



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

Gerd Franz Triebenecker

Theater spielen heilt

Inszenieren in Psychiatrie und Psychotherapie

Mit einem Vorwort von Harald J. Freyberger

Klett-Cotta



Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2018 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung eines Fotos von © ad Rian/photocase.de

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Kösel, Krugzell

ISBN 978-3-608-96297-0

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten

sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Inhalt

Vorwort	7
Einleitung	9
1 Vom Beginnen	16
1.1 Kritik und Anpassung.....	16
1.2 Fiktion und Wirklichkeit	27
2 Therapie und Theater	37
2.1 Spiel und Verordnung	37
2.2 Das Selbst als Material.....	49
2.3 Ausdruck und Nutzen	57
3 Theater und Therapie	70
3.1 Das Stegreifspiel	70
3.2 Der Ort der Katharsis	75
3.3 Rausch und Ordnung	86
4 Theater als Risiko	103
4.1 Krise und Scheitern	103
4.2 Leibhaftigkeit und Wiederholung	110
4.3 Schwellen und Rituale	121
4.4 Rausch und Ritual	127

Die Interviews	138
Interview mit B1	138
Interview mit B2	145
Interview mit B3	156
Interview mit B4	164
Interview mit B5	175
Interview mit B6	189
Interview mit B7	195
Interview mit B8	202
Interview mit B9	211
Literatur	219
Angaben zum Autor	223

Vorwort

Was haben Amsterdam, Berlin, Basel, Bochum und Stralsund gemeinsam? An diesen Orten existieren Projekte, die die ursprüngliche Idee des Marquis de Sade aufgreifen, in der Psychiatrie Theater zu inszenieren (Weiss 1969). Die gewählten Formen und Beweggründe sind dabei sehr unterschiedlich. Das Spektrum reicht von Aufführungen professioneller Theater, die in die Psychiatrie importiert werden, bis hin zu Ensembles, in denen psychisch Kranke und Behinderte zum Teil bereits über Jahrzehnte Stücke inszenieren und öffentlich aufführen.

Unter den Begriffen Entstigmatisierung und Inklusion lässt sich ein Teil der Zielrichtungen zusammenfassen. Ehemalige oder gegenwärtige Patienten, die spielen, inszenieren oder sich mit den technischen und administrativen Aspekten des Theaters befassen, werden so in ihren gesunden Anteilen sichtbarer und ein Teil kreativer gesellschaftlicher Prozesse. Der (»gesunde«) Zuschauer dieses Spektakels wird so in seinen emotionalen und kognitiven Stereotypen und Vorurteilen in Frage gestellt und aufgefordert, sich mit den Zusammenhängen zwischen Kreativität, Wahnsinn und Behinderung auseinander zu setzen und diese als Teile normalen gesellschaftlichen Lebens zu betrachten.

Aber ist das auch Therapie mit dem Potential, psychische Störungen zu heilen oder zumindest zu lindern? Oder ist ein solcher Anspruch nur gerechtfertigt, wenn es um psychopharmakologische, psycho- oder soziotherapeutische Interventionsansätze im engeren Sinn des Wortes geht, die einer empirischen Effizienz- und Effektivitätsüberprüfung standhalten? Wer sich mit den sog. psychosozialen Therapien näher befasst, zu denen auch die künstlerischen Interventionsformen gehören, stößt unweigerlich auf die gegenwärtig in Revision befindliche S3-Leitlinie in diesem Bereich (DGPPN 2013) und ist erstaunt über die überraschend breite und positive Datenlage. Dabei werden zu den künstlerischen Therapien die Musiktherapie, die Kunsttherapie, die Tanztherapie und die Drama- und Theatertherapie gerechnet, wobei Letztere wesentlich Wurzeln in dem Psychodramakonzept von Moreno (1973) hat und eine bemerkenswerte, allerdings noch nicht ausreichende Evidenz aufweist (Ruddy & Dent-Brown 2005).

Mit seinem etwas provokativen Titel greift Gerd Franz Triebenecker, der seit etwa 20 Jahren als Theaterwissenschaftler im Kreisdiakonischen Werk Stralsund mit psychiatrischer Theaterarbeit befasst ist, diese konzeptionellen und inhaltlichen Erwägungen auf. Mit seiner Theatergruppe »Die Eckigen« und in unzähligen Kooperationsprojekten mit den in Stralsund befindlichen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Forensische Psychiatrie ist hier ein Algorithmus entstanden, in dem Theaterstücke in diesem Kontext schrittweise entwickelt, vertextet, inszeniert und im öffentlichen Raum aufgeführt werden.

Das vorliegende Buch setzt sich am Beispiel einer konkreten Projektentwicklung und -durchführung (»Die sieben Todsünden« – eine Aufführung mit Maßregelvollzugspatienten der forensischen Psychiatrie) mit der Theaterarbeit in der Psychiatrie auseinander. In seinen einführenden Abschnitten werden zunächst die historischen und konzeptionellen Entwicklungen des Theaters in der Psychiatrie erörtert und dann u. a. unter den Begriffspaaren »Kritik und Anpassung« und »Fiktion und Wirklichkeit« zusammenfassend dargestellt.

Hierzu hat Triebenecker qualitative Interviews mit den beteiligten Protagonisten geführt, durch deren Wiedergabe im Text das Ganze eine äußerst lebendige und anschauliche Seite gewinnt.

Im zweiten Teil (»Therapie und Theater«) setzt sich dieser Ansatz in dem dialektischen Wechselspiel der Begriffe fort. Hier möchte ich nur zwei Aspekte hervorheben. Unter der Überschrift »Spiel und Verordnung« beschäftigt sich der Autor mit der Paradoxie, dass im klinischen Kontext die Teilnahme an einem Theaterprojekt von den professionellen Psychotherapeuten nach entsprechender Indikationsstellung gewissermaßen »verordnet« wird, eine Theaterinszenierung aber ein hohes Maß an Freiwilligkeit, Motivation und Kreativität voraussetzt. In analoger Weise wird unter dem Begriffspaar »Krise und Scheitern« beschrieben, dass tagesklinisch oder stationär behandelte Patienten sich in einer Lebenskrise befinden und oft in ihren individuellen Problem- und Konfliktlösefertigkeiten gescheitert sind. Genau dies mutet ihnen jedoch Theater in Psychiatrie und Psychotherapie zu: Krisen in den Inszenierungen und manchmal eben auch ein Scheitern in Sequenzen des Theaterstückes oder sogar insgesamt. Oder sollte vielleicht genau darin das Geheimnis des Erfolges bestehen?

Harald J. Freyberger,

*Professor für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
an der Universitätsmedizin Greifswald*

Einleitung

Der psychiatrische Raum kennt viele unterschiedliche Zimmer und Korridore. Es gibt erhebliche Unterschiede zwischen verschiedensten Kliniken, Einrichtungen und Therapien. Eine offene Tagesklinik ist kaum zu vergleichen mit dem Alltag in einer forensischen Psychiatrie als Maßregelvollzug. Beide haben dasselbe Anliegen – den Patienten zu heilen – und beide nutzen bisweilen Methoden, die das Theater bereitstellt, oder Theater als solches. Auf den Unterschied wird später zurückzukommen sein. Und mit dem Begriff Theater sei zunächst nicht mehr gemeint, als dass Menschen zu einem verabredeten Zeitpunkt an einem verabredeten Ort etwas darstellen, das anders ist als sie selbst, und dass andere Menschen dabei zusehen. Dabei ist beiden Gruppen bewusst, dass das Vorgestellte nur gespielt, nur als ob ist.

Die Beschreibung eines Theaterprojektes in der Psychiatrie umgreift immer zwei Perspektiven. Da ist zum einen die Konstruktion, Erarbeitung und Präsentation der Inszenierung als Ereignis zwischen Zuschauern und Spielenden; zum anderen ist da die therapeutische Dimension des Handelns auf der Bühne. Wie in der konkreten Arbeit, so kreuzen sich auch in der wissenschaftlichen Nachbereitung theaterwissenschaftliche und psychotherapeutische Perspektiven.

In diesem Buch ist der Anlass für die Beschreibung von Theater im psychiatrischen Raum ein Projekt in einer forensischen Psychiatrie. Sie soll als Modell für die verschiedensten Relationen von Theater und Psychiatrie stehen. Damit bewegt sich der Text in einer Schnittmenge. Lesern, welche selbst Theater produzieren oder wissenschaftlich begleiten, wird manches nicht neu sein; Therapeuten anderes nicht. Es bleibt zu wünschen, dass sich für beide neue Perspektiven auf das schon Bekannte erschließen.

Vor dem Hintergrund, dass diese Arbeit ermutigen will zu eigenständiger theatralischer Arbeit – nicht nur in der Psychiatrie, sondern in allen sozialen Räumen, in denen Menschen nach Überwindung eines kränkenden Alltages streben –, wären akademische Abgrenzungen weniger sinnvoll. Dieses Buch will ein Plädoyer sein für wildes, sinnenüberwältigendes Theater jenseits des Kunstbetriebes Theater.

Dieses Jenseits ist mehr Zu- als Abwendung. Gerade dort, wo das Theater sich selbst zu überschreiten sucht, wo avancierte Theaterformen Strukturen aufzubrechen versuchen, wo Theater die eigenen Grenzen überschreitet und auf das Ganze der eigenen Existenz geht, wird es auch zur Quelle und Inspiration für Theaterweisen außerhalb der Kunst. Oder wie es Matthias Warstatt formulierte: »Solange im Theater Krisenmomente und Heilungsperspektiven parallaktisch zusammenfallen, werden Theater und Therapie, Theater und Pädagogik nie vollständig zur Deckung kommen. Eher sind sie wie distanzierte Geschwister, die gelegentlich etwas gemeinsam unternehmen sollten« (Warstatt 2011).

Von einem gemeinsamen Ausflug dieser beiden Geschwister redet dieser Text und beschreibt Trennendes und Verbindendes, welches sich im Bühnenerlebnis zusammenfindet. Aus einer langjährigen, oft verlustreichen Theaterarbeit des Kreisdiakonischen Werkes Stralsund e.V. mit Menschen mit Behinderungen, langzeitarbeitslosen Menschen, psychiatrienerfahrenen Menschen, Patienten der Psychiatrie und auch Insassen einer Justizvollzugsanstalt heraus entstand in der forensischen Psychiatrie des Helios Hanseklunikums der Wunsch nach einer Inszenierung mit dortigen Patienten.

In den ersten Treffen entwickelte sich die Idee, mit den Patienten »Die sieben Todsünden« zu inszenieren. Der Spielort war eine öffentlich erreichbare kleine Kirche auf dem Klinikumsgelände, die wir auf Grund einer großzügigen Förderung durch die regionale Sparkassenstiftung theatertechnisch sehr gut ausrüsten konnten. Ein weiteres tat die grundlegende Finanzierungs- und Netzwerkarbeit des Kreisdiakonischen Werkes Stralsund e.V.

Mit den »Sieben Todsünden« wollten wir auch Schuld und Verstrickung, Opfer- und Tätersein gerade an diesem Ort und mit diesen Schauspielern reflektieren. In der Forensik sind Patienten nicht nur Patienten, sondern auch Täter. In dieser konkreten Lebenssituation durchdringen sich therapeutische und sicherheitsbedingte Verhaltensweisen für die Spielenden, für die Anleitenden und für die Zuschauenden. Dem musste aus unserer Sicht auch im Thema und in der Darstellung Rechnung getragen werden.

In diesem konkreten Projekt gab es die besondere Situation, dass die Patienten von einer Tanz- und Bewegungstherapeutin vorbereitet und angesprochen werden konnten, die in der Produktion selbst als Choreographin mitarbeitete. Dadurch gab es eine Brücke aus dem normalen Therapiealltag in die besondere Situation des Theaterspielens. Gerade im Knast und in der Forensik ist es nicht selbstverständlich, dass Patienten öffentlich Theater spielen, so dass der Ensembleaufbau und die ersten Proben ein sehr schmaler, gefährdeter Gang sind.

Von allen Patienten, die hier zu den ersten ernsthaften Proben kamen, hatte einer keine Lockerungsstufe. Das heißt, er konnte bei den Aufführungen, die allesamt außerhalb der Forensik stattfinden sollten, nicht dabei sein. Gleichwohl sollte und wollte er jedoch mitspielen. Die technische Lösung, eine Videomontage in das Livespielen der anderen Patienten zu montieren, war schnell gefunden. Problematisch blieben die Ensemblebildung sowie die spielerische und inhaltliche Einbindung des Patienten.

In der konsequenten Rückbesinnung auf den Ort unseres Arbeitens fanden wir schließlich eine mögliche Lösung. Den Bezugspunkt davon fanden wir in Charenton, der Anstalt, in welcher der Marquis de Sade Theater spielte. Natürlich dachten wir an »Die Ermordung Jean Paul Marats, dargestellt durch die Schauspielgruppe des Hospizes zu Charenton unter Anleitung des Herrn de Sade« von Peter Weiss, die genau in dieser historischen Situation ihren Spielanlass fand. Mit dem Marquis de Sade hatten wir genau jenen Punkt gefunden, der es uns erlaubte, an diesem Ort mit diesen Schauspielern ein Stück wie die »Sieben Todsünden« zu präsentieren. Dass bei näherem Hinschauen auch für dieses Buch eine historische Perspektive gewonnen werden konnte, war noch nicht abzusehen.

Da war zum einen die Funktion des Schreibens des Marquis, das sich direkt als Spielanlass entwickeln ließ. Volker Reinhardt interpretiert die Romane des Marquis de Sade als Experimentieranlage des Bösen gegen die Weltsicht von J.-J. Rousseau. So experimentiert und kommentiert de Sade in unserem Stück von einer gedoppelten Videoleinwand herab mit der Verführbarkeit und der Eitelkeit, mit der Verletzlichkeit und der Sehnsucht des Menschen. Mit der Einführung des Marquis de Sade als Kommentarfikur konnten wir zum einen von außen die Dialektik von Schuld und Opfersein reflektieren, zum anderen aber auch die Selbstsicht der Patienten, die als Täter ja auch eine Dialektik von Opfer und Täter für sich beanspruchen. Aber diese subjektiv wahrgenommene Dialektik hat natürlich eine genau entgegengesetzte Polarisierung, welche das Denken in Bewegung setzt. Denkt die erste Bewegung darüber nach, wie auch Unschuldige zu Tätern werden können, so denkt die andere Täter zuerst als Opfer, bevor sie zu Tätern werden. Wird für Erstere die Möglichkeit des Schuldigwerdens zum Thema, wird für die Zweiten das eigene Opfersein zur Entschuldigung für die persönliche Täterschaft.

Das noch Wesentlichere dieser Konstruktion aber war die neugewonnene historische Perspektive für das Stück wie auch für dieses Buch. Natürlich kann beides keine wissenschaftlich genaue historische Untersuchung der Relationen zwischen Theater und Psychiatrie, zwischen Heilung und Theater sein. Trotzdem möchte ich historisches Material und die Arbeit des Marquis de Sade in Charenton mit her-

anziehen, um heutige Theaterarbeit im psychiatrischen Raum beschreiben zu können.

Dem Theater, wie auch immer es definiert wird, sind therapeutische Perspektiven und Praktiken von seinem Ursprung her eingeschrieben.

Aus theatergeschichtlicher Sicht hat vor allem Gerda Baumbach zu diesem Thema erste wichtige Studien erbracht. Baumbachs Untersuchungen setzen in einem Zeitraum an, in dem noch viele Gemeinsamkeiten zwischen Medizin und Theater beschreibbar sind. Allerdings bestehen diese bereits in auseinander fließenden Prozessen, die auf eine klare Trennung beider Bereiche voneinander hinauslaufen. Deswegen liegt ihren Untersuchungen voraus, dass es immer ein Vorher gab, in dem es andere Sichtweisen und Zusammenhänge gab, die nicht schriftlich überliefert sind. So beschreiben ihre Untersuchungen Trennungsgeschichten, welche gemeinsame Felder zwischen Heilen und Theater konturieren. So entsteht der Umriss einer Landkarte, dessen Geographie nicht unbekannt, aber auch nicht genau beschreibbar ist.

Nur deshalb rekonstruiert sie in dem von ihr untersuchten Zeitraum vor allem Trennungen und Abgrenzungen. In diesen Prozessen trennt sich nicht nur die wissenschaftlich werdende Medizin von ihren marktschreierischen Vorläufern, sondern auch ein sich immer mehr als ernsthafte Kunstform verstehendes Theater von seinen liederlichen älteren Brüdern. Eben diese Brüder waren es, die auf Bretterbühnen über die Märkte zogen und als Quacksalber, Jahrmarktsmediziner, Mess-Ärzte und Zahnärzte ihre Heilungsmöglichkeiten oder ihre Scharlatanerie anboten. Solchem Theater war das Derbe Ziel und Ausdrucksmittel, um sein Publikum aufs Schnellste und Intensivste zu amüsieren. Demgegenüber entwickelte sich aber das Theater als dramatische bürgerliche Kunst und verbannte alle Formen des Jahrmarkts und damit auch des Heilens aus seinem Formenkanon. Das Theater verließ den Jahrmarkt und etablierte sich in festen Häusern. Folgt man Überlegungen Gerda Baumbachs, so erscheint es aber mehr als möglich, dass schlicht der moderne eingengegte Theaterbegriff, der sich eben auf ein Drama auf der festen Bühne bezieht, seine Verwandtschaft mit der Heilkunst vergessen wollte. Das bürgerliche Theater dieser Zeit hatte in seinem Drängen, sich von allem zu befreien, was volkstümlich und undiszipliniert gegen die reine Kunst stand, diese Verwandtschaft schnell geleugnet. Psychoanalytisch gesprochen, könnte man auch von Verdrängen sprechen. An einem Beispiel erläutert Gerda Baumbach: »Damit ist ein Wechsel historisch bezeugt: derjenige vom ›schändlichen‹ und ›unehrlichen‹ Spielen hin zu ›ästhetischen‹ Spielen der bloßen Unterhaltung (die rasch auch medialen und behrenden Charakter annehmen können).

Die Spiele der ›alt comedi‹ geben sich mit Übeln, Krisen und anderweitigen Sorgen des Lebens im Sinne von ›Skimphen‹ (d. h. charakteristisch fiktiv, zum Schein, theatral) durchaus jenem zweideutigen Zustand zwischen Leben und Theater ähnlich« (Baumbach 2002, S. 268). Das gute Kunsttheater hatte sich seiner zwielichtigen Verwandtschaft entledigt, und die enge Beziehung zwischen Heilen und Theater taucht erst in den Asylen des Wahnsinns in der Regie des Marquis de Sade wieder auf. Damit vergaß es aber auch seine Verwandtschaft mit dem Heilen. Diese wird es wiederentdecken, wenn es sich von den Texten emanzipiert. Impulse dazu werden auch vom Heilen ausgehen.

In ihren Arbeiten zu den Zusammenhängen von Theater und Heilen im Aufbruch in die Moderne nimmt sie auch den Begriff des Heilens in den Fokus. »Was heilt und was heißt heilen? Was heißt Gesundheit und was Krankheit? Und warum überhaupt heilen? Darf Heilen auch als Vermittlung und daher als in Verbindung, in Zusammenhänge bringend, als Kommunikation verstanden werden von allem, was – ohne Sehnsucht gesagt – auseinander ist? Auch von Leben und Tod? Und sollten solche Fragen auch wieder offen, nicht nur resultativ und nicht nur unter dem Diktum der Effizienz, gestellt werden?« (Baumbach 2002, S. 425).

Dass sie an dieser Stelle die Effizienz des Heilens diskutiert, rekurriert zu Recht auf eine aktuelle Situation. Die Heilung eines Patienten ist gerade in der Psychiatrie und Psychologie nicht immer normativ zu beantworten. Es gibt nicht immer eine abgeschlossene Behandlung/Heilung, die sich durch das Erreichen eines normativen Wertes beschreiben ließe. Wie schon an anderer Stelle gesagt, ist es oft nur ein Besser-als-zuvor. Aus jeder subjektiven Patientensicht, die jeder Therapeut teilen wird, ist dies zumindest teilweise Heilung, auch wenn es noch nicht den gesellschaftlich gesunden Normen entspricht. So ist die Frage der Effizienz eben nicht immer klar definierbar. Bleibt Effizienz eine rein quantitative Normierung, drängt sie alle nur subjektiv erfahrbaren Heilungserfolge aus dem Rennen der bezahlbaren Therapien heraus. Darunter hat gerade theatertherapeutisches Arbeiten zumindest in Deutschland gelitten. Erst in den letzten Jahren haben theatertherapeutisches Arbeiten und daraus folgend auch öffentliche und künstlerische Projekte sich wieder stärker ins Bewusstsein bringen können.

So haben z. B. Patienten unseres Projektes auf die Frage nach Veränderungen so geantwortet:

I1: *Was hat sich für Sie durch die Theaterarbeit verändert?*

B7: Das Sprechen ist mir leichter gefallen und deutlicher. Dass es deutlicher war. Und dass es mal was anderes war. Auch vor Publikum. Mal nicht draußen zu stehen. Sondern selber Theater zu machen.

I1: *Wie haben Sie sich verändert?*

B7: Ich meine zum Positiven. Wenn ich vorher bei andern Patienten drauf gewesen bin, da war dieses Unwohlgefühl. Bei Leuten, wenn ich bei meinem Freund bin, bin ich viel ruhiger, viel gelassener, viel ... Hör auch, was die Pfleger sagen. Und das ist mehr Motivation. Dass die Ausdauer jetzt langsam besser wird. Dass ich mein Verhalten jetzt langsam in Griff kriege und die Ausraster, dass die nicht mehr so schnell sind. Das ist ganz schön anders jetzt.

I1: *Und das ist alles in diesem Vierteljahr Theaterarbeit passiert?*

B7: Ja.

I1: *Das würden Sie selber so sagen.*

B7: Ja.

Wie ließe sich ein derart subjektives Erleben quantifizieren und normativ bewerten? Zudem alle Wirkungsweisen, die im Publikum provoziert und angeregt worden sind, unberücksichtigt bleiben müssen. Zum einen steht das Publikum nach dem Applaus auf und geht; zum anderen steht dem Publikum auch frei, das Gesehene nicht gut zu finden.

Die Frage nach der Effizienz ist sehr weitreichend und vor allem nicht nur historisch zu diskutieren, denn gerade sie ist ein scheinbares Argument in der Anerkennung des Theaters und seiner therapeutischen Wirkungen in der Psychiatrie oder anderen Koordinaten des sozialen Raumes. So gut und wichtig es ist, nach mehr Beschreibungen und Analysen konkreter Projekte zu verlangen, so problematisch ist es, Nachweise zählbarer Ergebnisse und personenunabhängiger Methoden zu erwarten.

Dass Krankheit und Gesundheit keine konstanten Normierungen sind, sondern sich kulturell und zeitgeschichtlich verändern, liegt solchen Überlegungen zu Grunde. Das heißt unter anderem, dass historische Betrachtungen der gemeinsamen Dimension von Heilen und Theater nicht zu einer wehmütigen Rekonstruktion vergangener Verfahren führen können. Es geht vielmehr in der historischen Rückversicherung um das Aufzeigen der Veränderungen und um eine daraus folgende zeitgenössische Neuformulierung. Einen Beitrag dazu will dieses Projekt leisten.

Bevor solch ein Projekt starten kann und vor allem, bis es zu einem erfolgreichen Ende kommen kann, bedarf es vieler Partner. Zu diesem Projekt entschlossen sich zwei Kooperationspartner: Zum einen die forensische Klinik des Helios Hanseklunikums und das Kreisdiakonische Werk Stralsund e. V., welches seit zwanzig Jahren Theater am Rand der Gesellschaft produziert. Dabei ist es Ziel jeder Produktion gewesen, die Inszenierungen unter möglichst professionellen Bedingungen zu veröffentlichen, entweder auf einer Theaterbühne oder, wo dies nicht ging, vor Ort. Finanziert wurde diese Arbeit vom Kreisdiakonischen Werk Stralsund, von der Sparkassenstiftung Stralsund, der Aktion Mensch und der Hansestadt Stralsund. Diese Dokumentation wurde durch die Helios Stiftung gefördert.

KAPITEL 1

Vom Beginnen

1.1 Kritik und Anpassung

B2: Und dann ist er nachher in die Psychiatrie gekommen. Ich fand das erstaunlich, dass er auch so wie ich selber im Knast war und dass er da auch wirklich in der Psychiatrie war. Ich weiß noch, dass er richtig Donatien hieß. Und dass er wirklich in der Psychiatrie war und innerhalb der Psychiatrie Theaterstücke geschrieben hat, auch selber Theater gespielt hat. Hauptsächlich hat er sich aber auf das Romanschreiben und Drehbuchschreiben konzentriert. Er hat auch Regie geführt. Hin und wieder hat er auch Theater mitgespielt.

Das Leben und das Werk des Marquis de Sade ist vielfältig zum Anlass und Gegenstand ästhetischer, essayistischer oder – wie im vorangestellten Zitat – persönlicher Projektionen geworden. Die Rezeptionsgeschichte ist ein kaleidoskopisches Bild von Spiegelungen, welches vom Denken und Wünschen der Projizierenden konstruiert wurde. Dass der reale Marquis nicht vollkommen übermalt wurde, bleibt Verdienst seiner Biographen, die sich von den Spiegelungen nicht blenden ließen und Konturen des Lebens des Marquis de Sade skizzierten.

Umso auffälliger ist, dass er in den wenigen historischen Selbstbeschreibungen der Theatertherapie/Theaterpädagogik kaum auftaucht. Nun ist es manchmal so, dass Familien die schwarzen Schafe aus den eigenen Reihen zu vergessen suchen. Die reale Familie des Marquis hat sich inzwischen stolz zu ihm bekannt und versucht mit ihm alten Glanz im Hier und Heute wieder aufzufrischen. In der Geschichte der Theatertherapie und des Theaters ist dies bisher kaum geschehen, obwohl er zumindest eine wichtige Scharnierfunktion in der Entwicklung des Theaters in der Psychiatrie einnimmt.

Michel Foucault weist in seinem Werk »Wahnsinn und Gesellschaft« darauf hin, dass mit dem Marquis de Sade, Friedrich Nietzsche und Antonin Artaud dem Wahnsinn neue Dimensionen in seiner gesellschaftlichen Relevanz erwachsen.

Alle drei Namen sind mit den therapeutischen Dimensionen des Theaters verbunden. Sie entwarfen mit ihrem Denken existentielle Perspektiven, in denen theatertherapeutische Wirksamkeit eingeschrieben ist. Gerade in der Fähigkeit des Theaters, den Zuschauer/Spieler bis in die höchste Erregung zu treiben, werden von den Autoren Dimensionen der Theatralität beschrieben, die weit über den engeren Wirkungskreis der Bühne hinausreichen. Nietzsche und Artaud sind auch aus der heilenden Perspektive des Theaters hinreichend beschrieben worden.

Der Marquis de Sade wird es kaum. Fast Teil des Allgemeinwissens ist, dass der Marquis in seinen letzten Lebensjahren während seiner zwangsweisen Verbringung in die Anstalt von Charenton mit den dortigen Patienten öffentliche Theateraufführungen unter seiner Regie und mit seinen Texten inszenierte und öffentlich präsentierte. In dieser historischen Situation lassen sich viele Probleme und Paradoxien beschreiben, die auch heute jeder Autor, Regisseur oder Theaterpädagoge/Theatertherapeut erfährt, der im psychiatrischen Raum Theater zwischen Kunst und Therapie produziert. Trotzdem hat lediglich der Psychiater Hilarion G. Petzold die Inszenierungen des Marquis de Sade in Charenton als den Beginn einer Traditionslinie dramatischer Therapien in Frankreich gesehen (Petzold & Sieper 1991). Petzold kann in dem Entschluss des Leiters des Hospizes von Charenton, M. Coulmier, den Marquis de Sade mit Patienten Theater spielen zu lassen, erste Formulierungen theatertherapeutischen Arbeitens erkennen, die dann in der Entwicklung der Psychiatrie vorerst abbrechen und vergessen werden, um schließlich in den letzten Jahrzehnten wieder entdeckt zu werden. Das Vergessen von Heilung und Theater ist ein gegenseitiges und hat auf beiden Seiten mit der eigenen Verfasstheit zu tun. Wie schon kurz beschrieben, war das Theater auf dem Weg von den Jahrmärkten zu den festen Häusern des bürgerlichen Stadttheaters. Dabei ließ es mit der Abwendung von der Improvisation und der Leiblichkeit und mit der Konzentration auf einen Autorentext viel zurück, was in psychiatrischen Kontexten von Nutzen hätte sein können. Dafür waren gerade auch Ärzte in Charenton sensibel. Gleichwohl hat das Vergessen des Theaters durch die Psychiatrie seinen Grund eher in der eigenen Etablierung als moderne Naturwissenschaft.

Dass das Experiment in Charenton eine Fehlstelle blieb, ist umso bemerkenswerter, als sich das Theater selbst dieser historischen Situation und ihrer therapeutischen Dimension angenommen hat. In »Die Verfolgung und Ermordung Jean Paul Marats dargestellt durch die Schauspielgruppe des Hospizes zu Charenton unter Anleitung des Herrn de Sade« nimmt der Dramatiker Peter Weiss genau

diese Situation als Anlass für die Entwicklung seines Dramas. Er lässt den Direktor von Charenton Coulmier das Spiel mit folgenden Worten eröffnen:

»Wir haben dem hier ansässigen Herrn de Sade
zu verdanken
daß er zu Ihrer Unterhaltung und zur Erbauung der Kranken
ein Drama erdacht und instruiert und es jetzt zur Aufführung ausprobiert
Wir bitten Sie um Ihre Aufmerksamkeit zu gönnen
Denn alle spielen so gut sie können
Doch ihre einzige Bühnenerfahrung
Erwarben sie hier in der Verwahrung.
Als moderne und aufgeklärte Leute
Sind wir dafür daß bei uns heute
Die Patienten der Irrenanstalt
Nicht mehr darben unter Gewalt
Sondern sich in Bildung und Kunst betätigen
Und somit die Grundsätze bestätigen
Die wir einmal im feierlichen Dekret
Der Menschenrechte für immer geprägt« (Weiss 1969, S. 336).

Auch wenn die Theaterarbeit des Marquis de Sade nur dramatischer Anlass ist und eine Spielfläche eröffnet, auf der sich die menschliche Tragik in revolutionären Zeiten im wiederkehrenden Scheitern politischer Utopien ereignet, umreißt Peter Weiss in diesem Auftakt ziemlich genau die therapeutische Dimension und die Paradoxien des Theaters im psychiatrischen Raum. Die Figur des Marquis vereint einige Widersprüche in der fiktiven Aufführungspraxis als Darsteller seiner selbst, als freiwilliger Regisseur und unfreiwilliger Therapeut. Zwischen dramatischer Fiktion und historischer Wirklichkeit konturiert sich so ein erstes Bild theatertherapeutischen Arbeitens, dessen Paradoxien noch immer die Gleichzeitigkeit von therapeutischer und ästhetischer Wirksamkeit prägen.

Der Historiker Volker Reinhardt beschreibt die Situation in Charenton in seinem Buch »De Sade oder Die Vermessung des Bösen« so:

»Das kostbarste Privileg wurde dem Anstaltshäftling de Sade am Ende des Jahres 1807 zuteil. Charenton besaß ein Theater, das der Direktor für die Behandlung seiner Patienten nutzen wollte. Seiner Ansicht nach musste es die Therapie von Geisteskranken befördern, wenn diese auf der Bühne fremde

Charaktere darstellen durften. Die fremden Rollen mit ihren ganz andersartigen Neigungen und Bedürfnissen verschafften den Patienten den notwendigen Abstand zu ihren eigenen Leiden und Obsessionen. Monsieur Coulmier setzte jedenfalls große Hoffnungen auf diese Art der Behandlung und war glücklich, mit dem Marquis einen ausgewiesenen Fachmann zur Seite zu haben. Zu seiner großen Freude ließ sich aus der Schar seiner Patienten nicht nur eine leistungsfähige Laienspieltruppe, sondern auch ein Orchester bilden, das diese Darstellungen gekonnt mit anspruchsvollen Klängen untermalte« (Reinhardt 2014, S. 369).

Doch wurden bereits vor de Sade heilende Potenzen des Theaters in den Irrenanstalten Frankreichs genutzt. Frühe Nutzung theatraler Produktionsweisen im therapeutischen Handeln zeitgenössischer psychiatrischer Anstalten beschreibt Foucault für Pariser Anstalten: »Hier (in der Theatervorstellung; G.F. Trieben-ecker) nun spielt sich das therapeutische Vorgehen völlig im Raum der Vorstellungskraft ab. Es handelt sich um eine Komplizität des Irrealen mit sich selbst« (Foucault 1969, S. 335f.). Die Phantasien des Patienten werden vor ihm von anderen dargestellt. Das Theater benutzt die Bilder, die der Wahnsinn des Patienten generiert, und verstärkt und verdoppelt sie. Die fiktiven Bilder des Patienten werden leibhaftig, in dem sie ihm vorgespielt werden. In der Darstellung werden sie verstärkt und fortgeschrieben. Sie intensivieren die Wahnvorstellungen in der Fiktion, welche der Wahn für wirklich hält. Was in der Realität dem Kranken nicht gelingt – eine Differenz zwischen sein Wahnbild und die Wirklichkeit zu drängen, um das Wahnbild als illusorisch zu entlarven –, kann der theatralen Fiktion gelingen. Sie veräußert das innere Sehen des Patienten. Wenn die theatrale Darstellung die Wirklichkeit im Fiktiven überschreitet, provoziert sie einen Riss in der geschlossenen Welt des Wahns. In diesem Riss etabliert sich die Differenz als kritische Sicht auf sich selbst und den eigenen Wahn. So beginnt Heilung.

Der Patient wird einer mimetisch erzeugten Exposition ausgesetzt. Die erregenden und sinnlichen Potentiale des Theaterspiels werden bewusst genutzt, um Wirkungen zu erzielen. Die nachahmende Konstruktion des Krankenbildes schafft jedoch kein reines Abbild der Phantasien, sondern verändert das Vorgefundene. In spielerischer Freiheit entsteht für den Patienten eine fiktionale Wirklichkeit, die zu heilen oder zumindest zu helfen vermag. Als Beispiel beschreibt Foucault:

»Man nennt den Fall eines Kranken, der sich für tot hielt und wirklich daran zu sterben drohte, dass er nichts aß. Eine Gruppe, die sich weiß angemalt hatte und wie Tote gekleidet war, betritt sein Zimmer, stellt einen Tisch auf, trägt Wein herbei und beginnt vor seinem Bett zu essen und zu trinken. Der halbverhungerte Sterbende schaut zu, man fragt ihn, warum er im Bett bleibe, überzeugt ihn davon, dass die Toten wenigstens so viel essen wie die Lebenden. Und er nimmt die Gewohnheit an (...). So wird der wirkliche Tod, der aus dem eingebildeten Tod resultieren würde, von der Realität allein durch die Aufführung eines irrealen Todes ferngehalten« (Foucault 1969, S. 337, 339).

Klaus Dörnen sieht genau hier die Quelle, aus der sich das Theater de Sades nährte: »Endlich wird auch das Theater diesen Absichten nutzbar gemacht (...), es wird auch versucht, die Wahnwelt eines einzelnen Patienten in perfekter Illusion darzustellen, um sie nach dieser Objektivierung ad absurdum zu führen; hierbei spielen der Arzt und alle Anstaltsangestellten mit. Bekanntlich führte diese Einrichtung dazu, dass der Direktor der Anstalt Charenton die Irren selbst Theater spielen ließ und de Sade zum Spielleiter für die z. T. öffentlichen Aufführungen machte« (Dörnen 1975, S. 163).

Es scheint so, dass sich eine Form des Theaters Schritt für Schritt innerhalb der Therapie etabliert hat. Sie hat sich als Fiktion von den Phantasien der Patienten gelöst und ihre eigene, nur theatrale Wirklichkeit gesucht. Dabei überschritt sie auch Darstellungsweisen, die nur innerhalb der Beziehungen von medizinischem Personal und Patienten stattfanden. Sie nutzte nun die Produktionsweisen, die vom zeitgenössischen Theater vorgelebt wurden. Sie ging den Schritt aus der Präsentation in geschlossenen Räumen, die ihre Wirksamkeit nur einer Aktion zwischen Spielenden und zuschauenden Patienten verdankten, in die Öffentlichkeit. Die therapeutischen Potenzen des Theatralen forderten letztlich auch das Ereignis Vorstellung und damit die Öffnung des Zirkels zwischen Heilenden und Patienten.

Dies ist natürlich auch der historisch zufälligen persönlichen Begegnung zwischen dem Anstaltsleiter Coulmier und dem Marquis de Sade geschuldet. Inwieweit der leidenschaftlich nach Theater strebende Anstaltsinsasse de Sade die Einsichten und Ansichten des Anstaltsleiters Coulmier provozierte und beeinflusste, ist nicht rekonstruierbar. Inwieweit de Sade therapeutische Absichten verfolgte, ist kaum nachvollziehbar. Sehr wahrscheinlich sind therapeutische Absichten des Marquis nicht. Vielmehr wird dies für ihn eine glückliche Möglichkeit gewesen

sein, Theater zu leben. Dass zumindest für das Charenton dieser Zeit alles von dieser historisch mehr oder weniger zufälligen Konstellation abhing, zeigt das relativ schnelle Verbot der Spiele in Charenton. Aber ein Jahrzehnt lang konnte die lange vergessene Bindung von Theater und Heilung aufleben und umriss in der Produktion und in der Diskussion Konturen der Bindungskräfte von Heilung und Theater im psychiatrischen Raum.

Aus anderen einzelnen Beschreibungen lässt sich ein ungefähres Bild der Aufführungen zu Charenton machen (Daumas 1990, S.164 ff.). Gespielt wurde wohl einmal monatlich in einem eigens hergerichteten Saal spätestens seit 1803 bis zum Verbot im Jahre 1813. De Sade war für die Auswahl der Spieler, ihre Anleitung und Ausbildung verantwortlich. Die Auswahl der Stücke wurde von einem Komitee geleitet, dem de Sade und Coulmier angehörten. Gespielt wurden Komödien des 18. Jahrhunderts und zeitgenössischer Boulevard. Das Theaterangebot wurde von wöchentlichen Bällen und Konzerten ergänzt, die ebenfalls von de Sade organisiert wurden.

Eine genauere Beschreibung ist von dem Naturforscher August Friedrich Schweiger überliefert. Er beschreibt auch die therapeutischen Absichten im »Fixieren der umherschweifenden Gedanken der Irren, zur Belehrung und womöglich zur unmittelbaren Richtung der Seele« (Daumas 1990, S.168). Die Grenzen dieses therapeutischen Anliegens sieht er in der Nutzung der üblichen Theaterstücke, da Rolle und Figur, Anliegen und Möglichkeit eher nur zufällig zueinanderkommen können. Dem einen Kranken mag das helfen, dem anderen schaden. Theater wird von den Produzenten und von ihrem Beobachter immer als vorgefertigtes Stück aufgefasst. Der Ursprung ist der Text. Ihn gilt es mit Leben zu erfüllen. Das heißt konkret, die Patienten, so wie sie zufällig da sind, müssen die Rollen, die schriftlich vorgegeben sind, erfüllen. Das gelingt manchmal, manchmal nicht. Damit bleibt aber nicht nur die theatrale Wirkung, sondern auch jede therapeutische Absicht im Bann des Zufalls. Diese Haltung wird natürlich geprägt von der bürgerlichen zeitgenössischen Vorstellung eines textzentrierten Theaters. Damit sind die therapeutischen Grenzen schnell gezogen. Am Anfang steht das Wort, nicht die leibliche und verbale Begegnung des Patienten mit anderen Patienten und dem Spielleiter. Der Text steht zwischen individueller Therapie und bürgerlichem Theater.

Im Sinne einer konsequenteren Therapie schlussfolgert Schweiger: »Weit mehr würde ich daher erwarten, wenn außer diesen Vorstellungen andere wären, bloß in der Gegenwart der Ärzte, Aufseher und einiger Kranker, wenn hierzu für die jedes Mal spielenden Irren kleine Stücke eigens verfertigt würden, wenn man

jedem eine Rolle zu geben suchte, in der er selbst eine Beurteilung seiner irrigen Meinungen aussprechen müsste« (Daumas 1990, S. 169).

Auch der spätere Chefarzt von Charenton (1825 bis 1840) Jean Etienne Dominique Esquirol beschrieb in seiner Dissertation seine Erfahrungen mit dem Theaterspielen von Wahnsinnigen: »Ich habe mehrere mir zur Behandlung anvertraute Geistesranke, ruhige Maniaci, friedliebende Monomaniaci, Melancholische ins Schauspiel geschafft, wählte erheiternde Stücke, die geeignet waren angenehme Eindrücke und keine bösen Ideen, noch gefährliche Leidenschaften hervorzurufen. Ich consultierte den Geschmack jedes Kranken und lies ihn lange diese Zerstreuung wünschen, aber nie habe ich gesehen, dass das Schauspiel ein Mittel zur Heilung sei« (Esquirol 1838, S. 256). Vor dieser Ablehnung hat er zumindest heilende Dimensionen des Theaterspiels angenommen und sie gesucht. Die Musik und die Schauspielerei erschienen ihm geeignet, »fehlgeleitete physische Energien im Sinne einer Rückführung abweichenden Verhaltens zur Normalität zu kanalisieren« (ebd., S. 255). Die Ablehnung entsteht aus Erfahrung. Aber Esquirol lehnt letztlich nicht die Theaterarbeit an sich ab, sondern die Arbeit mit vorgefertigten Rollen, da diese nicht zu individuellen Heilungsprozessen führen. Starre, vom Text vorgegebene Rollen erlauben nicht die konkret notwendige Auseinandersetzung mit der eigenen Person und der Figur. So erkennt Esquirol auch in der Ablehnung heilende Potenzen: »Wenn theatralische Vorstellungen den Geisteskranken nützen sollen, so müssten für jeden einzelnen Kranken ein Theater, Stücke, Musik, Zuschauer vorhanden sein, denn die Anwendung des psychischen Einflusses muss so vielfach verschieden sein, als es verschiedene Arten zu empfinden gibt« (ebd.).

In der Kritik von Esquirol werden die therapeutischen Dimensionen des Theaterspiels verdrängt von einem textzentrierten Theater, welches in Auseinandersetzung mit einem gegebenen Werk entsteht und dieses Werk nicht als Material sieht, das verändert werden kann. Der zeitgenössische bürgerliche Theaterbegriff ermöglicht es Esquirol nicht, die produktiven Ansätze weiter zu entwickeln. Für Esquirol war es nicht denkbar, Produktionsweisen des Theaters zu finden, die auf jeden Patienten eingehen. Das ist letztlich ein ganz praktisches Problem. Wenn ein Stück der Theaterliteratur genommen wird, funktioniert dies nach ganz anderen Regeln als eine zu therapierende Gruppe. Selbst durch Änderungen lässt sich ein gegebenes Stück nicht mit jeder zufällig gegebenen Gruppe spielen. Alter, Geschlecht, Erscheinungsbild und ästhetische Ausdrucksqualitäten der Patienten innerhalb einer gegebenen psychiatrischen Situation entsprechen kaum vorgegebenen Texten. Und ein von den Personalien her passendes

Stück zu nehmen, weil es passt, passt dann meist nicht zu den Gestaltungsqualitäten und therapeutischen Problemen der gegebenen Gruppe. Dies steht im Ernstfall nicht nur den therapeutischen Absichten, sondern auch der theatralen Qualität entgegen.

Das Theater selbst hat sich seitdem in vielen Weisen von der Priorität des Autorentextes gelöst und damit auch alte Wege neu eröffnet, jedem seine Rolle auf der Bühne zu geben. In dem Moment, in welchem man sich von einem fertigen Text löst und mit Patienten die Geschichte und ihre Rollen selbst entwickelt, entsteht genau das, was die Kritiker am Theater des Marquis de Sade vermissten. Für jeden Patienten entsteht das jeweils Nötige. Dies muss auf zwei Wegen verbunden werden. Zum einen müssen mit den einzelnen Talenten und persönlichen Dispositionen Geschichten konstruiert werden, die auch für Außenstehende (das Publikum) spannend sind. Zum anderen müssen diese Wege so gestaltet sein, dass sie für den Patienten heilend wirken. Letztendlich wird der Spielleiter in der Psychiatrie zum Autor und zum Regisseur, dessen Arbeitsmittelpunkt der spielende Patient ist. Von ihm aus und mit ihm zusammen ist das spielerische Material zu entwickeln. Der Spieler darf dabei so weit gefordert werden, wie es irgend geht. Grenzen der Darstellung liegen natürlich in seinem Darstellungswillen, in seinen Schamgrenzen, in seinen Verletzlichkeiten und in seinem Verständnis der gesamten Inszenierung. Aber je weiter Regisseur und Spieler an diese Grenzen gehen können und diese auch selbstreflektiert überschreiten, desto stärker wird das ästhetische Erlebnis für Spieler und Zuschauer. Und dies stärkt die Therapie.

Auch in unserer Arbeitsweise gingen wir also nicht von einem fertigen Text aus, sondern von einer Inszenierungs-idee und den Patienten. Dabei standen natürlich nicht die Defizite der zukünftigen Spieler im Vordergrund, sondern ihre Ressourcen. Unser Projekt wurde innerhalb der Klinik durch Aushänge, durch direktes Ansprechen der Ärzte, Therapeuten und des Pflegepersonals und durch die Anstaltspastorin beworben. Bis zu diesem Zeitpunkt gab es noch keine konkreten Ideen für die Inszenierung. Wenn wir den Spielern das erste Mal begegnen, gibt es nur das Thema und die Idee von dem Bühnenbild, in dem wir spielen. Leider gibt es auch oft schon einen Premierentermin. Der Rest ist Gespräch. Wir unterhalten uns mit den Spielern, lernen uns gegenseitig kennen und lernen vor allem Sichtweisen und Geschichten der Patienten kennen. In diesen Gesprächen entstehen die ersten Ideen und konkreten Figuren mit ihren Besetzungen.

Dieses Verfahren ist nicht ohne Gefahren. Denn gerade bei Patienten, welche das erste Mal an solch einer Produktion teilnehmen, bleibt die Gefahr, die Ungeduld der Spieler überzustrapazieren. Da ist viel leerer Raum auszuhalten. Denn es

entsteht ja noch nichts. Es gibt keine Texte zu lernen. Es gibt noch nicht einmal eine konkrete Geschichte zu erzählen. Abläufe sind noch nicht zu planen.

B9: Das war für mich der ausschlaggebende Punkt, oder das war für mich der Punkt, an dem ich überlegt habe, ob ich mitmache oder nicht. Weil da die Angst war, dass ich da nachher entweder aussortiert werde sozusagen oder irgendeine Rolle bekomme, die völlig unwichtig ist. Mir war das Stück bekannt. Die sieben Todsünden, das wusste ich ja. Ich wusste auch, was das ist. Aber wie das im Einzelnen funktionieren sollte, wer welche Rolle kriegt, das war mir im Vorfeld nicht klar, und ich habe wirklich die Befürchtung gehabt, dass ich eine ganz kleine Rolle kriege.

Für viele ist bei diesen ersten Gesprächen nicht einmal gegenwärtig, was überhaupt auf sie zukommt. Gerade im psychiatrischen Raum erinnert die Situation dieser Gespräche an das Setting gruppenpsychotherapeutischer Gespräche. In diesen Runden geht es nicht nur um das Finden von Ideen, sondern auch um die Konstruktion der Beziehung von Schauspieler/Patient und Regisseur. Der Regisseur muss durch Respekt und Nähe, durch Empathie und Grenzen das Vertrauen aufbauen, das ihm ermöglicht, die Spieler über die anfängliche Unsicherheit, die Verunsicherungen, die Spannungen, die Not der Wiederholungen und schließlich die totale Anspannung der Premiere bis zu dem Moment zu führen, in welchem die Spieler ihre eigene und neue Beziehung zum Publikum aufbauen.

Es geht aber auch um das Entdecken. Zu entdecken ist nicht wie im psychotherapeutischen Gespräch Vergessenes, Unbedachtes oder Verdrängtes, sondern das jeweils spezifische Ausdrucksvermögen des Patienten. Mit welchem Gestaltungspotential geht er in die Proben? Was kann zu einer Rolle geführt werden?

Was gerade in den ersten Proben oft als Nachteil erscheint, wird in der späteren Arbeit zum großen Vorteil, weil die Spieler sich als Person und als Ideengeber in die Rollenentwicklung einbringen können. Im positivsten Fall erleben die Patienten dies so:

B5: Nein, ich fand das interessant, weil man mitarbeiten konnte, und das ist es ja auch, was die meisten interessiert hat, weil sie dann mitarbeiten konnten, selber ein Stück von sich in dieses Stück reinstecken. Jeder konnte ja seinen Senf dazugeben. Und von sich ein Stück reinbringen in das Gesamtkunstwerk. Das war das Interessante daran, dass das nicht so ein vorgefertigter Anzug ist, den man dann anzieht, sondern dass da selber etwas ent-

standen ist, von uns aus mit entstanden ist. Es war halt wie eine kleine Pflanze, die wir dann bei jeder Probe gegossen haben und die dann immer mehr wuchs. Am Anfang kommt ja eine Pflanze raus, und man sieht nicht, was das für eine Pflanze ist, und dann irgendwann beginnen die Blätter zu sprießen und dann kommt die Blüte raus und man weiß dann, wo es hingehen soll. Was das mal für eine Pflanze werden wird. Und so war das dann auch anzusehen, wenn man hier war. Also, am Anfang war der Keim. Dem wuchsen die Wurzeln. Wir machen Bewegungsbilder. Wir machen dies. Wir machen das. Es wurde alles so ein bisschen vorgestellt. Und dann ist das Stück für Stück mitgewachsen mit uns. Wir haben es gegossen.

Dies ist allerdings aus der Erinnerung gesagt und vergisst eben auch die Momente des Schweigens und des tastenden Kennenlernens. Es ignoriert auch, dass in solchen Runden immer weniger Patienten erscheinen. Die Ensembles bilden sich auf negative Weise. Es werden immer weniger, die wirklich spielen wollen. Die Bildung durch Schrumpfung ist selbstverständlich ein die Gruppe gefährdender Prozess, der auch in den Interaktionen zwischen Patienten und Therapeuten und zwischen den Patienten Krisen provoziert. Diese werden immer wieder in die Neugier auf den Prozess zurückgeordnet. Trotzdem bleiben die ersten Tage oder Wochen immer ein krisenbehafteter Vorgang, dessen Qualität sich erst hervorkehrt, wenn sich ein Ensemble stabilisiert.

B4: Befürchtet hatte ich eigentlich, dass das ganze Ding in die Hose geht. Zum Anfang gab es ja sehr viele Schwierigkeiten mit den Persönlichkeiten. Selbst ich habe mich ja mit der Tanztherapeutin angelegt, in der Hinsicht. Da hatte ich schon die schlimmsten Befürchtungen. Der wollte aufhören, der wollte aufhören. Der hatte keine Lust mehr und der hatte keine Lust mehr. Dann ging der Gruppendruck so hoch. Denn die Leute haben ja auch anderes zu tun. Die wollen ja auch mal raus.

Da wir von Beginn an sehr ehrlich darauf hinweisen und auch hinweisen müssen, dass am Ende ein öffentlicher Auftritt steht, wird die anfängliche Neugier von den altbekannten Versagensängsten angefressen. Scham kommt auf. Selbstzweifel werden gestärkt. Rollenbilder in der Gruppe bezweifelt.

B9: Oh, das ist schwierig zu beschreiben. Ich habe mir gedacht, ich schaue mir das mal an. Kaum hatte ich gesagt: »Ich bin dabei«, habe ich das schon wieder bereut, weil ich einfach Angst hatte, mich lächerlich zu machen. Mich zu blamieren, und dann habe ich gedacht: »Jetzt hast du schon zugesagt, jetzt kannst du auch nicht mehr absagen.«

Dass dies die ersten konsequenten Schritte auf dem Weg zu sich selber in einer fremden Rolle sind, ist für die Patienten ja noch überhaupt nicht abzusehen. In diesen Gesprächen sind die Offenheit und das Tasten aller Beteiligten das eine. Das andere ist aber, dass sich das Inszenierungsteam trotzdem als Instanz mit emphatischer Souveränität bewähren muss. Gleichzeitig werden von den spielenden Patienten neue Erfahrungen leiblicher Kooperation und Nähe erfahren, die für Darstellungsweisen unabdingbar sind:

I1: *Wie war das denn mit Nähe und Distanz zu Ihren Mitspielern?*

B5: Also, zum Anfang war da ja einiges schwer. Z. B. die Fußreihe. Sich das vorzustellen, da mit irgendeinem anderen Typ zu füßeln oder so. Macht man ja normalerweise nicht. Ist ja auch eine sehr intime und erotische Handlung, mit jemandem anderen zu füßeln. Also, da gab es mal einen Zeitungsartikel, der hat so die Erotik des Alltags beschrieben. Wenn Oma bei ihrem Opa sieht, da ist was dreckig am Schuh, dann zieht die ihren Schuh aus. Und füßelt da über seinen Schuh rüber, um ihm das halt wegzuputzen. So habe ich mir das dann auch vorgestellt. Jetzt kommt da irgendeiner und füßelt da über Deinen Fuß rüber. Am Anfang habe ich gedacht: »Oh Gott! Das wird unangenehm irgendwie«. War dann aber gar nicht so. Man hat dann halt beim Spielen die Nähe zugelassen. Es ging ja um nichts. Also, es ging um was Erotisches, aber nicht als Ziel von den anderen, sondern das war halt das Stück.

I1: *Sie mussten ja sehr viel mit dem Körper arbeiten.*

B5: Genau. Und am Anfang haben ja viele gesagt: Nein, mache ich nicht. Und waren ja viele Stimmen so. Und von mir aus? Na ja, Bedenken hatte ich auch. Eigentlich möchtest DU das nicht. Aber wie gesagt, es ging dann ja um das Team oder um die anderen Mitglieder. Wenn dann alle mitziehen an einem Strang, dann fällt einem selber das auch nicht mehr so schwer.

In den gegenseitigen Verunsicherungen liegen die Chancen des anderen Beginns. Alle Mitglieder der Gruppe sind verunsichert und müssen sich auf Neues

einlassen. Das wird beobachtet am anderen und an sich selbst. So entsteht in den ersten Gesprächen miteinander und mit den Therapeuten eine emphatische Dialektik, welche dem prozesshaften Befragen zwischen sich gegenseitig entwickelnden Figuren entspricht. Die alltägliche Kommunikation transformiert sich in den ersten Probengesprächen zu einem Gespräch des gemeinsamen Entwickelns, in dem jeder sich als der einbringt, der er in diesem Kontext sein kann. Das ist nicht der Verzicht auf jedes Rollenverhalten. Aber zumindest das Entdecken neuer Aspekte an sich selbst und am anderen.

B5: Sonst ist das ja eine Zwangsgemeinschaft, was man hier drin erlebt. Man muss miteinander klarkommen. Aber man muss denjenigen ja nicht mögen. Und hier hat sich alles umgedreht. Es war ja keine Zwangsgemeinschaft, sondern wir haben uns das ja ausgesucht, dieses Projekt zu machen und auch entschlossen, in diesem Projekt einzeln zu funktionieren und auch füreinander da zu sein. Also auch füreinander zu funktionieren.

Aus dem einzelnen Nebenher, aus dem mehr oder weniger zufälligen Treffen unterschiedlichster Perspektiven und Interessen, entsteht im Gespräch und Suchen langsam ein Ensemble, das nicht frei von Konflikten und Krisen, aber trotzdem ein Ensemble mit dem Ziel einer Vorstellung ist.

1.2 Fiktion und Wirklichkeit

B5: Ja, auf jeden Fall. Auch ein starkes Gemeinschaftsgefühl war in der Theatergruppe zu spüren. Also dass jeder für den anderen da war und auch mal Unterstützung geboten hat, wenn irgendetwas war. Also wenn es mal einen Texthänger gab. Dann war ja auch jemand anderes da, der den Text wusste, obwohl er damit gar nichts zu tun hatte. Das war irgendwie interessant. Sonst ist das ja eine Zwangsgemeinschaft, was man hier drin erlebt. Man muss miteinander klarkommen. Aber man muss denjenigen ja nicht mögen. Und hier hat sich alles umgedreht. Es war ja keine Zwangsgemeinschaft, sondern wir haben uns das ja ausgesucht, dieses Projekt zu machen und auch entschlossen, in diesem Projekt einzeln zu funktionieren und auch füreinander da zu sein. Also auch füreinander zu funktionieren.

Die Veröffentlichung theatertherapeutischer Arbeiten als Inszenierung für Publikum verändert nicht nur das innere Beziehungsgeflecht zwischen Spielern und Anleitern. Auch die Zuschauer schauen anders auf diese »Schauspieler«. Theater spielende Patienten werden von anderen Gefühlen und Interessen der Zuschauer begleitet als sich mühende avancierte Laien oder bezahlte Profis. Dies gilt umso mehr bei forensischen Patienten. Hier schwingt immer noch ein wenig Skandal mit. Hier wird schon alleine die Tatsache des öffentlichen Agierens aus moralisch festen Positionen heraus kritisch gesehen. Abgeschwächt gilt dies immer noch für jede Form des veröffentlichten Theaters in der Psychiatrie. Patienten und Zuschauer befinden sich dadurch in deutlich exponierteren Positionen als in vielen anderen Situationen, seien sie lebensweltlich, therapeutisch oder auf der Bühne gegeben. Der Zuschauer befindet sich immer in Nachbarschaft zum Voyeur. Dies bringt den theaterspielenden Patienten in die Nähe des Objekts, das aus schadenfroher oder beschämender Neugier mit Häme betrachtet wird. Im Theater des Marquis de Sade dürfte dies der Normalfall gewesen sein. Der Skandal war gesucht und Teil der Persönlichkeit des Spielleiters. Trotzdem stand der Skandal in Spannung zu therapeutischen Zielen. So ruft dies nicht nur zeitgenössischen Widerspruch hervor, sondern wird auch in der historischen Betrachtung unterschiedlich bewertet.

Die von Dörnen vorausgesetzte und von Petzold beschriebene heilende Dimension in den Inszenierungen des Marquis de Sade kann Michel Foucault z. B. nicht erkennen. Er sieht in diesen Inszenierungen allein den Höhepunkt der voyeuristischen Zurschaustellung der Wahnsinnigen und steht damit ganz in der späteren Perspektive Esquirols: »Die Geisteskranken waren der Gegenstand der Aufmerksamkeit und der Neugier, ja sogar des Hohns (...)« (Esquirol 1838, S. 255). Beides existierte nebeneinander und miteinander.

Foucault ordnet de Sade konsequent dem bezahlenden Voyeurismus zu. Indem der Kranke zu bestimmten Zeiten in der Anstalt wie auf dem Jahrmarkt beschaut werden konnte, ließ sich noch Vergnügen und Geld aus dem Anderssein machen. »Noch 1815 – wenn man einem Bericht, der dem *House of Commons* vorgelegt wurde, glauben will – stellte das Hospital von Bedlam jeden Sonntag Irre für einen Penny aus. Das jährliche Einkommen dieser Ausstellungen betrug etwa 400 Pfund, was die erstaunlich hohe Zahl von 96 000 Besuchern jährlich bedeutet. In Frankreich blieben ein Ausflug nach Bicêtre und die Schaustellung der Irren bis zur Revolution eines der Sonntagsvergnügen der Bourgeoisie der Rive Gauche (...) Man läßt die Wärter die Irren ausstellen, wie der Dompteur auf dem Jahrmarkt von Saint-Germain die Affen zeigt« (Foucault 1969, S. 138). In Deutschland

waren solche Zustände ebenso üblich. In einem Brief von Heinrich von Kleist wird dergleichen dokumentiert: »Bei den Verrückten sahen wir manches Ekelhafte, manches Lächerliche, viel Unterrichtendes und Bemitleidenswertes. Ein Paar Menschen lagen übereinander, wie Klötze, ganz unempfindlich, und man sollte fast zweifeln, ob sie Menschen zu nennen wären. Dagegen kam uns munter und lustig ein überstudierter Professor entgegen, und fing an auf lateinisch zu baranguieren (...) Aber am schrecklichsten war der Anblick eines Wesens, das ein unnatürliches Laster wahnsinnig werden ließ. (...) O lieber tausend Tode, als ein einziges Leben wie dieses. So schrecklich rächt die Natur den Frevel gegen ihren eigenen Willen« (zitiert in Ritter & Scherf 2011, S. 51 f.).

In der Perspektive Foucaults entkommt das Theater des Marquis de Sade in der Anstalt zu Charenton nicht der Tradition des sich an den Voyeur verkaufenden Präsentationsaktes, dem der Irre oder der Patient kaum zugestimmt haben dürfte. Indem der Wahnsinn in Charenton unter der Leitung des Marquis de Sade auf die Theaterbühne trat, um als Irrer selbst Theater zu spielen, »war es der Wahnsinn selber, Wahnsinn in Fleisch und Blut, der das Spiel führte (...).« Die Irren, die diesen Theatervorführungen beiwohnten, waren Objekt der Aufmerksamkeit und Neugier eines oberflächlichen, verantwortungslosen und oft boshaften Publikums. Die bizarren Gebärden dieser Unglücklichen und ihre Lage riefen das spöttische Gelächter und beleidigende Mitleid der Zuschauer hervor. Der Wahnsinn wird zum reinen Schauspiel in einer Welt, über die de Sade seine Herrschaft ausdehnt« (Foucault 1969, S. 139).

Das ist nicht therapeutisches Mittel, sondern das Präsentieren der Irren als Monstren, die es wert sind gezeigt und gesehen zu werden. »Bis zum Anfang des neunzehnten Jahrhunderts (...) blieben Irre Monstren – etymologisch heißt das: Lebewesen oder Sachen, die des Zeigens wert sind« (ebd.). Die Kranken werden in ihrem Anderssein ausgestellt und vorgezeigt. Sie werden als Monstren präsentiert, die den Voyeurismus der Schauenden für klingende Münze befriedigen. Heilung ist hier nicht in Sicht und auch gar nicht intendiert.

In der Zurschaustellung wird der Kranke zum Akteur, ohne dies selbst zu reflektieren oder beeinflussen zu können. Er produziert und erfährt keine Imagination, die aus dem leidvollen Hier und Jetzt hinausweist. Er verbleibt im eigenen Selbst, ohne anders darzustellen oder zu empfinden. Im nackten Zeigen bleibt er reines Monstrum. Sein Leid verdoppelt sich in den Blicken der Besucher. Erst wenn aus dem nackten Zeigen ein darstellendes Imaginieren konstruiert wird, gelingt der erste Schritt über die Grenze zwischen theatertherapeutischer Intervention und zirkensischer Dressur zur voyeuristischen Befriedigung.

»Die Leute wollten sehen, ob die Jungs aus der Forensik auch etwas hinkriegen. Deswegen sind sie gekommen.«

Gerade in der Arbeit mit forensischen Patienten ist Entstigmatisierung immer noch nötig, jedoch auch besonders problematisch. Denn hier sind Patienten immer auch Täter, deren Opfer im Blick sein müssen, will man nicht im Nachhinein die Tat aus ihrem Unrechtszusammenhang lösen.

Andere lehnen solch eine Weise des öffentlichen Produzierens und Präsentierens aus moralischen Gründen ab. So gab es im Vorfeld des Gastspiels Diskussionen um die Überrepräsentanz von Täterperspektiven zu Lasten der Opfer. Es ist offensichtlich und berechtigt, dass Opfer von Gewalttaten eine andere Perspektive auf solches Treiben haben als Therapeuten und Sozialarbeiter. Lehnen die Ersteren aus einer strafenden Perspektive heraus dies eher grundsätzlich ab, begegnen die anderen solchen Arbeiten mit Sympathie. Man kann sich hier auch nicht aus der Verantwortung ziehen, indem man sagt, dass es zur Grundnatur von Theater gehört, zu polarisieren. Die Emotionen gehen hier tiefer und reichen hinab bis in grundsätzliche Auffassungen von Strafe und Sühne im menschlichen Sein. Seine Berechtigung hat Theater im Komplex von Tat und Strafe nur, wenn die dem geltenden Recht zu Grunde liegende Menschensicht auf Integration nach Strafe setzt und nicht die Strafe allein verlangt. Mit dem Ziel einer späteren Reintegration und der Verantwortungsübernahme des Täters für seine Tat, sich selbst und seinen Mitmenschen wird Therapie und damit Theater in der Therapie möglich und notwendig.

Wenn das therapeutische Setting Theaterarbeit beinhaltet, gehört die Veröffentlichung dazu. Das setzt natürlich auch beim Täter Einsicht und Integrationswillen und damit die grundsätzliche Fähigkeit zu Empathie und Perspektivwechsel voraus. Beides wiederum ist Bedingung und Möglichkeit von leidenschaftlichem, faszinierendem Theater. Gerade deswegen muss Theater in der Psychiatrie sich klar absetzen von der Tradition der Präsentation der Monstren.

Betritt der Kranke aus eigenem Entschluss und mit ästhetischer Distanz zu sich selbst die Bühne, ist er Akteur. Damit steht er noch immer in der Gefahr, als Monstrum wahrgenommen zu werden. Ob es gelingt, die voyeuristische Neugier in die Sinnlichkeit des inspirierten Zuschauens zu transformieren, liegt in der Fähigkeit des Spielers und der Inszenierung, Imaginationen zu provozieren. Die Inszenierung muss das Gegebene durch theatrale Konstruktion überschreiten. Nicht die Präsentation des Spielers ist das Ziel, sondern die Imagination durch den Spieler. Ziel ist nicht Dokumentation des Seienden, sondern dessen fiktive

Infragestellung, nicht wirkliche Authentizität, sondern Arbeit mit dem Schauspieler, der sich selbst als Material behandelt.

Mit dem Schritt auf die Bühne gelingt die Transformation nicht von alleine. Der Schritt muss gestaltet sein. Mit ihm muss auch in der Therapie ein imaginärer Raum beschritten werden, in dem alles nur als-ob ist und in dem der Spieler nicht mehr er selbst ist. Zwischen der Person des Spielers und seiner Figur herrscht Distanz. Eine Distanz, die mit künstlerischen Mitteln hergestellt ist. Diese ästhetische Distanz umreißt an dieser Stelle die Möglichkeit des Übergangs von der zuschauenden Häme in die sinnliche Neugier und Spannung. Sie beschreibt zusammen mit der Veröffentlichung auch den Schritt aus der Therapie zum Theater in der Therapie.

Die Übergänge und Grenzen sind fließend und nicht genau kartographiert, denn das Monster versteckt sich auch in der Monstranz. Der dressierte Patient kann auch zum heiligen Spieler aufsteigen, der beleuchtete Käfig sich zur Imagination einer entfesselten Bühne weiten. Was genau in Charenton geschehen ist, lässt sich von hier aus kaum entscheiden. Aber so wie der Marquis sich zwischen Käfig und Bühne bewegte, musste er die Entscheidung dem Publikum, das er intensiv herbeirief, überlassen. Dem Marquis wird dies egal gewesen sein. Die Gratwanderung gibt es bis heute. Bei allem guten Willen kann das Licht der Bühne als beleuchteter Käfig verlöschen.

Aus diesem Grund muss sich jedes Projekt, das sich aus der Psychiatrie, der Forensik oder auch dem Gefängnis an die Öffentlichkeit begibt, der Möglichkeit des Voyeurismus stellen und seine Spieler durch einen ästhetischen Rahmen davor schützen. Die gewollte Entstigmatisierung lüftet auch den schützenden Schleier und zieht den öffentlichen Blick auf sich. Das führt auch zu Widerständen. Der Grat ist oftmals schmal und nicht immer genau beschreibbar:

I1: *Welche war denn aus Ihrer Sicht die beste Aufführung?*

B4: Die Rostocker. Das war die Rostocker Aufführung. Komplett fremdes Publikum. Sogar Publikum, das gegen uns war als forensische Patienten.

I1: *Das glaube ich nicht.*

B4: Doch, wir haben das so erfahren. Und die Patienten, die in der Lage waren, das richtig einzuschätzen, haben das so erlebt. Die waren zum Teil komplett gegen uns. Das habe ich ja an dieser linken Seite gesehen, die war wirklich gegen uns.