lehner, 2011).

In Nordbayern ist das Haus Immanuel die einzige Klinik, die Kinder suchtkranker Frauen mit in die Behandlung einbeziehen wird (Lehner, 2012).

Aus diesem Zusammenhang und meinem speziellen Interesse an der Zielgruppe Kinder von suchtkranken Frauen für Kreativtherapie *Drama* leitet sich der konkrete Anlass für die vorliegende Bachelorarbeit (BA) ab.

In dieser Arbeit soll daher theoretisch untersucht werden, inwiefern die Kreativtherapie *Drama* einen Beitrag zum geplanten Gesamtkonzept der Klinik zur Behandlung der Kinder von suchtkranken Frauen leisten könnte. Dies ist auch deshalb eine besonders interessante Herausforderung, da die Kreativtherapie *Drama* in Deutschland noch weitestgehend unbekannt ist und mit der Bachelorarbeit auch der Versuch unternommen wird, diesen therapeutischen Ansatz bekannter zu machen.

2 Zielsetzung

Primäres Ziel der Arbeit ist es zu überprüfen, inwieweit die Ansätze der Kreativtherapie *Drama* bei der Etablierung und Umsetzung des geplanten „Mutter-Kind-Projekts“ der Fachklinik Haus Immanuel integriert werden können. Außerdem soll im Rahmen dieser Arbeit generell auf die in Deutschland nur wenig bekannte Kreativtherapie aufmerksam gemacht und damit auch ein Kontakt mit der Stenden Hogeschool und den dortigen Ausbildungsrichtungen im Bereich Kreativtherapie aufgebaut werden.

Mein persönliches Ziel ist darüber hinaus, mehr über das Haus Immanuel zu erfahren und Informationen über die eigentliche Zielgruppe -Kinder von suchtkranken Frauen- zu sammeln. Ich sehe diese Untersuchungen für meine persönliche berufliche Zukunft als wichtig an, da ich herausfinden möchte, ob und inwiefern ich als Kreativtherapeutin in Einrichtungen wie dem Haus Immanuel arbeiten könnte.

Die Ergebnisse und Inhalte der BA sind darüber hinaus von Interesse für die Ausbildungsstätte Stenden Hogeschool, den dortigen Dozenten und Kommilitonen sowie angehenden Therapeuten.

3 Methodik

Diese BA ist eine Entwicklungsstudie. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass an dem Entwickeln neuer Pläne für das berufliche Handeln gearbeitet wird. Hierbei wird auch geprüft, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, um den neuen Plan durchführen zu können (Migchelbrink, 2008, S. 145-154).

Um die gewünschten Ergebnisse zu erhalten wurde zunächst eine Literaturrecherche durchgeführt. Die dazu benötigte Literatur entstammt meinem privaten Besitz und der Bibliothek der Stenden Fachhochschule. Zudem wurden auch relevante Internetquellen verwendet.

Des Weiteren wurden die örtlichen Gegebenheiten bei einem Besuch der Klinik studiert und ein Interview mit dem Klinikleiter Herrn Gotthard Lehner vor Ort durchgeführt. Dieses Interview war dadurch gekennzeichnet, dass anhand einer Themenliste Informationen zusammengetragen wurden. Nach Migchelbrink (2008, S. 207) ist diese Technik vor allem dann hilfreich, wenn sich innerhalb des Gespräches neue Themen ergeben können. Um das Interview aufzunehmen wurde ein Computerprogramm genutzt (No 23 Recorder, www.chip.de).

3.1 Definieren der Teilfragen

Für die systematische Beantwortung der primären Fragestellung dieser Arbeit, nämlich inwiefern die Kreativtherapie *Drama* einen Beitrag zur therapeutischen Betreuung der Kinder von suchtkranken Frauen im Haus Immanuel leisten kann, sind folgende Teilfragen zu stellen:

1. Was beinhaltet das neue „Mutter-Kind-Projekt“ im Haus Immanuel?
2. Wie definiert sich die therapeutische Zielgruppe (Kinder von suchtkranken Frauen)?
3. Was sind die Ansätze der Kreativtherapie?
4. Was beinhaltet das Medium *Drama*?
5. Weshalb soll die Kreativtherapie *Drama* bei der genannten Kinder-Zielgruppe angewendet werden?
6. Welche Voraussetzungen müssen gelten, damit die Therapie angeboten werden kann?

7. Wie könnte die Kreativtherapie *Drama* sinnvoll in das Gesamtkonzept eingebunden werden?

3.2 Literaturrecherche

Mit einer Literaturrecherche in wissenschaftlichen Datenbanken sollten wissenschaftlich aussagekräftige Informationen zu den verschiedenen relevanten Aspekten der Thematik erarbeitet werden. Die Suche wurde in der Datenbank PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed) durchgeführt, da sie eine der wichtigsten Datenbanken mit medizinischen Fachartikeln aus dem gesamten Bereich der Biomedizin ist. Als bibliografische Referenzdatenbank sind dort mehr als 22 Millionen Zeitschriftenartikel aus Sachgebieten wie z. B. Medizin, Psychologie und Gesundheitswesen verfügbar.

Darüber hinaus wurden zur Verfügung stehende Bücher über Kreativtherapie mit dem Schwerpunkt *Drama* aus eigenem Besitz und der Bibliothek der Stenden Fachhochschule sowie Internetquellen verwendet.

Der Schwerpunkt der Recherchen wurde auf folgende Teilbereiche gelegt:

- Kreativtherapie
- Auffälligkeiten von Kindern suchtkranker Frauen
- Dramatherapie mit Kindern

3.3 Vor-Ort-Analyse mit Interview

Für die Überprüfung der Fragestellung, ob sich der kreativtherapeutische Ansatz in das Behandlungskonzept der Klinik Haus Immanuel einbinden lässt, war es erforderlich, neben allgemein erhältlichen Informationen eine Vor-Ort-Analyse durchzuführen.

Dazu wurde die Klinik besichtigt und mit dem Klinikleiter, Herrn Gotthard Lehner ein ausführliches Interview geführt.

Wesentliche Schwerpunkte waren dabei:

- Status quo – Situation der Klinik
- bisherige Ansätze zur Behandlung suchtkranker Frauen

- bisherige Situation der Kinder dieser Patientinnen
- Erfahrungen der Klinikleitung über diese Problematik
- Anlass der Neukonzeption für das zukünftige Einbeziehen der Kinder
- eigene Darstellung der Kreativtherapie
- Diskussion über eine mögliche Einbindung der kreativtherapeutischen Ansätze (Medium *Drama*) in die zukünftigen Konzepte im Haus Immanuel

4 Ergebnisse

4.1 Zielgruppe „Kinder suchtkranker Frauen“

In Deutschland leben schätzungsweise 2,65 Millionen Kinder von alkoholmissbrauchenden oder –abhängigen Eltern und ca. 30.000 - 40.000 Kinder drogenabhängiger Mütter. Nach einer Studie von Arenz-Greving aus dem Jahr 2004 wächst zirka jedes fünfte Kind in Deutschland in einer suchtbelasteten Familie auf.

Obwohl nicht jedes Kind aus suchtbelasteten Familien schwerwiegende Verhaltensprobleme entwickelt, sind sie es, die nach dem heutigen Kenntnisstand die größte bekannte Risikogruppe für spätere Suchtstörungen darstellt. Doch nicht nur Suchtstörungen, sondern auch andere Erkrankungen wie Depressionen, Essstörungen, Hyperaktivität, sowie Aggressivität und Impulsivität können durch das Aufwachsen in einer solchen Familie die Folge sein, wie durch inzwischen vorliegende Studien deutlich wird (Arenz-Greving, 2004, S. 10-14).

Auch die Art und Weise der Eltern-Kind-Interaktion ist in Familien mit einem Suchtproblem sehr vielschichtig. Beziehungsprobleme und das massive Verleugnen der Probleme sind typisch. Das Vermeiden der Konflikte, das Verharmlosen der Probleme scheinen die einzige Möglichkeit zu sein, um die Situation aushalten zu können. Die Kinder wachsen unter andauerndem Stress auf. Das Familienklima wird geprägt durch Wut, Scham, Angst, Demütigungen und Hilflosigkeit. Durch häufige, manchmal minutiöse Stimmungsschwankungen überwiegt eine angespannte Atmosphäre, die dazu führt, dass die Kinder ihr Verhalten den jeweiligen Situationen anzupassen versuchen. Eigene Emotionen werden unterdrückt um dem Familienklima nicht noch mehr zu schaden.

Die gesamte Familie bewegt sich oft jahrelang zwischen neuer Hoffnung und wiederkehrender Enttäuschung. Besonders bei Rückfällen des abhängigen Elternteils, aber auch bei nicht eingehaltenen Versprechen, verstärken sich im Kind die Gefühle von Verlassenheit, Ablehnung, Verrat und Misstrauen.

Die inkonsequente Erziehungshaltung, d. h. ein Wechselbad zwischen Härte und Verwöhnung, gibt den Kindern die Grunderfahrung, dass sie sich auf ihre Eltern nicht verlassen können. Sie erfahren, dass man Worten (vor allem von Erwachsenen) nicht trauen kann (www.psydok.sulb.uni-saarland.de).

Es gibt in Deutschland etwa 40 Selbsthilfegruppen für erwachsene Kinder suchtkranker Eltern und ca. 30 - 40 professionelle Hilfsangebote für Kinder suchtkranker Eltern, in welchen Prävention und Unterstützung eine große Rolle spielen. Das Haus Immanuel in Hutschdorf bietet mit dem neuen Konzept eben diese Stützen, gleichzeitig für suchtkranke Mütter und deren Kinder.

Die Kinder können nach Aussagen des Klinikleiters Herrn Gotthard Lehner keine normale Objektkonstanz entwickeln. Seiner Meinung nach ist es logisch, dass diese Kinder auch suchtgefährdet sind. Einerseits wegen der „Vorbildfunktion“ der Mütter, andererseits aufgrund möglicher genetischer Dispositionen (Interview am 18.04.2012).

4.2 Konzepte im Haus Immanuel

4.2.1 Grundkonzept der Klinik

Die nachfolgenden Daten und Informationen basieren auf der Auswertung des Vor-Ort-Besuches und des Interviews mit dem Klinikleiter Herrn Gotthard Lehner am 18.04.2012 (siehe Anhang).

Das Behandlungsangebot richtet sich an Frauen, die Sucht als Primärdiagnose aufweisen. Es werden keine durch illegale Drogen ausgelösten Suchtprobleme behandelt. Das bedeutet, dass sich die Arbeit der Klinik auf durch Alkohol und/oder Medikamente ausgelöste Suchterkrankungen konzentriert. Oftmals hatten die Frauen im Alter von 16 – 17 Jahren Essstörungen und sind später suchtkrank geworden. Innerhalb der Klinik kommt es in solchen Fällen auch zu sogenannten Suchtverlagerun-

gen, die Frauen reagieren in diesen Fällen wieder mit Auffälligkeiten bezüglich des Essverhaltens.

Die Standardzeit für die Therapie beträgt 15 Wochen. Sollte eine Patientin die Klinik früher verlassen, dann können die restlichen Wochen anderen Patientinnen zur Verfügung gestellt werden.

Das therapeutische Konzept basiert auf den beiden Fragen:

„Warum trinkt jemand?“ und

„Welche gesellschaftlichen und/oder privaten Einflüsse führen zu der Sucht?“.

In der Therapie wird durch Einzelgespräche versucht, Antworten auf diese Fragen zu erhalten.

Der therapeutische Ansatz ist dabei, nach eigenen Angaben, sehr breit aufgestellt und nicht von einer Schule abhängig. Grund hierfür ist die Ansicht, dass Menschen verschieden ansprechbar sind und daher unterschiedliche Therapien benötigen.

Der Klinikleiter selbst ist ausgebildeter Psychoanalytiker, es gibt im Haus aber auch einen Verhaltenstherapeuten. Nach Meinung der Klinikleitung bringt es wenig, einem abhängigen Menschen nur das Verbot des Nichtgebrauchs des Suchtmittels aufzuweisen, es müssen vielmehr Alternativen dargestellt werden. Frauen trinken im Regelfall deswegen, weil irgendetwas in ihrem Leben nicht funktioniert, Männer hingegen sind eher Geselligkeitstrinker.

Nach Aussage des Klinikleiters schaffen 50% der Frauen den Absprung von der Sucht. Die Erfolgsquote des Hauses Immanuel wird jedoch höher eingeschätzt. Ein Grund dafür ist in dem verstärkten Einsatz von einzeltherapeutischen Maßnahmen zu sehen. Einzeltherapien sind zwar effizienter, aber im Vergleich zur Gruppentherapie auch teurer. Jede Patientin hat mindestens ein Einzelgespräch mit dem jeweiligen Bezugstherapeuten pro Woche. In anderen Kliniken finden Einzelgespräche nur einmal im Monat statt. Der Vorteil von Einzelgesprächen ist der, dass die Frauen sich leichter einer einzelnen Person anvertrauen können und der Therapeut viel eher die zentralen Ursachen der Suchtproblematik erkennen und nachfolgend spezifisch behandeln kann. Dabei sind die Konflikte, die zum erhöhten Alkoholkonsum geführt haben, häufig sehr persönlich und individuell begründet (z. B. Gewalterfahrungen, se-

xueller Missbrauch). Es ist verständlich, dass im Rahmen einer Gruppentherapie ein natürlicher Widerstand und Scham bestehen, über diese Erfahrungen zu sprechen.

Patientinnen mit Kindern konnten diese bislang nicht mit in die Klinik nehmen. Die Kinder blieben dann beim Partner (so vorhanden), in Pflegefamilien oder Heimen. Die Trennung von den Kindern stellt für die betroffenen Frauen eine zusätzliche Belastung dar, weshalb sich Frauen in manchen Fällen aus diesem Grund gegen einen Aufenthalt in der Klinik entschieden.

4.2.2 Neue Konzeptschwerpunkte

Die Klinik ist mit ihren bislang 36 Plätzen sehr klein und wirtschaftlich kaum profitabel zu führen.

Aus diesem Grund wurden in früheren Überlegungen zwischen der Klinikleitung und dem federführenden Kostenträger, der Deutsche-Diakonieverband GmbH, neue konzeptionelle Ansätze diskutiert, die neben einem erweiterten Betreuungsangebot auch die wirtschaftliche Komponente zum Inhalt hatten.

Für die 24 neuen Therapieplätze und deren Belegung wurde eine konzeptionelle Erweiterung des Angebotes auf die Betreuung der Kinder von suchtkranken Frauen beschlossen.

Im Bundesland Bayern bieten bislang trotz großen Bedarfs nur zwei Kliniken den Müttern die Mitnahme ihrer Kinder an. Diese beiden Einrichtungen liegen im Süden des Landes (Memmingen und Passau), sodass das Haus Immanuel zukünftig die einzige Klinik in Nordbayern sein wird, die ein solches Konzept anbietet und die Zielgruppe „Kinder von suchtkranken Frauen“ verstärkt in therapeutische Maßnahmen einbezieht.

Die Wahrnehmung der Kinder durch ihre Mütter ist häufig begrenzt. So entstehen Defizite und die Kinder entwickeln keine Objektkonstanz, da die Mütter nicht verlässlich sind. Häufig können diese Kinder aufgrund ihrer familiären Situation weiterführende Schulen nicht besuchen. Im Rahmen des erweiterten Therapieangebotes soll im Haus Immanuel erreicht werden, dass die Mütter wieder verlässliche Bezugspersonen darstellen und die Kinder verstehen lernen, dass sie keine Schuld an der Erkrankung ihrer Mütter tragen.

Insgesamt können mit Fertigstellung der Baumaßnahmen 12 Kinder im Alter bis zu 12 Jahren aufgenommen werden. Diese werden über die gesamte Betreuungszeit von 15 Wochen in der Klinik bleiben können.

In der Mutter-Kind-Station hat jede Mutter ein eigenes kleines Appartement mit Kinderzimmer zur Verfügung. Während die Mütter ihre jeweiligen Therapieangebote wahrnehmen, werden die Kinder das klinikeigene Spielhaus, das sogenannte „Kindernest“ besuchen können (siehe Foto auf Titelblatt). Im Kindernest werden die Kinder dann täglich von 8:00 Uhr bis 16:30 Uhr betreut. Schulpflichtigen Kindern wird vormittags der reguläre Schulbesuch ermöglicht, im Kindernest wird zudem eine Hausaufgabenhilfe ermöglicht. Die Leitung des Kindernestes übernimmt mit Frau Beate Jezussek eine ausgebildete Kinder- und Jugendpsychotherapeutin (Lehner, 2012).

Aus dem Konzeptentwurf des Kindernestes ergibt sich, dass die Kinder hier entwicklungsangemessen unterstützt werden können. Im Erdgeschoss des Kindernestes befinden sich neben Wohnküche und einem Büro auch zwei separate Spielzimmer (siehe Anhang, Abbildung 1). Im 1. Stock sind ein Schlafraum für Kinder unter 4 Jahren und ein weiterer Ruheraum zur Nutzung für alle Kinder vorhanden (siehe Anhang, Abbildung 2). Zudem gibt es ein weiteres Zimmer für die Hausaufgabenbetreuung. Im Außenbereich des Kindernestes und der Einrichtung befindet sich eine Spielterrasse, ein Waldgelände grenzt unmittelbar an.

Insgesamt lässt sich die Arbeit mit den Kindern in einem sehr guten heilpädagogisch-therapeutischen Rahmen umsetzen. „Das heilpädagogisch-therapeutische Vorgehen richtet sich nach den individuellen Voraussetzungen und Bedürfnissen der Kinder, damit sie sich wohlfühlen und Beziehungen eingehen können“ (Jezussek, 2012: S. 8). Als besonderer Schwerpunkt wird erachtet, die Fähigkeit der Kinder zur Beziehungsbildung zu stärken. Daher werden die Mütter in die Therapiekonzepte mit einbezogen und es sollen bspw. Mutter-Kind-Aktivitäten durchgeführt werden. Außerdem werden Einzelgespräche mit den Müttern geführt und Gesprächsgruppen gebildet, in denen die Elternbildung eine zentrale Bedeutung haben wird.

4.3 Generelle Anwendbarkeit der Kreativtherapie für die Zielgruppe

4.3.1 Kreativtherapie – Bedeutung und Charakterisierung

Der Begriff „Kreativtherapie“ fasst verschiedene selbstständige Therapieformen zusammen, die mit unterschiedlichen künstlerisch-gestalterischen Mitteln oder auch Medien arbeiten (www.rk-duesseldorf.lvr.de).

Die Stenden Fachhochschule (Stenden Hogeschool Leeuwarden) definiert den Unterschied zur klassischen Therapie damit, dass in der Kreativtherapie das künstlerische Medium als Kommunikationsform zwischen Therapeut und Patient eine zentrale Bedeutung hat. Das Medium vermittelt dem Therapeuten die Emotionen, Gedanken und Handlungsweisen der Patienten, wonach der Therapeut verbal oder mittels des Mediums darauf eingeht. Die Kommunikation kann also im Umgang mit dem Mittel stattfinden (www.fh-stenden.de).

Die Therapieformen richten sich dabei jeweils spezifisch auf verschiedene Teilbereiche. Dazu zählen vor allem *Bildende Kunst, Musik, Tanz und Bewegung, Drama* (Smeijsters, 2003). Zudem können auch weitere kreative Medien wie Poesie und die Beschäftigung mit Gärten miteinbezogen werden.

Nach Smeijsters (2003, S. 48-51) ist eine eindeutige Definition von „Kreativtherapie“ schwierig. Grund dafür ist neben der Vielfalt der Teilbereiche vor allem die Tatsache, dass weltweit viele verschiedene Definitionen für diese Therapieform existieren. Kreativtherapie ist eine spezielle Form der Behandlung von Klienten mit psychischen Problemen oder Beeinträchtigungen. Die wichtigsten Aspekte, die den Ansprüchen von Kreativtherapie entsprechen, sind:

- Die Behandlung hat eine vorab festgelegte Dauer,
- sie kennt verschiedene Settings (individuell oder in Gruppen),
- sie liefert einen Beitrag zur multidisziplinären Diagnose (anhand der Observationen im Umgang mit dem Medium) und Behandlungsplanung,
- sie hat explizite Zielstellungen, wie z. B. das Erkennen oder Vermindern von psychischen, psychomotorischen oder psychosozialen Problemen oder dem Erlernen wie man mit Problemen umgehen kann,
- sie macht Gebrauch von Interventionen und Methoden und
- sie setzt künstlerische Begabung nicht als Norm voraus.

In den Niederlanden wurden bereits in den 20er Jahren Musiker und Künstler bei der Behandlung und Begleitung von Klienten eingesetzt. Die künstlerischen Äußerungen dienten damals vor allem der psychiatrischen Diagnose. In den 50er Jahren wurde die Kreativtherapie dann als Spezialisierung anerkannt (www.psychotherapiepraktijk-werkendam.nl).

Die Kreativtherapie kennt verschiedene Arbeitsweisen, die im Allgemeinen die therapeutischen Vorgehensweisen beschreiben. Die Arbeitsweise wird aufgrund der Ausgangslage und Ausgangsfrage des Patienten gewählt (Müller-Weith, Neumann & Stoltenhoff-Erdmann, 2002, S. 53 - 56). Diese sind:

Kreative Therapie in sonder-(heil)pädagogischen Situationen:

Der Fokus liegt dabei auf psychomotorischen, sensormotorischen Sprachfähigkeiten sowie kognitiven, sozialen und emotionalen Bereichen. Beispiele für Zielstellungen innerhalb dieser Arbeitsweise sind: Verbesserung der feinen und groben Motorik, Verbesserung der Sprachfähigkeit, Verbesserung der sozialen Fähigkeiten.

Kreative Therapie in supportativen Situationen:

Innerhalb dieser Arbeitsweise wird der Umgang mit bestehenden Problemen verbessert. Alle Zielsetzungen haben dementsprechend einen unterstützenden und entwicklungsgerichteten Charakter. Beispiele sind: Verbesserung der emotionalen Anpassung, Selbstaktualisierung, Kontrollmechanismen entwickeln.

Kreative Therapie in lindernden Situationen:

Im Rahmen dieser Arbeitsweise steht das Lindern von psychischen und physischen Schmerzen zentral. Zielstellungen können sein: Trauerarbeit nach dem Verlust einer Person oder bei Aussicht des nahenden Todes, Linderung von chronischem Schmerz.

Kreative Therapie in re-edukativen Situationen:

Die Therapie richtet sich auf das Verarbeiten von Problemen, deren jeweiligen Ursachen und das eigene Verhalten in der Gegenwart. Passende Zielstellungen können

sein: Lernen Grenzen zu setzen, Vergrößern der Frustrationstoleranz, Verbesserung der Realitätsorientierung.

Kreative Therapie in re-konstruktiven Situationen:

Bei dieser Arbeitsweise werden unbewusste Konflikte aufgearbeitet. Diese haben ihren Ursprung oft in der Kindheit. Unbewusste Konflikte sind vor allem dann zu erkennen, wenn Patienten in bestimmten Situationen Gefühle wahrnehmen und diese nicht begreifen können. Beispiele für Zielsetzungen sind: Unbewusste Erfahrungen und Emotionen bewusst machen, Ursachen aus der Vergangenheit ausfindig machen.

In seinem Buch „Handboek Creatieve Therapie“ (2003) schreibt Henk Smeijsters, dass Kreativtherapeuten multimethodisch arbeiten müssen. Der Kreativtherapeut muss selektiv und kritisch sein. Dies bedeutet, dass der Kreativtherapeut sich nicht einer einzigen Schule verpflichtet, sondern multimethodisch verschiedene Ansätze berücksichtigt und anwendet.

4.3.2 Dramatherapie

Innerhalb der Dramatherapie wird das Medium *Drama* im Zusammenhang mit der Behandlung von psychischen Störungen und Beeinträchtigungen zielgerichtet und methodisch eingesetzt. Hierbei liegt der Fokus auf der Handlung mittels dem Spiel und der Fantasie (Smeijsters, 2003). Nach Smeijsters (2003) liegen die Ziele vor allem in der Expression von Gefühlen, der Entwicklung von observierenden Fähigkeiten, dem Vergrößern des Selbstbildes und dem Stimulieren von sozialer Interaktion. „Dramatherapeutisch arbeiten heißt an den gesunden Anteilen der Klienten ansetzen, seine lebendigen Kräfte herausfordern und fördern.“ (Merschmeyer, 2008: S. 142).

Das Wort „*Drama*“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet „*Handeln*“. Innerhalb der Dramatherapie wird also gehandelt, wobei der/die Spieler die eigene gesamte Person (Körper, Stimme, Haltung) als Instrument gebraucht (Pijper, 2008, S. 18 - 19).

Nach der deutschen Gesellschaft für Theatertherapie basieren die Grundsätze für Dramatherapie v. a. auf den über 40jährigen Erfahrungen in England, den USA und

den Niederlanden. In diesen Ländern ist Dramatherapie als Therapieform anerkannt, in das Gesundheitswesen integriert und wird in allen psychosozialen Feldern angewandt (www.dgft.de).

Schwerpunkt der Dramatherapie sind neben dem Rollenspiel und dem „*So tun als ob“* auch der Gebrauch von Puppen, Masken und Improvisation (Langley, 2006).

In Deutschland hat sich die Dramatherapie bisher noch kaum entwickelt und so wurde erst Mitte der 90er Jahre eine Berufsvereinigung (Deutsche Gesellschaft für Theatertherapie) ins Leben gerufen. Vereinzelt wird die Dramatherapie jedoch bereits angeboten, so zum Beispiel in der Landesverband-Rheine Klinik Bedburg-Hau. Diese psychiatrische Einrichtung arbeitet mittels eines Kooperationsvertrages eng mit niederländischen Hochschulen zusammen (www.kreativtherapien.lvr.de).

4.3.3 Dramatherapie mit Kindern

Aufgrund der Tatsache, dass der Ursprung von Dramatherapie im Spiel liegt, ist sie eine exzellente Form der Therapie für Kinder (Langley, 2006). So schreibt auch Bettina Merschmeyer (2008): „*Ich halte den Ansatz der Dramatherapie besonders für die Arbeit mit Kindern geeignet, da Kinder uns in hohem Maße über Spiel und Fantasie Einblicke in ihre innere Welt geben*“ (Merschmeyer, 2008: S. 145).

Für Kinder besteht kaum eine Grenze zwischen der echten Welt und der des Spiels (Thomas & Johnson, 2007). Darum lässt sich die Dramatherapie auch einfacher an Kinder anbieten als an Erwachsene oder Jugendliche. Erwachsene sind gegenüber spielerischen Methoden oftmals gehemmt und können sich nicht so frei darauf einlassen.

Durch das Erschaffen eines Forums (innerhalb des Spieles) können starke Gefühle, auf sicherer Ebene frei gelassen werden (Dwivedi et al., 2010). Kinder können ihre unterdrückten Gefühle, sowie beispielsweise Angst oder Wut frei äußern, dies kann entlastend sein. Des Weiteren können Kinder innerhalb des Spiels neue Handlungsalternativen ausprobieren und erkennen, dass ihr Verhalten Einfluss nimmt auf ein Ereignis (Merschmeyer, 2008). Nach dieser Autorin kann das biografische Spiel jedoch für Kinder auch gefährlich wirken: „*So ist es ihnen beispielsweise nicht möglich die als böse erlebte Mutter real im Spiel darzustellen, ohne in starke Loyalitätskon-*

flikte zu geraten“ (Merschmeyer, 2008: S. 145). Innerhalb der Dramatherapie kann dann jedoch mit anderen symbolischen Rollen gespielt werden, so kann ein Kind im Spiel beispielsweise „[…] *als Jäger einen Wolf jagen und töten, als Polizist einen Dieb fangen und hinter Gitter bringen* […]“ (Merschmeyer, 2008: S. 146).

Das Schaffen eines imaginativen Zustandes kann somit bedeuten, dass Kinder für den Moment frei sind von den Anforderungen und Belastungen des (familiären) Systems.

Je nach Alter werden spezifische Schwerpunkte der Dramatherapie für Kinder gesetzt, nach dem Buch „*Drama voor de beroepspraktijk*“ von G. Pijper aus dem Jahr 2008 (S. 119 – 151) kann eine Einteilung wie folgt vorgenommen werden (Tabelle 1):

Tabelle 1: Einteilung von Schwerpunkten nach Altersgruppen

Alter in Jahren	Schwerpunkte
2 - 4	• Vergrößern der kommunikativen Fähigkeiten • Möglichkeiten von „*So tun als ob*“ – Situationen untersuchen
4 - 6	• Vergrößern des Körperbewusstseins • Vergrößern der assoziativen Fähigkeiten • Vergrößern des Konzentrationsvermögens • Fähigkeiten zum gemeinsamen Spiel stimulieren
7 - 9	• Vergrößern des Körperbewusstseins • Möglichkeiten und Effekte von Absprachen und Regeln erfahren • Entwicklung und Stimulierung der Fantasie
10 - 12	• Verbale und nonverbale Ausdrucksfähigkeiten stimulieren • Vermögen zum Rollenspiel vergrößern • Fähigkeiten zum Untersuchen und Auflösen von Problemen vergrößern • Selbstbewusstsein vergrößern

Kinder bis zum Alter von 2 Jahren sind von der Dramatherapie nach Pijper (2008) nicht erfasst.

Je nach Altersgruppe der Kinder werden dann spezifische Übungen angeboten. Ein Beispiel für eine solche Übung für Kinder zwischen 7 und 9 Jahren (diese Übung entstammt ebenfalls dem Buch von G. Pijper, S. 139):

Name der Übung: *„Rätsel“*

Ein Kind ahmt vor der Gruppe ein Tier, einen Beruf oder eine bestimmte Handlung vor (nonverbal). Die Gruppe bekommt die Aufgabe zu erraten was oder wer dargestellt wird. Im Falle, dass ein Kind nicht weiß was es vormachen soll, kann der Begleiter Ideen vorgeben. Jedes Kind kommt abwechselnd an die Reihe.

Bei dieser Übung liegt der Schwerpunkt auf dem Körperbewusstsein des Kindes, jedoch wird auch die Fantasie der Gruppe (die Begriffe errät) angesprochen.

Über diese Quellen hinaus wurde eine Literatursuche in der Datenbank PubMed zu wissenschaftlichen Artikeln durchgeführt. Mit den Stichworten ‚Creative AND Therapy’ ergab die erste Suche insgesamt 2182 Treffer (siehe Tab. 2). Details zu den Suchen finden sich im Anhang.

Nach der zeitlichen Eingrenzung der Suchergebnisse auf die letzten 10 Jahre reduzierte sich die Anzahl auf 1016 (Suche Nr. 4). Die kombinierte Suche von ‚Creative Therapy‘ mit dem Suchkriterium ‚Drama‘ ergab lediglich 25 Publikationen (Suche Nr. 2). In Verbindung von ‚Creative Therapy’ mit ‚Child (oder children)’ wurden in der PubMed-Suche insgesamt 349 Artikel gefunden (Suche Nr. 3). Das weitere Eingrenzen dieser Recherche mit dem Suchkriterium ‚Drama’ ergab schließlich nur noch 9 Treffer, bezogen auf die letzten 10 Jahre waren es nur 3 (Suche Nr. 8). Eine Übersichtsarbeit (review) war in der Datenbank schließlich nicht vorhanden (Suche Nr. 9).

Insgesamt machen diese Resultate deutlich, dass ‚Kreativtherapie *Drama’* in der internationalen wissenschaftlichen Literatur nahezu nicht vertreten ist. Es liegen weder Einzelartikel zum Einsatz der Kreativtherapie *Drama* vor, noch wird in Review-Artikeln über den Nutzen und die Erfahrungswerte im Zusammenhang mit Therapiemaßnahmen berichtet.

Tabelle 2: Anzahl der Publikationen in PubMed nach Suchkriterien*

Suche Nr.	Suchkriterien	Treffer
1	Creative Therapy	2182
2	+ Drama	25
3	+ Child (or children)	349
4	+ Last 10 years	1016
5	+ Review	147
6	+ Drama + Child (or children)	9
7	+ Drama + Last 10 years	10
8	+ Drama + Child (or children) + Last 10 Years	3
9	+ Drama + Child (or children) + Review	0

Für die in dieser Bachelorarbeit aufgeworfene Frage kann daher nicht auf wissenschaftliche Artikel und konkrete Erfahrungswerte oder Empfehlungen früherer Untersuchungen zurückgegriffen werden.

Hinzu kommt, dass die rein quantitativen Ergebnisse derartiger Suchen unter Berücksichtigung qualitativer Aspekte weiter eingegrenzt werden müssen. Es zeigt sich dann, dass sich die Mehrzahl der in Fachzeitschriften publizierten wissenschaftlichen Artikel mit Schmerztherapien und traumatischen Symptomen beschäftigen.

Die drei Treffer der Suche Nr. 8 mit den Suchbegriffen ‚Creative Therapy’ + ‚Drama’ + ‚Child (or children)’ + ‚Last 10 Years’ beschäftigen sich mit:

- *A creative arts intervention for children with diabetes. Part 1: Development.* Basso RV, Pelech WJ. (2008) J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 46(10):25-29.

- *Thinking, feeling and moving: drama and movement therapy as an adjunct to a multidisciplinary rehabilitation approach for chronic pain in two adolescent girls.*
  Christie D, Hood D, Griffin A. (2006) Clin Child Psychol Psychiatry.11(4):569-577.

- *Rebuilding security: group therapy with children affected by September 11.*
  Haen C. (2005) Int J Group Psychother. 55(3):391-414.

Dies belegt, dass es über Kinder suchtkranker Frauen und den begleitenden Einsatz der Kreativtherapie keine Literatur in wissenschaftlichen Fachjournalen gibt.

Die 2006 publizierte Arbeit von Christie et al. über ‚*Thinking, feeling and moving: drama and movement therapy as an adjunct to a multidisciplinary rehabilitation approach for chronic pain in two adolescent girls’* (Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2006 Oct; 11(4):569-77 / Ergebnis aus Suche Nr. 8) geht noch am konkretesten auf den Einsatz von Dramatherapie ein. Beschrieben wird, wie Drama und Bewegungstherapie bei heranwachsenden Mädchen mit chronischer Schmerzsymptomatik, als zusätzliche Komponente in ein bestehendes Behandlungsprogramm integriert wurden. Hier sind Parallelen zur eigenen Arbeit vorhanden, auch wenn sich die Zielgruppen und Therapievorgaben unterscheiden.

4.4 Einbindung der Kreativtherapie *Drama* in das ‚Kindernest-Konzept’

In dem Interview mit dem Klinikleiter Herrn Lehner wurden die grundsätzlichen Aspekte der Kreativtherapie mit dem Schwerpunkt *Drama* erläutert und darüber diskutiert, inwieweit dieser therapeutische Ansatz in die bislang bestehende Konzeption eingebracht werden könnte.

Es ergeben sich aufgrund der Vor-Ort-Analyse, Auswertung der Symptomatik der Kinder und der abgeschlossenen Literaturrecherche folgende Möglichkeiten für eine konzeptionelle Einbindung:

Nach Angaben der Leitung könnte die Klinik eine 0,2 Stelle mit einer/einem Kreativtherapeutin/en besetzen, dies sind 8 Stunden pro Woche (Lehner, 2012). Ein Kreativtherapeut könnte bspw. viermal in der Woche für je 2 Stunden mit den Kindern ar-

beiten. So wäre es möglich, zweimal pro Woche vormittags mit den jüngeren Kindern und zweimal pro Woche nachmittags mit den schulpflichtigen Kindern zu arbeiten. Dies bietet sich, neben den zeitlichen Voraussetzungen, auch deswegen an, da die Kinder aufgrund der verschiedenen Altersgruppen auch unterschiedliche kognitive Entwicklungsstufen aufweisen.

Die Altersgrenze der Zielgruppe im Haus Immanuel liegt bei 12 Jahren, entsprechend der unter 4.3.3 aufgelisteten Schwerpunkte (Tabelle 1) sollten die Kinder in 4 Altersgruppen aufgeteilt werden und die Dramatherapie an die unter 4.3.3 aufgeführten Schwerpunkte angepasst werden.

Aufgrund der Literaturrecherche und dem vorhandenen Konzeptentwurf für das Kindernest (siehe 4.2.2 und 4.3) ergibt sich, dass die Arbeit mit den Kindern innerhalb supportativer und (heil)pädagogischer Situationen stattfinden kann. Im Bereich der supportativen Arbeitsweise wird vor allem in Gruppen gearbeitet, was auch im Kindernest problemlos möglich wäre. Die (heil)pädagogische Arbeitsweise wird u. a. in Gruppen in heilpädagogischen Heimen angewandt, beide Aspekte treffen auf das Kindernest zu.

Die räumlichen Voraussetzungen der Klinik gestalten sich ideal um mit den Kindern kreativ zu arbeiten. Die beiden Spielräume im Erdgeschoss des „Kindernestes“ bieten sich hierfür an (siehe Anhang, Abbildung 1). Im 1. Stock des Kindernestes befinden sich zwei Ruheräume, diese könnten ebenso für dramatherapeutische Angebote genutzt werden (siehe Anhang, Abbildung 2). Der Außenbereich mit dem angrenzenden Waldgebiet eignet sich hervorragend als Umgebung und Kulisse für verschiedene Übungen und Spiele.

Eine Kreativtherapeutin könnte ganz konkret mit den Kindern Projekte beginnen, so zum Beispiel an einer gemeinsamen Theateraufführung arbeiten. Ein gemeinsames Theater zu entwickeln und aufzuführen ist für Kinder ein besonderes Erlebnis. „Es fordert Zuhören, Konzentrieren, Mitfühlen, Mitdenken, eigenständiges Weiterdenken […]“ (Neumann et al., 2008: S. 67). Hierzu bietet es sich an, eine gemeinsame Bühne zu bauen, was beispielsweise im Außenbereich des Kindernests geschehen kann. Des Weiteren besteht hierbei auch die Möglichkeit, mit verschiedenen Altersgruppen zu arbeiten. Die Kinder lernen auf diese Weise mit- und voneinander.

Die Klinikleitung wurde durch den Kontakt über diese BA für Kreative Therapie *Drama* sensibilisiert und steht der Einbindung sehr offen gegenüber.

5 Diskussion und Schlussfolgerung

Über die direkte Kontaktaufnahme mit dem Klinikleiter konnte erreicht werden, dass der Ansatz der Kreativtherapie thematisiert wurde und eine grundsätzliche Möglichkeit für die Einbindung in bestehende Konzepte geschaffen wurde.

Im Unterschied zu den Niederlanden gibt es in Deutschland bis auf Ausnahmen (Landesverband Rheine) keine oder zu wenig Kenntnis über kreativtherapeutische Behandlungsmöglichkeiten.

In der Gesellschaft ist die Zielgruppe „Kinder von suchtkranken Frauen“ weitestgehend unbeachtet. Man kann daher durchaus von „vergessenen Kindern“ sprechen, die therapeutische Maßnahmen benötigen, damit sie nicht selber in den Problemkreis Sucht gelangen. Das Haus Immanuel nimmt sich mit dem Neukonzept dieses Problems an und schafft als eine der wenigen Kliniken Therapieplätze für suchtkranke Mütter mit ihren Kindern. In einem eigenen Gebäude, dem „Kindernest“ wird die zukünftige Betreuung dieser Kinder stattfinden.

Nach den von Müller-Weith et al. (2002) definierten kreativ-therapeutischen Vorgehensweisen, kann die Dramatherapie für die Bereiche sonder-(heil)pädagogischer und supportativer Situationen eingesetzt werden. Diese dürften am ehesten für die Ausgangslage der Kinder von suchtkranken Müttern zutreffen. Dementsprechend richtet sich der therapeutische Ansatz im Kindernest auf die unter 4.3.1 beschriebenen Zielsetzungen und Arbeitsweisen.

Für eine spezifische Umsetzung kreativtherapeutischer Maßnahmen mit dem Schwerpunkt *Drama* bei der Zielgruppe wäre es natürlich erforderlich, die Kinder von suchtkranken Patientinnen kennenzulernen und in Zusammenarbeit mit den Therapeuten vor Ort ein Erfahrungswissen über die spezifischen Auffälligkeiten und Symptomenmuster der Zielgruppe aufzubauen.

Erst damit können die in dieser Bachelorarbeit angedachten theoretischen Ansätze der Einbindung der Kreativtherapie *Drama* gezielt zum Nutzen der Kinder (und auch der Mütter) in die Praxis umgesetzt werden.

6 Zusammenfassung

In dieser Bachelorarbeit wird untersucht, inwieweit Kreativtherapie *Drama* in ein neues, ab Mitte 2012 beginnendes Therapie- und Betreuungskonzept für Kinder alkoholkranker Frauen an der Suchtklinik ‚Haus Immanuel’ eingebunden werden könnte. Zudem soll ein fachliches Interesse für das in Deutschland eher unbekannte Gebiet Kreativtherapie *Drama* geweckt werden.

Die Entwicklungsstudie basiert im Wesentlichen auf Literaturrecherchen und einer Vor-Ort-Analyse der Suchtklinik mit einem Interview mit dem Leiter der Klinik.

Basierend auf diesen Ergebnissen und den Informationen zum Konzeptentwurf für das „Kindernest“, dem Haus für die Kinder, ergibt sich, dass die Arbeit mit der Zielgruppe (Kinder im Alter bis zu 12 Jahren) innerhalb supportativer und (heil)pädagogischer Situationen stattfinden kann. Im Bereich der supportativen Arbeitsweise wird vor allem in Gruppen gearbeitet, was im „Kindernest“ hervorragend möglich wäre. Die (heil)pädagogische Arbeitsweise wird u. a. in Gruppen in heilpädagogischen Heimen angewandt, was problemlos auch im Kindernest möglich wäre.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich Kreativtherapie *Drama* in ausgezeichneter Weise in die bestehenden Therapiekonzepte für Kinder von suchtkranken Frauen einbinden lassen würde. Dies trifft insbesondere für die anspruchsvollen und gegenüber neuen Ideen offenen Konzepte, wie sie am Haus Immanuel vorgefunden wurden, zu.

Die theoretische Ableitung, dass sich Kreativtherapie *Drama* für diese Kinderzielgruppe sehr gut eignet, bedarf natürlich der praktischen Überprüfung. Dadurch könnte das konkrete Erfahrungswissen über die Zielgruppe und deren Auffälligkeiten und Symptomenmuster erlangt werden, nach dem sich schließlich die kreativtherapeutischen Maßnahmen zu orientieren hätten. Eine Differenzierung könnte nach dem Alter der Kinder, nach Einzel- und Gruppentherapien und auch nach der räumlichen Situation (z. B. Einbindung der Natur, Nutzung der Außenanlage) erfolgen. Alle krea-

tiven Arbeiten sind einzubinden in das Konzept der Therapeuten vor Ort und abhängig von den konkreten Situationen und der zeitlichen/finanziellen Machbarkeit.

Die Ergebnisse der Bachelorarbeit zeigen, dass sich Kreativtherapie *Drama* sehr gut für die Zielgruppe „Kinder von suchtkranken Frauen in Therapie“ eignen würde und das am Haus Immanuel bestehende Therapiekonzept mit dem ‚Kindernest’ sinnvoll unterstützen könnte.

7 Abstract

Title of the bachelor thesis: Creative Therapy *Drama* in the “Kindernest”

Aim of this thesis is to investigate whether creative therapy *drama* could be integrated into a new concept of a clinic for women with alcohol abuse (Haus Immanuel in Hutschdorf/Germany). This new concept, starting in June 2012, will allow patients to be accompanied by their children. Care of children will be carried out in the so-called “Kindernest”, a separate house within the clinic buildings. The children, aged up to 12 years, will be monitored during the entire time their mothers are in therapy.

In addition, this work also aimed to increase the awareness of creative therapy *drama*, which is fairly unpopular or even unknown in Germany.

The thesis is a development study. The results of this study are based on a search of relevant literature, a visit to the clinic and an interview with the director of the clinic. Those results show that creative therapy *drama* would be very well suited for the target group and could easily be integrated into the concept of the “Kindernest”. Two specific approaches would be genuinely applicable: the “supportative” and the “special educational and pedagogic” approach. Both approaches focus primarily on the work with groups and could be transferred to the concept of the clinic and the “Kindernest”.

Summarizing the results it can be concluded that creative therapy *drama* would provide excellent support in the existing concept for children of alcohol-addicted women. This is especially true for the “Haus Immanuel”, which is open for new ideas and concepts regarding the therapy of this particular target group.

The theoretical assumption of this thesis of course needs a practical implementation in order to gain particular knowledge about the target group. Experience from the practice would allow adjusting the measures of creative therapy *drama*, which could be differentiated according to the age of the children, the therapy of groups or individuals and also the use of the existing indoor and outdoor facilities.

All measures are to be integrated into the concepts of the therapists on site and are dependent on the concrete situation and the timely and financial feasibilities.

The results of the thesis show, that creative therapy *drama* could work very well with the target group “children of addicted women in therapy” and that it could be a useful support for the young patients of the “Kindernest”.

8 Literaturverzeichnis

Arenz-Greiving, I. (2004). Das einzig Zuverlässige ist die Unzuverlässigkeit: *Kinder in Alkoholikerfamilien.* In: *Projugend Bayern*, 2004 (1), 10-14

Basso RV, Pelech WJ. (2008) *A creative arts intervention for children with diabetes.* Part 1: Development. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 46(10):25-9.

Christie D, Hood D, Griffin A. (2006) *Thinking, feeling and moving: drama and movement therapy as an adjunct to a multidisciplinary rehabilitation approach for chronic pain in two adolescent girls.* Clin Child Psychol Psychiatry.11(4):569-77.

Dwivedi, K.N., Irwin, M., Nicholson, C. (2010). *Children and Adolescents in Trauma: Creative Therapeutic Approaches*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley

Haen C. (2005) *Rebuilding security: group therapy with children affected by September 11.*Int J Group Psychother. 55(3):391-414.

Jezussek, B. (2012). Konzeptionsentwurf für das klinikeigene Kinderhaus „Kindernest“. Hutschdorf, Haus Immanuel

Johnson, P., St Thomas, B. (2007). *Empowering Children through Art and Expression: Culturally Sensitive Ways of Healing Trauma and Grief*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley

Klein, M. (2003). Kinder drogenabhängiger Eltern: Fakten, Hintergründe, Perspektiven. In: *Report Psychologie*, 2003 (28), 358-370. Retrieved 28.04.2012, from:http://psydok.sulb.uniaarland.de/volltexte/2004/350/pdf/report_psychologie_06-2003_1.pdf

Langley, D. (2006). *An Introduction to Dramatherapy*. London: SAGE Publications

Lehner, G. (2011) Persönliche Mitteilung der Klinikleitung – Auszug aus einem Schreiben an die Adalbert Raps-Stiftung, Kulmbach

Lehner, G. (2012) Persönliches Interview am 18.04.2012

Merschmeyer, B. (2008): Körper und Spiel in der Kindertherapie. In: Neumann, L., Müller-Weith, D., Stoltenhoff-Erdmann, B.: *Spielend Leben Lernen* (S. 141 – 170). Berlin: Schibri - Verlag

Migchelbrink, F. (2008). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn.* (13. Auflage). Amsterdam: SWP

Neumann, L., Müller-Weith, D., Stoltenhoff-Erdmann, B. (2008). *Spielend Leben Lernen*. Berlin: Schibri-Verlag

Müller-Weith, D., Neumann, L., Stoltenhoff-Erdmann, B. (2002). *Theater Therapie: Ein Handbuch*. Paderborn: Junfermann

Pijper, G. (2008). *Drama voor de beroepspraktijk*. (3. Auflage) Groningen/ Houten: Wolters-Nordhoff

Smeijsters, H. (2003). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Coutinho

Internetquellen:

Deutsche Gesellschaft für Theatertherapie (2010). *Was ist Drama- und Theaterthe-rapie?* Retrieved: 02.04.2012, from: http://www.dgft.de/index

Fachklinik Haus Immanuel Hutschdorf (2012).*Haus Immanuel Therapie für sucht-kranke Frauen*. Retrieved: 27.03.2012, from: http://www.haus-immanuel.de/klinik.html

Landschaftsverband Rheinland – Qualität für Menschen (2012). *Dramatherapie.* Retrieved: 16.04.2012, from: http://www.kreativtherapien.lvr.de/Drama/

Landschaftsverband Rheinland – Qualität für Menschen (2012).*Kreativtherapie.* Retrieved: 15.04.2012, from: http://www.rkduesseldorf.lvr.de/behandlungsangebote/therapie_behandlungs-konzept/kreativtherakre/

PubMed– Datenbank: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

Rijke, I. (2005). *De NVCT.* Retrieved: 14.04.2012, from: http://www.psychotherapiepraktijkwerkendam.nl/tekstbestanden/Creatieve%20t-her-apie%20algemeen.pdf

StendenHogeschool (2012). *Kreativtherapie*. Retrieved: 15.04.2012, from: http://www.fh-stenden.de/74,1,261,kreativtherapie_in_leeuwarden.html

Recorder: http://www.chip.de/downloads/No23-Recorder_13011558.html

Bildnachweis Titelblatt:

Kindernest: Haus Immanuel, Hutschdorf, Deutschland

Logo „Drama“:
http://rlv.zcache.de/drama_masken_kartep137293498630253259b2wgi_400.jpg

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Jan van der Zwaag von der Stenden Hogeschool Leeuwarden für die fachliche Unterstützung und konstruktive Begleitung der Arbeit. Herrn Gotthard Lehner vom Haus Immanuel danke ich herzlich für die Bereitstellung aller relevanten Informationen zur Suchtklinik, die Bereitschaft zur Mitbetreuung dieser Studie und das sehr interessante und offene Interview.

Nicht zuletzt danke ich auch meiner Familie für die immer gewährte Unterstützung.

Anhang

Interview mit dem Klinikleiter Herrn G. Lehner am 18.04.2012

Nachfolgend werden die wesentlichen Aspekte und Informationen aus dem Interview mit dem Klinikleiter Herrn G. Lehner wiedergegeben. Diese konzentrierten sich auf die Bereiche:

- Grundkonzept der Klinik
- Therapieformen, Therapiedauer, Therapieerfolge bei suchtkranken Frauen
- Leitsymptomatik der Kinder suchtkranker Frauen
- Neues Konzept mit Einbindung der Kinder von Patientinnen
- das Kindernest

1. Wie ist das Grundkonzept der Klinik?

⇨ Die Klinik konzentriert sich auf die Therapie suchtkranker Frauen.

⇨ Die Primärdiagnose der Patientinnen sind Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, jedoch keine Drogenabhängigkeit.

⇨ Alkoholismus bei Frauen nimmt zu.

⇨ Drogennahme als Beikonsum tritt allerdings häufiger auf (illegale Drogen).

⇨ Die betroffenen Frauen hatten häufig im Alter von 16 oder 17 Essstörungen und wurden dann später suchtkrank.

⇨ In der Klinik reagieren diese Frauen oft wieder mit einer Suchtverlagerung und neigen zu Essstörungen.

⇨ Das therapeutische Konzept basiert auf folgenden Kernfragen: Was sind die Ursachen, warum trinkt jemand, welche gesellschaftlichen/privaten Einflüsse führen zu der Sucht?

⇨ Über Einzelgespräche wird dann versucht, die konkreten Ursachen im Detail zu ermitteln.

⇨ Der therapeutische Ansatz ist nicht von einer einzigen Schule geprägt, sondern sehr breit angelegt.

⇨ Der Gedanke hierbei ist, dass Menschen verschieden ansprechbar sind.

⇨ Therapeutische Maßnahmen sind dementsprechend auszurichten.

⇨ Die Frauen fahren 5 Wochen nach Therapiebeginn und 4 Wochen vor Ende der Therapie nach Hause,um ihre Angelegenheiten (Beschäftigungsverhältnis etc.) regeln zu können.

- ⇨ Dabei ist vor allem der Schritt von der stationären Therapie zurück nach Hause besonders schwer für die Patientinnen.

2. Welche Therapieformen werden bis jetzt eingesetzt?

- ⇨ Psychotherapie in Einzel-und Gruppengesprächen, Ergotherapie, Sporttherapie, Körpertherapie, Sozialtherapie, Arbeitstherapie
- ⇨ Ein Schwerpunkt liegt auf einzeltherapeutischen Maßnahmen, auch wenn diese verhältnismäßig kostenintensiv sind.
- ⇨ Im Haus Immanuel hat daher jede Patientin mindestens ein Einzelgespräch mit dem jeweiligen Bezugstherapeuten pro Woche (in anderen Kliniken ist dies nur einmal im Monat der Fall!).
- ⇨ Häufig sind nämlich die Konfliktursachen für die Suchtproblematik sehr persönliche Probleme wie Gewalterfahrung, sexueller Missbrauch oder auch Minderwertigkeitsgefühle. Ursachenbewältigung ist in Gruppentherapie aufgrund von Schamgefühlen schlechter möglich als in vertraulichen Einzelgesprächen mit einem Therapeuten.

3. Wie lange ist der Aufenthalt und wie ist der Therapieerfolg?

- ⇨ 15 Wochen Therapieaufenthalt ist die Standardzeit. Falls eine Frau länger bleiben möchte, geht das (es gibt ein sog. Reha-Budget), d. h. falls eine Frau bereits nach 14 Wochen gehen möchte, kann die verbleibende Woche einer anderen Frau zugeteilt werden.
- ⇨ Prinzipiell geht man von einer Erfolgsquote von 50 % aus.
- ⇨ Der Therapieerfolg des Hauses Immanuel liegt über dieser Durchschnittsquote.
- ⇨ Die Ursache dafür wird auf den starken Einsatz einzeltherapeutischer Maßnahmen zurückgeführt, die nicht überall zum Standard gehören.

4. Wie ist die Leitsymptomatik der Kinder von suchtkranken Frauen?

- ⇨ Jedes Kind ist durch das Suchtverhalten der Mutter gekennzeichnet.
- ⇨ Die Symptomatik hängt letztlich davon ab, in welchem Alter sich die Suchtabhängigkeit der Mutter entwickelt hat.
- ⇨ Es treten bei den Kindern unterschiedliche Schäden und Beeinträchtigungen auf, da die Mutter als wichtige Bezugsperson ausfällt.

- ⇨ Der Begriff „Traumata“ sollte in diesem Zusammenhang jedoch vorsichtig verwendet werden.
- ⇨ Das Selbstbewusstsein der Kinder ist vermindert, da kein verlässliches Gegenüber vorhanden ist.
- ⇨ Diese fehlende stabile Objektkonstanz ist Ursache für die Ausprägung von Minderwertigkeitsgefühlen.
- ⇨ Eine Folge ist zudem, dass Kinder suchtkranker Frauen selber frühzeitig Abhängigkeiten entwickeln, einerseits wegen der „Vorbildfunktion“ der Mutter, andererseits aufgrund eventueller genetischer Dispositionen.
- ⇨ Ziel der therapeutischen Maßnahmen ist es daher, diesen Kreislauf zu durchbrechen.

5. Wie ist das neue Konzept mit Einbindung der Kinder von Patientinnen?

- ⇨ Die Klinik war mit 36 Plätzen bislang sehr klein und auch wirtschaftlich kaum profitabel zu führen.
- ⇨ Für einen Erweiterungsbau des Hauses Immanuel waren sowohl fachliche (Einbeziehung der Kinder) als auch wirtschaftliche Erwägungen (Erhöhung der Anzahl von Therapieplätzen) ausschlaggebend.
- ⇨ Das bestehende Suchthilfesystem berücksichtigt die Kinder zu wenig, es konzentriert sich primär um den Indexpatienten (die Mutter) und bestehende Partnerschaften.
- ⇨ In diesem System wurden/werden die Kinder schlichtweg vergessen!
- ⇨ Darüber hinaus wurde die Erweiterung des Therapieangebotes auf Mütter mit ihren Kindern auch aus wirtschaftlichen Gründen erwogen.
- ⇨ Bislang blieben die Kinder der Patientinnen zuhause beim Partner (insofern es einen gab), bei Alleinerziehenden in Pflegefamilien oder Heimen.
- ⇨ Fehlende Unterbringungsmöglichkeiten führten auch dazu, dass Patientinnen nicht ins Haus Immanuel gekommen sind.
- ⇨ Geplant sind im neuen Bereich nun Unterbringungsmöglichkeiten für Mütter mit ihren Kindern, wobei auch der Aufenthalt von Patientinnen mit mehr als einem Kind ermöglicht werden kann.
- ⇨ Die Patientinnen werden mit ihren Kindern für die gesamte Dauer der Therapie dann in kleinen, eigenen Appartements wohnen können.
- ⇨ Insgesamt können 12 Kinder aufgenommen werden.

- ⇨ Ein wichtiges Ziel ist in der Therapie von Müttern und Kindern, dass die Mutter wieder zu einer verlässlichen Bezugsperson wird.
- ⇨ Mit dem neuen Konzept ist das Haus Immanuel in Nordbayern die einzige Klinik, die Mütter mit Kindern aufnimmt. Zwei weitere gibt es im Süden Bayerns, in der Nähe von Memmingen und Passau, jeweils ca. 340 km bzw. 300 km entfernt. Die nächstgelegene Klinik in etwa 190 km Entfernung liegt in Fulda, Hessen.

6. Wie wird das Betreuungsangebot im Kindernest sein?

- ⇨ Die Projektleiterin, Frau Jezussek, ist eine ausgebildete Sozialpädagogin und Kinder- und Jugendpsychotherapeutin.
- ⇨ Zum Betreuungsteam gehören zwei Mitarbeiterinnen (u. a. eine Erzieherin).
- ⇨ Kinder im Alter von 0-6 Jahren werden täglich von 8.00 bis 16.30 betreut.
- ⇨ Kindern ab 7 Jahren wird vormittags der Besuch in einer nahegelegenen Grundschule (Kasendorf) ermöglicht.
- ⇨ Am Nachmittag wird es für die Schulkinder eine Hausaufgabenbetreuung geben unter anderem mit dem wichtigen Ziel, dass die Kinder „Lernen“ lernen.
- ⇨ Die Kinder haben in ihrem bisherigen Umfeld häufig keine Chance, weiterführende Schulen zu besuchen, da sich keiner um sie kümmert.
- ⇨ Ein therapeutisches Ziel ist es, dass die Kinder lernen sollen, sich in einer Gruppe zu bewegen und sich darzustellen.
- ⇨ Sie sollen ebenso lernen, dass sie weder Schuld noch Verantwortung für die Abhängigkeit der Mutter tragen.
- ⇨ Die Therapie wird sich auf diese Ausdifferenzierung zu konzentrieren haben.
- ⇨ Mütter werden über Mutter-Kind-Therapeutengespräche miteinbezogen.
- ⇨ Dabei muss auch der suchtkranken Mutter in der Therapie vermittelt werden, welche Bedeutung und welchen Wert das eigene Kind besitzt.
- ⇨ Die Familienangehörigen sollen ebenso mit einbezogen werden, da die Abhängigkeit der Mutter auch die ganze Familie betrifft. Daher sollen Angehörige an Wochenenden eingeladen werden, um an Seminaren etc. teilzunehmen.
- ⇨ Betreuung und therapeutische Maßnahmen im Kindernest werden sich auf die spezifische Symptomatik der Kinder konzentrieren.

- ⇨ Die Klinikleitung ist dabei offen für Praktika und Einbindung von bislang nicht vertretenen Disziplinen wie z. B. Kreativtherapie.

Literatursuche in der Datenbank PubMed

Für die Suchen in der Datenbank PubMed sind als Beispiele für die in der Tabelle 1 aufgeführten Suchbegriffe die Details der Suchen Nr. 1 und Nr. 8 wiedergegeben.

Details zur Suche Nr. 1:
creative[All Fields] AND ("therapy"[Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields]) AND ("2002/05/17"[PDat] : "2012/05/13"

Details zur Suche Nr. 8:
creative[All Fields] AND ("therapy"[Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields]) AND ("drama"[MeSH Terms] OR "drama"[All Fields]) AND ("child"[MeSH Terms] OR "child"[All Fields] OR "children"[All Fields]) AND ("2002/05/17"[PDat] : "2012/05/13"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])

Übersichtsplan „Kindernest“

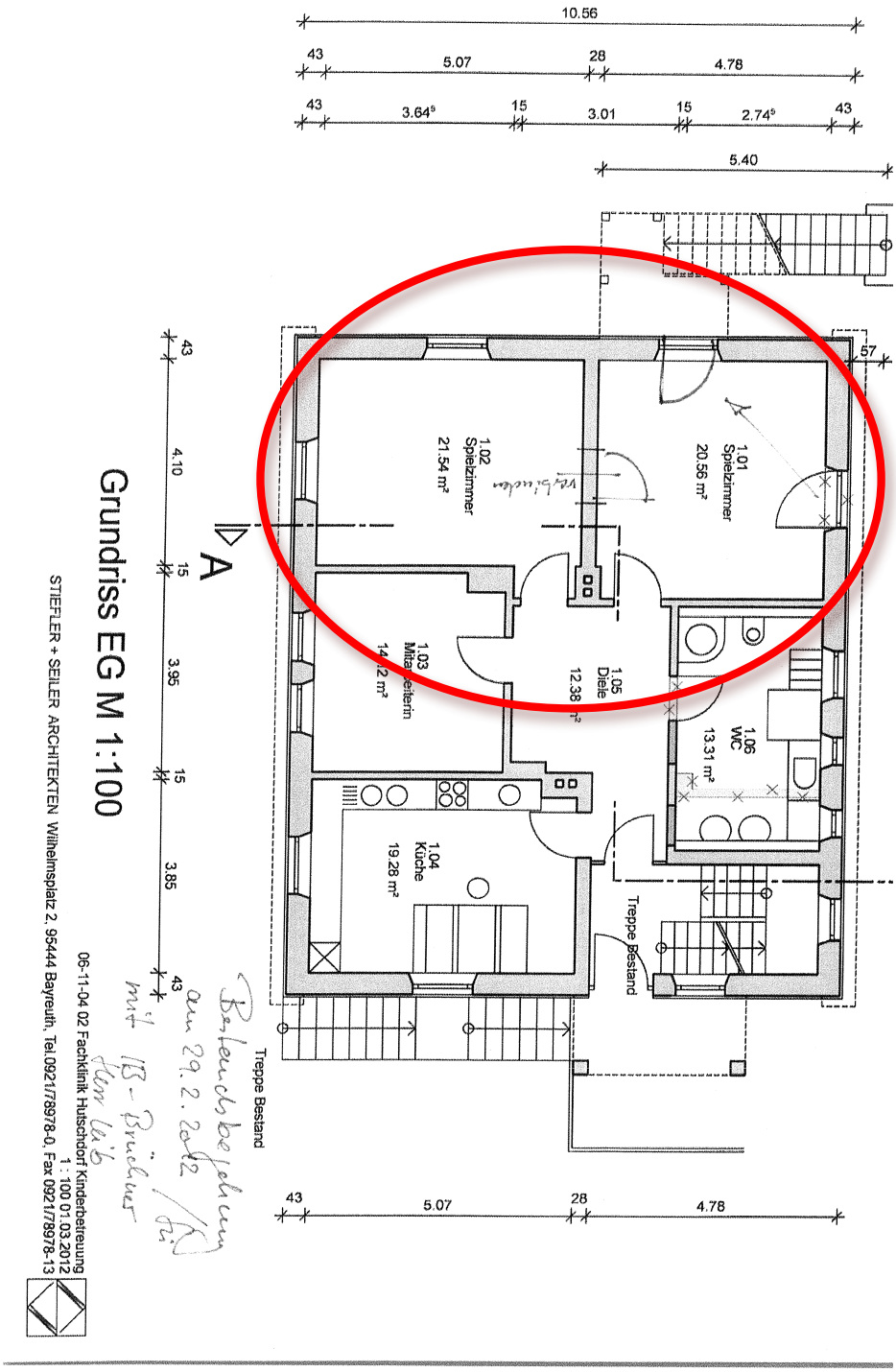

Abbildung 1: Grundriss des Erdgeschosses des Kindernestes mit Kennzeichnung der beiden Spielzimmer

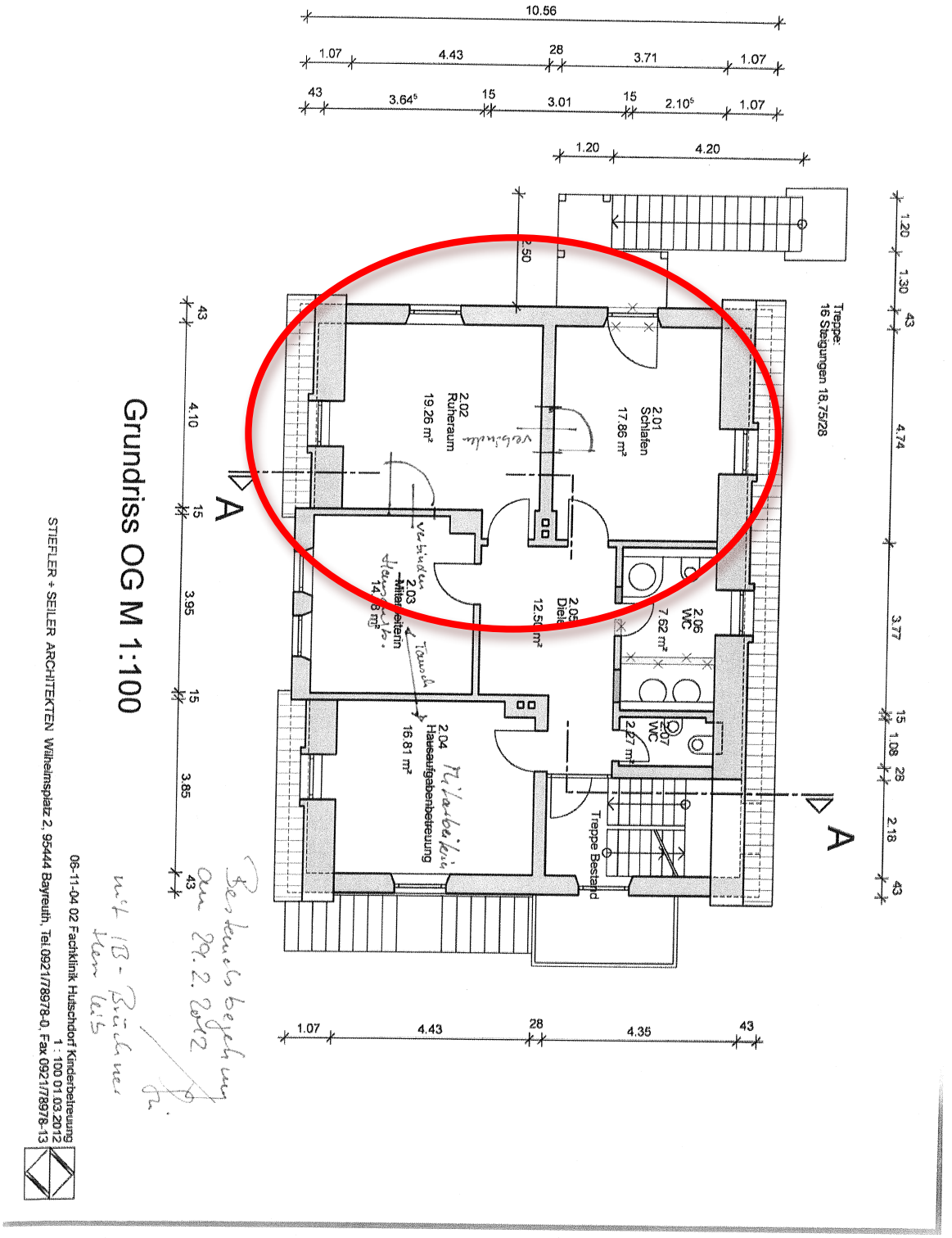

Abbildung 2: Grundriss des Kindernestes – 1.Stock. Die Ruhezimmer sind markiert.