

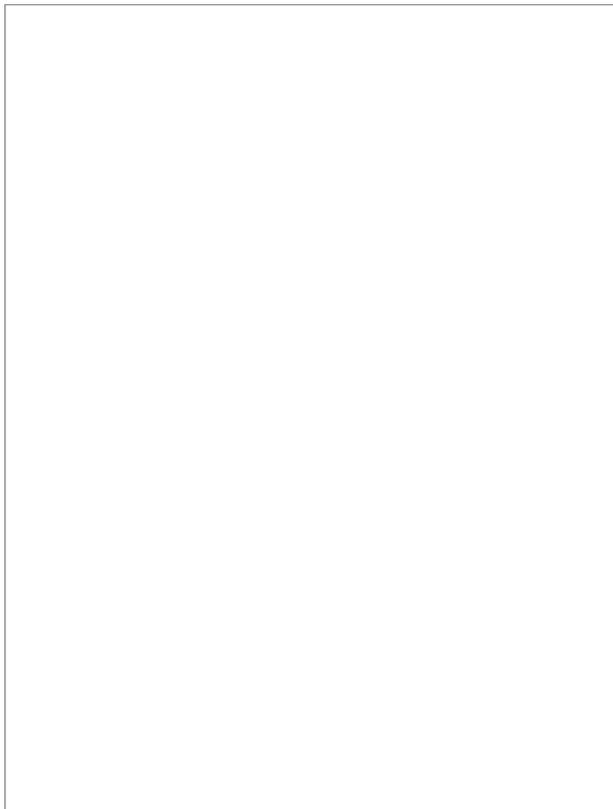
} theaterwerkstatt heidelberg

Klingenteichstraße 7
69117 Heidelberg

Projektbericht

„Gegensätze ziehen sich an“

Theatergruppe für Schizophrenieerkrankte der Klinik für Allgemeine Psychiatrie



Vanessa Prinz
Vangerowstr. 2/2
69115 Heidelberg
vanessa_prinz@web.de

Inhaltsangabe

1. Beschreibung der Einrichtung	
1.1 Die Klinik für Allgemeine Psychiatrie	1
1.2 Stationen der Psychiatrie	1
1.3 Die Station C. F. Roller	2
2. Das Krankheitsbild der Schizophrenie	
2.1 Definition Schizophrenie	2
2.2 Symptome der Schizophrenie	3
2.3 Die Behandlung von Schizophrenieerkrankten	4
3. Das Theaterprojekt für Schizophrenie-Patienten	
3.1 Die Entstehung des Projekts	4
3.2 Die Teilnehmer	5
3.3 Das Thema des Theaterprojekts	5
3.4 Die Aufgaben der Anleiter	5
3.5 Die Zielsetzung des Projekts	6
3.6 Veränderungen des Projekts von der ersten zur zweiten Projektrunde	7
3.7 Übersicht der Projektzeit	8
4. Das inhaltliche Vorgehen während des Projekts	
4.1 Der Aufbau einer Projekteinheit	9
4.2 Die Konzeption der Projekteinheiten	9
5. Reflexion des Projekts	
5.1 Die Reflexion der beiden dargestellten Projekteinheiten	12
5.2 Eine allgemeine Reflexion des Projekts	14

Anhang:

- Therapie-Planer der Station C. F. Roller
- Das von den Patienten erarbeitete Minidrama „Lügen haben kurze Beine“

1. Beschreibung der Einrichtung

1.1 Die Klinik für Allgemeine Psychiatrie

Die psychiatrische Klinik ist Teil des Universitätsklinikums Heidelberg und befindet sich im sogenannten Altklinikum zentral in Heidelberg (Voßstraße 2).

Sie verfügt über sämtliche modernen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung psychischer Störungen. Es werden sowohl regional als auch überregional Patienten aufgenommen und behandelt.

1.2 Stationen der Psychiatrie

In der allgemeinen Psychiatrie befinden sich folgende Stationen:

Station von Baeyer – Psychodynamische Einzel- und Gruppentherapie bei neurotischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen;

Station von Gebattel – verhaltenstherapeutische Einzel- und Gruppentherapie bei neurotischer Störungen und Persönlichkeitsstörungen;

Station Jaspers Verhaltenstherapeutische Behandlung von affektiven Störungen und Mutter-Kind-Einheit (für Patientinnen mit Wochenbettdepressionen);

Station Mayer-Gross Intensivbehandlung psychiatrisch Schwerkranker;

Station C. F. Roller Behandlung von an Schizophrenieerkrankten (Reha-Station);

Station Tellenbach Behandlung gerontopsychiatrischer Störungen;

Außerdem gibt es 2 Tageskliniken für die psychosoziale Reintegration nach der stationären Behandlung.

1.3 Die Station C. F. Roller

Das Theaterprojekt für Schizophrenie-Patienten fand in der Station Roller statt. Die Station Roller (benannt nach dem Psychiater Christian Friedrich Wilhelm Roller) ist eine offene Station, die hauptsächlich sogenannte „Phase 2 – Patienten“ beherbergt. Dies bedeutet, dass die Patienten ihre Krankheit bereits verstanden haben und kontrollieren können. Die Patienten der Station werden meist nach 4–6wöchigem Aufenthalt in die Tagesklinik oder nach Hause entlassen.

2. Das Krankheitsbild der Schizophrenie

2.1 Definition Schizophrenie

Schizophrenie (von altgriechisch schizein „abspalten“ und phrén „Seele“) ist als eine Diagnose für psychische Störungen des Denkens, der Wahrnehmung und der Affektivität gekennzeichnet, wobei verschiedene symptomatische Erscheinungsformen (Psychosen) unterschieden werden.

Es gibt auch organische Ursachen für schizophrene Psychosen (Hirntumore, Durchblutungsstörungen, Schädel–Hirn–Traumata, Vergiftung usw.), meist aber sind sie psychischer Natur (auch erblich).

Sie ist eine der häufigsten Diagnosen im stationären Bereich der Psychiatrie und nicht zu verwechseln mit der dissoziativen Identitätsstörung (frühere Bezeichnung: multiple Persönlichkeitsstörung).

2.2 Symptome der Schizophrenie

Die Psychiatrie differenziert zwischen Positiv- und Negativ-Symptomen:

Positiv-Symptome	Negativ-Symptome
<p>Persönlichkeitsstörung: Das Gefühl für das eigene Ich geht verloren, der Erkrankte glaubt Gedanken werden von außen eingegeben oder können von anderen gelesen werden, Depersonalisation, Wesensveränderung und Defekt (Verschrobenheit, Haltlosigkeit usw. bis hin zur Intelligenzminderung)</p>	<p>Antriebsmangel: Affektverflachung bis hin zum Stupor (Bewegung und Sprache stellt sich fast gänzlich ein), motorische Stereotypien, automatisierte Bewegungsabläufe, Grimassieren, Impulshandlungen (unmotivierte Gewalttaten, Autoaggression u. ä.)</p>
<p>Denkstörungen: Logisches und geordnetes Denken und Sprechen fällt schwer, Zerfahrenheit, Gedankenjagen, Gedankenabreißen, kurzschriftiges Denken, komplexe Zusammenhänge werden nicht mehr begriffen (v. a. auch beim Schreiben)</p>	<p>Gefühlsverflachung: Gefühlsreaktionen werden kaum gezeigt, Erkrankte fühlen sich gefühlsleer, Verlust der Fähigkeit Freud und Leid zu empfinden, Depression, Verzweiflung mit Selbsttötungsneigung, aber auch ekstatische Glückszustände, Gefühlsverkehrung (Auseinanderfallen von Erlebnis und zugeordnetem Gefühl)</p>
<p>Sinnestäuschungen: Akustische, optische, haptische, Geschmacks- und Geruchshalluzinationen 84% der Erkrankten hören Stimmen, dabei sind befehlende selten, beleidigende Stimmen häufig</p>	<p>Sozialer Rückzug: Meidung sozialer Kontakte bis hin zum Autismus (Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitungsstörung des Gehirns, dadurch Behinderungen und Beeinträchtigungen im Sozialverhalten)</p>
<p>Wahnideen: Verfolgungswahn (Beobachtung), Beeinflussungswahn, Größenwahn (sich für Gott halten), Vergiftungswahn usw.</p>	<p>Sprachverarmung: Die Erkrankten sprechen von sich aus wenig, nutzen sprachliche Stereotypien und Redewendungen, der sprachliche Ausdruck verarmt bis hin zur Perseveration (ständiges Wiederholen eines Wortes, auch Gedankens)</p>
<p>Motorische Unruhe: Sich nicht zu bewegen fällt schwer, Schlafstörungen</p>	<p>Motorische Defizite: Mimik und Gestik sind reduziert, die körperliche Motorik gestört</p>

2.3 Die Behandlung von Schizophrenieerkrankten

In der Behandlung von Schizophrenieerkrankten gibt es drei therapeutische Maßnahmen: Psychosoziale Maßnahmen wie Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie, Bewegungstherapie, Kunsttherapie usw. Somatische Maßnahmen, also das Verabreichen von Medikamenten und psychotherapeutische Maßnahmen, die auf Änderungen im Handeln und Verhalten der Erkrankten abzielen, dazu gehören u. a. Verhaltenstherapie, Gesprächstherapien und Analysen.

3. Das Theaterprojekt für Schizophrenie-Patienten

3.1 Die Entstehung des Projekts

Ursula Sauter und ich beschlossen uns an soziale Einrichtungen zu wenden, da wir uns für die Arbeit mit körperlich oder psychisch Kranken interessierten.

Ich schrieb (unter anderem) an die Klinikleitung der allgemeinen Psychiatrie und erhielt die Antwort vom Oberarzt der Station Roller Dr. Stefan Kaiser, dass er sich für das Projekt auf dieser Station interessiere. Wir erhielten Informationsmaterial über Schizophrenie und die Möglichkeiten unserer Arbeit in der Psychiatrie. Daraufhin fertigten wir ein kurzes Konzept an, in dem wir beschrieben, wie wir uns das Theaterprojekt vorstellten und umsetzen wollten. Nach Absprache mit seinen Kollegen und Vorgesetzten sagte Dr. Kaiser uns zu.

In der kurzen Zeit bis zum ersten Projekttermin entschied sich Frau Sauter doch nicht am Projekt teilzunehmen und Lynn Petersen sprang kurzentschlossen ein. Gemeinsam leiteten wir das Projekt für neun Wochen/Einheiten und erhielten sehr gute Rückmeldungen von Patienten und Personal. Daher nahm ich das Projekt nach viereinhalb Monaten wieder auf. Eva Ellmauthaler leitete mit mir diese 2. Projektrunde für 8 Wochen/Termine.

3.2 Die Teilnehmer

Die Zielgruppe des Theaterprojekts sind Menschen, die an einer schizophrenen Psychose erkrankt sind, sich aber bereits in der 2. Krankheitsphase befinden. Daher ist es für sie besonders wichtig, ihnen bei der Vorbereitung der Entlassung und Reintegration in die Gesellschaft zu helfen.

Die teilnehmenden Patienten sind zwischen 18 und 58 Jahren alt, was zu einer weiten Themenvorgabe führt, um möglichst alle damit anzusprechen.

Die Teilnehmerzahl variiert zwischen 4 und 8 Personen, da jederzeit neue Patienten hinzukommen und andere entlassen werden können.

Da die Station Roller eine offene Station ist, ist es auch möglich, dass Patienten nicht erscheinen, weil sie den Termin vergessen haben und sich nicht auf dem Gelände befinden, zum Projektzeitpunkt Besuch haben oder ähnliches.

3.3 Das Thema des Theaterprojekts

Das Überthema des Projekts ist Gegensätze, das bedeutet jede Woche wurde ein Gegensatzpaar theatral bearbeitet. Dadurch ist es möglich jederzeit neue Patienten in die Gruppe zu integrieren. Da jedes Gegensatzpaar nur eine Woche bearbeitet wurde, konnten entlassene Patienten trotzdem mit dem Gefühl gehen das Projekt beendet zu haben. Die Themen lassen große Interpretations-spielräume zu, wodurch Patienten jedes Geschlechts und Alters die Möglichkeit haben sich und ihr spezielles Interesse am Thema einzubringen.

3.4 Die Aufgaben der Anleiter

Die Aufgaben von Anleitern einer Schizophrenie-Patienten-Theatergruppe liegen im Bereich der psychosozialen Maßnahmen (s. 2.3), denn diese können auch von nicht-Therapeuten erbracht werden. Die psychosozialen Maßnahmen fördern die normalen, regelhaften, allgemeinen, alltäglichen, gesunden Anteile eines Individuums. Der Patient kann seine Reaktionen auf Anforderungen aus dem Alltag testen und überprüfen, während er sich in den verschiedenen Beschäftigungstherapien, in gesichertem Rahmen, befindet.

Die Beschäftigung der Patienten, die sich häufig nur schwer allein zu beschäftigen wissen, zielt dabei vor allem auf die Einübung alltäglicher Handlungen ab, die viele Patienten während ihrer Erkrankung sozusagen „verlernt“ haben.

Beim Umgang mit schizophrenen Patienten ist darauf zu achten ein passendes „Milieu“ zu gestalten. Das bedeutet, dass die Aufgaben die gestellt werden, Realitätsbezug aufweisen sollten, eine Balance zwischen Anregung und Zurückhaltung gefunden werden muss, damit der Patient auch die Möglichkeit hat, selbst Ideen zu entwickeln, die Umgebung so gestaltet wird, dass der Patient sich traut Kontakt aufzunehmen und eindeutige Regeln festgelegt werden, damit sich der Patient an ihnen orientieren kann.

Erfüllt man diese Aufgaben, erlebt der Patient, dass er trotz seiner Erkrankung zu alltäglichen Handlungen in der Lage ist, er findet klarere Kommunikations-strukturen in denen er sich sicher fühlt, er traut sich Neues auszuprobieren und Fehler zu machen, weil er spürt, dass er es jederzeit wieder versuchen kann.

3.5 Die Zielsetzung des Projekts

Die Ziele des Projekts sind den Patienten Abwechslung in ihren Klinikalltag zu bringen, ihre emotionale Wahrnehmung zu fördern, ihnen die Möglichkeit zu geben neue Seiten an sich zu entdecken, kreativ zu sein, mit unterschiedlichen Emotionen zu spielen, Spaß zu haben und aus sich heraus zu kommen.

Durch die Auseinandersetzung mit ihren Stärken und Schwächen wird ihre Selbstwahrnehmung und ihr Selbstbewusstsein gestärkt, was zu mehr Akzeptanz der eigenen Person führt.

Den Patienten soll dabei geholfen werden die motorischen Defizite zu überwinden, gegen die Sprachverarmung anzugehen, Gefühle in normalem Maß zu empfinden, soziale Kontakte durch gemeinsame Aktion aufzubauen und ihre Reaktionsfähigkeit zu erhöhen. Das Ziel theaterpädagogischer Arbeit in einem solchen Theaterprojekt ist es also gegen die Negativ-Symptome anzugehen, ohne den Patienten die Freude am Spiel zu nehmen.

Wichtig war es uns auch, dass die Patienten auf freiwilliger Basis teilnehmen. Kein Patient soll sich unter Druck fühlen oder die anderen durch seine Unlust hemmen, so ist es möglich die meist sehr zurückhaltenden Patienten dazu zu bewegen sich mit Spaß gegenseitig kurze Szenen vorzuspielen, was sie selbst kurz zuvor noch für unmöglich gehalten hatten.

3.6 Veränderungen des Projekts von der ersten zur zweiten Projektrunde

In der ersten Projektrunde legten wir besonders viel Wert darauf, dass die Theatergruppe ein Ort ist, aus dem nichts des Gesagten und Gemachten nach außen dringt und bewertet wird. Auch duzten sich Teilnehmer und Leiter, wie im Theater üblich. Dies erleichterte es den Teilnehmern, vor allem während der Übungen und Improvisationen, sich zu öffnen und schaffte eine Vertrauensbasis zwischen den Teilnehmern, als auch zu uns Anleitern.

Zitat eines Teilnehmers:

„Euer Kurs ist der schönste. Sonst wird man immer gewertet, den ganzen Tag wird man gewertet. Ich gehe über den Flur und die Ärzte reden hinter mir „oh er ist heute wieder manisch- oder ähnliches“. Das ist hier so anders. Ich kann einfach Ich sein.“

In der zweiten Projektrunde wurde uns diese Vorgehensweise trotz meiner Einwände untersagt. Die Begründung hierfür lautete, dass Therapeuten und Patienten sich alle sitzen und das es nicht Sinn der Behandlung ist, die Fort- oder Rückschritte der Patienten während eines solchen Kurses dem Klinikpersonal zu verheimlichen. Da Frau Ellmauthaler und ich nicht an der wöchentlich am Dienstag Morgen stattfindenden Supervision teilnehmen konnten, in der wir ausführlich über das Verhalten der Patienten hätten berichten sollen, wurde in der zweiten Projektrunde meist einer der Pfleger damit beauftragt, während des Projekts anwesend zu sein und das Verhalten der Patienten zu protokollieren. Dadurch wurde die Kommunikation der Teilnehmer untereinander eingeschränkt.

Ich bestand nach der ersten Projektwoche darauf, dass der anwesende Pfleger, zumindest mitspielen sollte, um den Patienten das Gefühl zu vermitteln, dass von uns Leitern alle Teilnehmer gleich behandelt werden und ihnen möglicherweise sogar zu zeigen, dass ein gesunder Mensch, nicht alle Übungen automatisch besser beherrscht als sie. Der Pfleger war einverstanden und ich hatte den Eindruck, dass es sich in gewünschter Weise auswirkte und sogar das Verhältnis zwischen dem Pfleger und den Patienten verbesserte.

3.7 Übersicht der Projektzeit

Das Theaterprojekt findet Montags von 16 bis 18 Uhr statt, da aber alle Therapien nur anderthalb Stunden dauern, steht die erste Viertelstunde zur Vorbereitung des Raums (Tische zur Seite schieben usw.) zur Verfügung und die letzte Viertelstunde für ein kurzes Feedback-Gespräch mit dem Pflegepersonal.

Nach jedem Treffen reflektierten Frau Petersen/Elmauthaler und ich den Verlauf des Projekts und planten die den Ablauf der nächsten Woche.

Die Projektstage im Überblick:

- 18.02.2008: Einführung des Themas „Gegensätze“
- 25.02.2008: Stark und Schwach
- 03.03.2008: Laut und Leise
- 10.03.2008: Schwarz und Weiß
- 17.03.2008: Gewöhnlich und Ungewöhnlich
- 24.03.2008: *ausgefallen wegen Ostern*
- 31.03.2008: Wahr und Falsch
- 07.04.2008: Begeistert und Nicht begeistert
- 14.04.2008: Hübsch und Hässlich
- 21.04.2008: Fröhlich und Traurig
- 28.04.2008: *ausgefallen, da nur ein Teilnehmer anwesend war*

- 08.09.2008: Einführung des Themas „Gegensätze 2“
- 15.09.2008: Langsam und Schnell
- 22.09.2008: Arm und Reich
- 29.09.2008: *ausgefallen wegen des Schreibens der Abschlussarbeit*
- 06.10.2008: Jung und Alt
- 13.10.2008: Liebe und Hass
- 20.10.2008: Licht und Schatten
- 27.10.2008: *ausgefallen wegen der Herbstferien*
- 03.11.2008: Nähe und Distanz
- 10.11.2008: gemeinsames Schreiben eines Minidramas, um damit selbstständig weiter

arbeiten zu können, weil sich die Teilnehmer dies wünschen.

4. Das inhaltliche Vorgehen während des Projekts

4.1 Der Aufbau einer Projekteinheit

Jede Projekteinheit ist identisch aufgebaut. Diese klaren Strukturen sollen den Teilnehmern Sicherheit vermitteln, so dass sich die Patienten nicht jedes mal wieder auf eine neue Situation einstellen müssen. Für die größtenteils theaterunerfahrenen Patienten, bleibt trotz der festen Struktur genug Raum für neue Erfahrungen. Jede Einheit beginnt mit einem Klatschkreis, der dem gemeinsamen Ankommen und als Rahmen dient. Anschließend gibt es eine dem Thema angepasste Erweiterung des Klatschkreises.

Es folgt ein Warm-up, um Körper und Stimme auf den Workshop vorzubereiten. Darauf folgen thematisch passende Schauspielübungen in denen es keine Vorführsituation gibt, sondern alle Teilnehmer gemeinsam agieren.

Nach einer 10minütigen Pause wird eine kurze Übung zum Wieder-Ankommen angeleitet, in der die Pause vom Körper abgeschüttelt wird.

Es folgen Übungen, die auf kleine Präsentationen hinauslaufen.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass selbst die Patienten, die zu Beginn sagten „ich möchte nichts vorführen“, am Ende einer Projekteinheit wie selbstverständlich vor der Gruppe stehen und kleine Improvisationen präsentieren.

Am Ende jeder Einheit finden wir uns im Kreis zu einem Blitzlicht zusammen. Jeder der möchte kann etwas zu dem Workshop sagen, ob positiv oder negativ.

Das Ende der Einheit bildet wieder ein Klatschkreis, die Konzentration kommt noch einmal zusammen und das Ende ist klar definiert.

4.2 Die Konzeption der Projekteinheiten

Folgend stelle ich die Konzeption der Projekteinheiten an einem typischen Beispiel der ersten Projektrunde sowie der zweiten Projektrunde vor.

25.03.2008: **Stark und Schwach**

Nr	Zeit	Übung	Ziel	Anleiter
1.	10 Min.	Klatschkreis. Wir beginnen mit einem normalen Klatschkreis, erst ohne und dann mit Richtungswechsel. Die Stimme kommt	<ul style="list-style-type: none"> – Ankommen – Wach werden – Konzentration fördern – Einführung des 	Lynn

	dazu. Der Klatscher nach links wird mit dem Satz „ich bin stark“ weitergegeben. Bei einem Richtungswechsel kommt die Frage „was bist du?“. Anschließend machen wir das gleiche mit dem Satz „ich bin schwach“. Um nicht mit dem Satz „ich bin schwach“ zu enden, gibt es zum Schluss noch eine Runde „ich bin stark“ mit voller Überzeugungskraft.	Themas – Stimme aufwärmen	
2. 15 Min.	Warm-up. Alle Gelenke durch bewegen Stretching Gesichtsmuskulatur lockern	– warm werden – den eigenen Körper kennen lernen	Vanessa
3. 25 Min.	Erlebnisreise: Stark und Schwach Alle Teilnehmer laufen durch den Raum, sie sollen sich selbst wahrnehmen und den Raum wahrnehmen. Der Anleiter gibt Situationen und Figuren rein, welche verkörpert werden sollen, jeder macht es für sich, so gut er kann. „Ihr lauft durch den Wald es ist dunkel, ihr fühlt euch ganz klein und habt Angst, ihr denkt daran wie überflüssig letztes mal die Angst war, müsst lachen und werdet durch das lachen immer stärker usw.“ Nach dieser Reise holt der SL die TN wieder zurück in Raum und lässt den Raum noch einmal wahrnehmen und auch die anderen TN. Kurzes reflektieren. Wie habt ihr euch wann gefühlt?	– Einfühlen in das Thema – Erleben und Verkörpern von Emotionen	Lynn
10 Min.	Pause		
4. 5 Min.	Wieder-Ankommen. Gähnen und Gliedmaßen ausschütteln	– Wieder einfinden – Pause abschütteln	Vanessa
5. 5 Min.	König und Königin:	– Hoch – und Tiefstatus	Vanessa

6. 20 Min.	<p>Ein freiwilliges Paar, stellt König und Königin dar, die restlichen Teilnehmer sind das Volk, sie folgen voller Ehrerbietung. Das Königspaar wird so oft gewechselt, dass jeder Teilnehmer einmal Herrscher spielen konnte</p> <p>Was bin ich: Es werden Paare gebildet. Jeder Teilnehmer erhält einen Zettel mit einer Figur, passend zu unserem Thema (Pipi Langstrumpf, Riese, Supermann Zwerg,...). Nun werden nach kurzer Absprache Szenen improvisiert und den anderen Teilnehmern vorgespielt und erraten wer wen darstellt. Diese werden natürlich, wie es im Theater üblich ist, mit reichlichem Applaus belohnt.</p>	<p>bewusst machen</p> <p>– Spaß am ausprobieren finden</p> <p>– Erleben was in jedem einzelnen steckt</p> <p>– Die Scheu ablegen vor anderen zu spielen</p> <p>– Beobachtungsgabe schulen</p> <p>Vanessa</p>
7. 5 Min.	<p>Blitzlicht und Klatschkreis: Was hat euch gefallen? Was nicht? Nachdem jeder kurz etwas zu seinem Befinden gesagt hat, machen wir noch einen Klatschkreis.</p>	<p>– Gemeinsames Ende</p> <p>– Ritual</p> <p>Lynn</p>

22.09.2008: **Arm und Reich**

Nr.	Zeit	Übung	Ziel	Anleiter
1.	10 Min.	<p>Klatschkreis: Wir beginnen mit einem Klatschkreis mit Richtungswechsel. Dann geben die Teilnehmer einen kleinen Ball weiter, immer von der eigenen linken in die rechte Hand, und von da in die linke Hand des nächsten Teilnehmers. Daraufhin schließen die Teilnehmer die Augen und nach und nach geben die Anleiter verschiedene Gegenstände (Äpfel, Steine...) in den Kreis. Am Ende werden nur noch Steine</p>	<p>– Ankommen</p> <p>– Wach werden</p> <p>– Konzentration fördern</p> <p>– Einführung des Themas</p> <p>– Schulung der haptischen und motorischen Fähigkeiten</p>	Vanessa

		weitergeben bis jeder Teilnehmer einen hat. Nachdem die Augen geöffnet wurden wird das Thema genannt, alle Teilnehmer sind zu Beginn dieser Einheit „steinreich“.		
2.	10 Min.	Warm-up: Wir beginnen mit gemeinsamen Gähnen, recken uns (Äpfel pflücken), rollen langsam die Wirbelsäule ab und strecken uns (Pilze sammeln), richten uns langsam wieder auf und schütteln unsere Extremitäten aus. Zur Stimmaufwärmung sprechen wir erst Vokale, dann Silben dann Wörter gemeinsam mit verschiedenen Emotionen nach.	<ul style="list-style-type: none"> - warm werden - den eigenen Körper kennen lernen - Stimme aufwärmen 	Eva
3.	5 Min.	Begriffe sammeln. Brainstorming zum Thema „Arm und Reich“ mit dem Flipchart.	<ul style="list-style-type: none"> - Thema einführen - Ideen sammeln für die nächsten Übungen 	Eva
4.	10 Min.	Standbilder. Die Teilnehmer bilden 2 Gruppen und entwerfen je ein Standbild zum Thema.	<ul style="list-style-type: none"> - Spielvorbereitung - Beobachtungsgabe schulen - kreativ sein 	Eva
	10 Min.	Pause		
5.	5 Min.	Wieder-Ankommen. Gähnen und Gliedmaßen ausschütteln	<ul style="list-style-type: none"> - Wieder einfinden - Pause abschütteln 	Eva
6.	10 Min.	Standbilder-Geschichte. Ausgehend von den erstellten Standbildern, entwickeln die Teilnehmer eine Bildergeschichte, indem sie den Moment vor und nach dem ersten Standbild darstellen. Die Ergebnisse werden gegenseitig präsentiert.	<ul style="list-style-type: none"> - Förderung des logischen Denkens - ins Spiel kommen - Überwindung der Schau vor Präsentationen - Spaß am ausprobieren finden 	Eva
7.	20 Min.	„Abklatsch-Impro“: Die Teilnehmer stehen im Kreis, 2 Freiwillige beginnen und bekommen	<ul style="list-style-type: none"> - Spielfreude wecken - Impulstraining - Erleben was in jedem einzelnen steckt 	Vanessa

		eine zum Thema passende Situation vorgegeben, die sie improvisieren müssen, die anderen Teilnehmer können „Stop“ rufen, dann frieren die spielenden ein und durch abklatschen wird ein Spieler ausgewechselt. Dieser gibt eine neue Situation vor auf die sich der nicht-eingewechselte einlassen muss.	– Spaß am Vormachen entdecken	
8.	10 Min.	Blitzlicht und Klatschkreis: Wieder schließen die Teilnehmer die Augen, bekommen Gegenstände gereicht und geben sie weiter. Diesmal reichen die Anleiter aber keine Steine sondern Goldtaler aus Schokolade weiter bis jeder Teilnehmer einen hat. Diese dürfen sie behalten und sind am Ende der Stunde „reich“. Es folgt ein kurzes Feedback der Teilnehmer an die Anleiter und wir enden mit einem Klatschkreis.	– Gemeinsames Ende – Ritual – Vorfreude auf das nächste mal wecken	Vanessa

5. Reflexion des Projekts

5.1 Die Reflexion der beiden dargestellten Projekteinheiten

Der Klatschkreis eignet sich sehr gut als Rahmen, da man verschiedene Formen, auf die Themen angepasst, ausprobieren kann und die Teilnehmer so einen klaren Einstieg und ein klar definiertes Ende bekommen.

Auch wenn es für einige Teilnehmer schwierig ist, sich Sprache und Bewegung zu merken und diese wieder zu geben, ist es ein Ritual, das schon beim zweiten Treffen deutlich besser funktioniert, als beim ersten, man also sehen kann, dass vor allem motorische Fähigkeiten schnell verbessert werden können.

Neuen Teilnehmern wurde von denen, die die Übung bereits kannten geholfen. Schizophrenieerkrankte bewegen sich meist nur langsam, sind in der Weite ihrer Bewegungen eingeschränkt und ermüden schnell. Trotzdem scheinen die meisten Teilnehmer die körperliche Aktivität beim Warm-up angenehm zu finden.

Auch haben sie jederzeit die Möglichkeit aus einer Übung auszusteigen und sich zu setzen.

Vor allem stimmliches Aufwärmen gefällt den Teilnehmern, auch wenn sie anfangs etwas verhalten sind, bringen sie schon nach kurzer Zeit sehr viel Energie bei den Übungen auf, um Lautstärke und Emotion gut zu imitieren.

Erlebnis- oder Fantasiereisen funktionieren meist gut und kommen auch gut bei den Teilnehmern an. Es mangelt ihnen nicht an Fantasie und wenn sie im nachhinein von der Übung sprechen, erfährt man, dass sie sich stark darauf eingelassen haben. Nur körperlich ist dies häufig nicht offensichtlich, da sich die Patienten sehr zurücknehmen und Angst vor einer Blamage haben. Solche Übungen sind also zu einem späteren Zeitpunkt der Stunde besser geeignet.

Die Hoch- und Tiefstatus - Übung funktionierte bei einigen Teilnehmern sehr gut, bei anderen gar nicht, da sie sich nicht vorstellen konnten, einem Königspaar gegenüber zu treten. Die Rollen des Königspaares wurden allgemein besser verkörpert und gefielen (natürlich) auch den Teilnehmern besser.

Das Spielen von kleinen Szenen nennen die Patienten als ihren Lieblingsteil einer jeden Stunde. Allerdings funktionieren diese Improvisationen nur mit Vorgaben der Figur, des Ortes oder der Situation. Haben die Teilnehmer nicht die Möglichkeit sich an einer solchen Vorgabe zu orientieren fühlen sie sich schnell hilflos, wodurch sie ihre Ideen blockieren, die sonst in reichem Maße vorhanden sind.

Daher würde ich die „Abklatsch-Impro“ nicht noch einmal mit Schizophrenie-erkrankten versuchen.

Das Sammeln von Begriffen zu Beginn einer Stunde erwies sich als äußerst sinnvoll, da die Teilnehmer dabei Ideen zu dem Thema entwickeln konnten, die ihnen später, in einer spontanen Spielsituation, wahrscheinlich nicht eingefallen wären. Da die Begriffe während der Stunde nicht entfernt wurden, konnten die Teilnehmer jederzeit darauf zurückgreifen.

Das Nutzen von Standbildern ist eine hervorragende Methode um mit Schizophrenieerkrankten theatral zu arbeiten. Sie bieten einen guten Einstieg, bei dem die Patienten nicht überfordert werden, indem sie gleich Körper und Stimme einbringen müssen. Vor allem auch das gegenseitige interpretieren der Standbilder sorgte unter den Teilnehmern für heitere Stimmung.

Da die Patienten meist in der Pause nach draußen gehen, dort andere Patienten oder auch Ärzte und Pflegepersonal treffen ist ein kurzes „Wieder-Ankommen“ danach notwendig, um sie wieder in die Situation einzuführen.

Die Pause wiederum ist notwendig, weil Schizophrenieerkrankte eine kürzere Aufmerksamkeits- und Konzentrationsspanne besitzen und schneller ermüden als gesunde Menschen.

Das Blitzlicht-Feedback wurde von den Patienten positiv aufgenommen, zwar geben sie selten negatives Feedback, aber bekundeten wie wohltuend es wäre dies zu dürfen. Für gewöhnlich äußerte sich jeder Patient (positiv), wenn auch nur kurz, über sein Befinden nach der Theaterprojekteinheit.