



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Falkenberg ■ McGhee ■ Wild

Humorfähigkeiten trainieren

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

Irina Falkenberg ■ Paul McGhee
Barbara Wild

Humorfähigkeiten trainieren

Manual für die psychiatrisch-
psychotherapeutische Praxis

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

Mit einem Geleitwort von Martin Hautzinger
Unter Mitarbeit von Philipp Berger und
Florian Bitsch





Die digitalen Zusatzmaterialien haben wir zum Download auf www.klett-cotta.de bereitgestellt. Geben Sie im Suchfeld auf unserer Homepage den folgenden Such-Code ein: **OM40065**

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.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissenstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Waren Namen handelt.

2., überarbeitete und erweiterte Auflage, 2021

Schattauer

www.schattauer.de

© 2021 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von © istock/LagunaticPhoto

Gesetzt von Eberl & Kœsel Studio GmbH, Altusried-Krugzell

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

ISBN 978-3-608-40065-6

E-Book ISBN 978-3-608-12134-6

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20507-7

Geleitwort

»Über die Zeit nimmt die Seele die Farbe der Gedanken an.«
Marc Aurel

Dieser Satz fasst in knappster Form zusammen, wie Erziehung, Sozialisation, Beziehungen, Schule, Lebenserfahrungen unsere Persönlichkeit, unsere Empfindungen und spontanen Regungen »einfärben«. Natürlich wissen wir heute, dass es auch genetische und andere biologische Einflüsse gibt, die das Wesen einer Person, ihr Verhalten und ihr Denken prägen. Dennoch lassen sich selbst hart verdrahtete neurobiologische Strukturen und über Jahrzehnte festgefügte Gewohnheiten im Empfinden, im Denken und im Verhalten durch neue Erfahrungen, veränderte Einstellungen (Gedanken), Neulernen und Training beeinflussen. Manchmal sind es überraschende, paradoxe Erlebnisse, die grundlegende Wirkungen haben.

So wird von dem berühmten Psychotherapeuten Milton Erickson berichtet, dass er eine jüngere, alleinlebende, depressive, inzwischen hoffnungslose, phasenweise sogar suizidale Patientin in Behandlung hatte. Diese berichtete ihm mürrisch und pessimistisch von ihren frustrierenden Erfahrungen, Problemen und Enttäuschungen in Beziehungen und im Umgang mit anderen Menschen. Sie litt darunter, dass all ihre bisherigen Beziehungen nach kurzer Zeit zerbrachen bzw. gar nicht zustande kamen. Selbst von ihren Arbeitskollegen werde sie ausgesegnet, gemobbt, nicht beachtet. Sie ist überzeugt, dass dies an ihrem abstoßenden Äußeren und ihrer Art liege. Sie macht dafür vor allem ihre von Kindheit an vorhandenen krummen Zähne und ihre Zahnlücke verantwortlich. Dieser »Geburtsfehler« habe sie schon als Kind und in der Schule zur Außenseiterin gemacht. Erickson geht mit ihr auf den Hof und bittet die Patientin den Mund mit Wasser zu füllen und durch die Zahnlücke hindurch einen bestimmten Punkt zu treffen. Nach wiederholtem Üben gelingt ihr das. Als die Patientin eine gewisse Fertigkeit und Sicherheit darin erworben hat, gibt er ihr den Auftrag, den Kollegen, mit dem sie das Büro teilte, plötzlich und unerwartet mit Wasser durch die Zahnlücke hindurch zu bespritzen, keine weitere Erklärung abzugeben und den Raum zu verlassen. Da die Patientin nichts zu verlieren hatte, ließ sie sich darauf ein. Zu ihrer Überraschung ergab sich nach dem »Wasserspritzer« erstmals ein längeres Gespräch mit dem Kollegen und in der Folge sogar eine engere Beziehung.

Angesichts der Macht von überraschenden Wendungen und erfahrungswidrigen Erkenntnissen, von paradoxen Effekten und damit von Humor überrascht es, dass diese Art der »Therapie« nicht viel verbreiteter ist und als »evidenzbasierte Behandlung« bei vielfältigen psychischen Beeinträchtigungen gilt.

Humor als Lebensfertigkeit ist wichtig, um sich selbst in schwierigen Situationen aufzuheitern, Ärger, Frustration und Resignation zu vermeiden und Verbitterung zu verhindern. Humor ist ein sozial förderliches Agens, das den Zugang

zu anderen erleichtert, den Kontakt fördert, Irritationen behebt, andere positiv für einen einnimmt. Humor reduziert »Stress«, nimmt darüber günstigen Einfluss auf die Gesundheit, stärkt das Immunsystem und fördert das Wohlbefinden. Wer Humor als Fertigkeit besitzt, kann sich leichter von eigenen Fehlern und Schwächen, doch auch von Misserfolgen und von außen kommenden Belastungen distanzieren. Humor erzeugt ein Gefühl von Kontrolle und Selbstwirksamkeit. Hilflosigkeit und Pessimismus, wodurch auch immer ausgelöst, sind gesundheitsgefährdend. Humor trägt zur Überwindung von Selbstzweifeln, den Selbstwert untergrabenden Attributionen bei. Humor fördert Optimismus, eine Eigenschaft, die sich mehrfach als mächtiger Prädiktor für Wohlbefinden, Gesundheit, Überwindung von Krankheiten, ja sogar Langlebigkeit bestätigt hat.

Mit diesem Buch und den dazugehörenden Materialien liegt ein inzwischen vielfach erprobtes und genutztes Training der Humorfertigkeit vor, das helfen kann, mit Belastungen, Anspannungen, negativen Emotionen, Schmerzen, Frustration, Nervosität, Resignation und Verzweiflung umzugehen, diese abzubauen und zu regulieren. In diesem Buch heißt es »Was die Seife für den Körper ist, ist das Lachen für die Seele«. Diesem (jüdischen) Sprichwort kann ich nur zustimmen. Pessimismus, Zweifel, Niedergeschlagenheit, Wut, Ärger werden nicht durch Reden und ausführliche Analysen, sondern durch Training alternativer Fertigkeiten (»üben, üben, üben«) und die Erprobung neuer Handlungen (»Humor«) dauerhaft verändert (»neu eingefärbt«).

In gleicher Weise wie man Fitness, Tanzen, Kochen, Genuss und andere wichtige (soziale) Fertigkeiten trainieren kann, kann man auch Humor lernen und dann als gesundheitserhaltende neue Bewältigungsstrategie im Alltag einsetzen. Der Mangel an wissenschaftlicher Evidenz über die Wirkmechanismen soll nicht davon abhalten, diese Lebensfertigkeit Patienten mit den unterschiedlichsten Erkrankungen und in den unterschiedlichsten Lebensabschnitten beizubringen. Für mich ist es eine wichtige, kreative und hilfreiche Ergänzung von ambulanter und stationärer Psychotherapie, die wie jede psychologische bzw. medizinische Maßnahme ihre Indikation, ihren richtigen Rahmen, ihren richtigen Zeitpunkt und ihre richtige Passung zu einem bestimmten Patienten braucht. Dieses Buch liefert dazu reichhaltig Informationen, konkrete Anleitungen und herrliche Beispiele. Seit Erscheinen der ersten Auflage dieses Buches hat sich in der Patientenversorgung vieles getan. Heute gehört selbstverständlich zu einer guten Klinik mit anspruchsvollem Behandlungsangebot ein Humortraining, und zwar für jede Altersgruppe und bei jeder psychischen und psychosomatischen Erkrankung. Humor und Serenität gelten heute als wichtige Mittel zur Emotions- bzw. Impulsregulation und sind daher ein wichtiger Teil der kognitiven Verhaltenstherapie. Es ist ein wahres Vergnügen, dieses Buch zu lesen und dann in der Klinik anzuwenden.

Tübingen, im Frühjahr 2021

Prof. Dr. phil. Martin Hautzinger
Psychologisches Institut der Eberhard-Karls-
Universität Tübingen, Abteilung Klinische
Psychologie und Psychotherapie

Vorwort

Muss wirksame Medizin wirklich immer bitter schmecken? Ist es nicht auch möglich, Probleme spielerischer und mit mehr Leichtigkeit anzugehen und dennoch zu einer guten Lösung zu kommen?

In der Einzel- und Gruppentherapie psychischer Störungen tritt, unabhängig von der jeweiligen Diagnose, immer wieder die Situation ein, dass Patientinnen und Patienten mit stets wiederkehrenden, gleichartigen Schwierigkeiten zu kämpfen haben und sich nicht davon lösen zu können scheinen. Da gibt es die Patientin, die in Partnerschaften immer das Gefühl hat, von Männern bevorzugt und ausgenutzt zu werden, und die sich dennoch immer wieder dieselben Partner sucht. Oder den Patienten, dessen Neigung zur Unordnung und Desorganisiertheit ihn immer wieder in Schwierigkeiten bringt, weil er wichtige Termine und Fristen verpasst, dem es aber nicht gelingt, auch nur einen einfachen Terminkalender zu führen. Oder aber die Patienten, deren Angst sie davon abhält, mit anderen Menschen angenehme und bereichernde Kontakte aufrechtzuerhalten, weil sie nicht wissen, wie man das macht. Dies kann erhebliches Leid schaffen, weil es oft schwer ist, Ansatzmöglichkeiten für eigenes Handeln oder Veränderungen aus eigener Kraft zu sehen, und die Situationen festgefahren erscheinen.

Dies sind klassische Ausgangspunkte für eine Psychotherapie, sowohl in der kognitiven Verhaltenstherapie wie auch in der tiefenpsychologischen Behandlung. Oft geht es um eine Umbewertung, um die Fähigkeit, altbekannte Situationen aus einer neuen Perspektive heraus zu betrachten und entsprechend neue Lösungswege auszuprobieren. Genau dies fällt Menschen mit Humor leichter als ohne.

Aber was ist mit jenen Menschen, die scheinbar absolut humorlos sind? Gibt es die nicht auch? Wir sind der Meinung, dass jeder Mensch auf seine eigene Weise Humor hat, aber dass dieser Humor nur manchmal durch Ängste, Depression oder andere Lebensumstände verschüttet worden ist. Diesen verborgenen Humor wieder hervorzuholen und aufzupolieren, darum geht es vor allem in diesem Manual.

Wir wissen aus unserer Erfahrung mit dem vorliegenden Training von Humorfähigkeiten, dass dies in der Tat möglich ist und darüber hinaus bei den Patientinnen und Patienten auf sehr positive Resonanz stößt. Und das, obwohl das »ernsthaft« therapeutische, d. h. strukturierte und zielorientierte Vorgehen auch in diesem Programm nicht zu kurz kommt.

Das Training von Humorfähigkeiten soll das Repertoire an therapeutischen Interventionsmöglichkeiten erweitern und dem Umstand Rechnung tragen, dass die Patientinnen und Patienten, denen wir in unserer täglichen Arbeit begegnen, nicht nur Probleme und Defizite haben, sondern auch Ressourcen, die gefördert werden können und sollen. Humor ist eine solche Ressource, deren Förderung

zwar auch einen gewissen Einsatz erfordert, aber auch viel Freude bereitet – sowohl den PatientInnen als auch den TherapeutInnen.

Marburg, Wilmington (USA) und Tübingen,
im Frühjahr 2021

Irina Falkenberg
Paul McGhee
Barbara Wild

Die Autorinnen und der Autor

PD Dr. med. Irina Falkenberg

Philipps-Universität Marburg
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Rudolf-Bultmann-Str. 8
35039 Marburg
falkenbe@med.uni-marburg.de

Paul McGhee, PhD

President The Laughter Remedy
3140 Wilmont Dr.
Wilmington, DE 19810
USA
paulmcghee@verizon.net

Prof. Dr. med. Barbara Wild

Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie
Fakultät Umwelt Gestaltung Therapie
Hochschule für Wirtschaft und Umwelt Nürtingen-Geislingen
Sigmaringer Str. 15/2
72622 Nürtingen
barbara.wild@hfwu.de

Inhalt

Einleitung	1
1 Theoretischer Hintergrund	3
1.1 Humor	3
Definitionen	3
Begriffsgeschichte	4
Facetten und Funktionen von Humor	5
Formen des Ausdrucks von Humor	6
Sinn für Humor: Die Charaktereigenschaft	6
1.2 Einfluss psychischer Störungen auf den Sinn für Humor	8
Depression	8
Burnout	9
Schizophrenie	9
Angststörungen	11
Andere psychische Erkrankungen	13
1.3 Humor im Gehirn	14
Wahrnehmung und kognitive Verarbeitung von Humor	14
Emotionale Verarbeitung und Reaktion	15
Produktion von Humor	16
Einfluss interindividueller Unterschiede und Pathologie	16
1.4 Training von Humorfähigkeiten	17
Sinn für Humor kann man trainieren	17
Humortrainings mit gesunden Versuchspersonen	18
Humor-Interventionen mit Patientinnen und Patienten	20
Humortraining bei Schizophrenie	21
Einordnung in Bezug auf andere psychotherapeutische Verfahren	26
1.5 Besonderheiten beim Training mit Menschen mit psychischen Störungen	27
1.6 Humortraining in der Klinik	28
Offene Gruppe	28
Freiwillig oder Pflicht?	29
Notwendige Anpassungen an das Setting	30
Wie oft sollten Patienten an der Humorgruppe teilnehmen?	31
Argumente, um Entscheider zu überzeugen	32
1.7 Humortraining mit Therapeutinnen und Beratern	32

2 Praktische Anwendung	36
2.1 Voraussetzungen	36
Gruppengröße	36
Setting	36
Materialien	36
Räumlichkeiten	37
Organisatorisches	37
2.2 Ablauf der Sitzungen	37
2.3 Durchführung	39
1. Sitzung: Sinn für Humor hat jeder – ich auch!	39
2. Sitzung: Ernsthaftigkeit im Endstadium? Der Wert einer spielerischen Haltung	45
3. Sitzung: Witze erzählen und lachen	50
4. Sitzung: Mit Worten spielen und Humor entstehen lassen	57
5. Sitzung: Alltäglicher Humor	64
6. Sitzung: Über sich selbst lachen lernen	69
7. Sitzung: In Stresssituationen den Humor nicht verlieren	75
Anhang	83
Spielekiste	84
Literatur	96
Witz im Netz	103

Einleitung

Humor trainieren? Die wenigsten Menschen fragen, ob das sinnvoll ist, vielmehr wird bezweifelt, ob das überhaupt funktioniert! Aber warum sollte es nicht funktionieren? Humor ist keine Eigenschaft, die man hat oder nicht hat, wie blaue Augen oder blondes Haar (und selbst daran kann man notfalls etwas verändern). Im Gegenteil, der Humor entwickelt sich genauso wie die Sprachfähigkeiten: Kleine Kinder finden es lustig, wenn etwas herunterfällt oder nicht zusammenpasst – ihre Eltern, nach vielen Jahren »Humorerfahrung«, nicht mehr unbedingt. Da hat sich etwas verändert, entwickelt, und vielleicht auch verfeinert.

Das Vorhandensein solcher unterschiedlicher Humorvorlieben führt aber auch zu einem zweiten Einwand gegen ein solches Training: Humor ist etwas ganz Individuelles, der eine lacht über Witze, die der andere nur blöd findet: Wie kann man das dann gemeinsam üben? Nun, es geht in diesem Training nicht darum, einzelne Witze auswendig zu lernen.

Inhalt des Trainings von Humorfähigkeiten ist vielmehr, sich z. B. am Anfang mit seinen individuellen Humorvorlieben und mit der eigenen »Humoranamnese« zu beschäftigen: Wie wurde in der Familie mit Humor umgegangen, welche Rolle hat Witziges in der Jugend gespielt, wann und mit wem kann man aktuell humorvoll sein und worüber lacht man? Um humorvoll sein zu können, braucht man auch eine spielerische Haltung, eine Freude am Ausprobieren. Dies wird in der zweiten Sitzung des Trainings beleuchtet und geübt. Danach geht es dann tatsächlich um Witze, sowohl praktisch, denn das Erzählen von Witzen kann man üben, als auch theoretisch, denn wie wir alle wissen, ist nicht jeder Witz zu jedem Zeitpunkt willkommen und es lohnt sich z. B. auch, über Unterschiede zwischen selbstentwertenden und selbststärkenden Witzen nachzudenken. Häufiger als Witze spielen im täglichen Leben aber Wortspiele eine Rolle als Auslöser von Heiterkeit und Ausdruck von Humor, und auch das lässt sich üben. »Humor für Fortgeschrittene« ist in den letzten Sitzungen gefragt: Humor im Alltag zu entdecken, über sich selbst lachen zu können und in Stresssituationen den Humor nicht zu verlieren. Dabei ist es sehr hilfreich, wenn das Training in einer Gruppe stattfindet. Es ist leichter, im Nachhinein, beim Erzählen in der Gruppe, in einem negativen Erlebnis doch noch etwas Witziges zu sehen. Und selbst wenn einem das nicht gelingt, dann hat meist jemand in der Gruppe eine Idee, wie man das Erlebnis humorvoll betrachten könnte.

Eine wichtige Rolle beim Training von Humorfähigkeiten spielt auch, zunächst einmal die Aufmerksamkeit auf den eigenen Humor zu richten. Dieser ist im Alltag und gerade bei Menschen mit psychischen Problemen oft in den Hintergrund getreten. Er kommt vielleicht noch zum Vorschein, wenn man alte Freunde trifft, aber nicht am Arbeitsplatz und schon gar nicht beim Doktor in der Klinik. Da kommt dann auch eine zweite wichtige Funktion des Humortrainings ins Spiel: zu sehen, dass es durchaus akzeptabel, ja sogar hilfreich ist, auch in schwierigen

Situationen Humor zu bewahren. Viele Menschen müssen sich erst einmal die Erlaubnis geben, auch dann noch spielerisch zu sein, nach verstecktem Humor zu suchen.

Aber natürlich kann gerade in schwierigen Situationen, z. B. beim Angsttraining oder in Konflikten, Humor sehr hilfreich sein. Humor kann als eine Ressource im Sinn der Positiven Psychologie betrachtet werden, die hilft, das Leben zu meistern. Dabei hat der Humor, also die Fähigkeit, sich selbst und andere zu erheitern, nicht nur eine z. B. von Angst ablenkende Funktion. Es geschafft zu haben, andere zu erheitern oder selbst lächeln oder lachen zu müssen, braucht gar nicht viel kognitive Verarbeitung, sondern fühlt sich einfach gut an.

Wenn man ehrlich ist, dann ist das natürlich ein Effekt, der auch die wissenschaftliche Beschäftigung mit Humor besonders erfreulich macht: Als wir (Irina Falkenberg und Barbara Wild) z. B. 2005 in Tübingen eine Summerschool zum Thema Humor und Lachen organisierten oder 2014 ein Symposium zum Thema »Humor in der Psychiatrie« beim Jahrestag der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in Berlin, gab es neben spannenden wissenschaftlichen Erkenntnissen auch viel zu lachen. Und nicht umsonst empfiehlt Reddemann (2003) Psychotherapeutinnen und -therapeuten die Pflege des eigenen Humors als Teil der persönlichen Psychohygiene.

Das hier vorgestellte Training von Humorfähigkeiten basiert auf dem »Seven Humor Habits«-Programm von Paul McGhee (McGhee 2010a; 2011). Die Struktur dieses Programms, also die sieben »Humorgewohnheiten«, ist auch im hier vorgestellten Training enthalten, weil damit die wichtigsten Facetten von Humor abgedeckt sind. Wir haben allerdings in unserer Arbeit mit deutschen Patientinnen und Patienten die Inhalte, z. B. die von McGhee verwendeten Witze, Bonmots und Übungen für die Anwendung bei einer deutschsprachigen Klientel modifiziert, denn natürlich gibt es kulturelle Unterschiede zwischen den USA und den deutschsprachigen Ländern. Das ursprüngliche Training von McGhee war außerdem für psychisch gesunde Menschen gedacht und ließ sich deshalb nicht eins zu eins auf den Einsatz im psychiatrischen/psychotherapeutischen Rahmen übertragen.

Dieses Buch richtet sich einerseits an TherapeutInnen, die in der Psychiatrie, Psychosomatik oder Psychotherapie ein Training von Humorfähigkeiten anbieten wollen. Natürlich lassen sich die hier vorgestellten Sitzungen aber auch mit psychisch gesunden Menschen durchführen. Das ursprüngliche Buch von Paul McGhee war auch für ein Selbst- und Einzeltraining gedacht. Und falls Sie, liebe Leserin, lieber Leser, Ihren Humor selbst verbessern wollen, spricht natürlich nichts dagegen – in der Gruppe macht das Ganze aber mehr Spaß.

Wir haben der Beschreibung des Trainings auch einen theoretischen Teil vorangestellt, der sich unter anderem mit dem beschäftigt, was man über Humor bei psychiatrischen Patienten weiß. Wenn Sie sich noch umfangreicher mit der Frage auseinandersetzen möchten, welchen Platz Humor in der Psychiatrie und Psychotherapie (auch außerhalb eines formalisierten Trainings) haben kann, legen wir Ihnen das Buch »Humor in Psychiatrie und Psychotherapie« (Wild 2016) ans Herz.

1 Theoretischer Hintergrund

1.1 Humor

Definitionen

Der Begriff Humor wird hauptsächlich als Oberbegriff für eine Reihe miteinander verwandter, aber dennoch sehr verschiedener Phänomene verwendet. Wenn von Humor die Rede ist, können sowohl witzige Stimuli, also z.B. Witze, Cartoons, Filme, Komik etc. gemeint sein, wie auch das Erleben von etwas Witzigem, d.h. das damit verbundene Gefühl der Erheiterung (vgl. Ruch 1993). Auch das Lachen wird, obwohl sein Charakter sehr vielfältig ist und vom verächtlichen bis zum heiteren Lachen reichen kann, zumeist mit Humor in engen Zusammenhang gebracht und teilweise sogar als Synonym für Humor oder Heiterkeit verwendet. Der Begriff Humor wird also im allgemeinen Sprachgebrauch sehr weit gefasst, wodurch die Gefahr einer mangelnden Begriffsklarheit und der Verwechslung verschiedener humorassozierter Phänomene gegeben ist. Diese wird besonders dann relevant, wenn einzelne Aspekte von Humor einerseits wissenschaftlich untersucht und andererseits auch gezielt praktisch genutzt werden sollen. Es ist daher wichtig, eine genaue Begriffsdefinition und Abgrenzung der einzelnen Elemente vorzunehmen.

Die Definition von Humor, die wir diesem Manual zugrunde legen und auf die wir uns im Folgenden beziehen, geht zurück auf die Arbeiten von Ruch (1998) und McGhee (2010a) und beschreibt ein Bündel von komplexen Verhaltensweisen, die sich einerseits aus bestimmten überdauernden Charaktereigenschaften und andererseits aus der aktuellen Stimmung und Situation ergeben. Hierzu zählen beispielsweise die Fähigkeit, eine heitere Gelassenheit auch im Angesicht von Belastungen aufrechtzuhalten zu können, sowie die Fähigkeit, sich selbst nicht zu ernst zu nehmen und Freude am Spiel, an Blödsinn und Komik zu haben. Die Übersetzung dieser Charaktereigenschaften in konkretes Verhalten wird dabei moduliert durch soziale Aspekte, wie z.B. das Bestreben, sich von anderen erheitern zu lassen bzw. selbst andere zu erheitern, oder das Gespür für den passenden Witz in der passenden Situation, aber auch durch den eigenen affektiven Zustand (Stimmung und Situation). Durch dieses Zusammenspiel verschiedener Faktoren kann eine wirksame Regulierung sozialer Beziehungen erreicht werden.

Wenn Humor in diesem Sinne verstanden wird, ergibt sich auch eine klarere Abgrenzung gegenüber den Phänomenen des Lachens oder Lächelns. Hierbei handelt es sich um in erster Linie relativ stereotyp ablaufende motorische Reaktionen, die in der Folge von Witzen, Komik oder Humor auftreten können, jedoch nicht müssen. In den meisten Fällen treten Lachen und Lächeln als reine Kommunikationselemente auf, die es z.B. erlauben, eine positive Gesprächsatmosphäre zu etablieren, etwas Gesagtes zu verdeutlichen oder es als ironisch oder unernst zu kennzeichnen. Insofern können Lachen und Lächeln zwar die sozia-

len Funktionen von Humor unterstützen (z.B. kann, wenn eine Äußerung mit einem Lachen verbunden wird, ihre Wirkung auf den Gesprächspartner zunächst im unernsten Kontext überprüft werden. Gegebenenfalls lässt sie sich dann noch als »nur Spaß« zurücknehmen), sie sind jedoch deswegen nicht als ausschließlich humorassoziiert anzusehen.

Begriffsgeschichte

Ebenso komplex und vielschichtig wie die Erscheinungsformen und Funktionen von Humor ist auch seine Begriffsgeschichte. Ursprünglich stammt der Begriff aus dem Lateinischen (Umor) und bedeutet übersetzt »Feuchtigkeit« oder »Saft«. In der Antike dominierte die Humoralpathologie, d.h. die Säftelehre das medizinisch-naturwissenschaftliche Verständnis vom Menschen. Die Ausgewogenheit der vier »Humores« (d.h. Körpersäfte) Blut (Sanguis), Schleim (Phlegma), gelbe Galle (Chole) und schwarze Galle (Melas Chole) wurde als gleichbedeutend mit Gesundheit angesehen, während Krankheiten sich durch eine Unausgewogenheit der Säfte erklären ließen. Galenus von Pergamon (ca. 129–199) verband später die Viersäftelehre mit der Lehre von vier Temperaturen, deren Dominanz auf das Überwiegen eines bestimmten Körpersaftes zurückzuführen sei. Demnach führte ein Überschuss an schwarzer Galle zu einem melancholischen, an gelber Galle zu einem cholericischen und an Schleim zu einem phlegmatischen Temperament. Das Vorherrschen von Blut sollte ein sanguinisches, also heiteres Temperament begründen. Neben der Bedeutung, die den Körpersäften für die Entstehung von überdauernden Charaktereigenschaften zugeschrieben wurde, wurden später dann auch Schwankungen innerhalb der Säfteverteilung für die eher kurzfristigen Stimmungsschwankungen verantwortlich gemacht.

Der Zusammenhang mit dem Heiteren und Witzigen sowie mit dem Lachen entwickelte sich jedoch erst viel später, im 16. Jahrhundert in England. Die Vorstellung von Humor als Zeichen für einen unausgewogenen Charakter führte zur Entstehung des Begriffes »Humorist«, welcher eine Person kennzeichnete, die sich merkwürdig, exzentrisch oder normabweichend verhielt, und die daher zum Ziel von Spott und Gelächter wurde (Ben Johnson, Every Man out of His Humour, 1598, zit. n. Wickberg 1998). Ebenfalls in England traten dann in der Folge »men of humor« in Erscheinung, die besonders talentiert darin waren, »Humoristen« zu imitieren und dadurch andere zum Lachen zu bringen (Wickberg 1998).

Im Zeitalter des Humanismus bildete sich wiederum in England und auch im deutschsprachigen Raum das Begriffsverständnis von »Sinn für Humor« (► S. 6 in diesem Kapitel) als einer Charaktereigenschaft heraus. In diesem Sinne bedeutete Sinn für Humor zu haben, der Welt mit einer heiteren und gelassenen Haltung zu begegnen und dadurch Widrigkeiten leichter zu bewältigen. Aus dieser Zeit stammt also unser bis heute gültiges Konzept von Sinn für Humor, welches durch Einflüsse aus der psychologischen Forschung noch um weitere Komponenten erweitert wurde, vor allem auch um (sozial-)kognitive und Verhaltensaspekte. Sinn für Humor beinhaltet also einerseits das Vorhandensein einer bestimmten inneren Haltung, andererseits aber auch bestimmte damit verbundene Verhal-

tensweisen, wie Lachen, Witze machen, andere zum Lachen bringen etc. All diese Komponenten stehen in Wechselwirkung zueinander. Entsprechend ist es also auch vorstellbar, einzelne Komponenten gezielt zu beeinflussen (z. B. humorvolles Verhalten durch gezieltes Training zu fördern) und dadurch auch Veränderungen in anderen Komponenten (z. B. der heiter-gelassenen inneren Haltung) herbeizuführen.

Facetten und Funktionen von Humor

Humor ist ein allgegenwärtiges Phänomen, das aus unserem Alltag nicht wegzudenken ist, sei es in unserer täglichen Kommunikation, in der Unterhaltungsindustrie oder in den Medien. Vor allem in seiner Rolle als wesentliches Kommunikationselement kann Humor, wenn er positiv und wohlwollend eingesetzt wird, dazu beitragen, die soziale Interaktion zielführend, bedürfnisgerecht und dadurch erfolgreich zu gestalten. So ist z. B. in Konfliktsituationen immer wieder zu beobachten, wie eine scherzhafte Bemerkung an der richtigen Stelle selbst eingefahrenen Konflikten die Schärfe nehmen kann. Die Konfliktpartner können einander durch einen Scherz signalisieren, dass trotz der Meinungsverschiedenheiten die Beziehung zwischen ihnen und ihre gegenseitige Wertschätzung nicht gefährdet sind. Auf diese Weise wirken humorvolle Bemerkungen deeskalierend und ermöglichen es den Beteiligten, ihr Gesicht zu wahren.

Humor ist auch ein in höchstem Maße soziales Phänomen. Lachen und Scherze treten vor allem dann auf, wenn wir mit anderen Menschen zusammen sind (Martin u. Kuiper 1999; Provine u. Fischer 1989). Die in der humorvollen Interaktion ausgelösten positiven Emotionen erleichtern es darüber hinaus, tragfähige Beziehungen zu anderen zu etablieren und aufrechtzuerhalten (Shiota et al. 2004). So spielt beispielsweise bei der Partnerwahl ein gut ausgeprägter Sinn für Humor eine entscheidende Rolle (Regan u. Joshi 2003; Todosijević et al. 2003; Toro-Morn u. Sprecher 2003) und wird mitunter als wichtiger angesehen als äußerliche Attraktivität (Toro-Morn u. Sprecher 2003).

Neben seiner Funktion als wichtiges Kommunikationselement kommt dem Humor auch eine wesentliche Rolle als Bewältigungsfaktor zu. Für den effektiven Einsatz von Humor als Bewältigungsmechanismus ist aus klinisch-praktischer Sicht das Konzept von Martin (2003) hilfreich, welches zwischen adaptiven und maladaptiven Humorstilen unterscheidet. Adaptive und maladaptive Humorstile beeinflussen demnach in unterschiedlicher Weise psychische Stabilität und Wohlbefinden. Zu den maladaptiven Humorstilen zählt Martin selbstentwertenden und aggressiven Humor, während selbstbestärkender und nicht-ausgrenzender Humor als adaptiv gesehen werden. Die häufige Verwendung von adaptivem Humor korreliert negativ mit Angst und Depression und positiv mit Selbstwert erleben und allgemeinem psychischen Wohlbefinden (Martin 2003). Die Bevorzugung eines maladaptiven Humorstils dagegen korreliert positiv mit Angst, Depression und anderen psychiatrischen Symptomen und geht außerdem mit geringerem Selbstwerteleben und geringerem allgemeinen psychischen Wohlbefinden einher. In der täglichen klinischen Praxis kann es sich daher durchaus

lohnen, genauer auf witzige Äußerungen von Patientinnen und Patienten und ihren bevorzugten Humorstil zu achten und dies gegebenenfalls auch zu thematisieren. Gerade selbstentwertender Humor, also z. B. häufiges Witzemachen auf eigene Kosten oder Mitlachen, wenn andere entwertende Witze über einen machen, kann ein Zeichen für ein gering ausgeprägtes Selbstwerteleben sein und einen konstruktiven Umgang mit Problemen verhindern.

Der adaptiv-humorvolle Umgang mit Belastungen kann jedoch helfen, Anspannung zu reduzieren sowie persönliche Schwierigkeiten aus einer anderen, weniger bedrohlichen Warte zu betrachten (Kuiper et al. 1993), und ermöglicht eine effektive Emotionsregulation (Gross u. Muñoz 1995). Die humorassoziierten Coping-Mechanismen eröffnen so gerade auch für eine praktische Anwendung bei der Arbeit mit psychisch kranken Menschen neue und interessante Perspektiven.

Formen des Ausdrucks von Humor

Woran erkennt man im täglichen Leben, dass jemand Humor hat? Humor kann sich auf verschiedene Weise im Verhalten ausdrücken: Witze (d. h. »vorgefertigte« kurze Anekdoten) werden erzählt und goutiert. Im Alltagsleben kommt allerdings die spontane Komik häufiger vor, z. B. in Form von lustigen Gesten, Mimik oder ironischen Bemerkungen. Auch an der Reaktion auf Situationen, die verblüffend, überraschend, vielleicht auch zunächst erschreckend sind (z. B. »Freud'sche Versprecher« oder peinliche Alltagssituationen, wie z. B. sich von jemandem zu verabschieden und dann doch in die gleiche Richtung weiterzulaufen), zeigt sich, ob jemand Humor hat.

Diese Ausdrucksformen (Witze, Komik, erheiterte Reaktion auf Überraschendes) sind nicht nur in der spontanen und alltäglichen Kommunikation anzutreffen, sondern bilden auch die Basis für witzige Elemente z. B. in Filmen, Theaterstücken, Büchern oder Zeitschriften, die dann im allgemeinen Sprachgebrauch ebenfalls unter dem Oberbegriff Humor zusammengefasst werden. Auf diese Ausdrucksformen von Humor werden wir zwar im Folgenden, vor allem als praktische Anwendungen im Trainingsteil, immer wieder treffen, dennoch soll auf ihnen nicht das Hauptaugenmerk liegen. Denn das Ziel des vorliegenden Manuals ist es, Humor als Coping-Mechanismus bei Menschen mit psychischen Störungen zu fördern. Für diesen Zweck bedeutsamer als die Auseinandersetzung mit Ausdrucksformen von Humor ist daher das Verständnis für Humor als Charaktereigenschaft.

Sinn für Humor: Die Charaktereigenschaft

Jemandem »viel Sinn für Humor« zu attestieren, ist ein Ausdruck großer Werteschätzung und geradezu synonym für eine Reihe weiterer positiver Charaktereigenschaften, die dieser Person ebenfalls zugeschrieben werden (Cann u. Calhoun 2001). Auch wenn mitunter von einem »merkwürdigen« oder »unangenehmen« Sinn für Humor die Rede ist, überwiegt doch der positive Beiklang, und der Sinn

für Humor ist eine in höchstem Maße sozial erwünschte Eigenschaft. Die meisten Menschen gehen davon aus, selbst in ausreichendem Maße über diese Eigenschaft zu verfügen. Dies konnten Allport (1961) und später Lefcourt und Martin (1986) zeigen: 94 % der untersuchten Stichprobe schätzen den eigenen Sinn für Humor als mindestens durchschnittlich ein, während nur 6 % ihren Sinn für Humor als unterdurchschnittlich ausgeprägt werteten.

Was zeichnet nun Menschen aus, die Sinn für Humor haben? Aus dem Bereich der Persönlichkeitspsychologie ist bekannt, dass der individuelle Sinn für Humor durch Unterschiede in einer Reihe von humorassoziierten Eigenschaften bestimmt wird (Hehl u. Ruch 1985):

- Witze und andere lustige Stimuli verstehen zu können,
- Humor und Heiterkeit ausdrücken zu können (quantitativ und qualitativ),
- selbst Humor produzieren zu können (z. B. in Form von humorvollen Bemerkungen),
- Gefallen an Witzen, Cartoons und Humor aus anderen Quellen zu finden,
- das aktive Bemühen, sich erheitern zu lassen (z. B. lustige Filme anzuschauen),
- sich Witze oder lustige Ereignisse merken zu können,
- Humor als Bewältigungsmechanismus einzusetzen.

McGhee (1996, 2010a), dessen achtstufiges Trainingsprogramm zur Verbesserung des Sinns für Humor Grundlage des hier vorliegenden Manuals ist, definiert den Sinn für Humor als ein Zusammenspiel von fünf Faktoren:

1. **Intellektuell:** Hierzu zählt McGhee z. B. die Fähigkeit zum Spiel mit Worten und Ideen, wodurch eine humorvolle Wirkung erzielt wird.
2. **Sozial:** Zur Bewältigung von Konflikten oder zur Stärkung sozialer Bindungen. Auch das Bewusstsein, wann humorvolle Interaktion angemessen ist und wann nicht, zählt hier dazu.
3. **Emotional:** Dies beinhaltet z. B. die Fähigkeit, über sich selbst zu lachen und Humor als Bewältigungsstrategie einzusetzen.
4. **Expressiv:** Die Fähigkeit, Erheiterung auszudrücken wird als eine Art Gradmesser für die allgemeine Fähigkeit, Emotionen auszudrücken, angesehen und McGhee (1996) betrachtet beide Fähigkeiten als förderlich für die körperliche und seelische Gesundheit.
5. **Innere Einstellung:** Eine humorvolle Haltung besteht in der Fähigkeit, sowohl im täglichen Leben als auch unter Belastung das Absurde, Lächerliche oder Bizarre wahrzunehmen und dies als Grundlage einer humorvollen Bewältigungsstrategie nutzen zu können.

Beide Konzepte zum Sinn für Humor weisen Parallelen auf, wenngleich das Konzept von McGhee (1996) stärker den Charakter des Sinns für Humor als einer Fähigkeit, bestehend aus mehreren Einzelfähigkeiten, betont, die erlernt und durch Training verbessert werden können.¹ Dies steht im Gegensatz zu der Defi-

1 Unterstützen kann hierbei auch ein Kartenset: Vogler, JR Die Humorschatzkiste. 54 Karten für mehr Lebensfreude. Stuttgart: Klett-Cotta 2021.

nition des Sinns für Humor im allgemeinen Sprachgebrauch, der eher eine Eigenschaft impliziert, die man hat oder nicht hat. Dieses Konzept des Sinns für Humor als einer trainierbaren Fähigkeit soll daher auch allen weiteren Erwähnungen des Begriffes zugrunde gelegt werden.

1.2 Einfluss psychischer Störungen auf den Sinn für Humor

Wenn man Humorfähigkeiten mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten trainieren möchte, muss man beachten, dass manche Störungen mit einer verminderten Fähigkeit, sich selbst und andere zu erheitern oder Witziges zu verstehen, einhergehen können. Darauf muss man Rücksicht nehmen, indem man die Anforderungen verändert und auch manche Aspekte besonders trainiert.

Depression

Gerade depressive Symptome beeinträchtigen das Vermögen, sich erheitern zu lassen. Klassische Symptome sind Anhedonie, also eine verminderte Fähigkeit, positive Gefühle wie Freude zu empfinden, gedrückte Stimmung und Traurigkeit. Außerdem bestehen kognitive und soziale Defizite, die den Umgang mit Erheiterndem erschweren können.

Bekannt ist, dass Menschen mit mehr depressiven Symptomen Witze stärker ablehnen beziehungsweise negativer beurteilen als Gesunde (Hehl 2004). Sie benutzen häufiger maladaptive Humorstile. Darunter versteht man selbstentwertenden und aggressiven Humor (Martin 2007). Zudem benutzten sie Humor seltener als Bewältigungsstrategie (Deaner u. McConatha 1993; Falkenberg et al. 2011; Freiheit et al. 1998; Thorson u. Powell 1994). Menschen mit Depression sind jedoch trotz kognitiver Störungen meist durchaus in der Lage, Witze als solche zu erkennen. Sie lassen sich durch Witze und Komik aber weniger erheitern (Falkenberg et al. 2011). Die beobachtbaren Defizite in der kognitiven Verarbeitung von Witzen sind assoziiert mit der Wahrnehmung einer geringeren Witzigkeit der Stimuli bei depressiven Patientinnen und Patienten (Uekermann et al. 2008). Die erzielten Ergebnisse wurden meist mit Selbstbeurteilungsskalen gewonnen. Es könnte nun natürlich sein, dass sich die Depressiven hier aufgrund der generell in der Depression vorhandenen Tendenz, sich selbst zu entwerten, negativer beurteilt haben (und tatsächlich nicht humorloser waren als Gesunde). Dagegen spricht aber, dass bei den genannten Studien die Patientinnen und Patienten nicht alle ihre humorvollen Persönlichkeitseigenschaften negativer beurteilt haben. Darüber hinaus scheint auch in einer Depression die Disposition zur Verwendung von Humor weiter erhalten zu bleiben, wie Bokarius et al. (2011) berichten und dies als Ermutigung an Therapeutinnen und Therapeuten formulieren, humorvolle Interventionen bei Menschen mit Depression anzuwenden.

Außerdem zeigt die klinische Erfahrung, dass Menschen mit einer schwereren Depression tatsächlich das Vermögen fehlt, bei einer positiven Stimmung mitzuschwingen. Bereits Nussbaum und Michaux (1963) beschrieben deshalb auch

positive Reaktionen auf witziges Material bei Depressiven als einen Prädiktor der klinischen Besserung.

Eine wichtige Frage ist natürlich auch, ob der veränderte Humor ein Risikofaktor für Depression sein könnte. Letztendlich müsste dies mit einer aufwendigen prospektiven Studie unter Erfassung sehr vieler Menschen geklärt werden. In einer Studie haben wir Menschen untersucht, die eine schwere Depression (mit stationärer Behandlung) durchlebt hatten, nun aber nicht mehr depressiv waren (Schimon 2012). Diese ehemaligen Patientinnen und Patienten zeigten in Bezug auf alle untersuchten Humorparameter² keine signifikanten Abweichungen mehr von der Kontrollgruppe. Das ist ein Hinweis darauf, dass es sich bei der beobachteten Störung der Humorfunktionen während der Depression um ein vorübergehendes Phänomen und nicht um eine schon lange vorhandene Anlage handelt. Dazu passt auch, dass in einer Gruppe von Menschen mit remittierter bipolarer Störung keine Auffälligkeiten in der Einschätzung von witzigen Stimuli gefunden wurden (Bozikas et al. 2007).

Burnout

Burnout ist zwar keine offizielle (ICD-10), aber eine aktuell häufig gestellte Diagnose und in seinem Erscheinungsbild mit der Depression verwandt. Maslach und Leiter haben Burnout als »das Ausmaß der Dislokation zwischen dem, wie jemand ist und dem, was er tut« definiert (zit. nach Skovholt 2001, S. 107 f.), also als ein inneres Sich-von-sich-selbst-Entfernen. Burnout repräsentiere eine Erosion von Werten, Würde, Geist und Wille – eine Erosion der menschlichen Seele. Sarkasmus wird als eines der typischen Symptome betrachtet,³ also die Verwendung von aggressiven und selbstentwertenden, nur noch teilweise humorvollen Bemerkungen. Darauf sollte man in der Therapie wie auch im Training ein Augenmerk haben.

Humor wird als Burn-out-Prävention empfohlen, und zwar in Form einer spielerischen Einstellung oder als humorvolle, heitere Interaktion mit anderen (Skovholt 2001, S. 137 ff., S. 151 ff.), auch für Psychotherapeutinnen und -therapeuten als Teil der persönlichen Psychohygiene (Reddemann 2003; Malinowski 2013).

Schizophrenie

Bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie treten anders gelagerte Probleme auf, die bei der Durchführung eines Humortrainings berücksichtigt werden sollten. Formale Denkstörungen können dazu führen, dass Begriffe, die im

2 STHI (ein Fragebogen, der Erheiterbarkeit, Ernsthaftigkeit und schlechte Laune misst (Ruch u. Köhler 1998)), 3WD (erfasst Vorlieben für bestimmte Witztypen (Ruch 1992)), CHS (ein Maß für die Verwendung von Humor als Bewältigungsstrategie (Martin 1996)).

3 Andere Symptome sind emotionale Erschöpfung, Zynismus, Negativismus, Gereiztheit und Schuldgefühle.

übertragenen Wortsinn gebraucht werden, nicht richtig verstanden werden.⁴ Viele witzige Bemerkungen beruhen aber auf solchen Wortspielen.⁵ Dies führt dazu, dass dieser Typ von Witz nicht verstanden wird. Es handelt sich hierbei um ein generelles kognitives Problem, das nicht nur das Verständnis von Witzen beeinträchtigt (Bozikas et al. 2007; Polimeni et al. 2010). Hinzu kommt, dass in der Schizophrenie die Fähigkeit zur Mentalisierung,⁶ die bei vielen Witzen⁷ gefordert ist, beeinträchtigt ist (Corcoran et al. 1997; Marjoram et al. 2005). Manchmal führen solche formalen und inhaltlichen Denkstörungen auch zu unbeabsichtigter Komik.

Die Freude an Witzigem, z. B. an Nonsense und Slapstickkomik, ist aber durchaus erhalten, und Menschen mit Schizophrenie unterscheiden sich nicht von Gesunden in Bezug auf Witzpräferenzen im 3 WD-Test, einem Test, der individuelle Vorlieben für bestimmte Witze misst. Allerdings kann eine zusätzlich bestehende depressive Symptomatik die Fähigkeit zur Erheiterung beeinträchtigen (Falkenberg et al. 2007).

Im Umgang mit schizophrenen Patientinnen und Patienten sollte auch beachtet werden, dass oft eine Diskrepanz zwischen der Mimik, deren Ausdruck reduziert ist, und der inneren Wahrnehmung von Emotionen, die genauso lebhaft wie bei Gesunden ist, existiert (Kring u. Neale 1996; Sakamoto et al. 1997). Dies kann im direkten Kontakt den Eindruck einer reduzierten Heiterkeit erwecken. Andererseits tendieren Menschen mit Schizophrenie dazu, Lächeln auch als Reaktion auf negative Stimuli zu zeigen (Falkenberg et al. 2008). So können die mimischen Reaktionen dieser Patientinnen und Patienten auf den Kommunikationspartner irritierend oder unverständlich wirken, was jedoch nicht bedeuten muss, dass humorvolle Interaktionen nicht trotzdem willkommen sind.

Menschen mit chronischer Schizophrenie können aber trotzdem von der Beschäftigung mit Witzigem profitieren. In einer Studie von Gelkopf et al. (2006) wurde einer Gruppe von 29 stationären Patientinnen und Patienten über eine Dauer von drei Monaten täglich ein lustiger Film gezeigt. Im Gegensatz zu einer Kontrollgruppe, die neutrale Filme betrachtete, verbesserten sich Psychopathologie und soziale Fähigkeiten signifikant. Allerdings wurde nicht festgehalten, inwiefern die Teilnehmenden tatsächlich erheitert waren und wie oft sie z. B.

4 der sogenannte Konkretismus

5 Bsp.: Fragt der Psychiater: »Na, wie heißen Sie denn heute?« »Richard Gerel« »Komisch, gestern hießen Sie doch noch Kim Basinger!« »Ja, das war mein Mädchennamen!«

6 Mentalisierung beschreibt die Fähigkeit, sich in einen anderen hineinzuversetzen, eine »theory of mind« zu bilden.

7 Bsp. Ein Mann klagt seinem Psychiater: »Seit Wochen war ich von dem Gedanken besessen, mein Geschlechtsteil in den Gurkenschneider zu stecken. Ich träumte davon, dann konnte ich nicht mehr schlafen. In der Gurkenfabrik konnte ich mich auf nichts mehr konzentrieren. Ich dachte immer nur an das Eine. Gestern habe ich es getan!« »Mein Gott«, stöhnt der Arzt. »Und was geschah?« »Mir wurde sofort gekündigt.« »Und der Gurkenschneider?« »Der ist natürlich auch entlassen worden!«

lachten. Deshalb ist es durchaus möglich, dass dies ein Effekt einer generell verbesserten Stimmung auf der betreffenden Station war.⁸

Menschen mit Schizophrenie gaben aber genauso häufig wie die Mitglieder einer Kontrollgruppe an, Humor als Bewältigungsstrategie zu verwenden (gemessen mit der *Coping Humor Scale/CHS*; Falkenberg et al. 2007). Die PatientInnen können also kognitive Probleme beim Verstehen von Witzen haben und zeigen einen veränderten emotionalen Ausdruck. Genau wie Gesunde schätzen sie aber Komik und Erheiterung. In einer aktuellen eigenen Untersuchung konnten wir außerdem zeigen, dass Menschen mit Schizophrenie, die das Humorfähigkeiten-training gemäß dem vorliegenden Manual erhalten hatten im Vergleich zu denen, die ein Soziales Kompetenztraining durchlaufen hatten, eine deutlichere Verbesserung ihrer Symptomatik aufwiesen und darüber hinaus nach dem Training vermehrt adaptive Humorstile (v.a. selbstaufwertenden Humor) verwendeten (Falkenberg et al. im Review). Es lohnt sich also, trotz aller (sozial-)kognitiver Einschränkungen, die diese Patientinnen und Patienten aufweisen können, auch hier humorvolle Elemente in die Psychotherapie aufzunehmen.

Angststörungen

Wer lacht, kann nicht gleichzeitig stocksteif vor Angst sein – das ist einer der Gründe für die Beliebtheit von Klinikclowns.⁹ Angst und Erheiterung sind gegensätzliche Gefühlszustände. Erheiterung kann deshalb kurzfristig Ängstlichkeit reduzieren, wie in vielen Untersuchungen gezeigt wurde. In einer Studie von Szabo und Mitarbeitern bei gesunden Frauen führte ein zwanzigminütiges witziges Video zu mehr Reduktion von Angst und negativen Gedanken als ein gleichlanges Training auf einem Fitnessbike oder Musikhören (Szabo et al. 2005). Dabei wirkt Witziges doppelt: Einerseits verdrängt quasi die positive Emotion *Erheiterung* die negative Emotion *Angst*. Andererseits gibt es den Mechanismus der »kognitiven Distraktion«, der beinhaltet, dass zum Verstehen eines Witzes (im Gegensatz zu einfach nur angenehmen Stimuli) mentale Kapazität benötigt wird, die dann nicht für ängstliches Grübeln zur Verfügung steht (Strick et al. 2009).

Allerdings muss der Witz zu den Betroffenen passen: In einer anderen Studie zeigte sich, dass bei der Mehrzahl der Probanden Cartoons nicht mehr als witzig empfunden wurden, wenn sie sich mit dem Protagonisten identifizierten und dieser als Opfer dargestellt wurde (Moran 1996). Dann können Witze auch Angst hervorrufen (Janes u. Olson 2010). In dieser Studie zeigten die Teilnehmenden mehr Angst vor Fehlern, wenn sie zuvor Witze, bei denen Dritte entwertet wurden, angehört hatten. Andererseits führte das Anhören von selbstentwertenden

8 Wie sich in einer früheren Studie dieses Autors herausstellte: Die positivere Beurteilung der Patientensymptomatik basierte damals auf einer Stimmungsbesserung des Personals (Gelkopf et al. 1994). Dieser Effekt wurde in der neuen Studie aber ausgeschlossen.

9 In einer Studie zur präoperativen Angst bei Kindern führte der Kontakt mit Klinikclowns zu einer signifikanten Angstreduktion, mehr als das bloße Zusammensein mit den Eltern (die vielleicht selbst auch ängstlich waren (Vagnoli 2005)).

Witzen zu mehr Kreativität. Die Autoren interpretieren dies so, dass die Probanden mehr Angst hatten, selbst zur Zielscheibe von Witzen zu werden. Vielleicht führte selbstentwertender Humor bei anderen Personen auch zu mehr Mut und Offenheit im eigenen Denken.

Humor als Bewältigungsstrategie zu besitzen kann sogar die Ergebnisse in einem Mathematiktest verbessern. Eine Studie von Ford et al. (2004) zeigte, dass Frauen mit höheren Werten für Humor als Bewältigungsstrategie weniger ängstlich waren und (wahrscheinlich dadurch) bessere Ergebnisse erreichten. In einer Studie an Collegestudenten gaben trotz gleicher Anzahl von Alltagsproblemen die Studierenden mit viel Humor weniger Angst und Stress an als jene mit wenig Humor (Abel 2002). Sinn für Humor war vergesellschaftet mit den Bewältigungsstrategien »Positive Neubewertung« und »Fokussierung auf das Problem«. Die Autoren weisen darauf hin, dass Humor hilft, eine Situation neu zu strukturieren und anders zu betrachten. Dies waren wohlgemerkt Studien an Gesunden mit mehr oder weniger Angst.

Bei Menschen mit Angststörungen tritt Angst in eigentlich ungefährlichen Situationen auf. Ob sie einen anderen Humorstil benutzen oder weniger erheiterbar sind, ist nicht gut untersucht. In einer frühen Studie (Levine u. Redlich 1960) an 183 psychiatrischen Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen (schweren) Erkrankungen zeigten die Teilnehmenden im Vergleich zu Gesunden weniger Erheiterung durch Cartoons. Die Autoren erklären dies so, dass Witziges zwar zu einer Reduktion von Angst führen kann, aber wenn die Angst zu groß ist, sei keine Reduktion mehr möglich und deshalb auch der Effekt von Cartoons beeinträchtigt. Vielleicht war in diesem Fall auch die kognitive Distraktion durch die Angst zu groß.

Witziges und Komik können in der Psychotherapie von Menschen mit Angststörungen benutzt werden, um einen Perspektivwechsel hervorzurufen. Eine systematische Studie mit PatientInnen mit Spinnenphobie ergab, dass das Betrachten von humorvollen Stimuli (z. B. eine Spinne im Ballettrock) die Angst genauso gut reduzierte wie klassische Desensibilisierung (Ventis et al. 2001). Allerdings scheinen Menschen mit mehr Angst (in diesem Fall erneut Psychologiestudierende ohne klinische Erkrankung) humorvolle Bemerkungen von TherapeutInnen nicht unbedingt zu schätzen (vielleicht, weil dies eigenen Erwartungen an TherapeutInnen zuwiderläuft; Blank et al. 1983).

Sie beurteilten TherapeutInnen, die in einem schriftlichen Dialog zwischen Therapeut und Klient humorvolle Bemerkungen machten, negativer. Zu bedenken ist in der Arbeit mit AngstpatientInnen auch, dass es Menschen gibt, die Angst davor haben, ausgelacht zu werden (sogenannte Gelotophobiker; Ruch u. Proyer 2009). Diese Menschen sind aber auch einem Gruppentraining zugänglich, in dem Humor, Heiterkeit und Lachen geübt werden (Titze 2011).

Andere psychische Erkrankungen

Andere psychische Erkrankungen sind im Hinblick auf Erheiterbarkeit, Humorstil, den Einsatz von Humor als Bewältigungsstrategie oder in der Psychotherapie dieser Erkrankungen bisher wenig systematisch untersucht.

Bei Alkoholabhängigen zeigten sich Defizite sowohl bei den kognitiven wie auch bei den emotionalen Verarbeitungsmechanismen von humorvollem Material (Uekermann et al. 2007). Aus der klinischen Erfahrung mit Suchtkranken kann vermutet werden, dass eine Tendenz zu maladaptiven Humorstilen (aggressiv, entwertend, selbstentwertend) besteht und witzige Bemerkungen eingesetzt werden, um eine tiefere Auseinandersetzung mit der Störung zu vermeiden (Scherer u. Scherer 1994). Auch dieses Verhalten sollte dann im Humortraining thematisiert werden.

Menschen mit Autismus haben Schwierigkeiten mit der Mentalisierung. Dazu passend können sie Witze, in denen man sich in die Akteure hineinversetzen muss, nicht so gut verstehen oder schätzen. Witze, bei denen das nicht der Fall ist (z.B. visueller Nonsense), werden von ihnen jedoch genauso beurteilt wie von Gesunden (Samson u. Hegenloh 2010).

Auch Patientinnen und Patienten mit Demenz haben kognitive Probleme, komplexe Witze oder Ironie zu verstehen. Andererseits ist die Freude am Komischen lange erhalten, wie die Erfahrungen in Humorgruppen (Hänni 2011; Hirsch 2011; Kranzhoff u. Hirsch 2001; Walter et al. 2007) und mit Klinikclowns auf einer geriatrischen Station (Wild et al. 2007) zeigen. Sicher macht sich dabei positiv bemerkbar, dass es nicht das eine Humorzentrum im Gehirn gibt, sondern dass das Verstehen von und die Freude an Witzen, Komik und Humor sehr viele Teile des Gehirns involvieren (Wild 2010). Dies macht den Humor weniger anfällig in Bezug auf zerebrale Durchblutungsstörungen oder andere Ausfälle, quasi »altersresistent«.

Menschen mit frühen Traumatisierungen tendieren oft zu Galgenhumor, können sehr ironisch, auch sarkastisch sein. Sachsse betrachtet dies als eine Möglichkeit für sie, mithilfe des Humors Souveränität zurückzugewinnen: Wenn es gelingt, über einen Angreifer zu lachen, dann ist man »one up« (Sachsse 2011). Er weist auch darauf hin, dass die Fähigkeit zu Ironie und Witzen ein hilfreiches Merkmal bei der Differenzialdiagnose zwischen Menschen mit Borderlinestörung und Menschen mit Psychose sein kann. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, dass mithilfe von Witzigem bei diesen Patientinnen und Patienten Mentalisierung geübt werden kann.

Systematische Studien zu Humor bei ZwangspatientInnen oder Menschen mit Persönlichkeitsstörungen existieren bisher nicht. Patientinnen und Patienten mit Zwangskrankheit lachten allerdings verhaltener und seltener als Gesunde, was sich im Laufe einer Therapie normalisiert (Mergl et al. 2003). Es ist vorstellbar, dass das Spielerische im Humortraining und die Erfahrung, dass eigene Fehler auch positive, nämlich erheiternde Seiten haben können, bei Menschen mit Zwangsstörungen hilfreich sind.

1.3 Humor im Gehirn

Philipp Berger

Humor kann – in der ein oder anderen Form – bei allen Menschen beobachtet werden. Jedoch unterscheiden sich Menschen häufig substanziell in der Wahrnehmung und im Ausdruck von Humor. Wie entstehen diese interindividuellen Unterschiede in der Humorfähigkeit? Und wie sind sie in uns Menschen repräsentiert? Um diese Fragen zu ergründen, lohnt ein Blick in die neurobiologischen Grundlagen von Humor.

In der aktuellen wissenschaftlichen Untersuchung von Humor spielt das Gehirn eine zentrale Rolle. Mit Hilfe der funktionellen Bildgebung sind wir heute in der Lage, Gebiete des Gehirns zu entdecken, die mit spezifischen Prozessen der Verarbeitung von Humor, aber auch mit ganz individuellen Humorfacetten eng verbunden sind. Hierfür werden neurowissenschaftliche Verfahren, wie die funktionelle Magnetresonanztomographie (fMRT), verwendet, die es uns ermöglichen, die Durchblutung von Hirnregionen (also: Hirnaktivierung) in spezifischen Regionen zu beobachten, während die Versuchsperson bestimmte (z.B. humorvolle) Aufgaben ausführt. Durch diese und andere Methoden war es in den letzten Jahrzehnten der neurowissenschaftlichen Forschung möglich, einige grundlegende Fragen zur Repräsentation von Humor im Menschen zu stellen.

Wahrnehmung und kognitive Verarbeitung von Humor

Ein großer Teil der neurowissenschaftlichen Erforschung von Humor widmet sich der Untersuchung neuronaler Aktivierung im Prozess der Wahrnehmung, wie etwa bei der Verarbeitung von Witzen oder Cartoons. In einer der ersten fMRT-Studien zu den neuronalen Grundlagen von Humor (Goel u. Dolan 2001), beispielsweise spielten die Studienleiter ihren Probanden im MRT witzige und nicht-witzige Sätze vor. Anschließend sollten die Versuchspersonen zu jedem einzelnen Satz angeben, ob sie diesen tatsächlich als witzig empfunden haben. Mit dieser klassischen Versuchsanordnung konnten die Autoren zeigen, dass ein bestimmtes Gebiet in der Grenzregion zwischen Temporal- und Parietallappen durch die Wahrnehmung witziger Sätze (im Vergleich zu den nicht-witzigen Sätzen) aktiviert wird. In einem zweiten Schritt betrachteten die Autoren dann nur diejenigen Sätze, die von den Versuchspersonen auch als tatsächlich witzig *empfunden* wurden. Hier fand sich neuronale Aktivierung in einem anderen Hirnareal, dem medialen präfrontalen Kortex. Aus diesen Beobachtungen wurde nun geschlossen, dass offenbar unterschiedliche Gehirnregionen für die sprachbasierte, kognitive Verarbeitung (temporo-parietale Grenzregion) und die emotionale Verarbeitung von Humor (medialer präfrontaler Kortex) relevant sind. Auch wenn folgende Studien neuronale Aktivierungen – je nach Art der verwendeten Stimuli und Darstellung (visuell vs. auditiv) – auch in anderen Gebieten zeigen konnten, ist die Grundannahme einer dualen neuronalen Repräsentation der kognitiven und emotionalen Verarbeitung von Humor bis heute weit verbreitet.

Auf Basis von neurowissenschaftlichen Erkenntnissen konnte zudem die Komponente der Wahrnehmung und kognitiven Verarbeitung von Humor weiter ausdifferenziert werden. Als Grundlage diente dabei ein durch Suls (1972) vorgeschlagenes Zwei-Stufen-Modell der Humorverarbeitung. Dieses schlägt vor, dass bei der Verarbeitung eines Witzes zunächst eine Inkongruenz (zwischen Witzanfang und Pointe) wahrgenommen werden muss. In einem zweiten Schritt kommt es dann durch eine Neuinterpretation zur Auflösung der Inkongruenz und zur Herstellung einer neuen Kohärenz. Eine ganze Reihe an Befunden aus der funktionellen Bildgebung kann mit diesem Modell grundsätzlich in Einklang gebracht werden. Aus meta-analytischen Untersuchungen wissen wir, dass die Komponente der Wahrnehmungs- und Verständnisprozesse von Humor, bei der Inkongruenz verarbeitet und aufgelöst werden muss, tatsächlich mit der oben beschriebenen temporo-parietalen Grenzregion in Zusammenhang steht (Vrticka et al. 2013a). In anderen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass dieses Areal Input von verschiedenen sensorischen Modalitäten erhält und entscheidend an Problemlöseprozessen und Aufmerksamkeitssteuerung beteiligt ist (Vossel et al. 2012; Mitchell 2008). Je nach Modalität sind noch weitere Hirnregionen an den Wahrnehmungs- und Verständnisprozessen beteiligt. In einer Reihe an Studien konnte etwa neuronale Aktivierung im Bereich des linken Frontallappens festgestellt werden, genauer in den Brodmann-Arealen 44 und 45. Diese Regionen sind als Bestandteil des Sprachnetzwerkes mit verbalen und non-verbalen Sprachprozessen assoziiert (Skeide u. Friederici 2016).

Es ist wichtig anzumerken, dass einzelne Stufen der kognitiven Humorverarbeitung nach Suls (1972) mit der Methode der funktionellen Kernspintomographie *zeitlich* nicht differenziert werden können – Grund hierfür ist die vergleichsweise geringe zeitliche Auflösung des fMRT. In einigen Untersuchungen ist mit Hilfe der Elektroenzephalographie (EEG) jedoch eine solche Differenzierung anhand der Messung von Hirnströmen gelungen (Feng et al. 2014).

Emotionale Verarbeitung und Reaktion

Neben den kognitiven Verarbeitungsprozessen von Humor gibt es natürlich noch eine weitere, zentrale Komponente: die emotionale Reaktion. Ganz im Unterschied zu einem Rätsel folgt nämlich bei einem Witz nach der Wahrnehmung und Auflösung von Inkongruenz in der Regel (aber nicht immer) die Erheiterung. Diese emotionale Reaktion ist klassischerweise mit der Aktivierung des »Belohnungssystems« verbunden, dabei insbesondere mit dem ventralen Striatum und den Mandelkernen (Amygdala). Eine Aktivierung in diesen phylogenetisch-älteren, dopaminergen Bereichen des Gehirns wurde in vorangegangenen Studien äußerst konsistent mit einer Fülle an positiven Emotionen und Belohnungsprozessen in Zusammenhang gebracht (Kringelbach 2010). Wie eine Reihe an Studien vorschlägt, kann Humor eine sehr ähnliche belohnende neuronale Reaktion auslösen (Mobbs et al. 2003; Watson et al. 2006). In jüngeren Untersuchungen konnte zudem – ähnlich zu den Untersuchungen von Goel u. Dolan (2001) – gezeigt werden, dass auch der mediale präfrontale Kortex über Verbindungen

zum Belohnungssystem im Gehirn eine wichtige Rolle bei der emotionalen Verarbeitung von Humor einnimmt (Berger et al. 2018a).

Produktion von Humor

Im Vergleich zu den weitreichenden Untersuchungen der passiven Rezeption von Humor hat die aktive Produktion, also z. B. das Generieren von lustigen Ideen, in der neurowissenschaftlichen Forschung weit weniger Aufmerksamkeit erhalten. Dies mag auf den ersten Blick überraschend sein, ist doch die Fähigkeit des Menschen, humorvolle Inhalte zu generieren, ein besonders faszinierender Aspekt von Humor und sogleich wichtiger Bestandteil der sozialen Funktion. Diese Schieflage liegt vor allem in methodischen Aspekten der bildgebenden Verfahren begründet: Das Produzieren aktiver Sprache im fMRI erzeugt erhebliche Bewegungsartefakte, die wiederum eine detaillierte statistische Auswertung ausschließen. Erst in den letzten Jahren konnte mit Hilfe neuer technischer sowie statistischer Verfahren eine reliable und valide Messung von Hirnaktivität während der Sprachproduktion erreicht werden.

Einige Studien konnten auf diese Weise bereits die neuronalen Korrelate von kreativen Denkprozessen genauer untersuchen. Dabei zeigte sich, dass statt einer Aktivierung in bestimmten Gehirnregionen, kreative Denkprozesse scheinbar mit der Interaktion ganzer Netzwerke im Gehirn zusammenhängen (Beaty et al. 2018). Diese Netzwerke haben normalerweise unterschiedliche Aufgaben, sie sind zum Beispiel an kognitiven Kontrollprozessen beteiligt, oder an der emotionalen Verarbeitung. Im komplexen Prozess der Kreativität jedoch, sind diese Netzwerke auf besondere Art und Weise miteinander verbunden.

Ganz ähnlich verhält es sich wahrscheinlich auch mit der Humorproduktion, welche wir als Spezialfall von kreativen sprachbasierten Denkprozessen verstehen können. In einer ersten Untersuchung konnte gezeigt werden, dass die Anzahl an produzierten humorvollen Ideen mit einer *negativen* Konnektivität des präfrontalen Kortex mit Arealen der emotionalen Verarbeitung, wie der Amygdala, zusammenhängt (Bitsch et al. 2021). Dieser Befund deutet darauf hin, dass kognitive Kontrollprozesse das präfrontale Kortex im Prozess der Humorproduktion bewusst »abgeschaltet« werden, um emotionsbasierten, intuitiven Prozessen Vorrang zu geben.

Einfluss interindividueller Unterschiede und Pathologie

Die bisher dargestellten Befunde beziehen sich auf einzelne Facetten von Humor und untersuchen, wie einzelne Prozesse der Humorverarbeitung im Gehirn repräsentiert sind. Es gibt jedoch gute Gründe anzunehmen, dass die Art und Weise, wie Humor verarbeitet wird, von Mensch zu Mensch unterschiedlich ist. Ein besseres Verständnis der neuronalen Repräsentation interindividueller Unterschiede von Humor könnte entscheidend zur Weiterentwicklung evidenzbasierter Therapie- und Trainingsprogramme der Humorfähigkeiten beitragen.

Aus zahlreichen Untersuchungen wissen wir, dass unsere Persönlichkeit mit

klaren Unterschieden in der Hirnstruktur verknüpft ist, die z. T. genetisch bedingt sind (DeYoung et al. 2010; Riccelli et al. 2017). Zudem hat die Persönlichkeit einen modulierenden Einfluss auf die neuronale Verarbeitung von emotionalen Stimuli (Canli et al. 2001; Haas et al. 2007). Es überrascht daher nicht, dass auch die Verarbeitung von Humor durch unsere Persönlichkeit beeinflusst wird. In einer Reihe an Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass die neuronale Aktivierung während der kognitiven und emotionalen Verarbeitung von Humor in den oben beschriebenen Gehirnregionen durch stabile Persönlichkeitsdimensionen moduliert wird (Berger et al. 2018b; Mobbs et al. 2005; Samson et al. 2009). Genauer waren besonders emotionale Stabilität (als Gegensatz zu Neurotizismus) und Extraversion mit einer gesteigerten Aktivität in Arealen der emotionalen Verarbeitung von Humor verbunden. Ähnliche Effekte konnten bereits bei Kindern im Alter von 6 bis 13 Jahren gezeigt werden (Vrticka et al. 2013b).

Auch psychiatrische Erkrankungen wie Schizophrenie und Autismus konnten mit einer veränderten neuronalen Aktivierung bei der Humorverarbeitung in Zusammenhang gebracht werden (Vrticka et al. 2013a). Bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie beispielsweise wurde während der Humorverarbeitung eine verminderte Aktivität des präfrontalen Kortex sowie eine reduzierte Kommunikation mit Arealen des Belohnungssystems beobachtet (Berger et al. 2018a). Diese Veränderungen standen wiederum in Zusammenhang mit einer verminderten emotionalen Reaktion auf humorvolle Reize. Ein ähnlicher neuronaler Mechanismus wurde in anderen Studien bereits mehrfach mit einer verminderten Fähigkeit zum Empfinden von Freude und Belohnung verbunden (Heller et al. 2009; Heller et al. 2013). Für die weitere Forschung wird es wichtig, sein diese Befunde auf andere Krankheitsbilder zu übertragen, die ähnliche Schwierigkeiten in der Wahrnehmung und Verarbeitung von Humor aufweisen.

1.4 Training von Humorfähigkeiten

Sinn für Humor kann man trainieren

Um eine möglichst dauerhafte Verbesserung der Humorfähigkeiten mithilfe eines Trainings erzielen zu können, ist eine ausgewogene Mischung zwischen theoretischer Informationsvermittlung über Humor und praktischen Übungen entscheidend. Dadurch werden den Teilnehmenden die konkrete Vorgehensweise und die Einzelschritte transparent und nachvollziehbar gemacht.

In den letzten Jahren sind unterschiedliche Humor-Trainingsprogramme entwickelt worden. Teilweise wurde der Erfolg dieser Methoden auch wissenschaftlich evaluiert, z. B. im Rahmen von Dissertationsprojekten. Leider sind viele dieser Arbeiten jedoch nicht allgemein zugänglich, sodass die generelle Einschätzung der Methoden und ihrer Wirksamkeit schwierig ist. Auch in Abhängigkeit von der Zielgruppe und dem Bereich, in welchem Verbesserungen gewünscht sind, bearbeiten die Programme unterschiedliche Schwerpunkte. So unterscheiden sich z. B. Trainingsprogramme, die zur Verbesserung der Humorfähigkeiten von Lehrkräften im Unterricht oder zur Stressbewältigung konzipiert wurden, von

denen, die Humor als ein rhetorisches Element oder zur Erhöhung der Überzeugungskraft bei Verkäuferinnen und Verkäufern verbessern wollen. Wenn Evaluationen dieser Programme vorgenommen wurden, so unterschieden sich auch die verwendeten Instrumente. Die Methoden der Erfolgsprüfung reichen dabei von der reinen Selbstbeurteilung der Teilnehmenden bis hin zur Anwendung von etablierten Fragebögen.

Humortrainings mit gesunden Versuchspersonen

Zu den Trainingsansätzen, für die eine Evaluation vorliegt, zählt der Ansatz von Ziv (1988). Hierbei wurde untersucht, ob Humortraining die didaktischen Fähigkeiten von Hochschuldozenten verbessert. Es wurden zwei Gruppen von Unterrichtsmethoden verglichen. In der ersten Gruppe verwendete der Dozent nach vorangegangenem Training humorvolle Elemente, um den Unterrichtsstoff (statistische Methoden) zu vermitteln. Eine der verwendeten Techniken beinhaltete z.B., gezielt Witze oder Cartoons zur Vermittlung des Stoffes einzusetzen, in denen ein inhaltlicher Bezug zu den Lernstoffen bestand. In der Kontrollgruppe wurde derselbe Stoff, jedoch ohne witzige didaktische Elemente, vermittelt. In der Abschlussprüfung zu dem Seminar erbrachten diejenigen Studierenden bessere Leistungen, denen der Unterrichtsstoff humorvoll vermittelt wurde, während die andere Gruppe, die keinen humorvollen Unterricht erhalten hatte, schlechter abschnitt.

Nevo et al. (1998) entwickelten ein Programm zur Förderung der motivationalen, kognitiven, emotionalen, sozialen und Verhaltensaspekte des Sinns für Humor. Dieses Programm wurde dann bei vier Gruppen, bestehend aus insgesamt 101 Lehrerinnen, evaluiert. Die erste Gruppe durchlief dabei das gesamte Programm mit theoretischer Informationsvermittlung und praktischen Übungen. Die zweite Gruppe wurde beschränkt auf den passiv-theoretischen Teil. In der dritten Gruppe fanden lediglich regelmäßige Treffen statt, um Themen ohne Humorbezug (z.B. Prüfungsangst) zu diskutieren. Die vierte Gruppe war eine reine Wartekontrollgruppe. Sowohl in der Eigen- als auch in der Fremdbeurteilung zum Sinn für Humor und der Humorproduktion ergab sich nach dem Training eine signifikante Zunahme der Humorproduktion wie auch der allgemeinen Wertschätzung für Humor in den ersten beiden Gruppen gegenüber Gruppe drei und vier. Allerdings fand sich in der dritten Gruppe, die lediglich regelmäßige Treffen abhielt, ebenfalls eine Verbesserung in den Sinn-für-Humor-Skalen. Diese war in der vierten Gruppe nicht zu beobachten. Es scheint also, dass auch die reine soziale Interaktion, bei der sicherlich ebenfalls spontan Humor aufgetreten ist, schon zu einer Verbesserung des Sinns für Humor führen kann.

Das Trainingsprogramm von Paul McGhee (1996, 2010a), welches dem vorliegenden Manual zugrunde liegt, wurde bisher im Gesundheitsbereich hauptsächlich mit organisch Kranken, aber auch mit medizinischem Personal, angewandt. Das Programm fokussiert auf die intellektuellen, sozialen, emotionalen, expressiven und haltungsbezogenen Komponenten des Sinns für Humor und liegt in einer deutschen Version vor, die an einer Gruppe von 80 Personen vali-

diert wurde (Sassenrath 2001). Die Teilnehmenden wurden in vier Gruppen aufgeteilt: Gruppe 1 absolvierte das gesamte Trainingsprogramm, Gruppe 2 nur den theoretischen Teil ohne praktische Anwendungen, Gruppe 3 diente als Kontrollgruppe, die zu regelmäßigen Treffen zusammenkam und verschiedene Themen diskutierte, und Gruppe 4 erhielt als Wartegruppe keinerlei Intervention. Vor Beginn, nach acht Wochen (Trainingsende) sowie nach zwölf Wochen wurden Messwerte für den Sinn für Humor, Coping-Humor und positive bzw. negative Befindlichkeit erhoben. In den beiden Experimentalgruppen (1 und 2) fanden sich sowohl kurz- als auch längerfristige Verbesserungen auf den Skalen für Sinn für Humor, Coping-Humor und positive Befindlichkeit. Demgegenüber fanden sich nur einzelne, unsystematische und kurzfristige Verbesserungen auf einzelnen Skalen in den beiden Kontrollgruppen (3 und 4). Die deutlichste und nachhaltigste Verbesserung war in Gruppe 1 gegenüber Gruppe 2 zu verzeichnen. Offensichtlich trägt die praktische Umsetzung der theoretisch erlernten Humormechanismen also ganz entscheidend zur Wirksamkeit des Trainings bei, aber auch die theoretische Beschäftigung mit diesem Thema, vielleicht bedingt durch entsprechende Aufmerksamkeitslenkung im Alltag, hat eine gewisse Wirkung.

Es existieren einige weitere Untersuchungen, die dasselbe Programm zum Gegenstand hatten und bei unterschiedlichen Personengruppen angewandt wurden. So führte Gunderson (1998) das Training im Rahmen einer Masterarbeit mit einer Gruppe älterer Menschen durch (Durchschnittsalter 82 Jahre), während eine Kontrollgruppe über acht Wochen regelmäßige Treffen abhielt, um selbst ausgewählte Filmkomödien anzuschauen. Lediglich in der Gruppe, die das aktive Training durchlief, war anschließend eine Zunahme der Coping-Fähigkeiten zu verzeichnen.

Crawford und Caltabiano (2011) verglichen die Wirksamkeit des Trainings in Bezug auf emotionales Wohlbefinden gegenüber einer Kontrollgruppe, die sich zu geselligen Treffen mit humorigen Plänkeleien, jedoch ohne gezielte Intervention traf, und einer Wartekontrollgruppe ohne jegliche Intervention. Die Datenerhebung erfolgte zum Baseline-Zeitpunkt, direkt nach Abschluss des Trainings sowie im Rahmen einer Drei-Monats-Follow-up-Untersuchung. Lediglich in der Trainingsgruppe, nicht jedoch in den beiden Kontrollgruppen stiegen die Skalenzwerte für Selbstwirksamkeit, positiven Affekt, Optimismus und Kontrollüberzeugung an, während die Werte für subjektiv erlebten Stress, depressive Stimmung und Angst zurückgingen. Dieser Befund war auch in der Follow-up-Untersuchung stabil.

Ein ähnliches Design wie Sassenrath (2001) wandten Rusch und Stolz an (2009). Wiederum wurden vier Gruppen untersucht. Die erste durchlief das gesamte Trainingsprogramm von McGhee (1996), die zweite lediglich den Theorieteil, die dritte erhielt ein von den Autorinnen selbst gestaltetes Training, und die vierte diente als Wartekontrollgruppe. Auch hier wurden zu drei Zeitpunkten (prä, post und als Zwei-Monats-Follow-up) verschiedene Sinn-für-Humor-Skalen und eine Einschätzung der Lebenszufriedenheit durchgeführt. Es fand sich hier lediglich in der ersten Gruppe eine Zunahme des Sinn-für-Humor-Skalenwertes wie auch der Trait-Heiterkeit, d.h. Heiterkeit als überdauernder Persön-

lichkeitseigenschaft (sowohl in der Eigen- wie auch der Fremdbeurteilung durch Bezugspersonen), sowie eine Zunahme der Lebenszufriedenheit (Selbsteinschätzung).

Humor-Interventionen mit Patientinnen und Patienten

An allen bisher genannten Studien haben ausschließlich Gesunde teilgenommen. In der Literatur finden sich jedoch auch einige wenige Untersuchungen und vor allem Fallberichte über die therapeutische Verwendung von Humor in der Psychiatrie (Marcus 1990; Minden 2002; Richman 1996). Hirsch (2011) beschreibt eine regelmäßig wöchentlich stattfindende »Humorgruppe« in seiner Klinik, an welcher stationäre gerontopsychiatrische PatientInnen mit unterschiedlichen Diagnosen (mit Ausnahme von akuten psychotischen Störungen, Substanzabhängigkeit bzw. -abusus und kognitiven Störungen) teilnehmen. Die stabilen Elemente der Gruppe umfassen Tanz, Musik, Singen, Rollenspiel (von heiteren oder auch unangenehmen Ereignissen, die humorvoll aufgearbeitet werden), clowneske Interventionen und eine »Witzrunde«. Daneben wird jedoch viel Raum für spontane Beiträge und Entwicklungen gegeben. Im Vergleich zu jenen Patientinnen und Patienten, die mit Standardtherapie behandelt wurden, wiesen solche mit einer depressiven Störung nach Durchlaufen der Humorgruppe eine Zunahme von Heiterkeit, Lebenszufriedenheit und Resilienz auf. Dies traf vor allem auf die Gruppe von Menschen mit mittelschwerer bis schwerer depressiver Symptomatik zu, d.h. diese Gruppe schien besonders von der Intervention zu profitieren (Hirsch et al. 2010). Auch in einer weiteren Studie erwies sich die Verwendung humorvoller Elemente in der Gruppentherapie geriatrischer PatientInnen mit Depression bzw. Demenz vom Alzheimer-Typ als hilfreich (Walter et al. 2007). In den regelmäßig stattfindenden Gruppentherapiesitzungen wurde vom Gruppenleiter eine heitere Atmosphäre erzeugt, indem beispielsweise Anekdoten oder lustige Geschichten erzählt wurden. Zusätzlich sollten auch die Teilnehmenden humorvolle Erinnerungen aus ihrer eigenen Biografie berichten und dadurch andere an den heiteren Erlebnissen teilhaben lassen. Es fand sich eine Verbesserung der subjektiven Lebensqualität in der Gruppe der Depressiven, die an der Humortherapie teilgenommen hatten, verglichen mit einer Kontrollgruppe ohne Humortherapie, wenngleich dieser Gruppenunterschied nicht statistisch signifikant wurde.

In einer eigenen Untersuchung konnten wir darüber hinaus zeigen, dass die hier vorliegende Adaption des Trainings von McGhee bei Menschen mit depressiven Störungen ebenfalls durchführbar ist. Die Patientinnen und Patienten haben den gewählten, humorvollen Ansatz sehr zu schätzen gewusst und sich gern und aktiv an den Trainingssitzungen beteiligt. Darüber hinaus war eine signifikante Stimmungsverbesserung im Laufe der einzelnen, wöchentlich stattfindenden Sitzungen zu verzeichnen, und die Teilnehmenden sahen sich nach Abschluss des Trainings besser in der Lage, Humor als Coping-Strategie einzusetzen (Falkenberg et al. 2011). Um das Training von McGhee erfolgreich bei Depressiven einsetzen zu können, sollte jedoch ausreichend Zeit zur Verfügung

stehen. Bei einer Verdichtung der Trainingseinheiten auf zweimal pro Woche, d.h. einer Verkürzung der Gesamttrainingsdauer auf vier gegenüber acht Wochen, ergab sich keine signifikante Stimmungsverbesserung und auch keine signifikante Verbesserung des Sinns für Humor (Wilbers 2009, zit. n. McGhee 2011).

Humorgruppen und Trainings von Humorfähigkeiten werden also in vielen Bereichen eingesetzt, und die bisher vorhandenen Belege zu ihrer Wirksamkeit, gerade auch bei Menschen mit psychischen Störungen, ermutigen zu einer weiteren Verfolgung dieses Ansatzes. Weitere Studien sind erforderlich, um die wirksamen Faktoren besser charakterisieren zu können und ihre Anwendung entsprechend gezielter zu fördern. Aus der bisherigen Erfahrung mit der Anwendung des modifizierten Trainingsprogramms von McGhee in der Arbeit mit Patientinnen und Patienten gehen wir davon aus, dass einer der Wirkfaktoren des Trainings ist, dass die Teilnehmenden lernen, sich selbst die Erlaubnis zu witzigem, komischem oder alberinem Verhalten zu geben. Dies beinhaltet auch die Erlaubnis, nicht immer perfekt sein und gut funktionieren zu müssen, sondern auch Fehler machen zu dürfen. Fehler und Unzulänglichkeiten können hier sogar erwünscht und wertvoll sein, da sie ja oft die Grundlage für Witziges und Erheiterndes bilden. Weiterhin tragen sicherlich das strukturierte Vorgehen und die Fokussierung auf wesentliche Humoraspekte und deren Erlernen innerhalb eines geschlossenen Programms zu seiner Wirksamkeit bei. Die einzelnen therapeutischen Schritte sind transparent und nachvollziehbar. Die Struktur des Trainings ähnelt daher derjenigen anderer Therapieverfahren, die die Patientinnen und Patienten bereits kennengelernt und deren Wirksamkeit sie erfahren haben. Dies erleichtert es ihnen, sich auf den doch nach wie vor noch ungewöhnlichen Ansatz einzulassen, da trotz des spielerisch-heiteren Vorgehens doch eine klare Zielorientierung erkennbar ist.

Humortraining bei Schizophrenie

Florian Bitsch

Warum nimmt Fritzchen ein Stück Brot mit auf das WC? »Ist doch klar!«, wirft ein Patient verschmitzt ein: »Damit die Wurst besser schmeckt«. Die Gruppe lacht, bis sich die Balken biegen. Daraufhin löst die Patientin den Witz auf: »Nein, nein, um die WC-Ente zu füttern!«

Die hier geschilderte Anekdote stammt aus einem Humortraining mit Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie. Anschaulich weist sie darauf hin, wie humorvolle Ideen spontan in Gruppensituationen entstehen und wie sie zur Erheiterung führen können, selbst – oder gerade – bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung wie der Schizophrenie. Freilich gilt die Erkrankung mit ihren mannigfaltigen Veränderungen im Denken und Fühlen als eine der schwerwiegendsten psychischen Störungen (Wittchen u. Hoyer 2011). Ein Blick in die Diagnosemanuale zeigt, dass die Schizophrenie das Leben der Betroffenen ganzheitlich und mitunter gravierend verändert. Charakteristisch für das Störungs-

bild sind die sogenannten Positivsymptome, zu denen das wahnhaftes und halluzinatorisches Erleben sowie die formalen Denkstörungen zählen, die einen desorganisierten, mitunter verlangsamten Denkprozess beschreiben (American Psychiatric Association 2013). Neben diesen Symptomen sind Verflachungen des emotionalen Erlebens, die Reduktion des motivationalen Antriebs, sowie eine zunehmende soziale Isolation typische Merkmale der Schizophrenie, die als Negativsymptome der Störung bezeichnet werden.

Überblickt man beide Symptombereiche, stellt man fest, dass die beiden wesentlichen Komponenten der Humorverarbeitung, nämlich die kognitive Verarbeitung und die darauffolgende Erheiterung (Chan et al. 2013) bei Menschen mit einer Schizophrenie verändert sind. Doch was kann uns die Forschung über diesen Ursprung der Dysfunktion in der Humorverarbeitung bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie sagen? Wie gestaltet sich im Lichte dieser Einschränkungen ein Humortraining mit diesen Menschen? Und am allerwichtigsten: Was wissen wir heute über die Wirksamkeit dieses innovativen psychotherapeutischen Verfahrens? Diesen Fragen widmet sich das folgende Kapitel.

Erleben Menschen mit einer Schizophrenie Humor anders?

Die natürliche Neigung, Humor zu produzieren, basiert unter anderem auf dem positiven Gefühl, das er hinterlässt (Martin 2007; McGhee 2004). Bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie ist die Fähigkeit positive Gefühle zu erleben jedoch eingeschränkt (American Psychiatric Association 2013), was seit der Erstbeschreibung des Störungsbildes als charakteristisches Merkmal der Schizophrenie gilt (Bleuler 1911). Gut hundert Jahre später weiß man, der modernen Hirnforschung sei Dank, wo im Gehirn dieses Erleben lokalisiert ist und wie bei psychischen Störungen diese Verarbeitung verändert sein könnte.

Diese Erkenntnisse gründen auf wissenschaftlichen Untersuchungen, in denen Probanden humorvolles Material wie Cartoons, Filme oder Witze präsentiert wird (Nusbaum et al. 2017). Die Teilnehmenden sehen diese abwechselnd mit weniger witzigen Cartoons, Filmen oder Witzen, während die funktionelle Magnetresonanztomographie ihre Hirnaktivität misst. Danach vergleicht man über den Blutoxygenierungsgrad, welche Regionen im Gehirn eine erhöhte Aktivität zeigen, ein Indikator dafür, dass sie besonders beteiligt am untersuchten kognitiven Prozess sind (Penny et al. 2011). Vergleicht man im nächsten Schritt die Aktivitätsmuster zwischen gesunden Menschen und solchen mit einer Schizophrenie, erhält man Erkenntnisse darüber, wie die Humorverarbeitung pathologisch verändert sein könnte.

Klinische Studien dieser Art zeigen, dass das ventrale Striatum (Adamczyk et al. 2017), die Amygdala (Berger et al. 2019) sowie der mediale Präfrontalkortex (Adamczyk et al. 2017) zentrale Hirnareale sind, die an der dysfunktionalen Verarbeitung von humorvollen Reizen bei Menschen mit Schizophrenie verantwortlich sind. Interessanterweise sind diese Areale an der Entstehung weiterer Symptome der Schizophrenie wie beispielsweise der sozialen Anhedonie (Dodell-Feder et al. 2014) oder der Antriebsarmut (Mucci et al. 2015) beteiligt.

Modellhafte Annahmen über die neurobiologischen Grundlagen des Humors deuten neben dem emotionalen Erleben auf die Bedeutung von kognitiven Prozessen hin (Chan et al. 2013). Die zeitgenössische Forschung nimmt an, dass Hirnareale, die für die Organisation von Gedankenströmen sowie für die Revision von vertrauten Denkmustern verantwortlich sind, an der Humorverarbeitung entscheidend beteiligt sind (Berger et al. 2018; Chan et al. 2014; Vrtcak et al. 2013). Nach aktuellem Kenntnisstand sind der Präfrontalkortex und die temporo-parietale Übergangsregion maßgeblich an diesen Prozessen beteiligt (Chan et al. 2014; Kleibeuker et al. 2013; Vrtcak et al. 2013). Gleichzeitig spielen beide Areale eine zentrale Rolle in der Pathologie der Schizophrenie (Bitsch et al. 2018) und können sowohl mit den positiven als auch den negativen Symptomen der Störung in Zusammenhang gebracht werden (Walton et al. 2017). Dementsprechend könnte bei Patientinnen und Patienten ein mangelndes kognitives Verständnis der verringerten emotionalen Reaktion bei der Humorverarbeitung vorausgehen oder umgekehrt der mangelnde Anreiz auf eine positive emotionale Reaktion mit herunterregulierten kognitiven Prozessen zusammenhängen (Bozikas et al. 2007; Falkenberg et al. 2007).

Die Tatsache, dass Humor durch dieselben Hirnregionen verarbeitet wird, die auch mit den Negativsymptomen, wie der Antriebsarmut und der sozialen Anhedonie zusammenhängen, stärkt die Hoffnung, dass die wiederholte Exposition von Humor diese Areale nachhaltig sensibilisieren kann. Doch wie sehen diese theoretischen Annahmen in der Praxis aus?

Erfahrungen aus einem Humortraining mit schizophrenen Patientinnen und Patienten

Wenn wir an unsere Erfahrungen aus den Humortrainings mit Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie zurückdenken, erinnern wir viele positive Momente, jede Menge Zuspruch und zahlreiche lustige gemeinsame Stunden in der Gruppe. Die Gespräche mit den Beteiligten vor Beginn der Trainings zeigten, dass diese voller Vorfreude waren, was sie in einem Humortraining denn erwartet. Befragt nach ihrer Motivation und ihren persönlichen Zielen gaben einige an, dass sie lernen wollten, belastenden Alltagssituationen mit Humor und größerer Gelassenheit begegnen zu können. Für andere wiederum war die Verbesserung ihres Humorrepertoires ein zentrales Motiv für ihre Teilnahme. Und einige wenige hatten auch Vorbehalte, inwiefern sie, die zahlreiche Schicksalsschläge in ihrem Leben erlebt und deshalb nur wenig zu lachen hätten, denn von dem Training profitieren könnten.

Wie in allen neuen Situationen verspürten wir beim ersten Zusammentreffen eine leichte Zurückhaltung unserer Gruppenmitglieder und sahen es als unsere Aufgabe an, dieser mit Humor zu begegnen. Dementsprechend trafen wir uns vor Beginn der Trainings an einem zentralen Ort in der Klinik und suchten stets den kleinsten Aufzug aus, um zum Gruppenraum zu gelangen. Als alle zusammen im Aufzug standen, glich der Aufzug einer Konservendose und begann just in diesem Moment zu piepsen. Er signalisierte damit, dass er seine Dienste verweigern

würde, weil das maximale Transportgewicht weit überschritten sei. Diese Situation führte regelmäßig zu großer Erheiterung in der Gruppe. Der anschließende Treppenlauf in den obersten Stock der Klinik diente als anschauliches Beispiel dafür, wie man auf kleinere Alltagsprobleme mit Humor reagieren kann.

Während der Durchführung der Trainings haben wir die Erfahrung gemacht, dass ein hoher Grad an Interaktivität, gemeinsame Spiele und die Einbindung des individuellen Humors, sehr zum Gelingen der Trainings beiträgt und den inhaltlichen Bereich stark ergänzt. Die heitere Atmosphäre, die ein wesentliches Element des Humortrainings sein sollte, führte dementsprechend zu einem positiven Gruppengefühl. Darüber hinaus machten wir die Erfahrung, dass Patientinnen und Patienten die Inhalte des Humortrainings gerne in ihren Alltag integrierten. Dementsprechend fiel uns auf, dass unsere Gruppenmitglieder sich mit Freunden, Familienangehörigen oder Mitpatienten über das Humortraining und dessen Inhalte regelmäßig austauschten, was die soziale Funktion des Humors (Martin 2007) unterstreicht und zeigt, dass die Teilnehmenden sich über das Training hinaus mit den Inhalten beschäftigten.

Unsere Patientinnen und Patienten zeigten auch große Bereitschaft am Mitgestalten des Trainings durch Mitbringen von witzigen Büchern, Cartoons, Videos, Witzen oder Alltagsgeschichten. Unmittelbare Trainingserfolge zeigten sich in den Berichten der Teilnehmenden. Beispielsweise berichtete eine Patientin eine Situation, in der sie einen Anflug einer Panikattacke hatte und sich an das Humortraining und die positiven Effekte von erheiternden Filmen erinnerte. Daraufhin begann sie, in ihrer Patienten-WG mit Mitbewohnern eine Reihe lustiger Filme anzusehen, die sie amüsierte. Im Verlauf verbesserte sich ihre Stimmung merklich.

Nach Abschluss der Trainings hatten wir in den Evaluationsrunden häufig die Rückmeldung bekommen, dass das Humortraining aufgrund seiner Vielfalt und der Abwechslung zum Alltag eine große Bereicherung für die therapeutische Landschaft darstellt. Auch wir als Trainer hatten das Gefühl, dass Patientinnen und Patienten die Inhalte aus dem Training in ihren Alltag gut übertragen konnten und manch erlernte Schema-Veränderung die Trainingszeit überdauern wird. Doch zeigen sich diese subjektiven Wahrnehmungen des therapeutischen Erfolgs auch im Gehirn?

Neurobiologische Evaluation von Humortrainings

Wenngleich Humortrainings als innovative und vielversprechende psychotherapeutische Verfahren angesehen werden können, steckt ihre empirische Evaluation noch in den Kinderschuhen. Dies hat zur Folge, dass bisweilen wenig empirisches Wissen über deren Wirkmechanismen und damit ihr klinisches Potenzial bekannt ist, was durch gezielte klinische Studien jedoch geprüft werden kann. In diesem Sinne wurde am Universitätsklinikum Marburg eine randomisierte kontrollierte Studie durchgeführt, um die interventionellen Effekte von Humortrainings näher beurteilen zu können – eine der ersten dieser Art. Dazu wurden Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie rekrutiert und zufällig zwei

psychotherapeutischen Gruppeninterventionen zugeteilt. Die eine Gruppe erhielt das Humortraining nach dem hier vorliegenden Manual, die andere ein siebenwöchiges Soziales Kompetenztraining. Das Soziale Kompetenztraining gilt als ein gut etabliertes Verfahren in der psychiatrischen Patientenversorgung und kann aufgrund der erwiesenen therapeutischen Effekte (Hingst u. Pfingsten 2007) als starke Kontrollbedingung gewertet werden. Um Selbstselektionsprozesse zu vermeiden, wussten die Patientinnen und Patienten neben diesem Qualitätsmerkmal zum Zeitpunkt ihrer Teilnahme nicht, welchem Therapieverfahren sie zugewiesen werden.

Das übergeordnete Ziel der Studie war neben der Evaluation von angestoßenen Symptomveränderungen auch, Erkenntnisse über die neurobiologischen Wirkmechanismen der Trainings zu gewinnen. Dazu erhielten die Teilnehmenden vor und nach der Intervention eine fMRI-Untersuchung, in der sie entweder lustige oder typische Verwendungsmöglichkeiten für Alltagsgegenstände, wie zum Beispiel Socken, Gießkannen oder Korkenzieher finden sollten. Die Aufgabe ist ein etabliertes Verfahren zur Quantifizierung der Kreativitätsfähigkeit (Fink u. Benedek 2013) und wurde für die Untersuchung zur Generierung von Humor leicht adaptiert. Durch den Vergleich der Hirnaktivität während der Produktion von witzigen vs. typischen Ideen können Hirnareale identifiziert werden, die für die Humorproduktion relevant sind. Vergleicht man im nächsten Schritt die Hirnaktivität zwischen Menschen mit einer Schizophrenie, die entweder das Humor- oder das Soziale Kompetenztraining absolviert haben, können Hirnregionen identifiziert werden, die durch das jeweilige Training stärker an der Aufgabenbearbeitung beteiligt sind.

Die Ergebnisse der Studie deuten an, dass bei Patientinnen und Patienten, die das Humortraining absolvierten, Hirnareale im Präfrontalkortex stärker aktiviert sind. Konkret zeigte der mediale und superior frontale Gyrus in der Humorgruppe eine stärkere Aktivität nach der Intervention (Falkenberg et al., unter Begutachtung). Diese Areale sind bei gesunden Menschen essenziell an der Humorverarbeitung beteiligt (Bitsch et al. 2020) und im Allgemeinen für höhere Kognitionen wie das planerische und abstrakte Denken verantwortlich (Chan et al. 2014). Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass die rechte temporo-parietale Übergangsregion – ebenfalls eine zentrales Hirnareal für die Humorverarbeitung (Berger et al. 2018; Vrticka et al. 2013) –, bei Patientinnen und Patienten, die das Humortraining absolviert hatten, nach der Intervention stärker aktiviert war. Interessanterweise zeigte sich, dass diese Veränderungen mit einem höheren Therapieerfolg assoziiert waren. Patientinnen und Patienten, die eine stärkere Aktivität der rechten temporo-parietalen Übergangsregion aufwiesen, zeigten auch eine stärkere Reduktion ihrer negativen Symptomatik, also der Symptome, die mit der sozialen Anhedonie, dem Freudverlust und der Antriebsarmut verbunden sind.

Dieser Befund deutet damit erstmals an, welche Hirnareale durch ein Humortraining bei Menschen mit einer Schizophrenie verändert werden. Interessanterweise liefern sie erste Hinweise dafür, dass die Veränderung der Negativsymptome mit den hervorgerufenen neuroplastischen Effekten im Zusammenhang

stehen. Wenngleich diese Befunde zur besseren Aussagekraft wiederholt gezeigt werden sollten, liefern sie doch erstmals die wissenschaftliche Erkenntnis, dass Humortrainings die Pluralität der therapeutischen Landschaft maßgeblich erweitern und für Patientinnen und Patienten einen hohen therapeutischen Nutzen bedeuten.

Einordnung in Bezug auf andere psychotherapeutische Verfahren

Das Training von Humorfähigkeiten als Element der Psychotherapie stellt einen neuartigen Ansatz dar, der jedoch im Hinblick auf die zugrundeliegenden Therapieprinzipien zahlreiche Gemeinsamkeiten mit länger etablierten Therapieansätzen und -prinzipien erkennen lässt.

Die Grundannahme, dass der Sinn für Humor einen protektiven Faktor darstellt, der eine effektive Stressbewältigung und einen kompetenten Umgang mit Belastungssituationen ermöglicht, unterstreicht die Ressourcenorientiertheit des Trainings. Das Training von Humorfähigkeiten zielt darauf ab, durch die Förderung des Humorpotentials der Teilnehmenden den Sinn für Humor als vorhandene, jedoch oft vernachlässigte Ressource zu aktivieren bzw. als neue, bisher nicht wahrgenommene Ressource zu entwickeln. Hierbei sollen die Teilnehmenden in die Lage versetzt werden, die gestärkten bzw. neu entwickelten Fähigkeiten auch selbstständig und unabhängig von der Trainingssituation anzuwenden und die erlernten Techniken auch auf neue Situationen übertragen zu können. In diesem Sinne bedient sich das Training von Humorfähigkeiten des Prinzips des Selbstmanagements. Es liegt in der Natur der Sache, dass die Arbeit mit und am Sinn für Humor auch immer mit Spaß und Freude verbunden ist. Zu den Zielen des Trainings zählt es auch, diese positiv-emotionalen, d.h. hedonistischen Aspekte zur Stimmungsregulation zu nutzen. In diesem Sinne bestehen Parallelen zwischen dem Ansatz des Trainings von Humorfähigkeiten und dem Ansatz der euthymen Therapieverfahren (z. B. Lutz 2002).

Neben den genannten Aspekten, die vor allem das Erleben des Einzelnen im Zuge der Trainingsteilnahme betreffen, spielt auch der interpersonelle Aspekt eine große Rolle. Humor ist in erster Linie ein soziales Phänomen, das in der Interaktion mit anderen entsteht. Ein kompetenter Einsatz des eigenen Sinns für Humor kann helfen, Kontakte zu anderen aufzunehmen und zu gestalten, und er kann helfen, Menschen für sich zu gewinnen und um Sympathien zu werben. In diesem Sinne stellt der Sinn für Humor auch eine soziale Kompetenz dar, die in dem Training geschult wird. So werden die Teilnehmenden immer wieder dazu aufgefordert, einzelne Trainingsinhalte im Freundeskreis zu besprechen (z. B., welche Witze man gut findet, welche Art von Humor man hat, welche komischen Situationen man erlebt hat).

Das Training von Humorfähigkeiten unterscheidet sich konzeptionell jedoch klar von allen bekannten störungsspezifischen Interventionen. Sein Ziel ist es nicht, eine vorhandene Störung durch spezifische Techniken zu behandeln, sondern störungübergreifend ein salutogenetisches Element einzuführen und zu fördern.