

Humor in Psychiatrie und Psychotherapie

Neurobiologie - Methoden - Praxis

Bearbeitet von
Barbara Wild, Eckart von Hirschhausen, Otto F. Kernberg

2. Auflage 2016. Buch. 382 S. Hardcover
ISBN 978 3 7945 3061 8
Format (B x L): 16,5 x 24 cm
Gewicht: 940 g

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Sonstige Medizinische Fachgebiete > Psychiatrie,
Sozialpsychiatrie, Suchttherapie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Funktionelle Bildgebung

Witzwahrnehmung und Witzverständnis

Dann jedoch brach das Zeitalter der funktionellen Bildgebung an. Mit deren Verfahren (funktionelle Magnetresonanztomografie/fMRT, Positronen-Emissions-Tomografie/PET und Magnetenzephalografie/MEG) ist es möglich, lokalisierte Aktivierungen im Gehirn gesunder Menschen und mit vielen Stimuluswiederholungen zu untersuchen. Bei fMRT und PET werden regionale Veränderungen in der Durchblutung gemessen. Dies wiederum ist ein Hinweis darauf, dass in dem Gebiet mit gesteigerter Durchblutung Nervenzellen aktiv sind. Durch die geschickte Auswahl von Stimuli oder Versuchsaufgaben, die sich nur in Bezug auf das interessierende Detail unterscheiden (also z. B. witzig bzw. nicht witzig sind, aber in ihrer Wortanzahl und der Komplexität übereinstimmen), und mithilfe komplexer statistischer Auswertungen lassen sich die Gehirngebiete erkennen, die bei der Verarbeitung dieser Aufgaben aktiv sind.

Gleich die erste dieser Studien versprach in ihrem Titel die Klärung der „Functional anatomy of humor“ (Goel u. Dolan 2001). Die Autoren hatten ihren Probanden witzige und nicht witzige Sätze vorgespielt, wobei bei den witzigen noch unterschieden wurde zwischen solchen, die ihre Komik aus mehrdeutigen Worten² und solche, die die Komik aus dem Gleichklang von Worten bezogen³. Die Autoren konnten zeigen, dass bei beiden Arten von Witzen ein Gebiet an der Grenze zwischen dem Schläfen- und Hinterhauptslappen links (temporooccipital) aktiviert wurde. Phonologische Witze aktivierten zusätzlich ein Gebiet im linken Stirnhirn in der Nähe des motorischen Sprachzentrums. Beides bezog sich auf die von den Versuchsleitern für witzig gehaltenen Sätze. Wertete man nur die vom jeweiligen Versuchsteilnehmer tatsächlich als witzig empfundenen Stimuli, fand sich eine Aktivierung an der Innenseite des Stirnhirns (medialer präfrontaler Cortex). Dies wurde als der Ort der emotionalen Reaktion betrachtet, die beiden anderen Gebiete wurden der linguistischen Verarbeitung der Sätze zugeordnet. Ganz so einfach war es mit der funktionellen Anatomie des Humors aber natürlich nicht, spätere Studien belegten Aktivierungen auch in anderen Gebieten.

Inzwischen sind fast 20 Studien mit fMRT erschienen, die sich der Untersuchung von Witzwahrnehmung widmen. Dabei wurden sowohl Cartoons mit und ohne Text, vorgelesene Witze wie auch kurze Filmsequenzen eingesetzt. Tabelle 2-1 gibt einen Überblick.

2 Bsp. semantischer Witz: Was benutzen Ingenieure zur Verhütung? Ihre Persönlichkeit. (Original übersetzt)

3 Bsp. phonologischer Witz: Was liegt am Strand und ist schwer zu verstehen? Eine Nuschel. Diese Art von Witzen lässt sich nicht übersetzen, sondern funktioniert nur in der jeweiligen Sprache!

Tab. 2-1 Aktivierungen in den bisher an Gesunden durchgeführten kernspintomografischen Studien. Dabei wurden die anatomischen Gebiete und die Brodmann-Areale (BA) nach den Angaben der Autoren zitiert (bei den Arbeiten von Watson et al., Kohn et al. sowie Franklin und Adams wurden die angegebenen Koordinaten Brodmann-Areale zugeordnet; ▶ <http://sprout022.sprout.yale.edu/mni2tal/mni2tal.html>). Auch wenn in einem Gebiet mehrere Aktivierungsgipfel genannt wurden, wird das jeweilige Gebiet nur einmal erwähnt. Die Auswahl der Studien erfolgte nach den Kriterien: Nur fMRT-Studien, keine Studien zu interindividuellen Unterschieden, nur Ergebnisse von Gesunden. „Hauptfragestellung“ bezieht sich auf die von den Autoren genannten Ziele der Untersuchung, „Reaktion“ erläutert, welche Reaktionen der Versuchspersonen (VP) bei der Auswertung verwertet wurden.

Autoren	Stimuli/Präsentationsmodus	Hauptfragestellung	Reaktion	BA links	BA rechts	subcortical
Goel u. Dolan 2001	Wortwitze, akustisch	Unterschied zwischen semantischen und phonologischen Witzen/ Unterschied zwischen kognitiver und affektiver Verarbeitung	Knopfdruck witzig/nicht witzig im Scanner	20, 21, 37, 44, 45	21, 37	Cerebellum
Mobbs et al. 2003	Cartoons, verbal und non-verbal	Mesolimbisches dopaminerges Belohnungssystem	Knopfdruck witzig/nicht witzig im Scanner und Rating später	6, 32, 37, 38, 44, 45		Amygdala, Area tegmentalis ventralis, Hypothalamus, N. accumbens, Thalamus, ventrales Striatum
Moran et al. 2004	Filmclips	Witzerkennung und Erheiterung	Keine Reaktion der VP, sondern Korrelation mit Reaktionen einer VP-Gruppe außerhalb des Scanners	20, 21, 40, 47	20, 21, 37, 44	Amygdala, Cerebellum, Hippocampus, Thalamus

4 letzter Zugriff: 20.04.2016

Autoren	Stimuli/Präsentationsmodus	Hauptfragestellung	Reaktion	BA links	BA rechts	subcortical
Azim et al. 2005	Cartoons, verbal und non-verbal (wie Mobbs et al. 2003)	Unterschiede Männer/Frauen	Knopfdruck witzig/nicht witzig im Scanner und Rating nach dem Scannen	9, 19, 21, 38, 44, 45, 46, 47	47	N. accumbens, N. caudatus, Putamen
Goldin et al. 2005	Filmclips	Neurale Basis von Traurigkeit und Erheiterung, Unterschiede zwischen Blockkontrasten und Kontrasten mit emotionaler Beurteilung	Reines Betrachten trauriger, neutraler und witziger Filme vs. kontinuierliche Beurteilung der Emotionsstärke mittels Drehknopf	6, 8, 9, 21, 31, 39, 44	9, 22, 37, 44	Hippocampus, N. caudatus, Pallidum, Putamen, Thalamus
Bartolo et al. 2006	Cartoons, non-verbal	Trennung zwischen Erkennen und Auflösen von Inkongruenz bei Witzen und affektiver Komponente	Knopfdruck witzig/nicht witzig im Scanner	18, 19, 20, 21, 37, 38, 47	18, 19, 20, 21, 30, 36, 37, 38, 47	Amygdala, Cerebellum
Wild et al. 2006	Cartoons, non-verbal	Unterschied echtes/willkürliches Lächeln und Witzwahrnehmung/Erheiterung	Video der Mimik im Scanner, Rating nach dem Scannen	5, 6, 7, 11, 36, 38, 39, 40, 45, 46, 47	6, 21, 22, 36, 37, 38, 39, 44, 45, 46	Amygdala, Cerebellum, Hippocampus, Parahippocampus, Thalamus
Watson et al. 2006	Cartoons, verbal und nonverbal	Humor als Fähigkeit, in einer komplexen Welt zu navigieren, aktiviert phylogenetisch junge Gebiete	Rating im Scanner per Knopfdruck (4 zur Auswahl)	21, 22, 39, 45	20, 22, 36	Mittelhirn, Amygdala, Hippocampus, Hypothalamus, Subiculum, N. accumbens

Autoren	Stimuli/Präsentationsmodus	Hauptfragestellung	Reaktion	BA links	BA rechts	subcortical
Goel u. Dolan 2007	Cartoons, verbal	Regulation der affektiven Komponente von Humor durch soziale Normen	Rating der Witzigkeit und der sozialen Akzeptanz im Scanner per Knopfdruck (7 zur Auswahl)	10, 11	10, 11, 22	Cerebellum, Hippocampus, Parahippocampus, Thalamus
Samson et al. 2008	Cartoons, non-verbal	Cartoons mit verschiedenen komplexen logischen Mechanismen	Knopfdruck verstanden/nicht verstanden im Scanner und Rating der Witzigkeit nach dem Scannen	10, 22, 32, 39, 40, 44, 46	22, 39, 40	keine
Reiss et al. 2008	Cartoons, verbal (wie Mobbs et al. 2003)	Hypothalamusaktivierung bei Patienten mit Narkolepsie/Kataplexie	Knopfdruck witzig/nicht witzig im Scanner und Rating der Witzigkeit nach dem Scannen	38, 47	38, 13	Area tegmentalis ventralis, Hypothalamus, Mamillarkörper, N. accumbens, N. ruber, Pallidum, Putamen, Substantia nigra, Thalamus
Schwartz et al. 2008	Fotos, non-verbal	Hypothalamusaktivierung bei Patienten mit Narkolepsie/Kataplexie	Knopfdruck witzig/nicht witzig im Scanner	9, 18, 19, 37, 47, 48	37	Amygdala
Samson et al. 2009	Cartoons, non-verbal (wie Samson et al. 2008)	Unterschied zwischen Nonsens- und Inkongruenz-Auflösungs-Cartoons	Knopfdruck verstanden/nicht verstanden im Scanner und Rating der Witzigkeit nach dem Scannen	6, 7, 8, 9, 10, 19, 37, 39, 40	8, 9, 21, 22, 37, 39, 40	Hippocampus

Autoren	Stimuli/Präsentationsmodus	Hauptfragestellung	Reaktion	BA links	BA rechts	subcortical
Kohn et al. 2011	Cartoons (unklar, ob alle nonverbal)	Unterschiede Männer/Frauen	Rating der Witzigkeit im Scanner	9, 10, 21, 31, 32, 39,	30 (laut angegebene Koordinaten, lt. Autoren BA 18)	Thalamus, Cerebellum
Franklin u. Adams 2011	Stand-up-Comedy in Filmclips	Mesolimbisches dopaminerges Belohnungssystem auch durch Filme aktiviert	Rating der Witzigkeit im Scanner	6, 9, 39 (die als temporoparietal angegebene Koordinaten lassen sich nicht genau einer BA zuordnen)		N. accumbens, N. caudatus, Putamen
Vrticka et al. 2013a	Filmclips witzig/positiv/neutral	Geschlechtsunterschiede bei Kindern	Rating (witzig, annehm) nach dem Scannen	7, 19	7, 40	Mittelhirn, Thalamus
Feng et al. 2014	Wortwitze, visuell	Aktivierung von TOM-Gebieten je nach Objekt des Witzes (selbst/jemand anderes)	Knopfdruck witzig/nicht witzig im Scanner und Rating der Witzigkeit nach dem Scannen	7, 21, 22, 31, 39, 40	6, 8, 9, 21, 22, 39, 40, 44, 45	keine

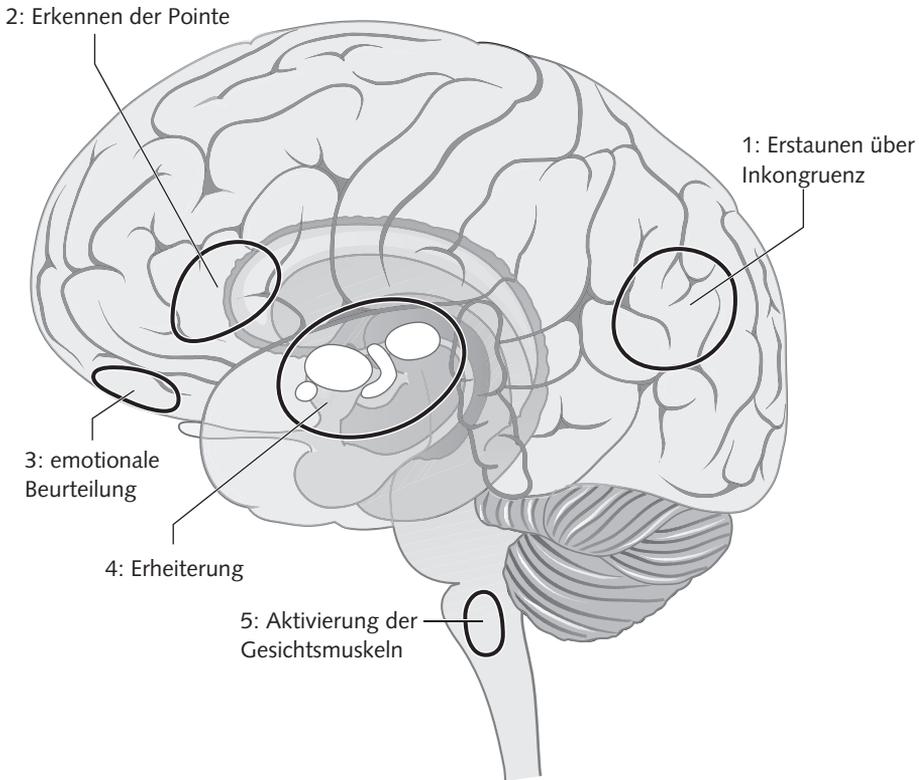


Abb. 2-1 Beim Wahrnehmen eines Witzes aktivierte Gebiete und ihre Zuordnung zu den verschiedenen Anteilen dieses Vorgangs. Die Abbildung zeigt ein Gehirn von links. Die Spitze des linken Schläfenlappens ist nicht dargestellt, wodurch Hirnstamm und Innenseite des rechten Schläfenlappens sichtbar sind. 1: Grenzgebiet zwischen Schläfenlappen, Scheitellappen und Hinterhauptslappen; 2: Außenseite des linken Stirnhirns; 3: Vorder- und Mittelseite des linken Stirnhirns; 4: limbisches System mit Mandelkernen (Amygdala), Hypothalamus, Hippocampus und N. accumbens; 5: Hirnstamm mit Kern des Gesichtsnervs.

Dabei haben sich vier Cluster von Aktivierungen herauskristallisiert (► Abb. 2-1):

1. links im Grenzgebiet zwischen Schläfenlappen, Scheitellappen und Hinterhauptslappen (temporo-parieto-occipital)
2. an der Außenseite des linken Stirnhirns
3. an der Vorder- und Mittelseite des linken Stirnhirns
4. in verschiedenen Teilen des sogenannten limbischen Systems (unterhalb des Großhirns)

Ein zunächst verblüffendes Ergebnis dieser Studien ist, dass im Gegensatz zu den Patientenstudien die rechte Hirnhälfte eine geringere Rolle als die linke spielt.

Manche „Humorprothesen“ (vgl. ► Tab. 16-1) können eine humorfördernde Umgebung schaffen. Wer ständig von seinen Schmerzen spricht, verstärkt sie nur. Notwendig ist deshalb auch, dass Patienten lernen, ihren eigenen Humor zu erkunden, was sie humorvoll finden und welche Vorbilder sie haben. Natürlich soll kein „Lachdruck“ entstehen, sondern die Möglichkeiten des Patienten ausgewogen einbezogen werden. Wichtig ist, dass – ähnlich den Entspannungstrainings – kontinuierliche Übungen stattfinden, die erst unter Anleitung und dann von den Patienten selbst immer wieder durchgeführt werden.

Erste Schritte in einem solchen Programm können darin bestehen, dass man Witze und Anekdoten liest oder sie einem vorgelesen werden, dass man fröhliche Lieder hört oder sich Videoclips (z. B. von Loriot, Heinz Erhard, Hans Moser, Theo Lingen, Heinz Rühmann) sowie Fernsehsendungen wie „Versteckte Kamera“ ansieht. Hilfreich kann es sein, die Patienten vor und nach diesen Interventionen eine Schmerzskala ausfüllen zu lassen. Mancher Patient ist verblüfft, wie stark der Effekt ist. Entscheidend ist ein Perspektivenwechsel: Weg vom Schmerz – hin zum Leben! Bewusst gemacht werden soll, dass Schmerzen als Gefühle, ebenso wie das Lachen und die Heiterkeit, im Gehirn entstehen. Durch möglichst reale Beispiele, die der Patient nachvollziehen kann, soll diese „erste Tür“ geöffnet werden. Erleben sie eine Schmerzverringerung, motiviert dies, weiterzumachen. „Ich brauche jetzt meine Kopfschmerzen nicht mehr“, berichtete eine Patientin und konnte ihr Leben wieder besser als früher bewältigen. Groucho Marx, einer der bekannten Marx-Brothers, bemerkte einmal: „Ein Clown wirkt wie Aspirin, nur doppelt so schnell.“

In den letzten Jahren haben Klinikclowns viele Alten- und Pflegeheime, seltener auch geriatrische oder gerontopsychiatrische Kliniken „erobert“ (Fey 2014; Rösner 2010). Sie nehmen sich Zeit, „übersehen“ Unzulänglichkeiten und bereiten für alle eine „Spielwiese“, auf welcher man sich wohlfühlt. Sie verkleinern das Leid und die Schmerzen. Kommt ein Clown in einen Raum, verändert sich dieser und damit alle, die sich darin aufhalten. Lebendigkeit und Farbenprächtigkeit, Kichern, Lachen und ungewohnte Laute, wie Quietschen oder Läuten, füllen den Ort und lassen keinen Platz für den Schmerz. Der Clown relativiert den bitteren Ernst des Lebens. „Schlupflöcher“ werden durch Lachen gebohrt und vergrößert. Der Clown „führt“ einen zum Lachen. Die dumpfe Welt wird bunt. Der Clown ist nicht zeitgebunden. Ihn beherrscht nicht das Realitätsprinzip. Er hüpfte über alle Zwänge und Schmerzen hinweg und verleitet jeden dazu, ihn nachzuahmen und zu verinnerlichen. Er verhält sich wie ein kleines Kind, welches die Augen schließt und dann Reales nicht sieht. So verschafft er uns einen unbeschwerten Zugang zu anderen Emotionen. Mit einem Instrument ausgerüstet (z. B. Gitarre oder Flöte) kommt er mit tänzelnden Schritten in Zimmer oder Aufenthaltsräume ein Lied auf den Lippen, „aus dem Bauch heraus“ und steckt die Anwesenden an, mitzusingen oder auch ein Tänzchen zu wagen. Wer lässt sich da nicht anstecken und „vergisst“ schlichtweg erstmal seine Schmerzen? Schmerzen werden, wie aus der Kindheit bekannt, einfach „weggepustet“.

Alte Menschen mit einer Depression

Depressive Störungen sind die häufigste psychische Erkrankung im Alter. Nehmen die schwereren depressiven Formen im Alter auch ab, so treten depressive Symptome (*subthreshold depression*, eine depressive Störung, die noch nicht die Kriterien einer klassischen Depression erfüllt) häufiger auf. Manche Depressive verharren in ihrer Erkrankung. Begleitende Schlafstörungen, verbunden mit dem Grübeln, verunsichern manchen Kranken so, dass er fast verzweifelt. Mit Lachen kann man manchmal wenigstens „einen Fuß in die Depression bekommen“.

Einzelbehandlung

Fallbeispiel

Eine ältere depressive Patientin klagt: „Ich habe schon tagelang nicht mehr geschlafen. Das macht mich ganz fertig. Ich traue mich am Abend schon gar nicht mehr ins Bett.“ Auf meinen Einwurf, dass der Körper sich den Schlaf schon holen wird, oft tagsüber, und es gar nicht so schlimm wäre, mal nicht zu schlafen, stutzt sie und meint: „Aber das Grübeln dabei, das ist es, was mich noch depressiver macht.“ Darauf gehe ich mehr ein. Wir besprechen, worüber sie grübelt und kommen dazu, dass es sich meist um ein Problem „dreht“, was sie nicht schlafen lässt. Ich ermuntere sie, mir zu zeigen, wie sie grübelt. Dann gebe ich ihr einen Spiegel, in den sie hineinsieht: Zuerst ist sie über das „Grübelgesicht“ entsetzt, dann muss sie lachen. Ich frage sie, was ein Clown wohl machen würde, wenn er auf der Bühne ihr Grübeln und ihr Problem spielen müsste. Wenn auch verunsichert und erst etwas emotionslos beginnt sie, als Clown ihr Problem anzugehen und bekommt auf einmal Spaß dabei. Der erste Schritt zur Lockerung der Depression ist gemacht.

Gerade Depressive können oft weder lachen noch weinen. Sie allmählich (in der Anfangsphase kann dies kontraindiziert sein!) erst äußerlich (komische Hüte, rote Nase, Zerrspiegel und andere Gegenstände) und dann innerlich (Erinnern und Spielen von humorvollen Jugenderinnerungen, Erinnerung an Kinderspielzeug) zum Lachen und zum Humor zu begleiten, verdeutlicht gleichzeitig auch den Werdegang der Gesundheit. Der hypothetische Prozess von „krank“ zu „gesund“ wird in Abbildung 16-1 schematisch dargestellt. Die einzelnen Stufen, die zu „gesund“ führen, beginnen intrapsychisch mit „ohne Humor“ und enden mit „Humor, Weisheit“, extern (beobachtbar) mit „nicht lachen können“ bis zu „miteinander lachen können“. Möglich ist, mit aller Einschränkung, zu beurteilen, wie weit ein Patient mit seinem Sinn für Humor in der Behandlung gekommen ist. Heißt dies auch nicht, dass er nicht weiterhin Schwächen oder Konfliktbereiche haben kann, so doch, dass er mit diesen – zumindest reifer als bisher – umzugehen gelernt hat. Michael Titze (1995) beschreibt, wie durch therapeutischen Humor frühe Beschämungen und Störungen behandelt werden können. Lucien Israel (1994) glaubt,

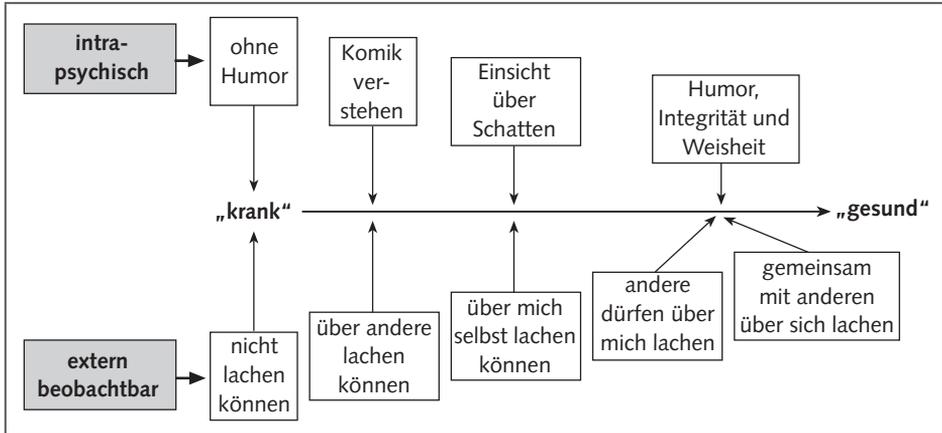


Abb. 16-1 „Humorprozess“ (modifiziert nach Hirsch 2001)

dass die Abwesenheit von Humor ein Symptom ist, das wie alle anderen Symptome zu behandeln wäre. Er geht davon aus, dass die Entwicklung des Humors ein „nötiges Ziel“ der Therapie ist.

Humor wird im stationären Bereich als ein Baustein in der Einzelbehandlung eingesetzt. Entscheidend ist, den meist sehr rudimentär ausgebildeten Sinn für Humor im Patienten zu erspüren, um diesen als Ressource zu unterstützen und dann therapeutisch einzusetzen.

Fallbeispiel

Eine depressive ältere Privatpatientin klagt, wie teuer der Klinikaufenthalt wäre. Hinzu kämen noch meine Kosten. Das könne sie nicht bezahlen. Sie habe doch kaum Geld. Ob wir nicht wenigstens die Gespräche verringern könnten. Auf meine Antwort „Selbstverständlich ist das möglich, dann geben wir Ihnen eben mehr Medikamente, natürlich dann auch die billigsten, um Ihren Geldbeutel zu schonen“ reagiert sie ungehalten. Medikamente bräuchte sie schon, auch wenn diese ihr wenig helfen. Auf meine Frage, was wir sonst machen könnten, meint sie, das wisse sie nicht, aber – ein sehr krankheitsförderndes Wort – so könne es nicht weitergehen, sie verschulde sich immer mehr. Wie auch in manch früherem Gespräch versuche ich ihr noch einmal zu erklären, dass ihre Krankenkasse und die Beihilfe den Großteil ihrer Kosten übernehmen würden. Doch sie bleibt bei ihrem „aber“. Ich spreche nun an, wie sie ihre Schulden abtragen könne. Sie habe doch ein großes Haus. Das könne sie verkaufen und dann bliebe ihr sogar noch ein Rest. Erst voller Angst, dann mit einem breiten Grinsen blickt sie mich an und meint: „Soweit wird es wohl nicht kommen.“ Verunsichert durch die irrwitzige Übertreibung, die sie nicht erwartet hatte, tauchen in ihr Gefühle auf, wodurch sie die Komik der Situation erfasst und gleichzeitig sich ihre depressive Symptomatik lockert.

Humorgruppe

Da bei alten Menschen die Gruppenpsychotherapie gegenüber der Einzelpsychotherapie eher vorgezogen wird, schon um Vereinsamung und Isolierung nicht zu verstärken, dürfte die Vermittlung von Humor im Rahmen einer Gruppe naheliegend sein. Die Humorgruppe soll den Sinn für Humor, über den jeder, mehr oder weniger ausgeprägt, verfügt, fördern, stützen, vermehren und rehabilitieren. Durch den Einsatz von „Humortechniken“ (Materialien und Interventionsstrategien) ist jeder Teilnehmer nicht nur Patient, sondern ein Mensch, der sich als humorvoll erleben lernt, sich nicht länger durch seine Leiden definiert und wahrnimmt (Konradt et al. 2013; Hirsch u. Kranzhoff 2004; Hirsch et al. 2010).

Die Mitarbeiterinnen der offenen Stationen und der Tagesklinik unserer gerontopsychiatrischen Klinik wurden in Teambesprechungen über Sinn und Ziel einer Humorgruppe aufgeklärt. Verdeutlicht wurde, dass die Humorgruppe als Ergänzung zum bisherigen Therapieangebot und als Baustein im Rahmen des Gesamtbehandlungskonzeptes gedacht ist und Humor als Gesamtkompetenz gefördert werden soll. Patienten werden in den Visiten auf das Angebot aufmerksam gemacht, der Sinn und Zweck wird ihnen kurz erklärt und sie erhalten ein Infoblatt. Als Ausschlusskriterien gelten akute psychotische Störung, Alkohol- und/oder Substanz-Abhängigkeit bzw. Abusus und kognitive Störung.

Die Leitung der Humorgruppe hat der Chefarzt der Abteilung, unterstützt von einer Psychotherapeutin und deren Kolleginnen im Wechsel, die u. a. auch auf den offenen Stationen tätig waren. Sie findet regelmäßig zweimal wöchentlich statt. Die Therapeuten führen meist ein kurzes Vor- und Nachgespräch zum Verlauf der Gruppensitzung. Aufgrund der Erfahrungen und Ergebnisse einer früheren Gruppe (Hirsch u. Kranzhoff 2004) wurde ein neues Konzept gemeinsam erarbeitet (► Tab. 16-2). Von Anfang an war klar, dass dieses nicht strikt verfolgt werden kann. Gerüst jeder Sitzung sind Tanz, Musik, Singen, Rollenspiel, clowneske Interventionen und gegen Ende meist eine „Witzrunde“ (Hirsch et al. 2010).

Die Gruppensitzung beginnt meist mit Fragen nach der Befindlichkeit, einer gerade erlebten lustigen oder komischen Situation auf der Station. Manchmal wird sich gegenseitig mit vielen Gesten begrüßt oder sich gegenseitig gelobt („Hat Sie heute schon jemand gelobt?“, „Haben Sie heute schon jemand gelobt?“, „Dann machen wir das hier!“). Anschließend werden eine heitere (manchmal auch kritische) Situation, die geschildert worden ist, oder erlebte heitere Geschichten von früher im Rollenspiel vorgeführt. Gefragt wird dann nach Missgeschicken, beschämenden Erlebnissen u. a. Nach dem Erzählen werden diese häufig erst eins zu eins nachgespielt, manchmal dann noch übertrieben, provokativ oder absurd. Gezielt werden clowneske Alternativen erarbeitet und gespielt. Geübt wurde z. B. auch, wer am besten grübeln oder am lautesten jammern kann, wer sich am meisten krank fühlt u. a. Die Bewertungen (Schulnoten von eins bis sechs) finden durch die Teilnehmer statt. Groteske Aufgaben werden verteilt wie z. B. „Was würden

20 Humor aus Sicht eines Patienten – ein Gespräch

Florian Laudest und Barbara Wild

Ein Gespräch zwischen dem ehemaligen Psychotherapiepatienten Florian Laudest (Pseudonym), der jetzt Arzt ist, und der Psychotherapeutin Barbara Wild, die die Fragen gestellt hat.

Wann und worüber haben Sie zuletzt gelacht?

Abgesehen davon, dass wir beide gerade gelacht haben, habe ich zuletzt gestern Abend herzlich gelacht. Da waren Freunde zu Besuch und ich habe denen vorge-macht, wie ich im Klettergarten in 13 m Höhe gescheitert bin. Das habe ich nach-gespielt und das fanden die richtig witzig.

Wie lautet Ihre Definition von Humor?

„Dem Ernst des Lebens eins auswischen.“ Das hat was von Stimmung und auch etwas von Charakter, denn Humor ist abhängig von beidem. Humor ist für mich mehr als Klamauk oder Witze, er ist auch eine Art Sprachrohr.

Woran machen Sie fest, ob jemand Humor hat?

Wenn wir nicht auf einer gemeinsamen Wellenlänge sind, dann hat der andere einen anderen Humor. Wenn ich etwas Witziges sage und das gar nicht ankommt. Das heißt nicht, dass der andere gar keinen Humor hat, aber eben eine andere Art von Humor. Das hängt auch von der Kultur ab, von der Prägung. Man kann sich aber auch über gesellschaftliche Schichten hinweg oder grenzüberschreitend verstehen.

*Auf einer Skala von 0 (= kein Humor) bis 10 (= extrem humorvoll):
Wo schätzen Sie sich selbst ein?*

Ich gebe mir selbst eine gute 7. Humor ist mir immer wichtig gewesen, und in Krankheitszeiten umso mehr. Humor hilft im Alltag über Schwierigkeiten hinweg und er hilft, Ziele zu erreichen. So war das zum Beispiel an der Uni mit den Chef-sekretärinnen der Professoren. Da musste man höflich und charmant sein, aber mit Humor hat man noch viel mehr erreicht. Manche Leute haben da ja Angst, das wirke unseriös – aber es funktioniert!

Wie geht witzig?

Barbara Wild bat mich, für dieses Buch einen Beitrag zu schreiben „Wie man witzig ist“. Liebe Barbara: Es gibt drei Dinge, die man beachten muss, um garantiert witzig zu sein. Leider ist keines davon bekannt. Im Ernst, was ist das größte Problem aller provokativen Workshops und Humorseminare? Die Teilnehmer! Eins meiner großen Vorbilder ist Frank Farrelly. Seinen „Stil“ zu kopieren macht aber keinen Sinn, wenn man nicht seine Lebenserfahrung, seine Mimik und vor allem seine Empathie und Herzenswärme mitbringt. Ich habe ihn mal gefragt, was die beste Voraussetzung ist, ein guter provokativer Therapeut zu werden. Seine Antwort: „Be born Irish.“ Na super – am eigenen Geburtsort ist im Nachhinein am schwersten etwas zu drehen. Was aber sicher hilft: früh anfangen und üben. Am besten ist es, in einem Umfeld mit vielen Geschwistern oder sozialen Kontakten als Schwächerer aufzuwachsen – denn wer körperlich überlegen ist, der entwickelt nicht zwangsläufig seine geistige Überlegenheit. Keine Ahnung, ob sich die Theorie erhärten ließe. Witzige Männer zumindest sind selten groß. Was noch hilft: ein großes Repertoire und viel Erfahrung im Erzählen. Denn was ist Psychotherapie anderes, als die Geschichte, die sich jeder über sich erzählt, neu zu erzählen. Oder wie der begnadete amerikanische Therapeut und Storyteller Carl Hammerschlag es nennt: „Finding a new ending to an old story.“

Apropos Hammerschlag: Wer nur einen Hammer als Werkzeug kennt, für den sieht jedes Problem wie ein Nagel aus. Was aber nicht heißt, dass eine Geschichte nicht auch „passend gemacht“ werden kann. Das genau ist die Kunst. Und jede Kunst erlernen wir weniger durch ein Handbuch oder Regelwerk, sondern durch Imitation und Ausprobieren. Daher ist der wichtigste Schritt, wenn Sie Humor in Ihre Behandlungen einbauen möchten, Dinge genau beobachten zu lernen. Und sie dann zu adaptieren und ein Leben lang in der Kunst besser zu werden und zu reifen. Dass viele TV-Comedians zwischen 20 und 40 sind, liegt eher an den Flachbildschirmen und dem Wahn der „werberelevanten Zielgruppe“ als an der Tiefe ihres Humors. Gute Komiker sind wie guter Wein und lassen sich lagern. Einige Loriot-Skette sind solche Meisterwerke, dass sie sich durch die Wiederholung nicht abnutzen, sondern immer wieder neue Ebenen und Details offenbaren.

Wie viel Wiederholung verträgt ein guter Witz?

Ein Mann betritt ein Bahnabteil, in dem bereits zwei Juden sitzen. Sie rufen abwechselnd Nummern, woraufhin der andere jeweils schallend lacht. „14!“ „Au ja, 14, sehr gut! 73!“ „73, hervorragend ...“ Nachdem er dem seltsamen Schauspiel eine Weile zugeschaut hat, traut sich der Mann zu fragen, was es damit auf sich habe. „Ganz einfach. Wir beide lieben Witze. Aber weil wir uns irgendwann alle Witze schon einmal erzählt hatten, haben wir unsere 100 besten durchnummeriert und jetzt reicht es, die Nummer zu sagen.“ Der Mann ruft daraufhin: „25!“ Von den beiden kommt keine Reaktion.

„Ist denn 25 kein guter Witz?“ „Doch, aber man muss ihn eben auch erzählen können!“

How to build a Brüller – ein Rezept, wie man Pointen professionell serviert

Zutaten besorgen

Eine frische Pointe – wenn es gerade keine frischen im Kopf oder auf dem Markt gibt, darf es auch eine tiefgefrorene sein, ruhig auch im Gefrierfach in den unteren Schubladen suchen, da sind manchmal Perlen dabei, die ihr Haltbarkeitsdatum schon so was von überschritten haben, dass sie keiner mehr kennt, und dann sind die überraschend genießbar!

Vorbereiten

Pointe auftauen und dabei auf Mikrowellentauglichkeit prüfen. (Eine Mikrowelle ist die kleinste gemeinsame Welle mit dem Klienten, auf der er mitschwingen kann.) Und immer daran denken, man lacht nur über Dinge, die man wiedererkennt. Und versteht. Aber so noch nie verstanden hat.

Pointe putzen

Nun sorgfältig alle Worte entfernen, die nicht mehr ganz frisch und nicht unbedingt notwendig sind. Rigoros. Was gestrichen ist, kann nicht durchfallen: Kill your darlings oder: weniger ist!

Würzen

Liegt das gereinigte Pointengerüst vor Ihnen, können Sie jetzt daran gehen, es dem Anlass und der therapeutischen Aufgabe gemäß zu würzen und zu dekorieren.

Zubereiten

Kurz anbraten. Witze, die ganz durch sind, sind auch ganz schnell unten durch! Auf keinen Fall zu lange im eigenen Saft schmoren lassen.

Abschmecken

Auf den Nachgeschmack achten, der sollte bekömmlich bleiben und sich erst im Abgang voll entwickeln. Pointen, die sich schon auf dem Teller und nicht erst im Kopf entfalten, gelten als Pointa praecox und sind bei beiden Geschlechtern zu Recht unbeliebt.