

Universität Bielefeld

Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft

Februar 2004

Magisterarbeit zum Thema:

Humor, Lachen und Clownerie
als therapeutische Mittel zur Krankheitsbewältigung
für Aphasiker

vorgelegt von:

Nicola Streifler

betreut von:

HD. Dr. Martina Hielscher

Prof. Dr. Gerd Rickheit

Ich widme diese Arbeit meiner Mutter

- Hanna Streifler -

Danksagung

Mein Dank gilt allen Freunden, die mir in irgendeiner Form zur Seite standen während dieser unglaublich langen Zeit der Entstehung der vorliegenden Arbeit – vor allem Dir, Marco! Herzlichen Dank - Papa Peter, Bruder Dirk und Roswita - für das Interesse, die ausdauernde ideelle und materielle Unterstützung!

Vielen, vielen Dank liebe Claudi für Deine Korrekturanstrengungen und Dir, lieber Bruder, für die Anregungen zur Verbesserung der Verständlichkeit! Vielen Dank, Ihr lieben Clowndoktoren der LAG Spiel und Theater NRW e.V. - ohne die praktischen Erfahrungen mit Euch hätte ich den Mut zu diesem Thema nicht aufgebracht! Liebe Martina, auch Dir danke ich für den Impuls, den Schwerpunkt dieser Arbeit von der Krankheitsbewältigung bei Aphasie auf die humorvollen Interventionen zu verlagern – in erster Linie danke ich Dir für Deine Unterstützung mit Rat und Tat von Anfang bis Ende meines Studiums in Bielefeld! Mein Dank gilt auch Prof. Dr. Hirsch für die Inspiration während des Klinikclowntreffens 2003 in Berlin! Und Euch - Zafer, Andreas, Nhung und Nicky - bin ich sehr dankbar für die Rettung in der „Computernot!“

Anmerkung: Auf *die weiblichen Formen* wird nicht aus sexistischen Gründen sondern der sprachlichen Einfachheit zu liebe verzichtet. Frauen und Männer sind stets gleichermaßen angesprochen.

Inhalt

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Einleitung | 7 |
| 2 | Die Aphasie | 8 |
| 2.1 | Einleitung | 8 |
| 2.2 | Das Allgemeine Erscheinungsbild der Aphasie und deren Ursachen | 8 |
| 2.3 | Die Wurzeln der Aphasieforschung | 10 |
| 2.4 | Die Aphasiologie heute | 10 |
| 2.5 | Die klassischen Aphasiesyndrome | 11 |
| 2.5.1 | Zugrundeliegende Störungen der Aphasiesyndrome | 11 |
| 2.5.2 | Die Kardinalsymptome der klassischen Aphasien | 13 |
| 2.6 | Die neurologischen und neuropsychologischen Begleitstörungen der Aphasien | 14 |
| 2.6.1 | Das Pathologische Lachen und Weinen | 15 |
| 2.6.2 | Aphasie und Depression | 16 |
| 3 | Die Krankheitsbewältigung | 18 |
| 3.1 | Einleitung | 18 |
| 3.2 | Der Begriff „Coping“ und die Bedeutung der Krankheitsbewältigung für den Verlauf einer Krankheit | 19 |
| 3.3 | Wissenschaftstheoretische Probleme der Krankheitsbewältigungsforschung | 20 |
| 3.3.1 | Das Problem der Heterogenität | 20 |
| 3.3.2 | Das Problem der Abgrenzung von Bewältigungsverhalten | 21 |
| 3.4 | Konstruktive Kriterien der Krankheitsbewältigungsforschung | 23 |
| 3.4.1 | Die Zielkriterien der Bewältigungsbemühungen | 23 |
| 3.4.2 | Die Copingstrategien | 23 |
| 3.4.3 | Personale Ressourcen | 24 |
| 3.5 | Krankheitsbewältigung und Aphasie | 24 |
| 3.5.1 | Der Schwerpunkt der Krankheitsbewältigung aus der Sicht des Betroffenen | 27 |
| 3.5.2 | Die historischen Wurzeln der Medizin - Hygieia und Äskulap | 31 |
| 3.5.3 | Das Modell der Salutogenese | 32 |
| 3.5.4 | Salutogenese und Schlaganfall | 34 |
| 4 | Die Gelotologie – die Wissenschaft vom Lachen | 37 |
| 4.1 | Einleitung | 37 |
| 4.2 | Norman Cousins - der Urvater der Lachtherapie | 38 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 4.3 | Theoretische Konzepte der Humorforschung | 38 |
| 4.3.1 | Ein historischer Abriss | 38 |
| 4.3.2 | Die aktuelle Renaissance der Lachforschung | 40 |
| 4.4 | Die Humorthorien | 41 |
| 4.4.1 | Zwei Kategorisierungsvorschläge der vielfältigen Humorthorien | 41 |
| 4.4.2 | Psychophysiologische Aspekte des Humors – Das Lachen als ein Phänomen der Atmung | 43 |
| 4.4.3 | Die Neurohormonelle Aktivität beim Lachen | 45 |
| 4.4.4 | Warum lacht der Mensch? – Sozialevolutionäre Aspekte des Lachens | 46 |
| 4.4.5 | Die kognitive Komponente des Humors | 47 |
| 4.4.6 | Humor und Distanz | 48 |
| 4.4.7 | Das affektive Erleben von Erheiterung | 49 |
| 4.4.8 | Die Erheiterung fördernde und hemmende Faktoren | 50 |
| 5 | Das State–Trait–Modell der Erheiterbarkeit | 51 |
| 5.1 | Das Modell der Erheiterbarkeit als Zustand oder Eigenschaft | 51 |
| 5.1.1 | Die Konzepte | 52 |
| 5.1.2 | Das State-Trait-Heiterkeits-Inventar (STHI) | 53 |
| 5.1.3 | Ausgesuchte Ergebnisse | 54 |
| 5.1.4 | Das State-Trait-Modell und seine Vorhersagen | 55 |
| 5.2 | Ausweitung des Konzeptes auf Wohlbefinden, Stress und Gesundheit | 57 |
| 5.2.1 | Trait-Heiterkeit, negative Erlebnisse und Wohlbefinden | 57 |
| 5.2.2 | Trait-Heiterkeit und Stressverarbeitung | 58 |
| 5.2.3 | Trait-Heiterkeit und körperliche Beschwerden | 60 |
| 5.2.4 | Kurzfristige Effekte der Heiterkeit am Beispiel des Schmerzempfindens | 66 |
| 5.3 | Schlussfolgerungen | 62 |
| 6 | Humor in der Therapie | 65 |
| 6.1 | Die ontogenetische Entwicklung des Humors | 66 |
| 6.2 | Die verschiedenen Ausprägungen des Humors | 67 |
| 6.2.1 | Der aggressive Humor | 67 |
| 6.2.2 | Der schwarze Humor | 68 |
| 6.2.3 | Der gutmütige Humor | 69 |
| 6.2.4 | Das Tragikomische | 70 |
| 6.2.5 | Die Abgrenzung der verschiedenen Humorbegriffe | 71 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 6.3 | Die Anwendungen des therapeutischen Humors in der Psychotherapie | 73 |
| 6.3.1 | Die Logotherapie | 74 |
| 6.3.2 | Die Rational-emotive Therapie | 76 |
| 6.4 | Die Provokative Therapie | 79 |
| 6.4.1 | Grundannahmen und Ziele der provokativen Therapie | 80 |
| 6.4.2 | Der Verlauf der provokativen Therapie | 82 |
| 6.4.3 | Die Methoden in der provokativen Therapie | 83 |
| 6.4.4 | Die Grundlagen des ProSt | 83 |
| 6.4.5 | Die Bausteine des ProSt | 88 |
| 6.4.6 | Die Werkzeuge des ProSt | 93 |
| 6.4.7 | Zusammenfassung und Ausblick der Vorgehensweisen im ProSt | 95 |
| 6.5 | Die Bedeutung des Humors für die Psychotherapie | 97 |
| 6.6 | Die mögliche Bedeutung des Humors für die Sprachtherapie | 101 |
| 6.6.1 | Wie kann Humor in die Sprachtherapie einfließen? | 103 |
| 6.6.2 | Mögliche Einflüsse des ProSt auf die Sprachtherapie | 104 |
| 6.6.3 | Ein Fallbeispiel: Frau U. | 106 |
| 6.7 | Zusammenfassung | 108 |
| 7 | Clownsache! | 110 |
| 7.1 | Einführung in die Clownstherapie | 110 |
| 7.2 | Fallbeispiele von einem therapeutischen Clown in der neurologischen Rehabilitation | 111 |
| 7.2.1 | Herr G. | 111 |
| 7.2.2 | Frau B. | 111 |
| 7.3 | Das Wesen des Clowns | 112 |
| 7.4 | Die Geschichte des Clowns | 113 |
| 7.5 | Der Clown im medizinischen Bereich | 115 |
| 7.5.1 | Clowndoktoren in der Pädiatrie | 116 |
| 7.5.2 | Clowns in der „neurologischen Reha“ | 118 |
| 7.6 | Zusammenfassung | 119 |
| 8 | Zusammenfassung und Schlussfolgerungen | 120 |
| 9 | Literaturverzeichnis | 125 |
| 10 | Anhang | 138 |
| 11 | Erklärung | 152 |

1 Einleitung

Wird in sozialen Beziehungen gelacht, ist immer dann Humor im Spiel, wenn miteinander und nicht übereinander gelacht wird, wenn das Herz hüpfet, der Verstand sprüht, die Lebensfreude schäumt, man sich verstanden fühlt und gemeinsam Spaß am Unmöglichen, Unzulänglichem und Menschlichem hat. Im Volksmund heißt es, daß Lachen die kürzeste Verbindung zwischen zwei Menschen ist. Wenn das Kind in uns sich meldet, der Clown in uns leben darf und unsere Kreativität geweckt ist, dann herrscht Humor. Humor ist nicht, wenn man trotzdem lacht. Humor ist, wenn man durch Spiel die Realität so verändert, daß ihre Tragik nicht mehr so wichtig ist.¹

Hirsch

Es soll gezeigt werden, dass Humor, Lachen und Clownerie geeignete therapeutische Mittel sind, um Aphasiker in dem Prozess der Krankheitsbewältigung zu unterstützen.

Diese Arbeit gliedert sich in grob drei Teile. Zunächst wird dargelegt, welche typischen Krankheitsbilder bei Aphasikern auftreten und welche Begleitstörungen hiermit verbunden sind. Es wird untersucht, welche Bedeutung dem pathologischen Lachen und Weinen, das mit einer Aphasie assoziiert sein kann, sowie der Depression, die häufig mit einer Aphasie verbunden ist, zukommt.

Da die innerpsychischen Prozesse eines Individuums den Verlauf einer Krankheit beeinflussen, wird im zweiten Kapitel ein Einblick in die Krankheitsbewältigungsforschung gegeben. Die Erkenntnisse bzw. die wissenschaftstheoretischen Probleme dieses Forschungszweiges werden im Zusammenhang zur Aphasie betrachtet. Möglichkeiten der direkten Unterstützung von Aphasikern in dem Prozess der Krankheitsbewältigung können durch diese Betrachtungen nicht aufgezeigt werden. Deshalb wird diese Untersuchung vertieft und der Bezug zur Salutogenese hergestellt.

Im dritten Kapitel werden die Ursprünge und Grundzüge der Gelotologie – der Wissenschaft vom Lachen (abgeleitet von griech. „gelos“ = Lachen oder Gelächter²) dargelegt. Im Grunde wird darin die Volksweisheit - „Lachen ist die beste Medizin“ - wissenschaftlich fundiert. Aus der Erkenntnis, dass dem Lachen eine gesundheitsfördernde und dem Humor - im Sinne einer heiteren Gelassenheit widrigen Umständen des Lebens gegenüber - eine bewältigende Bedeutung zukommt, resultiert die Annahme, dass Humor und Lachen auch einen positiven Effekt auf die Krankheitsbewältigung bei Aphasie haben. Von einigen Gelotologen wird der Humor selbst zu den effektivsten Bewältigungsstrategien gezählt.³ Um die Zusammenhänge von Lachen, Humor und Gesundheit erklären zu können, ist es notwendig, auf die grundlegenden Theorien der Humorforschung einzugehen. Insbesondere geben die

1 Hirsch (2001, S. 98)

2 Vgl. Eggli (1997, S. 1)

3 Vgl. Eggli (1997, S...) oder Ruch und Zweyer (2001, S. 34)

Untersuchungen von Ruch und Zweyer (2001), denen das State-Trait-Modell der Erheiterbarkeit zugrunde liegt, Aufschluss über die präventiven und kurativen Zusammenhänge von Humor und Gesundheit. Daraus hervorgehende Erkenntnisse ziehen die Forderung nach sich, in diversen und nicht zuletzt in klinischen und therapeutischen Bereichen berücksichtigt zu werden. Anschließend wird auf den Humor, seine Facetten und Funktionen auch in der Therapie detaillierter eingegangen. Auszugsweise werden einige Formen der Psychotherapie, in denen der Humor eine besondere Rolle spielt, dargestellt. Das Konzept des Provokativen Stils von Höfner und Schachtner (1997) wird in diesem Rahmen detaillierter erklärt, um anschließend den möglichen Bezug zur Sprachtherapie herzustellen. Als weitere Möglichkeit, einen „frischen humorvollen Wind“ in die neurologische Reha-Klinik und zu bringen, wird die Clownstherapie betrachtet. Aus diesem Grund wird abschließend auf das Wesen des Clowns, seine Geschichte, welche Bedeutung ihm in medizinischen Zusammenhängen und anderen Kulturen zukam bzw. zukommt und welche Chance er für Aphasiepatienten darstellen kann, eingegangen.

2 Die Aphasie

2.1 Einleitung

In diesem Kapitel wird ein grober Überblick über das allgemeine Erscheinungsbild der Aphasien, deren Ursachen und Risikofaktoren gegeben. Des Weiteren werden die Ursprünge und der heutige Stand der Aphasologie einschließlich der vier Standardaphasien dargelegt. Die neurologischen und neuropsychologischen Störungen, von denen Aphasien häufig begleitet sind, werden skizziert, wobei das pathologische Lachen und Weinen sowie die Depression genauer betrachtet werden, weil sie im Hinblick auf humoristische Interventionen zur Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung von Aphasien besonders berücksichtigt werden müssen.

2.2 Das Allgemeine Erscheinungsbild der Aphasie und deren Ursachen

Aphasien sind Störungen der zentralen Sprachverarbeitung, die in allen expressiven und rezeptiven sprachlichen Modalitäten, Sprechen, Verstehen, Lesen und Schreiben auftreten können und linguistisch auf phonologischer, lexikalischer, syntaktischer und semantischer Ebene beschreibbar sind. Es sind erworbene Sprachstörungen, deren häufigste Ursache, in 80-

85% der Fälle, eine akute, umschriebene Durchblutungsstörung – ein Schlaganfall – in der sprachdominanten also zumeist der linken Hirnhälfte ist. Weitere Ursachen können Hirnverletzungen (Schädel-Hirn-Traumen), Hirngeschwulste (Tumore) und Entzündungen des Gehirns (Enzephalitis) sein.⁴

Schlaganfälle treten in 85% der Fälle infolge einer Mangel durchblutung durch embolischen oder thrombotischen Verschluss und in etwa 15% infolge einer Hirnblutung nach Ruptur eines intrazerebralen Gefäßes auf. Betroffen sind überwiegend Menschen im mittleren und höheren Lebensalter, wesentlich seltener Kinder und Jugendliche infolge von Herzfehlern, angeborenen Gefäßwanddefekten oder Gerinnungsstörungen.⁵

Das Risiko eines Schlaganfalles ist durch Bluthochdruck, Herzkrankheiten, Hypercholesterinämie, Diabetes, Übergewicht, Nikotinabusus, seltener Hyperurikämie und durch die Einnahme medikamentöser Ovulationshemmer, besonders wenn Frauen zusätzlich rauchen, erhöht.⁶

In Deutschland, den USA und anderen Industriestaaten stehen zerebrale Gefäßinsulte nach Herzkrankheiten und bösartigen Tumoren an dritter Stelle der Todesursachen. Mit zunehmendem Alter steigt auch die Letalität. Für Menschen ab dem 70. Lebensjahr ist der Gefäßinsult die zweithäufigste Todesursache.⁷

Aus sozialmedizinischer Perspektive ist es von großer Bedeutung, dass etwa die Hälfte der Patienten, die einen Schlaganfall überleben, arbeitsunfähig bleiben.⁸

Bei ca. dreißig Prozent der Patienten findet innerhalb des ersten Monats nach dem Ereignis eine spontane Rückbildung der Aphasie statt. Danach nimmt das Ausmaß der Spontanremission immer mehr ab. Nach vier Monaten sind es etwa elf Prozent und nach sieben Monaten acht Prozent der Aphasiepatienten, bei denen eine vollständige spontane Rückbildung erwartet werden kann.

Rund 85 000 Menschen in Deutschland sind aufgrund einer Aphasie anhaltend gehandikapt. Diese Zahl läge noch höher, wenn altersbedingte Abbauerkrankungen als Ursache hinzugenommen würden.

Überzufällige Besserungen der aphasischen Symptomatik über die Spontanremission hinaus sind bei motivierten, generell lernfähigen Patienten durch gezielte und möglichst intensive sprachtherapeutische Behandlung erreichbar und auch nachgewiesen worden.⁹

4 Vgl. Hartje und Poeck (2000, S. 80ff.)

5 Vgl. Poeck (1994, S. 151-184)

6 Vgl. Poeck (1994, S. 151-184)

7 Vgl. Poeck (1994, S. 151-184)

8 Vgl. Poeck (1994, S. 151-184)

9 Vgl. Poeck (2000, S. 80ff.)

2.3 Die Wurzeln der Aphasieforschung

Der französische Chirurg Pierre-Paul Broca (1824-1880) seziierte 1861 das Gehirn eines verstorbenen Invaliden namens Lelong. Der 84jährige konnte sich nur noch mithilfe weniger Gesten und Worte verständigen. Kurz vor seinem Tod produzierte er nur noch die Silbe „tan.“ Broca nannte diese Sprachstörung *Aphemi*, und nahm an, dass sie immer infolge von Schädigungen des lobus frontalis in der 2. und 3. Windung auftreten würden.¹⁰

Der damals 26jährige Carl Wernicke publizierte 1874, als er gerade erst vier Jahre an der Universitätsklinik in Breslau medizinisch tätig war, das epochale Werk: „Der aphasische Symptomenkomplex: Eine psychologische Studie auf anatomischer Basis.“ Er argumentierte, dass alle komplexen menschlichen Fähigkeiten aus dem Zusammenspiel einfacher neuropsychologischer Funktionen resultieren müssen. Damit legte er dem menschlichen Geist eine Art interaktiv-modulare Konzeption zugrunde. Insbesondere vertrat Wernicke die Ansicht, dass das Gehirn sensorische Informationen speichert und über die Assoziationsfasern mit motorischen Programmen im anterioren Teil der rolandischen Furche verbindet. Wernicke fand in Autopsiebefunden sprachgestörter Patienten die Bestätigung dafür, dass die Klangbilder oder -spuren der Worte, Silben und Laute hinter der Sylvischen Furche, im Gebiet der linken ersten Temporal(Schläfen)windung lokalisiert sein müssen. Die Wernicke-Aphasie im klassischen Sinn beruht auf einem auditiven Defizit, einer beeinträchtigten Kontrollfunktion, die zur Folge hat, dass der Patient zwar sprechen kann, aber seine Sprachproduktion durch Paraphasien entstellt ist.¹¹

2.4 Die Aphasie heute

Heute wird davon ausgegangen, dass eine Störung der Blutversorgung das entscheidende pathologische Kriterium für die jeweilige Symptomatik ist. Insulte im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna werden dem sogenannten vorderen Hirnkreislauf und Insulte im Stromgebiet der Arteria vertebralis und basilaris dem hinteren Hirnkreislauf zugeordnet.¹² Zwar ist jede Aphasie einzigartig und einige sind nicht klassifizierbar, dennoch treten aphasische Symptome in der Regel nicht in beliebigen Kombinationen auf. Spätestens nach dem Abklingen der Akutphase lassen sich typische Störungsmuster beobachten. Die vier häufigsten Erscheinungsbilder werden als die Standardsyndrome der Aphasien bezeichnet. Das sind die amnestische Aphasie, die Broca-Aphasie, die Wernicke-Aphasie und die globale

10 Vgl. Leuninger (1989, S. 21/22)

11 Vgl. Leuninger (1989, S. 41/42)

12 Vgl. Poeck (1994, S. 151-184) und Leuninger (1989, S. 21)

Aphasie. Bei zwanzig bis fünfzig Prozent der Patienten treten diese Syndrome im längeren Verlauf auf. Die jeweilige charakteristische Symptomatik kann sich von einer schweren zu einer leichteren Ausprägung entwickeln. Relativ häufig kann der sogenannte Syndromwandel von der globalen Aphasie zur Broca Aphasie oder von der Wernicke Aphasie zur amnestischen Aphasie beobachtet werden.¹³

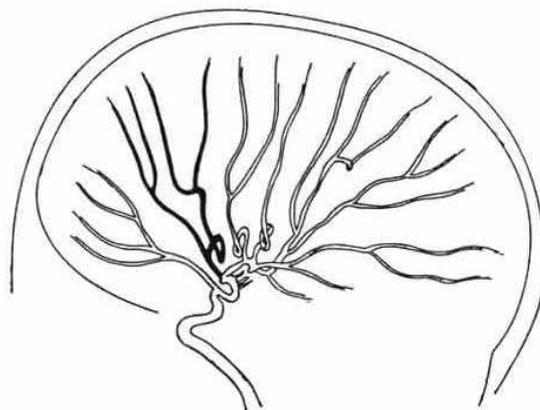
Weiterhin werden die Nicht-Standard-Aphasien (die Leitungsaphasie, die transkortikal-sensorische, die transkortikal-motorische und die transkortikal-gemischte Aphasie) sowie modalitätsspezifische Störungen, wie die Alexie und die Agraphie unterschieden.

Im Folgenden werden die vier klassischen Aphasiesynndrome, deren zugrundeliegenden zerebralen Läsionen sowie deren neurologische und neuropsychologische Begleitstörungen skizziert, um die Zielgruppe der humorthérapeutischen Interventionen grob zu charakterisieren.¹⁴

2.5 Die klassischen Aphasiesynndrome

2.5.1 Zugrundeliegende Störungen der Aphasiesynndrome

Die der Broca-Aphasie zugrundeliegenden Läsionen befinden sich im Versorgungsgebiet der Arteria praerolandica. Mit einer bedingten Wahrscheinlichkeit von 60% ist eine chronische Broca-Aphasie auf einen vorderen Mediainfarkt zurückzuführen.¹⁵



Quelle: Schnelle (1981), S. 99

Abb. (1) Verlauf der Arteria praerolandica aus der Arteria cerebria media.¹⁶

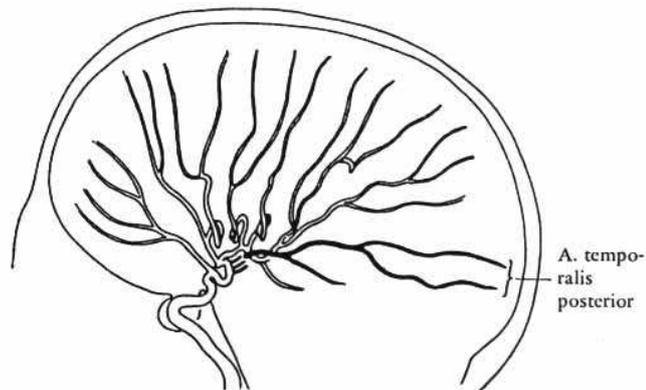
13 Vgl. Leischner (1987)

14 Im Anhang befinden sich ausführlichere Darstellungen sowohl der Aphasiesynndrome (+ anschauliche Beispiele) als auch der neurologischen und neuropsychologischen Begleitstörungen, die im Folgenden nur erwähnt werden.

15 Vgl. Willmes und Poeck (1993, 1527-1540)

16 Leuninger (1989, S. 16)

Eine chronische *Wernicke-Aphasie* lässt sich mit 90%iger Wahrscheinlichkeit auf einen hinteren Mediainfarkt zurückführen.¹⁷



Quelle: Schnelle (1981), S. 101

Abb. (2) Verlauf der Arteria temporalis posterior aus der Arteria cerebri media.¹⁸

Somit ist die Broca-Aphasie wie auch die Wernicke-Aphasie ein typisches Gefäßsyndrom. Darin unterscheiden sie sich von der *amnestischen Aphasie*, der keine genaue Lokalisation und keine Durchblutungsstörung in einer bestimmten Region zuzuordnen ist. Hartje und Poeck (2000) schreiben, dass einer amnestischen Aphasie eher kleine temporoparietale, kortikale oder subkortikale Läsionen zugrundeliegen.¹⁹

Patienten mit einer *globalen Aphasie* haben die größte Substanzschädigung von allen Aphasietypen. Sie beruht überwiegend auf thrombotischen oder embolischen Verschlüssen der Arteria cerebri media und erstreckt sich über die gesamte Sprachregion von den frontalen bis hin zu den temporo-parietalen Anteilen der linken Hemisphäre. Computertomographische Befunde belegen aber auch die hohe Variabilität der nachgewiesenen Läsionen.²⁰ Mit einer bedingten Wahrscheinlichkeit von 83% ist die chronische globale Aphasie auf einen ausgedehnten Mediainfarkt zurückzuführen.²¹

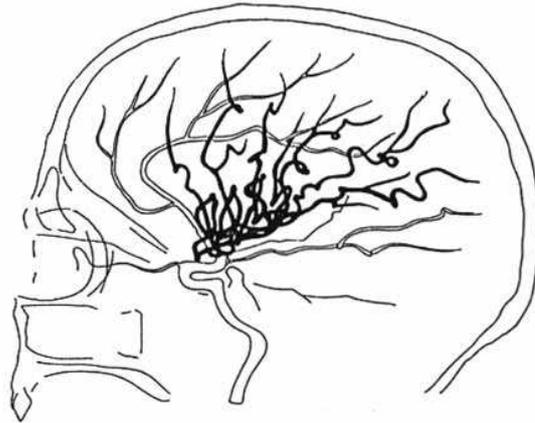
17 Vgl. Willmes und Poeck (1993, 1527-1540)

18 Leuninger (1989, S. 16)

19 Vgl. Hartje und Poeck (2000, S. 110)

20 Vgl. Hartje und Poeck (2000, S. 128)

21 Vgl. Willmes und Poeck (1993, 1527-1540)



Quelle: Schnelle (1981), S. 102

Abb. (3) Ausfall der gesamten Arteria cerebri media.²²

2.5.2 Die Kardinalsymptome der klassischen Aphasien

Die Leitsymptome der *Broca-Aphasie* umfassen den erheblich verlangsamten Sprechfluss mit großer Sprachanstrengung bei unsicherer und undeutlicher Artikulation, die oft zusätzlich durch eine Sprechapraxie und/oder eine Dysarthrophonie beeinträchtigt ist. Die Prosodie ist oft geprägt durch ein Nivellieren und Skandieren. Ein Kardinalsymptom der Broca-Aphasie ist der Agrammatismus, d.h. der Satzbau ist telegramstilartig reduziert, nur einfache Satzstrukturen werden produziert, bei denen viele Funktionswörter fehlen. Viele phonematische Paraphasien liegen vor. Das Sprachverständnis ist meist mäßig beeinträchtigt und die Kommunikationsfähigkeit aufgrund der expressiven Störung stark eingeschränkt. Aufgrund von Wortfindungsschwierigkeiten und Störungen in der Wort- und Satzbildung fällt es den Patienten schwer, einen intendierten Gedanken sprachlich auszudrücken.

Die Spontansprache eines *Wernicke-Aphasikers* ist durch eine flüssige, oft überschießende Sprachproduktion mit vielen phonematischen und/oder semantischen Paraphasien, die teilweise grob vom Zielwort abweichen (Neologismen) gekennzeichnet. Auf der syntaktischen Ebene liegt eine paragrammatische Beeinträchtigung vor, d.h. Worte, Satzteile und komplexe Sätze werden ineinandergeschachtelt, verdoppelt oder abgebrochen. Flexionsformen und Funktionswörter werden hinsichtlich Kasus, Numerus und Genus oft falsch ausgewählt. Durch das vor allem in der Akutphase stark gestörte Sprachverständnis und die unverständlich übersprudelnden Wortfolgen ist die Kommunikation erheblich beeinträchtigt.

22 Leuninger (1989, S. 15)

Das Kardinalsymptom der *amnestischen Aphasie* sind die Wortfindungsstörungen bei gut erhaltenem Sprechfluss und überwiegend intaktem Satzbau. Auf der lexikalischen Ebene können Paraphasien mit geringer bedeutungsmäßiger Abweichung zum Zielwort auftreten. Das Sprachverständnis ist leicht gestört.

Bei der schwersten Form der Aphasien – der *globalen Aphasie* – sind alle sprachlichen Fähigkeiten so schwer gestört, dass eine sprachliche Kommunikation beinahe unmöglich erscheint. Die Sprachproduktion ist bei stockendem Redefluss mit starker Sprach- und Sprechanstrengung sehr reduziert, der Wortschatz erheblich eingeschränkt. Spontane Äußerungen fehlen entweder ganz oder sind weitgehend unverständlich. Die wenigen sprachlichen Äußerungen bestehen überwiegend aus Automatismen und stereotyp wiederkehrenden Redewendungen, Einzelwörtern und/oder Silben und Lautfolgen, deren Sinn nicht erkennbar ist. Das Verstehen ist vor allem anfangs schwer beeinträchtigt und bessert sich nur langsam. Manche Patienten kommunizieren nur noch mithilfe von Gestik und Mimik. Andere verwenden die intakte Intonation als Ausdrucksmittel für ihre Fragen, Zweifel, Wünsche, Forderungen und Gefühle.²³ Infolge einer beharrlichen und intensiven Sprachtherapie können manche Patienten sinnvolle Äußerungen neben den Sprachautomatismen produzieren und zumindest ein Unterdrücken der Automatismen erreichen.

2.6 Die neurologischen und neuropsychologischen Begleitstörungen der Aphasien

Häufig treten neurologische und neuropsychologische Begleitstörungen²⁴ wie z.B. Paresen und Sensibilitätsstörungen, Störungen der visuellen Verarbeitung, verschiedene Apraxien und/oder Beeinträchtigungen der Konzentrationsfähigkeit auf, die einen Einfluss auf die sprachlichen Leistungen haben können. Mit eintretender Besserung der Begleitsymptome geht oft eine Verbesserung der sprachlichen Symptomatik einher. Eine weitere mögliche neuropsychologische Begleitstörung ist das pathologische Lachen und Weinen. Bezüglich humorthérapeutischer Interventionen bei Aphasien muss dieses Enthemmungsphänomen gesondert berücksichtigt werden.

23 Vgl. Lutz (1992, S. 42), Huber, Poeck, Weniger, Willmes (1983, S. 15)

24 Im Anhang befindet sich eine ausführlichere Beschreibung dieser Störungen.

2.6.1 Das Pathologische Lachen und Weinen

Innerhalb der Auseinandersetzung mit dem Themenkomplex humoristische Unterstützung der Krankheitsbewältigung bei Aphasie, stellt sich zwangsläufig die Frage, ob die Aphasiepatienten, die an pathologischem Lachen und Weinen leiden, für diese humorvollen Interventionen in Frage kommen – oder nicht. Deshalb wird dieses Störungsmuster soweit dies möglich ist im Folgenden dargestellt.

In strengerem Sinne ist das pathologische Lachen und Weinen keine Störung der Affektivität, sondern ein motorisches Enthemmungsphänomen. Die normalerweise emotional ausgelösten motorische Innervationen des Lachens und Weinens (mimische, respiratorische, vasomotorische, sekretorische und vokale Innervationen) treten unabhängig von den dementsprechenden Emotionen auf. Hartje und Poeck (2000) vermerken, dass die Betroffenen keine gleichgerichteten Emotionen empfinden. Stattdessen versuchen sie sich gegen diese motorischen Abläufe zu wehren. Doch sind diese „motorischen Schablonen“²⁵ einmal angestoßen, können sie nur schwer wieder unterbrochen werden.

Das pathologische Lachen oder Weinen tritt spontan auf oder wird durch unspezifische Stimuli, auch solche, die keinerlei emotionale Bedeutung haben, ausgelöst. Es lässt sich keine abgestufte Intensität (Lächeln, Kichern, Lachen, volles Lachen) dieser pathologischen Innervationsmuster beobachten. Sie treten immer in voller Ausprägung auf.²⁶

Zunächst erscheint es abwegig, Patienten, die sehr stark unter diesem Enthemmungsphänomen leiden, zusätzlich mit humoristischen Stimuli zu konfrontieren. Anhand des momentanen Wissensstandes kann jedoch nur darüber spekuliert werden, inwiefern die Patienten unter einem Lachen (oder auch Weinen) leiden würden, das nicht unbegründet auftritt, sondern aufgrund tatsächlicher (Tragik-) Komik ausgelöst werden würde.

Die weiteren Überlegungen fokussieren jedoch vordergründig die Aphasiepatienten, deren Rehabilitationsprozess durch eine Depression zusätzlich erschwert ist. Im Folgenden wird grob dargelegt, was Depressionen sind, wie sie sich auswirken, mit welcher Wahrscheinlichkeit sie infolge eines Schlaganfalles auftreten und warum Depressionen bei Aphasikern nicht diagnostiziert und therapiert werden.

25 Kretschmer (1953) zit. nach Hartje und Poeck (2000, S. 314)

26 Vgl. Hartje und Poeck (2000, S. 313/314)

2.6.2 Aphasie und Depression

Es ist von Bedeutung hervorzuheben, dass das nichtsprachlich gebundene Wissen und das Wesen eines sprachgestörten Menschen nicht verändert sein muss. Cramon (1988) vergleicht den Aphasiker mit einem Gefangenen in einem Turm mit meterdicken Mauern:

„Wenn er nach draußen ruft, wird man ihn hören, aber wahrscheinlich nicht verstehen.“²⁷

Frustration, Aggression und Depression auf Seiten des Betroffenen liegen nahe. In der Tat leiden Aphasiker häufig unter einer nicht diagnostizierten und nicht therapierten Depression, die die Therapiemotivation - das eigene Bemühen um eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit - des Patienten herabsetzt.

Das allgemeine phänomenologische Erscheinungsbild der Depression umfasst z.B. Kennzeichen der Traurigkeit, Todes- und Suizidgedanken, Weinkrämpfe, vegetative Angstsymptome, Schlafstörungen und Appetitverlust.²⁸ Eine Depression kann zum bedeutendsten limitierenden Faktor für den Rehabilitationserfolg werden.²⁹

Die Angaben über die Auftretenshäufigkeit von Depressionen nach einem Schlaganfall variieren stark. Laut Herrmann (1992) resultiert dies aus methodisch unterschiedlichen Forschungsansätzen und damit verbundenen divergierenden Konzeptualisierungen emotionaler Störungen. Herrmann selbst ermittelt eine Prävalenzspanne zwischen 5 und 60%.³⁰ Denzler (1994) verweist auf eine Auftretenshäufigkeit von 8,3 – 70%.³¹ Gainotti (1992) fand mit Hilfe einer Literaturübersicht heraus, dass depressive Veränderungen bei 50% aller Schlaganfallpatienten während der Akutphase und bei 30% im chronischen Stadium auftreten. Über die Hälfte dieser Patienten weisen schwere und der Rest leichte bis mittelschwere Symptome auf.³²

Robinson und Starksein (1989) betrachten insbesondere linkshemisphärische Läsionen als verantwortlich für Post-stroke-Depressionen (PSD).³³ Auch Berlitz und Haack (1983) gaben zu bedenken, dass etwa einem Viertel aller Schlaganfälle, die Depressionen nach sich ziehen, linkshemisphärische Läsionen zugrundeliegen.³⁴ Herrmann, Bartels und Wallesch (1987) schlussfolgerten, dass Aphasiker stärker von depressiven Störungen betroffen sein müssten als nichtaphasische Patienten mit cerebralen Insulten, da eine Aphasie mit hoher

27 Cramon (1988, S.3)

28 Vgl. Gainotti (1992)

29 Vgl. Starksein und Robinson (1988, S. 1-20)

30 Vgl. Herrmann (1992, S. 25-43)

31 Vgl. Denzler (1994, S. 142-189)

32 Vgl. Gainotti (1992)

33 Vgl. Robinson und Starksein (1989, S. 1-15)

34 Vgl. Berlitz und Haack (1983, S. 49-60)

Wahrscheinlichkeit auf eine linkshemisphärische Läsion zurückzuführen ist.³⁵

Dies legt den Schluss nahe, dass weit mehr als ein Viertel aller linkshemisphärisch bedingten Schlaganfälle eine Depression zur Folge hat, die jedoch nicht registriert wird. Denn die Depressionen von Aphasikern können nicht erfasst werden, weil die Durchführung einer psychologischen Diagnose aufgrund der aphasischen Störung nicht möglich ist. Diese erfordert intakte sprachliche Fähigkeiten.

Wenn die depressive Störung des Aphasikers auch nicht durch eine psychologische Diagnostik aufgrund der sprachlichen Schwierigkeiten erfasst werden kann, so kommt sie doch z.B. durch Äußerungen des Patienten über dessen Resignation und empfundene Perspektivlosigkeit der Therapie, durch Konzentrations- oder Konditionsprobleme, durch Rückschritte in der Therapie oder emotional-affektive Reaktionen wie z.B. Tränenausbrüche, Entmutigung oder eine veränderte Stimmlage oder Prosodie sowie durch jegliche Verschlechterung eines zuvor stabilen Zustandes zum Ausdruck. Bei einer vorliegenden depressiven Symptomatik sind häufig Prosodie, Wort- und Satzfrequenz des Aphasikers reduziert. Es besteht die Gefahr einer neurolinguistischen Fehlinterpretation dieser Symptome. Die Depression eines Aphasikers kann sowohl als kausale Folge der cerebralen Läsion (primär), als auch als eine psychoreaktive Genese infolge der Wahrnehmung der neurologischen und neuropsychologischen Beeinträchtigungen (sekundär) und/oder als psychoreaktive Auswirkung der veränderten psychosozialen Situation und der mangelnden und kleinschrittigen Adaptations- und Verarbeitungsprobleme (tertiär) betrachtet werden.³⁶

Ungeachtet der ätiologischen Ursachenzuschreibung resultiert aus der Depression eine verminderte Compliance³⁷, d.h. der Patient kann nicht oder in nur geringem Maße vom therapeutischen Angebot profitieren, wodurch der Rehabilitationserfolg suboptimal ausfällt. Dies ist vor allem in der Phase der Spontanremission, den ersten vier bis sechs Monaten der Erkrankung, in der in relativ kurzer Zeit die stabilsten und bedeutendsten Fortschritte gemacht werden, von tragischer Bedeutung. Die ausbleibenden Therapieerfolge stabilisieren wiederum die depressive Symptomatik. Außerdem schlägt sich dies häufig negativ auf die Motivation des Therapeuten nieder. Herrmann et al. (1992) geben des Weiteren zu bedenken, dass depressive Patienten zumeist nur suboptimale Untersuchungs- und Testergebnisse erreichen, wodurch die Repräsentativität von Einzelfall- und Gruppenstudien herabgesetzt ist. Die Depressivität der Aphasiker wirkt sich somit auch beeinträchtigend auf die

35 Vgl. Herrmann, Bartels und Wallesch (1992, S.1)

36 Vgl. „Modell einer mehrfaktoriellen Depressionsgenese nach cerebralen Insulten“ Herrmann et al. (1992, S. 19)

37 Als Compliance wird die Erwartung des medizinischen Dienstleistungssystems an den Patienten, rollenkonform zu handeln, verstanden (Haynes 1982, S. 12).

Forschungsbemühungen der Aphasieologie aus.³⁸

Im Folgenden soll auf die Bedeutung des Bewältigungsverhaltens eines Individuums für den Verlauf einer Krankheit eingegangen werden. Die Krankheitsbewältigung bei Aphasie stellt für die Betroffenen häufig eine schwer lösbare Aufgabe dar. Betrachtet man die Komplexität dieses Störungsbildes, einschließlich der Mehrfachbehinderung und der sprachlich bedingten sozialen Isolation ist die depressive Reaktion der Patienten, die die Bewältigung erheblich erschwert, nachvollziehbar. Demzufolge ist die Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung für einen Aphasiker von besonderer Bedeutung. Trotzdem werden diese in der Krankheitsbewältigungsforschung so gut wie gar nicht berücksichtigt. Warum dies so ist, soll in den weiteren Ausführungen unter anderem beantwortet werden.

3 Die Krankheitsbewältigung

3.1 Einleitung

Im Folgenden wird der Begriff der Krankheitsbewältigung definiert. Dies zieht einige wissenschaftstheoretische Probleme nach sich, die anschließend nachvollzogen werden. Trotzdem sollen Zielkriterien, adaptive und weniger-adaptive Strategien und personale Ressourcen als konstruktive Kriterien der Krankheitsbewältigung definiert werden. Danach wird erklärt, warum die Aphasien nicht in die Krankheitsbewältigungsforschung einbezogen werden und welche Möglichkeiten es für die Aphasieologie gibt, dennoch Aufschluss über die Krankheitsbewältigungsmechanismen bei Aphasie zu gewinnen. Als eine indirekte Maßnahme den Aphasiker in diesem Prozess zu unterstützen, wird die Angehörigenberatung aufgezeigt. Direkte Interventionsmöglichkeiten zur Unterstützung des Aphasikers im Krankheitsbewältigungsprozess gehen aus der Krankheitsbewältigungsforschung nicht hervor. Deshalb wird die vertiefende Frage aufgeworfen, was das eigentlich zu Bewältigende im Falle einer schweren Krankheit ist, um Anknüpfungspunkte für den Rehabilitationsprozess zu finden. Dabei erwies sich das Modell der Salutogenese als aufschlussreich. Deshalb wird dieses Modell vorgestellt und auf das Erscheinungsbild des Schlaganfalles und der Aphasie bezogen und somit deren adaptive Ressourcen dargelegt.

38 Vgl. Abschnitt M. Herrmann, C. Bartels, C.-W. Wallesch (1992, S. 1-23)

3.2 Der Begriff „Coping“ und die Bedeutung der Krankheitsbewältigung für den Verlauf einer Krankheit

Kein Patient kann auf seine Krankheit nicht reagieren. Coping ist deshalb Bestandteil jeder Krankheit. Der Begriff Coping (engl. zumeist als Bewältigungsverhalten übersetzt) wird als die individuelle adaptive Auseinandersetzung mit belastenden Lebenssituationen verstanden.³⁹

Etymologisch stammt das Verb „bewältigen“ von „walten“ (althochdeutsch: waltan) ab, welches seinerseits rückverweist auf „valere“(lat.), „valdyti“ (germ.) oder „vlasti“ (altslawisch). Diesen Wortbildungen wird die indogermanische Wurzel „val“ (=stark sein) zugeordnet.⁴⁰ Filipp (1990) argumentiert, dass diese Worte auch das Bedeutungselement „herrschen“ verbindet und der Begriff „Krankheitsbewältigung“ sich deshalb mit dem „Beherrschen“ einer Krankheit gleichsetzen lässt.⁴¹ Sowohl im englischen als auch im deutschen Alltagssprachgebrauch wird mit dem Begriff „Coping“ bzw. „Bewältigung“ in der Regel die *erfolgreiche* Auseinandersetzung mit einer Belastung gleichgesetzt.⁴²

„Bewältigung, besonders effektive Bewältigung, soll den Krankheitsverlauf günstig beeinflussen oder eine Erhaltung, Wiederherstellung oder Finden eines neuen psychischen Gleichgewichts in der Konfrontation mit einer chronischen Erkrankung ermöglichen.“⁴³

Krankheitsbewältigung wird demnach als die individuelle Anstrengung, bereits bestehende oder zu erwartende krankheitsbedingte Belastungen innerpsychisch (emotional / kognitiv) oder durch zielgerichtetes Handeln zu reduzieren, auszugleichen oder zu verarbeiten definiert. Als primäres Bewältigungsziel betrachtet Heim (1988) die Reduktion der symptomatischen Auswirkungen der Belastung, z.B. Schmerzen, und die Wiederherstellung des psychischen und physischen Wohlbefindens.⁴⁴

Da die interindividuellen Differenzen im Verlauf einer Krankheit nicht auf medizinische Faktoren wie Diagnose oder Behandlung zurückzuführen sind, sondern u.a. aus den unterschiedlichen Bewältigungsbemühungen der Betroffenen hervorgehen, gewann das Konzept „Coping“ im Forschungsgebiet „chronische Krankheit“ zunehmend an Bedeutung. Die Krankheitsbewältigungsforschung befasst sich überwiegend mit chronischen und schwerwiegenden Erkrankungen, z.B. Krebs, Diabetes, Herzinfarkt, Aids oder rheumatische Erkrankungsformen. Damit trägt sie dem Umstand Rechnung, dass Krankheiten sowie die zur

39 Vgl. Rüger et al. (1992, S. 11)

40 Vgl. Etymologisches Wörterbuch zit. nach Filipp (1990a, S. 25)

41 Vgl. Filipp, S.-H. (1990a, S. 25)

42 Vgl. Traumann-Sponsel (1988, S. 14)

43 Pöhlmann, K. (1992, S. 8)

44 Vgl. Heim (1988, S. 8) zit. nach Eggli (1997, S. 40)

Behandlung getroffenen Maßnahmen dem Patienten ein gewisses Maß psychischer Anpassung abverlangen.⁴⁵

Ein besseres Verständnis solcher Verarbeitungsprozesse könnte dazu beitragen, gezieltere und effektivere therapeutische Maßnahmen zu entwickeln, sinnvolle Bewältigungsanstrengungen zu unterstützen und unzulängliche Bewältigungsversuche durch geeignete Maßnahmen zu modifizieren.⁴⁶

3.3 Wissenschaftstheoretische Probleme der Krankheitsbewältigungsforschung

Allein die Tatsache, dass der Begriff „Bewältigen“ mit dem erfolgreichen Bewältigen einer Belastung gleichgesetzt wird, zieht das Problem der Definition der Kriterien für den Erfolg oder Misserfolg von Krankheitsbewältigungsbemühungen nach sich. Des weiteren entspringt der Vielfalt der Studien auf dem Gebiet der Krankheitsbewältigungsforschung das Problem der Heterogenität. Ein weiteres Problem stellt die Abgrenzung des Bewältigungsverhaltens dar, obwohl dies im Falle einer schweren Erkrankung wie z.B. Krebs, Herzinfarkt oder Schlaganfall schon umschrieben ist, da diese zu den tiefgreifendsten, kritischen Lebensereignissen zählen, bei denen erhebliche psychosoziale und emotionale Probleme zu bewältigen sind.⁴⁷

Filipp (1990) spricht von einem konzeptuellen Nebel, Trautmann-Sponsel (1988) von der Gefahr, dass der Begriff „Coping“ bzw. „Bewältigung“ zu einem inhaltsleeren Konstrukt und Modewort verkommen würde, wenn es nicht auf einen eng umschriebenen Definitionsbereich beschränkt wird. Pöhlmann (1992) charakterisiert die „gegenwärtige“ Situation der krankheitsbezogenen Copingforschung mit den Worten Terminologiekonfusion und Situationismus.⁴⁸

3.3.1 Das Problem der Heterogenität

Unzählige Untersuchungen auf dem Gebiet der Krankheitsbewältigungsforschung z.B. zur Verarbeitungsspezifität bei Tumor, HIV und Dialyse⁴⁹, halbstrukturierte Tagebücher als Zugang zur Belastungsbewältigung schizophrener Patienten⁵⁰, Coping bei

45 Vgl. Eggli (1997, S. 40)

46 Vgl. Rüger et al. (1990, S. 13)

47 Vgl. Philipp & Klauer (1988, S. 51)

48 Vgl. Trautmann-Sponsel (1988, S. 14) und Pöhlmann, K. (1992, S. 31)

49 Vgl. Pöhlmann (1992)

50 Vgl. Wiedl, Rauh (1994)

Rückenbeschwerden⁵¹, Bewältigungsstrategien bei Alkoholismus⁵² und viele Untersuchungen zur Krankheitsverarbeitung bei Krebs⁵³ dokumentieren einerseits das große Interesse und die Bedeutung, die der Krankheitsbewältigung zugemessen wird. Andererseits resultiert aus der Vielfalt der theoretischen Zugangsweisen und Methoden eine Heterogenität, die z.B. zur Folge hat, dass es noch keine allgemein anerkannte und empirisch bestätigte Klassifikation der in Belastungssituationen gezeigten Verhaltensweisen gibt.⁵⁴ Um sinnvolle sowohl präventive als auch kurative Unterstützungsmaßnahmen treffen zu können, brauchen wir jedoch das Wissen, welches Bewältigungsverhalten in welcher Belastungssituation bevorzugt und mit welchem Erfolg benutzt wird.⁵⁵

Rüger, Blomert und Förster (1990) sehen die Ursachen für die Heterogenität in den sehr häufig nicht ausreichend diskutierten theoretischen Vorannahmen, die den einzelnen Operationalisierungen des Bewältigungsverhaltens zugrundegelegt werden und somit auch Probleme bei der Interpretation der empirischen Ergebnisse nach sich ziehen.⁵⁶

Eine Konsequenz dieser Heterogenität ist, dass sich die zahlreichen Einzelergebnisse empirischer Studien kaum aufeinander beziehen lassen.⁵⁷

3.3.2 Das Problem der Abgrenzung von Bewältigungsverhalten

Filipp (1990) konstituiert bezüglich der Krankheitsbewältigung zwei Abgrenzungsprobleme.

Als *Abgrenzungsproblem erster Ordnung* beschreibt sie, dass das Bewältigungsverhalten auf der phänomenalen Ebene nicht ungewöhnlich sein muss. So kann ein Theaterbesuch dem Bewältigungsverhalten zuzuordnen sein oder auch nur der Unterhaltung dienen. Der Versuch, die Prioritäten im Leben neu zu ordnen, kann eine Form der innerpsychischen Krankheitsbewältigung sein, er kann aber auch „nur“ eine Phase erhöhter Selbstreflexivität markieren.

Ein Kriterium für die Definition des Bewältigungsverhaltens ist demnach der entsprechende Situationsanlass. Es tritt im Umfeld von Belastungssituationen auf und erfüllt eine schwer definierbare Funktion – etwa im Zuge der Belastungsreduktion.

51 Vgl. Valach (1994)

52 Vgl. Scherer, Scherer (1994)

53 Vgl. Baider, Perez, Kaplan De-Nour (1994); vgl. Ferring, Filipp, Klauer (1994)

54 Vgl. Rüger et al. (1992, S.13)

55 Vgl. Rüger, Blomert, Förster (1990, S. 13)

56 Vgl. Rüger, Blomert, Förster, (1990, S. 13)

57 Vgl. Rüger, Blomert, Förster (1990, S. 13)

Es stellt sich die Frage, ob sich nun *jedes* Verhalten eines schwerkranken Menschen als Bewältigungsverhalten einordnen lässt, oder ob nur solche Verhaltensweisen als Bewältigungsverhalten verstanden werden sollten, die tatsächlich eine belastungsreduzierende oder schützende Funktion haben?

Aus dieser Frage geht Philipps *Abgrenzungsproblem zweiter Ordnung* hervor:

Es resultiert aus Überschneidung des Begriffs „Bewältigen“ mit der erfolgreichen Bewältigung von Belastungen. Dies zieht ein fundamentales konzeptuelles Problem mit zwei Facetten nach sich:

- Zum einen müssten klare Zielkriterien des Bewältigungsverhaltens formulierbar sein.
- Zum anderen müsste nachvollziehbar sein, welche Wirkung ein bestimmtes Verhalten nach sich zieht.

Wenn Klarheit über diese beiden Punkte bestünde, könnte man z.B. Verhalten X als erfolgreich und nur damit als Bewältigungsverhalten kategorisieren, weil es den erwünschten, protektiven Effekt Y auslöst.⁵⁸

Solche unilateralen Beziehungen zwischen Verhalten und Befinden werden der komplexen Realität weit weniger gerecht als etwa reziproke Zusammenhänge, welche viel schwieriger zu identifizieren sind. Außerdem stellt sich die Frage, inwieweit menschliches Verhalten überhaupt einer logischen oder funktionalen Regelmäßigkeit unterliegen kann.

Auch die Festlegung der Zielkriterien von Bewältigungsverhalten stellt ein Problem dar. Philipp (1990) nimmt an, dass es sicher möglich wäre, sich auf so allgemeine wie unverbindliche Kriterien wie z.B. Lebensqualität zu einigen. Solche Kriterien sind jedoch vage und mehrdeutig. Außerdem kommt keinem eine über Zeit und Person konstante Geltung zu. Sogar verschiedene Ziele einer Person können inkompatibel sein. So kann z.B. das subjektive Wohlbefinden als ein Zielkriterium durch ein bestimmtes Bewältigungsverhalten auf Kosten eines anderen Zielkriteriums, z.B. die Compliance, stabilisiert werden.⁵⁹

Je präziser Verhaltensschemata beschrieben werden, um so weniger sind die Ergebnisse vergleichbar. Um die unterschiedlichen Ergebnisse sinnvoll auszuwerten, muss auf die komplexen Lebensumstände des Patienten als Grund einer Differenzierung eingegangen werden, wodurch die Bildung allgemeiner Aussagen erschwert bis unmöglich gemacht wird. Andererseits werden mit weiten Begrifflichkeiten die Folgerungsmöglichkeiten erschwert, bis unmöglich gemacht.

Die dargelegte Abgrenzungsproblematik legt den Schluss nahe, dass die konzeptuelle

58 Vgl. Philipp, S.-H. (1990a, S. 25 ff.).

59 Vgl. Philipp (1990a, S. 26)

Eingrenzung von Bewältigungsverhalten in hohem Maße die Gefahr zirkulärer Definitionen in sich birgt.⁶⁰ Trotzdem sollen die eben problematisierten Kriterien aus einer konstruktiveren Perspektive dargestellt werden. Mit dem Wissen über die wissenschaftstheoretischen Schwierigkeiten braucht die Relativität der Sachverhalte nicht erneut diskutiert werden.

3.4 Konstruktive Kriterien der Krankheitsbewältigungsforschung

3.4.1 Die Zielkriterien der Bewältigungsbemühungen

Eggli (1997) führt im Rahmen einer Längsschnittstudie, die den Zusammenhang von Humor und Gesundheit bei Studierenden untersucht, das subjektive Wohlbefinden, die physische Gesundheit und die soziale Funktionstüchtigkeit⁶¹ als allgemein anerkannte⁶² klassische Effektivitätskriterien auf.⁶³

Er räumt jedoch ein, dass die „Effektivitätskriterien für Bewältigungsbemühungen letztlich als personen- und situationsabhängig zu betrachten sind.“⁶⁴

Der Zeitfaktor spielt z.B. eine Rolle. Aus kurz- und längerfristigen Zeiträumen resultieren unterschiedliche Bewältigungsziele. Insbesondere bei der Bewältigung einer Krankheit muss sich der Betroffene je nach Krankheitsphase mit verschiedenen Anforderungen und Zielen auseinandersetzen.

Die Effektivitätskriterien können sich auch je nach Urteilsinstanz unterscheiden. Eggli (1997) sieht neben der betroffenen Person die unmittelbar involvierten Angehörigen und unabhängige dritte Personen, wie z.B. den Arzt, aber auch personenunabhängige Parameter.⁶⁵

3.4.2 Die Copingstrategien

Obwohl aus den oben genannten Gründen keine Bewältigungsstrategie pauschal als effektiv oder ineffektiv kategorisiert werden kann, wird aufgrund der empirischen Befundlage trotzdem eine Unterteilung in mehr oder weniger adaptive Strategien vorgenommen.⁶⁶

Positives Umdeuten und problemzentriertes Handeln z.B. gelten eher als positive, effektive

60 Vgl. Filipp (1990a, S. 27)

61 Vgl. Broda (1990, S. 19); Weber (1994, S. 53) zit. nach Eggli (1997, S. 44)

62 „in Anlehnung an den umfassenden Gesundheitsbegriff der WHO“ (Eggli, 1997, S. 44)

63 Vgl. Eggli (1997, S. 44)

64 Vgl. Eggli (1997, S. 44)

65 Vgl. auch Heim (1988); Weber (1994) zit. nach Eggli (1997, S. 44)

66 Vgl. Heim (1988, S. 15); Nöldner (1989, S. 15); Weber (1994, S. 53) zit. nach Eggli (1997, S. 44)

bzw. adaptive Bewältigungsformen. Als negative, ineffektive bzw. wenig-adaptive Verhaltensweisen werden realitätsfliehende Wunschphantasien, passiv-resignatives Verhalten, Vermeidungsverhalten und Selbstvorwürfe betrachtet.⁶⁷

3.4.3 Personale Ressourcen

Wenn (adaptiven) Copingstrategien ein dispositioneller Charakter zugewiesen werden kann, bezeichnet man sie auch als personale Ressourcen. Sowohl die Wahrnehmung und die Bewertung von Belastungen als auch damit verbundene Begleitemotionen und Bewältigungsstrategien eines Individuums werden durch dessen Persönlichkeitsvariablen determiniert. Dieser Einfluss greift in jeder Phase der Bewältigungsbemühungen. Persönlichkeitsvariablen im Sinne personaler Ressourcen haben demnach jederzeit einen protektiven Einfluss.⁶⁸

3.5 Krankheitsbewältigung und Aphasie

In diesem Abschnitt soll zuerst dargelegt werden, warum das Krankheitsbewältigungsverhalten von Aphasikern bisher nicht in der gängigen Krankheitsbewältigungsforschung untersucht wurde, obwohl doch gerade diese Patienten infolge ihrer Sprachstörung, der damit einhergehenden Mehrfachbehinderung und der häufig hinzukommenden Depression „Krankheitsbewältigungsschwerstarbeit“ leisten müssen. Anschließend wird umrissen, dass mithilfe von Einzelfallstudien Parallelen im Bewältigungsverhalten von Aphasikern einer Syndromgruppe und von Aphasikern unabhängig von ihrer speziellen Symptomatik aufgezeigt werden können bzw. welche speziellen Belastungen im Falle einer Aphasie vorliegen, welche Konsequenzen dies haben kann und welche Möglichkeiten es gibt, diesen Schwierigkeiten zu begegnen. Dabei wird speziell auf die Angehörigenberatung und die etwas fragwürdigen Verhaltensempfehlungen für Aphasiker eingegangen.

Das Instrumentarium zur Erfassung des Krankheitsbewältigungsverhaltens umfasst hauptsächlich Fragebögen, Tagebücher und Interviews. Es sind rundum sprachliche Methoden. Darin liegt wahrscheinlich die Ursache dafür, dass Aphasiker m.E. bisher in

67 Vgl. Eggli (1997, S. 44)

68 Vgl. Eggli (1997, S. 44)

Studien, die das Krankheitsbewältigungsverhalten erfassen, nicht berücksichtigt wurden. Sie können aufgrund ihres Krankheitsbildes kaum zuverlässige sprachliche Aussagen treffen. Eine Möglichkeit stellt die Erfassung der Situation mit Hilfe der Fremdbeurteilung durch Angehörige oder Therapeuten in Interviews oder Fragebögen dar.

Die Darstellung von Einzelfällen ist eine übliche Methode in der Aphasiologie. Darin werden Krankheitsverläufe und Bewältigungsverhalten von Aphasikern geschildert⁶⁹, die dann wiederum vergleichbar sind innerhalb ihrer Syndromgruppen. Mattes (1993) stellt z.B. fest, daß die manchmal gehobene Stimmungslage eines Wernicke-Aphasikers wahrscheinlich mit einem verminderten Störungsbewusstsein einhergeht.⁷⁰ Innerhalb der Syndromgruppe der Wernicke-Aphasiker ist das ein recht charakteristisches Verhalten.

Mattes (1993) stellt Krankheitsverläufe von drei Patienten vor, deren Symptomenkomplexe den klassischen Aphasiesyndromen – globale, sensorische, motorische und amnestische – entsprechen.⁷¹ Diese Patienten haben gemeinsam, dass sie im Anfangsstadium unter einer Depression, die Mattes (1993) als Reaktion auf das Krankheitsgeschehen betrachtet, litten.⁷² Die depressive Verstimmtheit kann unabhängig vom Aphasiesyndrom als typisches Merkmal im Verlauf der Krankengeschichte eines Aphasikers betrachtet werden.⁷³

Des weiteren muss im Falle einer aphasischen Störung beachtet werden, dass die Sprachstörung meistens ein Symptom innerhalb einer Mehrfachbehinderung darstellt.⁷⁴

Wenn eine chronische Aphasie vorliegt, d.h. das der Krankheitsprozess mehr als sechs Monate umfasst, geht es nur sehr selten noch um eine berufliche Wiedereingliederung. Mattes (1993) betont, dass die Krankheitsbewältigung einer Aphasie wesentlich von der prämorbidem Persönlichkeit und dem sozialen Umfeld, in dem der Patient lebt, abhängig ist.⁷⁵

Dem Verhalten der Familie kommt demnach u.a. eine besondere Bedeutung zu. Um ihrerseits eine Bevormundung zu vermeiden, ist es wichtig, die Angehörigen aufzuklären, dass trotz des teilweisen Verlustes der Sprache die nichtsprachlich gebundene Intelligenz und das Wissen erhalten bleibt. Durch eine möglichst schnelle Integration des Aphasikers in seine Familie überwindet er am ehesten seine anfänglich meist depressiv resignative Haltung.⁷⁶

Häufig sind jedoch Partner und Angehörige überfordert. Ehen gehen kaputt, Freunde ziehen sich zurück. Oft bleibt nur der Pflegeplatz. Ungeduldige und hilflose Reaktionen anderer,

69 Vgl. z.B. Mattes (1993)

70 Vgl. Mattes (1993, S. 103)

71 Ein Syndromwandel einbegriffen

72 Vgl. Mattes (1993, S. 86 - 103)

73 Vgl. Aphasie und Depression S. 12

74 Vgl. Mattes (1993, S. 86)

75 Vgl. Mattes (1993, S. 104)

76 Vgl. Mattes (1993, S. 104)

auch der Umstand, nunmehr auf Hilfe angewiesen zu sein, schmälert das Selbstwertgefühl des Aphasikers.⁷⁷ Zusammen genommen sind dies Aspekte, die dem Aphasiker die Krankheitsbewältigung erschweren.

Es gibt verschiedene Ebenen auf der man diesen Schwierigkeiten begegnen kann. Zum einen ist eine entsprechende Angehörigenberatung von tragender Bedeutung. Sie kann z.B. in Form von Infoabenden, Angehörigengruppen und begleitender Einzelberatung stattfinden.⁷⁸

Als eine besonders gute Unterstützung haben sich die zweitägigen Angehörigenseminare, wie sie in der RWTH Aachen seit 1985 alle sechs Wochen stattfinden, bewährt. Bei diesen Seminaren ist je nach Bedarf ein Psychologe, ein Neurologe, ein Sprach- und ein Physiotherapeut, sowie ein Sozialarbeiter anwesend. Dieser Rahmen bietet den Angehörigen die Möglichkeit, ihre Ängste, ihre Wut, ihre Trauer und ihre Schwierigkeiten mit der Umstellung seit der Erkrankung ihres Partners, Elternteils oder Kindes mitzuteilen. Sie können sich mit den anderen Teilnehmern austauschen und erfahren Hilfe und Zuspruch von dem leitenden Team und den anderen Angehörigen. In der Gesprächsführung orientiert sich das Team an der nicht-direktiven, klientenzentrierten Beratung von Rogers (1972). Ein zentraler Aspekt dieser ist, dass der Berater lediglich ein Zuhörer ist, der den Klienten in seinem Streben nach Selbsterkenntnis und -verwirklichung unterstützt, aber nicht lenkt. Er gibt keine Anweisungen oder Antworten, sondern reflektiert lediglich die Gedanken und Gefühle des Klienten. Im Vordergrund der Gruppengespräche stehen die Themen Krankheitsbewältigung und psychosoziale Anpassung.⁷⁹

Angehörigenberatungen können für ein besseres Verständnis innerhalb „aphasischer Familien“ sorgen, deren Situation etwas entspannen und so den Betroffenen indirekt bei der Krankheitsbewältigung unterstützen.

Dem Betroffenen selbst schlägt Gottschalk (1998) in Anlehnung an Moos und Schäfer (1984) folgende Strategien vor:

- Der Patient *sollte* nicht das große übergreifende Problem betrachten, sondern es in Einzelaspekte unterteilen. Um den Mut für die zu bewältigenden Schwierigkeiten aufzubringen, *sollte* er sich die bisherigen Erfolge vor Augen führen.
- Dem Betroffenen *sollte* nie nur eine Handlungsalternative zur Verfügung stehen, sondern stets mehrere, deren Konsequenzen durchspielbar sind.
- Der Patient *sollte* nie den Bezug zur Realität verlieren, sich in Traumwelten flüchten,

77 Vgl. Gottschalk (1998, S. 21)

78 Nachzulesen bei Gottschalk (1998)

79 Vgl. Rogers (1972) zit. nach Gottschalk (1998, S. 44 - 49)

seine Schwierigkeiten verleugnen und sich in Selbstmitleid verlieren.

- Er *sollte* versuchen, der momentanen Situation etwas Positives abzugewinnen, indem er z.B. sieht, dass es anderen noch schlimmer geht als ihm.
- Er *sollte* sich über seine Störung, die Behandlungsmöglichkeiten und Erfolgsaussichten informieren.
- Er *sollte* seinen Tagesablauf den Störungen anpassen und nicht umgekehrt, denn so lernt man mit einer Behinderung zu leben.
- Sein Tag *sollte* mit vielen kleinen Aktivitäten gespickt sein, über die er sich freuen kann. Gewohnte Freizeitaktivitäten *sollten* angepasst und neue entwickelt werden.
- Emotionen wie Angst, Wut und Verzweiflung *sollten* offen zugegeben und gezeigt werden. Jedes Verhalten, das Spannungen abbaut, trägt zur Bewältigung bei. Somit sind auch Witze und Galgenhumor erlaubt.⁸⁰

Diese Verhaltensempfehlungen sind, wenn man sie anwenden kann, bestimmt von Vorteil für die Bewältigung einer Krankheit. Beherrscht man sie jedoch nicht, kann der Vorschlag, sie zu beachten eine Überforderung darstellen. Ist ein Patient beispielsweise nicht in der Lage, sich seine Emotionen offen einzugestehen, geschweige denn sie zu zeigen, wird ihn die Empfehlung, dies doch zu tun, ihn nicht unbedingt dazu bewegen. Wahrscheinlich würde dieser gut gemeinte Rat eher den Widerstand des Betroffenen wecken.⁸¹ Es wäre gut, alternative Möglichkeiten zu finden, den Aphasiepatienten direkt bei der Bewältigung seiner Krankheit zu unterstützen.

Dafür ist es wichtig, sich soweit wie möglich mit der speziellen Situation eines Aphasikers auseinander zu setzen. Trotzdem wird im folgenden Abschnitt von den spezifischen aphasischen Symptomen abgesehen und versucht, die Perspektive eines schwerkranken Menschen einzunehmen, um herauszufinden, was für diesen im Zentrum der Krankheitsbewältigung steht. Dabei wird deutlich, dass die Auseinandersetzung auf der psychologisch-geistigen Ebene zentral ist.

3.5.1 Der Schwerpunkt der Krankheitsbewältigung aus der Sicht des Betroffenen

Der niederländische Psychiater van den Berg (1974) schlägt dem, der wissen will, was es bedeutet krank zu sein, vor, am besten bei sich selbst anzufangen, in dem er sich an das

80 Moos und Schäfer (1984) zit. nach Gottschalk (1998, S. 22/23)

81 Vgl. spätere Ausführungen zum ProSt, S. ...

erinnert, was er erlebte, als eine unangenehme Krankheit den vorübergehenden Verbleib im Bett notwendig machte. Er selbst beschreibt dieses Erleben wie folgt:

„... wie ist dies alles bekannt und anders zugleich, nah und fern! Was ich höre, ist der Anfang meines täglichen Daseins, freilich nun mit dem Unterschied, daß ich keine Funktion mehr darin habe. Ich bin ausgeschaltet. auch draußen hat der Tag begonnen. Die Straße läßt sich hören, Autos fahren und hupen, Fahrräder klingeln, Jungen rufen einander an; so, in diesem merkwürdigen Abstand, habe ich die Polyphonie der Straße seit Jahren nicht gehört. ... Das Telephon geht, eben versuche ich, interessiert zu horchen, aber auch jetzt danke ich schnell ab in der gezwungenen, zugleich beruhigenden und leicht entmutigenden Sicherheit, daß ich alles überlassen muß. Ich gehöre nicht mehr dazu, ich tue nicht mehr mit. [...] Auch der zeitliche Horizont ist verengt. Die Pläne von gestern verlieren ihr Gewicht, ihre Bedeutung, ihre Wichtigkeit, sie haben kaum wirklichen Wert, sie erscheinen komplizierter, mühsamer, unbedeutender und ehrgeiziger als ich sie am Tag zuvor sah. ... Die Vergangenheit scheint gesättigt mit eitlen Nichtigkeiten, es kommt mir vor, daß ich zu meinen eigentlichen Aufgaben nie oder kaum gekommen bin. Zukunft und Vergangenheit verlieren ihre Umrisse, ich ziehe mich daraus zurück und lebe in dem kleinen Jetzt des Bettes ...“⁸²

Van den Berg (1974) weist Wege des Verstehens auf, in dem er sich in die Lage eines schwererkrankten Menschen versetzt und versucht, zu verstehen, was diese Veränderung für denjenigen bedeutet:

„Der Beginn jeder ernsthaften Krankheit ist eine Zäsur, ein Halt. Das normale Leben ist abgeschlossen, an seine Stelle tritt ein anderes Leben, dessen Art man noch nicht kennt, dessen Leid und Leiden man sehr wohl vermutet, aber keineswegs übersieht, und dessen eventuellen Wert man für so wenig möglich hält, daß man diesem Leben keine Form geben kann. Es steht nicht in der eigenen Macht dieses andere Leben zu leben, sondern man läßt es niedergeschlagen über sich ergehen, betäubt, sich auflehnd oder – genauso unfruchtbar – sich ergebend. Es ist die Erfahrung einer völligen Überrumpelung, die sich der Gesunde kaum vorstellen kann, eines plötzlichen Unsicherwerdens der Dinge, die man für die selbstverständlichsten hielt: die persönliche Funktion in dem Leben mit anderen, die Notwendigkeit oder gar die Unentbehrlichkeit dieser Funktion, das Vertrauen auf eine noch unabsehbare Zukunft und das Vertrauen auf die so eigene Unversehrtheit des Körpers – auch wenn man theoretisch sehr gut wußte, daß diese und dergleichen Sicherheiten immer alles andere als sicher waren.“⁸³

Filipp (1990) unterstreicht, dass dem Betroffenen durch eine schwere körperliche Erkrankung ein Loslassen von bis dato wichtigen Zielen abverlangt wird. Seine Lebensphilosophie, sein Selbstkonzept und Selbstwertgefühl gerät ins Wanken. Nie zuvor war ihm seine Endlichkeit so deutlich vor Augen. Zu bewältigen sind also Verluste unterschiedlicher Art, z.B. der Verlust des Glaubens an die eigene Unverwundbarkeit oder evtl. des bisherigen Lebenssinns; zu bewältigen sind vielfältige und komplexe Emotionen, wie z.B. das Gefühl von

82 Van den Berg (1974, S. 6-8)

83 Van den Berg (1974, S. 14)

Minderwertigkeit, die Furcht vor dem Tod, die Trauer. Zu bewältigen sind aber auch Schmerz, der Verlust der Selbstständigkeit und das Ausgeliefertsein.⁸⁴

Das Gefühl des Ausgeliefertseins resultiert sicher nicht zuletzt aus der Art und Auffassung unseres modernen medizinischen Versorgungsapparates.

Der amerikanische Mediziner Patch Adams (1990) beschreibt innerhalb einer umfassenden Kritik bezüglich seines Medizinstudiums, dass die Menschheit nie zuvor ein besseres Verständnis der Mechanismen unserer Körperfunktionen hatten. Doch leider sprühen Ärzte, Krankenschwestern, Krankenhäuser, Kliniken und andere Fachleute der Gesundheitsfürsorge nur selten vor Freude über den Dienst am Menschen.⁸⁵

Die oft beklagte mangelnde Humanität im medizinischen Versorgungssystem sieht Ohm (1997) begründet in der Konzentration auf die jeweilige Krankheit. Häufig passiert es, dass der Mensch im Krankenhaus auf ein Symptom reduziert wird. Die Gesamtheit des Individuums geht dabei verloren. Dies führt beim Patienten zu Gefühlen des Ausgeliefertsein und des mangelnden Respekts vor seiner Persönlichkeit.⁸⁶

Viele Wissenschaftler im Forschungsbereich der Krankheitsbewältigung⁸⁷ sind sich darüber einig, dass die medizinisch-technischen Fortschritten in der Intensivmedizin oder der Versorgung chronisch Kranker mit spezifischen psychischen und seelischen Belastungen für die Patienten einhergehen. Sie fordern, dass der Bewältigung dieser Belastungen im selben Maße Bedeutung zugemessen wird, wie den Fortschritten in der Medizin. Die Patienten brauchen eine entsprechende Unterstützung und Hilfestellung.

Die von dem norwegischer Arzt Jensen (1986) nachfolgend geschilderten Erfahrungen verdeutlichen, dass eine humane, emotionale und geistige Unterstützung in unserer modernen westlichen Art der medizinischen Versorgung fehlt. Nach einem Unfall war Jensen Patient auf einer Intensivstation:

„Am Tage geschah fast die ganze Zeit etwas. Ich lag allein im Zimmer, aber die Krankenschwestern kamen und gingen immerfort. Sie sahen zu, daß alles perfekt funktionierte, und sie kontrollierten die technischen Geräte. Die Ärzte sagten nicht viel ... Es herrschte bedrückende Stille. Arztvisite fand statt. Ich befand mich auf der vordersten Bank im Krankenhaushörsaal. Ich wurde examiniert und beantwortete auf meinem Papierstück die mir gestellten Fragen. Die nickten und meinten, ich sei tüchtig. Ich machte die Augen zu und ahnte über mir ein hohes Gewölbe. Ich lag in einer großen Halle. Hinter mir hörte ich den Lauf des Respirators; mir schien es als wäre es der Lauf eines Dampfers ... Die Belastungen nahmen zu. Die Isolation war

84 Vgl. S.H. Philipp (1990, S. 27)

85 Vgl. Patch Adams (1999, S. 40)

86 Vgl. D. Ohm (1997, S. 26)

87 Vgl. Muthny, F. A. (1989, Vorwort), Rüger et al. (1990, Vorwort) und Pöhlmann, K. (1992, Einleitung)

erstickend. Es war begrenzt, was ich auf dem Papier auszudrücken vermochte. Am häufigsten schrieb ich von Schmerzen. Aber das Schlimmste, das Ringen in meinem Inneren, vermochte ich niemandem mitzuteilen. Ich war unruhig und fürchtete mich vor dem Alleinsein. Sie gaben mir Spritzen, damit ich schlafen könne. Aber auch vor dem Schlafen hatte ich Angst. Der Schlaf, nach welchem ich mich sehnte, wurde auch mein Feind. Er gab mir böse Träume, Träume vom Tod. Ich konnte die Einsamkeit nicht ertragen. Ich mußte jemanden in meiner Nähe haben, eine Person, die mir die ganze Zeit nahe war. Auch wenn ich die Augen zumachte. Keiner meiner Pfleger konnte mir das Gefühl von Nähe vermitteln. Medikamente konnten den Bedarf an Kontakt nicht reduzieren. Ich brauchte einen Menschen, den ich anfassen konnte, der mir die Kraft verleihen konnte, die Leiden auszuhalten, und der mich glauben machen konnte, daß ich leben würde.⁸⁸

Jensen (1986) fühlte sich ausgeliefert. Ihm fehlte eine Bezugsperson bzw. die Nähe und die Beziehung zu den Personen, die ihn pflegten und medizinisch behandelten. Denn aus dem Ungleichgewicht, Personen vertrauen zu müssen, die einen pflegen und medizinisch versorgen, aber keine Zeit für ein liebes Wort und einen wärmenden Händedruck haben, entsteht das Gefühl des Ausgeliefertseins.

Auch auf Seiten des Klinikpersonals fehlt die Beziehung zum Patienten und dadurch die Freude und Begeisterung daran, anderen helfen zu können. Adams (1999) sieht in dieser Beziehungslosigkeit die Ursache für das vorherrschende Symptom der medizinischen und vieler anderer helfenden Berufe, *Burnout*. Menschen in diesem Zustand empfinden keine Erfüllung mehr durch ihren Beruf. Sie sind unfähig, sich zu erholen und haben das Gefühl schon zu lange zu viel von sich zu geben.⁸⁹

In diesem Abschnitt wurde einerseits versucht, einen Zugang zu den Erfahrungen der Menschen, die auf (intensiv-)medizinische Hilfe angewiesen sind, zu finden. Für viele Patienten stellt dies glücklicherweise nur einen vorübergehenden Zustand dar, den sie im Nachhinein z.B. in Gesprächen oder auch in Niederschriften verarbeiten können. Den meisten Aphasikern bleiben aufgrund ihrer Sprachstörung diese Möglichkeiten der Verarbeitung verwehrt, was ihnen den Prozess der Krankheitsverarbeitung potenziert erschwert.

Andererseits wurde der Konflikt zwischen dem umfangreichen – nie zuvor da gewesenen – medizinischen Wissen und der fehlenden Humanität in der Medizin angerissen. Diese Diskrepanz rückt den meisten Menschen, die in irgendeiner Form mit dem medizinischen Apparat in Berührung kommen, ins Bewusstsein. Häufig wird dies in alltäglichen Gesprächen geäußert.

Nicht zuletzt die Krankheitsbewältigungsforschung unterstreicht dieses Problem, indem sie

88 Jensen (1986) zit. nach Fabian (1991, S. 16/17)

89 Vgl. Adams (1999, S. 41)

hervor hebt, dass nicht nur die Krankheit sondern auch der Krankenhausaufenthalt sowie die medizinischen Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen als belastende Ereignisse zu begreifen sind. Die Patienten reagieren auf diese Belastungen mit unterschiedlichen Bewältigungsanstrengungen, denen wiederum Auswirkungen auf den Behandlungserfolg zugeschrieben werden.⁹⁰

Aufgrund der Tragweite dieses Konfliktes und in der Hoffnung einen guten Weg aus diesem Kreislauf zu finden, ist es sinnvoll, die Wurzeln dessen zu beleuchten. Damit beschäftigt sich der nächste Abschnitt.

3.5.2 Die historischen Wurzeln der Medizin – Hygieia und Äskulap

Kemper (1996) führt diesen Konflikt in seinem Buch „Die Geheimnisse der Gesundheit“ auf zwei Mythen aus der Antike, Hygieia und Äskulap, zurück. Sie bezeichnen die Standpunkte der Heilkunde und der Heiltechnik in der Medizin.

Hygieia verkörpert die natürliche Ordnung der Dinge. Aus ihrer Perspektive ist es die wichtigste Aufgabe der Medizin, die natürlichen Gesetze, die Geist und Körper gesund halten, zu entdecken, zu sichern und zu lehren.

Für *Äskulap* steht die Krankheit bzw. die situative Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit eines Menschen im Mittelpunkt. In unserer Kultur hat sich Äskulap durchgesetzt und mit ihm eine naturwissenschaftlich-mechanistische Auffassung von Gesundheit und Krankheit.⁹¹

Es zeichnet sich jedoch sowohl in der Theorie der Krankheitsbewältigungsforschung als auch in der klinischen Praxis die dringende Notwendigkeit ab, Hygieia wieder stärker einzubeziehen. Der Gedanke von Goethe, „die sogenannte Gesundheit kann nur im Gleichgewicht entgegengesetzter Kräfte bestehen“⁹², untermauert diese Forderung. Die Technisierung der Behandlung und die Ansprüche des Humanen schließen sich demnach nicht aus, vielmehr bedingen sie einander in dem Streben nach der „sogenannten Gesundheit.“

Heeck (1997) sieht den Krankenhausaufenthalt als eine Art Moratorium⁹³, in dem die Patienten besonders sensibel für neue, lebens- und sinnstiftende Impulse sind. Sie sehnen sich danach, nicht nur auf die Krankheit sondern auch bezüglich ihrer gesunden Seiten

90 Vgl. Rüger et al. (1990, S. 12)

91 Vgl. Kemper (1996, S.9) zit. nach C. Heck (1997, S. 33)

92 Goethe zit. nach Heck (1997, S. 14)

93 Moratorium [*lat.-mlat.*]: gesetzlich angeordneter od. [vertraglich] vereinbarter Aufschub (vgl. Duden, 1990, S. 514)

angesprochen zu werden. Heeck (1997) schlägt vor, Kunst und Kultur als geistige Dimension ins Krankenhaus einzuführen, um es als *Lebensraum* für den Menschen zurückzugewinnen. Mit dem folgenden Zitat von Humboldt unterstreicht er diesen Vorschlag:

„Nie kann man die äußere Tätigkeit des Menschen genug in die Schranken des Notwendigen zurückrufen, nie seinen Geist genug in das Gebiet der Unendlichkeit einladen.“⁹⁴

In den medizinischen Einrichtungen der Universität Münster wird seit 1992 das Projekt „Kultur-imPulse im Krankenhaus“ von Heeck geleitet.⁹⁵ Anfangs löste es Skepsis und Unbehagen bei den Mitarbeitern aus. Mittlerweile stößt es auf große Akzeptanz. Der leitende Verwaltungsdirektor Gotthardt (1997) bestätigt, dass Kultur in der Klinik nicht nur ein „Werbegag“ ist, sondern zu einer notwendigen Ergänzung der medizinisch und pflegerischen Behandlung in Richtung einer ganzheitlichen Behandlung gehört.⁹⁶

Kunst und Kultur im Krankenhaus fördert nicht nur die Lebensqualität der Patienten. Sie leistet auch eine besondere Unterstützung zur Bewältigung von Krankheit und ihren Folgen. Mit dem Modell der Salutogenese, das im anschließenden Abschnitt vorgestellt wird, liefert Antonovsky (1993) eine Erklärungsgrundlage dafür.

3.5.3 Das Modell der Salutogenese

Bengel, Strittmatter und Willmann (1998) bestätigen, dass die Grundgedanken des salutogenetischen Ansatzes nicht neu sind; sie können bis in die antike Medizin zurückverfolgt werden. Sie sehen in Antonovsky (1993) jedoch den ersten, der das pathogenetische Modell nicht nur kritisiert, sondern ihm ausdrücklich eine salutogenetische Theorie entgegensetzt, die er mit empirischen Studien zu unterstützen versucht.⁹⁷ Das Modell der Salutogenese kann als eine Theorie zur Erklärung von Gesundheit bezeichnet werden. Sie geht davon aus, dass der menschliche Organismus als ein System permanent natürlichen Einflüssen ausgesetzt ist, die eine Störung seiner Ordnung, d.h. seiner Gesundheit, bewirken können. Dies hängt von den Bewertungs- und Bewältigungsreaktionen des Individuums ab. Nach Antonovsky (1993) hat das Kohärenzgefühl einen entscheidenden Einfluss auf den Prozessverlauf. Es bezeichnet die „globale Orientierung“ einer Person, in welchem Maß sie überdauernd und dennoch dynamisch darin Vertrauen hat:

1. dass sie der Anforderung, die inneren und äußeren Erfahrungswelt zu strukturieren,

94 Humboldt zit. nach Heeck (1997, S. 37), vgl. den Abschnitt mit Heeck (1997, S. 8-58)

95 Die Vorbereitungen für dieses Projekt begannen 1992. Seit dem 12. Februar 1992 wird den Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern ein vielfältiges Kulturprogramm offeriert.

96 Vgl. Gotthardt zit. nach Heeck (1997, Umschlag)

97 Vgl. Bengel, Strittmatter, Willmann (2001, S. 2)

vorherzusagen und zu erklären, gerecht werden kann (Verstehbarkeit);

2. dass sie über die dafür notwendigen Ressourcen (Bewältigbarkeit) und

3. dass diese Anforderungen relevante Herausforderungen für sie sind, die den Aufwand und das Bemühen darum rechtfertigen (Sinnhaftigkeit).⁹⁸

Während sich das pathogenetische Modell auf die Frage nach der Entstehung von Krankheiten konzentriert, rückt das salutogenetische Modell die Frage nach den Ressourcen – den Faktoren, die helfen, die Gesundheit aufrechtzuerhalten oder zu verbessern – in den Mittelpunkt. Dies impliziert eine Ablehnung der dichotomen Verwendung der Begriffe Gesundheit bzw. Krankheit. Es wird ein Kontinuum von Gesundheit und Krankheit angenommen, auf dem eine Person eine Position einnimmt. Sie ist damit mehr oder weniger *gesund*. Schließlich kann sich ein „Kranker“, der beispielsweise nach einem Unfall noch krankgeschrieben ist, gesünder fühlen als ein „Gesunder“, der sich jeden Tag zur Arbeit schleppt, abgeschlafft, gestresst und müde ist. Aus salutogenetischer Sicht wird eine „kranke“ Person nicht nur als Symptomträger betrachtet, sondern als ein Mensch mit einem Symptom, der gleichzeitig mehr oder weniger gesund ist. Damit verfügt dieser über gesundheitliche Ressourcen und entsprechende Möglichkeiten der Gesundheitsförderung.⁹⁹

Das Modell berücksichtigt soziale, physiologische, biochemische, emotionale und kognitive Einflussgrößen. Es hat damit einen hohen Integrationswert und entspricht einem meta-theoretischen und heuristischen Prozessmodell, dessen Orientierungsrahmen das Einordnen und Veranschaulichen komplexer Zusammenhänge ermöglicht. Aufgrund der Komplexität sind die empirischen Untersuchungen der salutogenetischen Annahmen erschwert. Trotzdem gehört Antonovskys Modell (1993) zu den einflussreichsten Gesundheitskonzepten der letzten Jahre und stößt vor allem im Bereich der Gesundheitsförderung auf wachsendes Interesse. Bengel et al. (2001) bewerten das Modell der Salutogenese als eine Legitimation für konzeptionelle Überlegungen und Maßnahmeplanungen.¹⁰⁰

Antonovsky (1993) fordert mit dem Modell der Salutogenese einen Perspektivwechsel von Risikofaktoren und Krankheitsursachen hin zu Protektivfaktoren und Ressourcen. Er rückt folgende Fragen ins Zentrum:

- Wie schaffen es relativ gesunde Menschen, gesund zu bleiben?
- Welche Ressourcen stehen ihnen zur Erhaltung der Gesundheit zur Verfügung?
- Durch welchen Umgang mit Belastungen und schädlichen Einflüssen können sie ihre

98 Vgl. Antonovsky (1993, S. 12) zit. nach Bengel, Strittmatter & Willmann (2001, S. 1)

99 Vgl. Ohm (1997, S. 24-26)

100 Vgl. Bengel, Strittmatter, Willmann (2001, S. 2)

Gesundheit schützen?

- Wie schaffen Sie es mit Beschwerden und Beeinträchtigungen so gut fertig zu werden, dass sie keinen oder nur geringen Schaden nehmen?¹⁰¹

Anhand dieser Fragen wird deutlich, dass der salutogenetische Ansatz den Erhalt der Gesundheit bzw. das Gesundwerden fokussiert. Er kann somit als ein theoretisches Fundament für die Maßnahmen betrachtet werden, die in Krankenhäusern zur Förderung der gesunden Seiten der Patienten getroffen werden.

3.5.4 Salutogenese und Schlaganfall

Aus salutogenetischer Perspektive wird unweigerlich deutlich, dass die Ressourcen der Menschen, die einen Schlaganfall erlitten, der eine Mehrfachbehinderung und Pflegebedürftigkeit nach sich zog, in einem relativ ungünstigen Verhältnis zu der Störung stehen. Folgende Fragen, denen im Anschluss nachgegangen wird, gehen daraus hervor:

- Welche Ressourcen bleiben einem Aphasiker?
- Besteht die Möglichkeit, dass diese als ein Anknüpfungspunkt für den Rehabilitationsprozess dienen?
- Wenn dies der Fall ist, welche Umsetzungsmöglichkeiten gehen daraus hervor?

Die meisten Aphasiepatienten sind ältere Menschen.¹⁰² Ein Ergebnis der State-Trait-Untersuchungen von Ruch und Zwyer (2001) zeigt, dass der Humor eine weitgehend unterschätzte Ressource alter Menschen ist.¹⁰³ Auch Hirsch (2001) stellt fest, dass alte Menschen meist über mehr Humor verfügen, als dies jüngere vermuten.¹⁰⁴

Aphasiker reagieren jedoch auf ihre Erkrankung häufig mit einer depressiven Verstimmtheit.¹⁰⁵ Mit das Schlimmste ist es für die Betroffenen, die Angehörigen, aber auch die Therapeuten, die Ärzte und das Pflorgeteam, die Hilflosigkeit und das Leiden hinzunehmen, auszuhalten.

An dieser Stelle soll eine Studie skizziert werden, auf die unter dem Punkt „Die Bedeutung des Humors für die Psychotherapie“ noch genauer eingegangen wird. Diese Untersuchung von dem Humorthérapeuten Hirsch und dem Psychologen Kranzhoff (2001) erscheint beispielhaft, weil sie optimistisch stimmende Ergebnisse hervorbringt in Bezug auf die Frage, ob es

101 Antonovsky zit. nach Ohm (1997, S. 25)

102 Siehe S. 4

103 Ruch und Zwyer (2001, S. 24) siehe S. 57

104 Vgl. Hirsch et al. (2001, S. 7)

105 Siehe S. 13

möglich ist, depressiv gestimmten Menschen humorthérapeutisch zu begegnen, ohne auf deren Ablehnung zu stoßen, da sie durch diese Art Intervention emotional überfordert sein könnten. Hirsch und Kranzhoff (2001) wollten herausfinden, ob ältere Menschen, die in einer gerontopsychiatrischen Einrichtung behandelt werden, die Bereitschaft für die Teilnahme an einer Humorgruppe aufbringen würden, und ob die Teilnahme an einer solchen humorthérapeutischen Maßnahme einen positiven Effekt auf den Therapieverlauf hat. Sie gehen davon aus, dass Patienten, die an einem Depressions- oder einem Angstsyndrom leiden, besonders ansprechbar für eventuelle Effekte einer Humorthérapie sind. Deshalb wählten sie ausschließlich solche Patienten für die Untersuchung aus.¹⁰⁶

Die Humorgruppe, in der es allein darum ging, den eigenen Humor der Teilnehmer (wieder) zu wecken, zu fördern und sie zum Lachen zu bringen, wurde in das Gesamtbehandlungskonzept eingebettet.

Mithilfe des STHI, einem Fragebogen namens „State-Trait-Heiterkeits-Inventar“, der im Abschnitt „State-Trait-Modell“ erklärt wird, wurde die Effektivität dieser Maßnahme erfasst.¹⁰⁷

Die Ergebnisse zeigen zwar in Bezug auf den gesamten Therapieverlauf zwischen der Kontroll- und der Humorgruppe keinen signifikanten Unterschied, aber die anschließende Befragung beider Gruppen ergab, dass die Teilnahme an der Humorgruppe Heiterkeit fördert und schlechte Laune verringert. Außerdem war bei den Teilnehmern im Gegensatz zur Kontrollgruppe ein Anstieg der Überzeugung zu verzeichnen, dass man Humor lernen kann und dass die Patienten sich wünschen, in der Therapie die Gelegenheit dazu zu bekommen. Die Patienten begrüßten das humorvolle Angebot. Sie haben es trotz ihrer Angst oder Depression nicht als eine Überforderung empfunden, sondern nahmen es als einen Stimmungsaufheller dankbar an. Besonders deutlich wird dies in der folgenden Schilderung:

„Die Lebendigkeit, Fröhlichkeit und Ausgelassenheit während der Stunden kann kaum in Worte gefaßt werden. Sie muß erlebt werden. Äußerungen von Patienten und Mitarbeitern unterstreichen, daß eine Humorgruppe eine wichtige Ergänzung in einem Gesamtbehandlungskonzept ist.“¹⁰⁸

Aufgrund dieser Ergebnisse fordern Kranzhoff und Hirsch (2001) zumindest für die Behandlung psychisch kranker, alter Menschen die Integration einer Humorgruppe in das Gesamtbehandlungskonzept. Diese Forderung ließe sich allerdings auf alle Kliniken ausdehnen, führen die Autoren weiter aus. Ihre Vision ist es, dass der Humor und die

106 Vgl. Kranzhoff und Hirsch (2001, S. 148)

107 Vgl. Kranzhoff und Hirsch (2001, S. 146)

108 Kranzhoff und Hirsch (2001, S. 160)

„Heilkraft des Lachens“ als Ausgangspunkt jeglicher Unterstützung von Genesungsprozessen fungieren könnte. Dies hätte einen positiven Einfluss auf andere Therapien und somit auf das gesamte Klima in der Klinik.¹⁰⁹

Der Ausgang dieser Studie ermutigt zu der Annahme, dass auch depressive Aphasiepatienten eine ähnliche humorthérapeutische Maßnahme, bei der nichtsprachlicher Humor im Vordergrund stehen muss, annehmen würden. Damit eröffnet sich eine Möglichkeit, aphasischen Patienten bei der Bewältigung ihrer Depressivität zu unterstützen, indem an deren Humor-Ressource angeknüpft werden kann. Dies könnte sich positiv auf ihre emotionale Verfassung, auf die Compliance der Patienten und somit auf den gesamten Krankheitsbewältigungsprozess auswirken.

Auch nichtsprachgebundene Kunst und Kultur wie Malerei, Musik, Pantomime, Stehgreiftheater, Zauberei oder Clownerie, die Aphasiker auf geistiger Ebene ansprechen, könnten ihnen lebens- und sinnstiftende Impulse geben. Die positiv-kreativen Erfahrungen könnten das Interesse und die Teilnahme der Patienten an etwas außerhalb der eigenen Befindlichkeit wecken und somit dem Aphasiker ein Stückweit aus seiner sprachlich bedingten sozialen Isolation heraus helfen. Es wäre schön, wenn dem Modellprojekt „Kultur-imPulse im Krankenhaus“, wie es in Münster seit 1993 erprobt und praktiziert wird (s.o.), weitere folgen würden.

In der mit Hirsch und Kranzhoff (2001) geteilten Annahme, dass vor allem Menschen in einer depressiven Stimmungslage empfänglich sind für humorvolle Interventionen, wird im Folgenden speziell der Frage nachgegangen, welche Bedeutung Humor und Lachen für die Bewältigung einer Krankheit im Allgemeinen und einer aphasischen Symptomatik im Besonderen haben kann.

109 Vgl. Kranzhoff und Hirsch (2001, S. 160/161)

4 Die Gelotologie – die Wissenschaft vom Lachen

4.1 Einleitung

Für aufschlußreich, und oft geradezu für entlarvend hielte ich die genaue Erforschung des Lachens. Sogar den Namen für die hoffnungsvolle Methode habe ich bereits gefunden. Sie nennt sich „Lachkunde.“¹¹⁰

Erich Kästner

Bevor die Möglichkeiten des therapeutischen Humors und der Clownstherapie aufgezeigt werden, ist es notwendig einen Einblick in die Theorie und die Wurzeln der Gelotologie bzw. der Humorforschung zu geben.

Seit den achtziger Jahren erlebt die Humorforschung eine aktuelle Renaissance, über deren Geschehnisse und Institutionalisierungen ein knapper Überblick gegeben wird. Die Kategorisierungen der Humorthorien von Eggli (1997) und Titze (2000) werden sich ergänzend gegenübergestellt. Darin sind psychophysiologische-, Inkongruenz- und soziale Theorien sowie die Punkte „emotionale Distanz“ und „Evozierung positiver Emotionen“ zusammen gefasst. So werden u.a. die Effekte des Lachens auf die Atmung und auf die psychische und physische Verfassung eines Menschen dargelegt oder erklärt, welche sozial-evolutionäre Bedeutung das Lachen hat und wodurch es ausgelöst werden kann.

Mit dem State-Trait-Modell der Erheiterbarkeit von Ruch und Zwyer (2001) wird ein theoretisches Fundament für die unterschiedliche Auslösbarkeit von Erheiterung einzelner Individuen zu unterschiedlichen Zeitpunkten und verschiedener Individuen gegeben. Der Schwerpunkt dieser Betrachtungen liegt jedoch auf den weiterführenden Untersuchungen, bei denen beispielsweise Zusammenhänge zwischen situativer Heiterkeit eines Individuums und Schmerzempfinden oder habitueller Heiterkeit und Bewältigungsstrategien im Bezug auf negative Erlebnisse und Wohlbefinden erstellt werden. Im Grunde geht diese Studie der Volksweisheit, „Lachen ist die beste Medizin“ nach. Obwohl dieses Gedankengut eine lange Tradition hat, ist der Forschungszweig der Gelotologie sehr jung.

Derartige Forschungsbemühungen wurden überwiegend durch die Publikation des amerikanischen Journalisten Cousins (1979) „Anatomy of an Illnes as Perceived by the Patient“ initiiert.¹¹¹ Darin beschrieb er seinen Genesungsprozess trotz erschütternder Prognose mithilfe der „besten Medizin“ - dem Lachen. Damit sollen die Ausführungen zunächst fortgesetzt werden.

110 Erich Kästner (1969) zit. nach Titze (2000, S. 20)

111 1979 veröffentlichte Cousins „Anatomy of an Illnes as Perceived by the Patient.“ 1981 wurde dies ins Deutsche übersetzt: „Der Arzt in uns selbst“.

4.2 Norman Cousins - der Urvater der Lachtherapie

Die Geschichte des amerikanischen Journalisten Norman Cousins (1979) ist als eines der schönsten und wahrscheinlich populärsten Fallbeispiele für erfolgreiche Krankheitsbewältigung in die Literatur eingegangen. Cousins litt unter einer lebensbedrohlichen „Spondylarthritis“, einer degenerativen Entartung der Grundsubstanz des Knochengewebes, die mit starken Schmerzen verbunden war. Seine Ärzte gaben ihm eine Heilungschance von höchstens 1:500. Dies wollte er nicht akzeptieren. Auf der Suche nach neuen Wegen las er über den unheilvollen Einfluss negativer Gedanken auf das innersekretorische System. Daraus schlussfolgerte Cousins, dass ein konsequent positiver Gefühlszustand den umgekehrten Effekt hervorrufen könnte, d.h. das biochemische Gleichgewicht im Körper wiederherstellen würde. Er wollte nicht nur positiv denken. Er wollte eine Heiterkeit erleben, die aus dem Bauch kommt und den ganzen Körper erfasst. Dies konnte er sich jedoch nicht in der sterilen Krankenhausatmosphäre vorstellen. „Krankenhäuser sind nichts für Kranke“, scherzte er nach seiner Genesung. So zog er mit dem Einverständnis der Ärzte in ein freundliches Hotelzimmer nahe der Klinik. Dort ließ er sich von einer Krankenschwester lustige Slapstick-Filme vorführen und witzige Bücher vorlesen. Freunde, die ihn besuchten, hielt er an, so viel wie möglich mit ihm zu scherzen und zu lachen.

Nachdem Cousins etwa 10 Minuten lauthals gelacht hatte, spürte er, dass seine Schmerzen nachließen, so dass er problemlos ein bis zwei Stunden schlafen konnte. Von besonderer Bedeutung war, dass seine Laborbefunde eine allmähliche Genesung bestätigten.¹¹²

Nachdem Norman Cousins vollständig genesen war, verfasste er Zeitschriftenartikel und Bücher über seine „Lachkur“. Als Reaktion auf die Publikationen von Cousins entwickelte sich in den darauffolgenden Jahren in den USA „die Gelotologie“, die Wissenschaft vom Lachen.

4.3 Theoretische Konzepte der Humorforschung

4.3.1 Ein historischer Abriss

Nach Ruch und Zweyer (2001) ist die Erforschung des Humors und assoziierter Phänomene ein diskontinuierlich-phasisches Phänomen mit jeweils wechselnden zentralen Fragen. Um den heutigen Stand der Humorforschung besser verorten zu können, wird vorweg ein geschichtlicher Abriss gegeben.¹¹³

112 Vgl. Cousins (1979/1981)

113 Vgl. Ruch und Zweyer (2001, S. 9)

In der Philosophie hat das Interesse am Verstehen des Humors eine lange Tradition. Seit der Antike befassten sich bedeutende Philosophen wie Platon, Aristoteles, Thomas Hobbes, Immanuel Kant, Arthur Schopenhauer, Friedrich Nietzsche, Henri Bergson und Helmut Plessner mit dieser Thematik in verschiedenster Weise.¹¹⁴

Erste psychologische Ansätze sind bei Freud Anfang dieses Jahrhunderts zu finden in „Der Witz und seine Beziehung zum Unbewußten“ (1905) und „Der Humor“ (1927). Freud warf seinerzeit die Frage nach der Motivation des Humors auf. Er ging davon aus, dass das rationale und bewusste Erleben und Verhalten stark durch unbewusste sexuelle bzw. aggressive Impulse gesteuert wird. Diese Impulse unterliegen in unserer Zivilisation einer starken auch innerpsychischen Unterdrückung. Im Humor, der insofern dem Traum ähnelt, ist es möglich, sexuelle Interessen und aggressive Intentionen zu thematisieren, ohne mit der gesellschaftlichen Zensur in Konflikt zu geraten. Das Lachen erlaubt somit die stellvertretende Lustempfindung.¹¹⁵ Mit diesem psychoanalytischen humortheorietischen Ansatz hatte Freud einen großen Einfluss auf spätere Arbeiten z.B. von Kuhlmann (1974), Ziv (1984), Derks (1993), Lundell (1994) und Oring (1994), die postulieren, dass im Humor motivational bedingte Themen aufgegriffen werden.¹¹⁶

In den siebziger Jahren galt das verstärkte Interesse den Grundlagen der Humorforschung.¹¹⁷ Eine wegweisende Funktion wird dem Buch: „The psychology of humor: Theoretical perspectives and empirical issues“ von Jeff Goldstein und Paul McGhee (1972) zugesprochen.¹¹⁸ Im Jahre 1976 organisierten Antony Chapman und Hugh Foot den ersten wissenschaftlichen Kongress über Humor und Lachen in Cardiff, Wales.¹¹⁹

Anfang der achtziger Jahre hatte Norman Cousins Buch „Der Arzt in uns selbst“ eine zündende Wirkung auf die Humorforschung.¹²⁰ Darin beschreibt er, wie er die

114 Vgl. Keith-Spiegel (1972) zit. nach Titze (2000, S. 14)

115 Vgl. Freud (1992) zit. nach Eggli (1997, S. 3)

116 Vgl. dazu Eggli (1997, S. 2-26): Goldstein, Suls und Anthony (1972) setzten dem motivationalen Ansatz die *Salienz-Theorie* entgegen, die besagt, daß die im Humor aufgegriffene Thematik nicht auf den aktuellen motivationalen Zustand im Sinne eines Antriebes, sondern vielmehr auf die momentane kognitive Bedeutsamkeit (Salienz) der Themen zurückzuführen ist.

Andere motivationale Ansätze von Ziv (1984), Kuhlmann (1985) oder Oring (1994) gehen davon aus, daß der Humor Themen zentriert, die einen besonders hohen emotionalen Erregungsgehalt haben.. Charakteristisch für diese Themen sind tabuisierte und problematisierte Inhalte, wie z.B. der Umgang mit Tod, Glaube, Beziehungen, Sexualität und Aggression. Die latente Bedrohlichkeit dieser Themen wird mit dem Humor abgeschwächt.

117 Vgl. Ruch et al. (2001, S. 9)

118 Goldstein & McGhee (1972) zit. nach Ruch et al. (2001, S. 9). Weitere wichtige Überblicksarbeiten stammen von Chapman / Foot (1976) und McGhee / Goldstein (1983) zit. nach Titze (2000, S. 14)

119 Siehe Ruch et al. (2001, S. 9)

120 Vgl. Titze (2000, S. 20). Eggli (1997, S.29) bezweifelt den „beflügelnden“ Einfluß von Cousins Buch „Der Arzt in uns selbst“ auf die Forschungsbemühungen, räumt aber ein, daß es seitdem kaum eine wissenschaftliche

lebensbedrohliche und sehr schmerzhafte Kollagenkrankheit „Spondylitis rheumatica ankylosans“ an der er in den siebziger Jahren erkrankte, mit herzhaftem Lachen besiegte (s.o.). Arbeiten von Safranek / Schill (1982) und Martin / Lefcourt (1983) folgten.¹²¹ Einige herausragende Humorforscher unserer Zeit z.B. Titze (2000), Höfner und Schachtner (2000), Ohm (1997) betrachten Cousins als einen Mitinitiator der „Gelotologie“.

4.3.2 Die aktuelle Renaissance der Lachforschung

Derzeitige Forschungsbemühungen richten sich auf die Anwendungsmöglichkeiten von Humor und Lachen. Die zentrale Frage ist nicht mehr, wie man Humor erklären, sondern wie man ihn nutzen kann. Ruch (2001) benennt den Spagat der Humorforschung unserer Zeit:

„Während eine neue Generation von Forschern sich um die Klärung der Effektivität des Einsatzes von Humor in der Therapie, Krankenpflege, Stressverarbeitung, Werbung etc. bemüht, eilt gerade hier die Anwendung der Forschung weit voraus und erkundet zahlreiche neue Gebiete.“¹²²

Das Einzigartige an der aktuellen Renaissance der Humorforschung sieht Ruch (2001) in der Institutionalisierung, die in den letzten zwanzig Jahren stattfand. Z.B. wurde die sowohl international als auch interdisziplinär arbeitende wissenschaftliche Gesellschaft ISHS (International Society for Humor Studies) gegründet. Diese organisiert jährlich Kongresse in aller Welt. Außerdem fanden zahlreiche unabhängige Humor-Kongresse z.B. in Indien oder Bulgarien statt. Unter den Auspizien der ISHS wurde die Buchreihe „Humor Research“ initiiert und die Zeitschrift *HUMOR – International Journal of Humor Research* erscheint bereits im 12. Jahr. Das Forschungsgebiet Humor gewinnt gerade auch durch Verknüpfungen mit anderen Bereichen vermehrt Beachtung. Dies schlägt sich z.B. auch in der aktuellen Schwerpunktsetzung der APA (American Psychological Association) auf die „positive Psychologie“ nieder. Die Wissenschaft vom Lachen wird an verschiedenen amerikanischen Universitäten systematisch betrieben. Über 200 Psychologen, Immunologen, Neurologen und Stressforscher sind in diesem Bereich tätig.¹²³ Die University of Central Oklahoma in Edmond, USA veranstaltet jedes Jahr eine Sommer-Universität zum Thema Humor (International Humor Studies Seminar). Die Universität Maryland beherbergt das *Art Gliner Center for Humor Studies*. Und die Aktivitäten auf Seiten der Anwendung sind kaum zu überblicken. Vereinigungen wie die American Association for Therapeutic Humor (AATH)

Arbeit auf diesem Gebiet gibt, die nicht auf Cousins Ausführungen Bezug nimmt. Auch Egli (1997) beruft sich auf Cousins (1979/1981).

121 Vgl. Safranek & Schill (1982); Martin & Lefcourt (1983) zit. nach Egli (1997, S. 29)

122 Ruch et al. (2001, S. 9)

123 Vgl. Hoffmann (1997) zit. nach Meincke (2000, S. 24)

oder die deutschsprachige Gesellschaft *Humore Care* engagieren sich für die Förderung von Humor in Therapie, Pflege und Beratung.¹²⁴

Unabhängig davon gibt es im Bereich der Grundlagenforschung noch ungelöste Probleme, die sich in den angewandten Studien fortpflanzen.¹²⁵ Es gibt z.B. noch keine einheitliche Begrifflichkeit, keine begriffliche Klärung des Konzeptes; noch sind nicht alle relevanten Variablen identifiziert, entsprechend gibt es nicht *die* Humorthorie.¹²⁶

4.4 Die Humorthorien

4.4.1 Zwei Kategorisierungsvorschläge der vielfältigen Humorthorien

Angesichts der vielfältigen Erscheinungsformen des Humors wundert die große Varianz der Humorthorien nicht. Da diese sich eher ergänzen als ausschließen erscheint eine gegenüberstellende Theoriediskussion der sehr heterogenen Beiträge als wenig sinnvoll.¹²⁷

Auch Titze (2000) unterstreicht, dass keine der Humorthorien als *die* Humorthorie zu verstehen ist, da diese nur einzelne Aspekte des Phänomens beleuchten.¹²⁸ Dies lässt sich mit der folgenden kleinen Anekdote des persischen Dichters Mowlana verbildlichen:

„Man hatte einen Elefanten zur Ausstellung bei Nacht in einen dunklen Raum gebracht. Die Menschen strömten in Scharen herbei. Da es dunkel war, konnten die Besucher den Elefanten nicht sehen, und so versuchten sie, seine Gestalt durch betasten zu erfassen. Da der Elefant groß war, konnte jeder Besucher nur einen Teil des Tieres greifen und es nach seinem Tastbefund beschreiben. Einer der Besucher, der ein Bein des Elefanten erwischte hatte, erklärte, daß der Elefant wie eine starke Säule sei; ein zweiter, der die Stoßzähne berührte, beschrieb den Elefanten als einen spitzen Gegenstand; ein Dritter, der das Ohr des Tieres ergriff, meinte, er sei einem Fächer nicht unähnlich; der vierte, der über den Rücken des Elefanten strich, behauptete, daß der Elefant so gerade und flach sei wie eine Liege.“¹²⁹

In der Dunkelheit können die Ausstellungsbesucher den Elefanten in seiner Gesamtheit nicht erfassen. So führt Eggli (1997) die Vielfalt der Humorthorien und die im Gegensatz dazu wenig gesicherten Erkenntnisse über den Humor auf die Komplexität dieses Phänomens zurück. Das Zusammenwirken vieler Faktoren einer bestimmten Situation z.B. der soziale Kontext, die spezifischen Merkmale der entsprechenden Reizkonstellationen, die individuellen Einstellungen einer Person und ihre aktuelle Stimmungslage bedingen, ob ein

124 Vgl. Ruch et al. (2001, S. 9/10), vgl. auch Titze und Eschenröder (2000)

125 Vgl. Martin (2000) zit. nach Ruch et al. (2001, S. 10)

126 Vgl. Ruch et al. (2001, S. 10); Eggli (1997, S. 26)

127 Vgl. Eggli (1997, S. 26)

128 Vgl. Titze (2000, S. 53)

129 Mowlana zit. nach Titze (2000, S. 126)

Mensch mit Lächeln oder Lachen reagiert.¹³⁰

Titze (2000) und Eggli (1997) schlagen nahezu identische Kategorisierungen der Humorthorien vor. Trotzdem werden beide kurz vorgestellt, weil einerseits die Unterteilung von Titze (2000) in psychophysiologische-, Inkongruenz- und soziale Theorien sehr übersichtlich ist und die Orientierung in der Vielzahl bedeutender Aspekte von Humor und Lachen vereinfacht. Andererseits sind die beiden von Eggli (1997) zusätzlich aufgeführten Punkte „emotionale Distanz“ und „Evozierung positiver Emotionen“, zentrale Anliegen dieser Arbeit in Bezug auf die Krankheitsbewältigung von aphasischen Schlaganfallpatienten und werden deswegen auch berücksichtigt.¹³¹

Titze (2000) kategorisiert die Humorthorien in die psychophysiologischen, die sozialen und die kognitiven Theorien:

- Die psychophysiologischen Theorien befassen sich vor allem mit den körperlichen Auswirkungen des Lachens.
- Die Überlegenheits-, Aggressions- und sozialen Theorien beziehen sich auf den sozialen Kontext und die sozialen Auswirkungen der Humorreaktionen.
- Die Inkongruenztheorien fokussieren die besonderen Merkmale des Reizmaterials, das Erheiterung auslöst und deren kognitive Verarbeitung.¹³²

Eggli (1997) unterteilt die Bedingungen für das Auftreten humorvoller Episoden, auf die sich die unterschiedlichen Ansätze konzentrieren, fast genauso wie Titze mit dem Unterschied, dass er die wesentlichen Elemente – emotionalen Distanz und emotionale Effekte – integriert:

- Auf der kognitiven Ebene gilt das Element der überraschend erzeugten Inkongruenz – und teilweise deren anschließende Auflösung als wesentliches Element.
- Ansätze, die sich auf den Erregungsablauf konzentrieren, erklären das Lachen als abhängig von einem plötzlichen aber moderaten, durch den Stimulus hervorgerufenen Erregungsanstieg bzw. Erregungsabbau nach dem erfolgten Anstieg.
- Als unabdingbar für ein humorvolles Erlebnis gilt die emotionale Distanz, die z.T. auch zeitlich verzögert auftreten kann.
- Ein wichtiger Faktor ist der soziale Kontext, denn dieser bestimmt, welche Art von Humor in welcher Situation angebracht ist und wann gelacht werden darf und nimmt

130 Vgl. Eggli (1997, S. 27)

131 Vgl. Titze (2000, S. 37-53) und Eggli (1997, S. 2-28)

132 Vgl. Titze (2000, S. 53)

somit eine normative Rolle ein.

- Der Humor ist eine Möglichkeit, positive Emotionen wie Belustigung, Erheiterung und Freude zu evozieren. Dies geschieht während der Humorperzeption. Aber auch danach können die erzeugten positiven Emotionen erneut als Quelle einer positiven Stimmungslage wirken.¹³³

Die psychophysiologischen, kognitiven, sozialen und die emotionalen Aspekte humoristischer Episoden sollen den Rahmen für die weiteren Ausführungen spannen. Dabei werden Überschneidungen nicht zu vermeiden sein.

4.4.2 Psychophysiologische Aspekte des Humors – das Lachen als ein Phänomen der Atmung

Der Humor, dessen Wurzeln wir doch im Allgemeinen ganz klar im Psychologischen und Emotionalen suchen, hat eine enge Verbindung mit dem physiologischen Zustand des Körpers.

Raymond A. Moody¹³⁴

Die auffälligsten körperlichen Veränderungen beim Lachen betreffen vor allem die Atmung und das Ausstoßen von Lauten. Den Lautäußerungen verdankt das Lachen seine Bezeichnung; das Verb „lachen“ (von adh. „[h]lahhan“) ist lautnachahmenden Ursprungs. Der Neurologe William Fry (1994) stellt fest, dass das Lachen vor allem ein Atmungsphänomen ist. Die Einatmung wird vertieft und verlängert, während die Ausatmung verkürzt, aber derart intensiviert wird, dass es zu einer vollständigen Luftentleerung in der Lunge kommt. Während der ersten Phase der Lachatmung, die durch eine verstärkte Ausatmung eingeleitet wird, wird die eingeatmete Luft ausgestoßen. In der zweiten Phase wird das sogenannte „Reservevolumen“ stoßweise ausgeatmet. Begleitet wird das Ganze durch die uns vertrauten staccatoartigen „Ha-Ha-Ha“-Laute. Der Gasaustausch wird dabei um das Drei- bis Vierfache gegenüber dem Ruhezustand erhöht.¹³⁵

Die bei der normalen Atmung in der Lunge verbleibende kohlendioxidreiche und mit Feuchtigkeitspartikeln durchsetzte Restluft kann durch sauerstoffreichere und trockenere Luft ersetzt werden. Dadurch kann die Gefahr einer Infektion der Atemorgane verringert

133 Vgl. Eggli (1997, S. 27)

134 Raymond A. Moody (1979) zit. nach Titze (2000, S. 37)

135 Vgl. ges. Abschnitt Titze (1995, S. 243), Ohm (1997, 113) und Fry (1994, S. 115)

werden.¹³⁶ Gerade bei bettlägerigen Patienten sammeln sich infolge des Stillliegens häufig Sekrete und Fremdstoffe im respiratorischen Trakt an, die durch das Reflexlachen beseitigt werden können.¹³⁷

Titze (1995), der seit einigen Jahren die Methoden des therapeutischen Humors im Rahmen von Gruppentherapien erprobt, beschreibt, dass die sich langsam etablierende Lachtherapie den Lachvorgang als ein Atemtraining versteht. Die Teilnehmer können die Bauchatmung erlernen, die das Zwerchfell, den Hauptmuskel der Atmung, einbezieht. Das Zwerchfell ist beim echten Lachen grundsätzlich aktiviert. Zuerst wird diese Art der Atmung in Gruppen „trainiert“, um dann das sogenannte Reflexlachen – tiefes, intensives Einatmen und kurzes, stoßweises Ausatmen – systematisch zu üben.¹³⁸

Titze (1995) beschreibt den psychophysischen Effekt als sehr beeindruckend. Die Teilnehmer bestätigen, sich nach derartigen Lachübungen nicht nur körperlich wohl zu fühlen, sondern auch ein gesteigertes Selbstgefühl und eine optimistischere Einstellung zum Leben zu empfinden.¹³⁹ Er beruft sich zur Stützung dieser These auf den französischen Arzt Rubinstein (1985), der dem Lachen die Bedeutung einer heilgymnastischen Übung zuspricht:

„Viele Menschen wissen nicht, wie man richtig atmet; ihre Atmung ist zu kurz, zu flach. Diese Art der Atmung, mit offenem Mund und ohne Atempause, kann man bei ängstlichen Patienten beobachten. Es ist jedoch gerade diese Atmung, die Angst hervorruft bzw. steigert, indem sie eine respiratorische Alkalose¹⁴⁰ des Atemsystems hervorruft, die für die neuromuskuläre Übererregbarkeit verantwortlich ist. Die Atmung beim Lachen ist im Gegensatz dazu eine „gute Atmung“, die gerade durch ihre Merkmale die Alkalose bekämpft und die Angst vermindert.“¹⁴¹

Durch die Intensität der Lachatmung wird die Lunge mit reichlich Sauerstoff versorgt. Dies hat einerseits einen „kathartischen“, also einen reinigenden Effekt auf die Inhaltsstoffe des Blutes. Verbrennungsvorgänge werden gefördert. Andererseits bewirkt die intensivierete Atmung eine Veränderung des Herzrhythmus. Zunächst erhöht sich der Herzschlag, um dann in einer Entspannungsphase durch den beruhigenden Einfluss des Parasympathicus¹⁴² wieder abzusinken. Infolgedessen verringert sich der Blutdruck.¹⁴³

Auch die Blutversorgung des Gehirns wird angeregt. Schon die Veränderung der Gesichtsmuskulatur beim Lächeln hat Auswirkungen auf die Blutzufuhr im Gehirn. Das

136 Vgl. Fry (1994, S. 116)

137 Vgl. Titze (2000, S. 155)

138 Vgl. Titze (1995, S. 243)

139 Vgl. Titze (1995, S. 243)

140 Alkalose [arab.-nlat.] auf Basenüberschuss oder Säuredefizit im Blut beruhender Zustand starker, bis zu Krämpfen gesteigerter Erregbarkeit (Med.). Zit. nach Duden Fremdwörterbuch (1990)

141 Vgl. Henry Rubinstein (1985) zit. nach Titze (1995, S. 243)

142 Parasympathikus [gr.-nlat.] dem Sympathikus entgegengesetzt wirkender Teil des vegetativen Nervensystems (Med.). Zit. nach Duden Fremdwörterbuch (1990)

143 Vgl. Titze (1995, S. 244)

konnte der amerikanische Psychologe, Zajonc (1985) experimentell nachweisen.

„Während das Gehirn depressiver Menschen weniger gut mit Blut versorgt ist, bekommt es bei lachenden und lächelnden Menschen aufgrund vermehrten Blutzuflusses eine >Sauerstoffdusche.<“¹⁴⁴

Zajonc (1985) empfiehlt aus diesem Grund regelmäßiges Training der Gesichtsmuskulatur mit dem Ziel, durch bewusstes Lachen die Hirndurchblutung anzuregen. Insbesondere rät er dies Menschen mit depressiver Stimmungslage.¹⁴⁵

Ohm (1997) wendet ein, dass das Bemühen um ein echtes Lachen als Überforderung empfunden werden und die depressive Stimmung noch verstärken kann. Er empfiehlt deshalb Lachübungen im Sinne einer reinen Gesichtsgymnastik, denn bereits die Anspannung dieser Muskeln bewirkt eine Verbesserung der Durchblutung des Gehirns.¹⁴⁶

Wie sich die Muskulatur während des Lachvorgangs verhält, beschreibt McGhee (1971), einer der berühmtesten Lachforscher:

„Wenn wir richtig fest lachen, spannen sich unsere Bauchmuskeln an wie eine Trommel. Einige unserer Gesichtsmuskeln ziehen sich zusammen. Aber jene Skelettmuskeln, die beim Lachen nicht unmittelbar beansprucht werden, beginnen sich zunehmend zu entspannen.“¹⁴⁷

Insgesamt kommt es zu einer besseren Durchblutung der Muskulatur. McGhee (1971) vergleicht das Lachen in diesem Zusammenhang mit Entspannungstechniken und Meditationsübungen. Durch experimentelle Untersuchungen gibt es Hinweise darauf, dass das Lachen eine ähnliche Muskelentspannung bewirken kann wie ein umfassendes Biofeedback-Training.¹⁴⁸

Weitere Untersuchungen, die Rubinstein (1985) in seinem Buch „Die Heilkraft des Lachens“ zusammenfasst, haben ergeben, dass das Lachen im Allgemeinen ein wirksames Mittel gegen Stress ist und im Besonderen Herzbeschwerden, Kopfschmerzen und chronische Angst lindern kann.¹⁴⁹

4.4.3 Die Neurohormonelle Aktivität beim Lachen

Es ist erstaunlich, daß etwas so Einfaches wie ein heiteres Lachen es ermöglichen kann, eine so signifikante immunologische Zelle wie die natürliche Killerzelle zu modulieren [...] Offensichtlich modifiziert heiteres Lachen die Physiologie und die Chemikalien, die die natürlichen Zellen affizieren, und es steigert ihre Anzahl und ihre

144 Vgl. Robert A. Zajonc (1985) zit. nach Titze (1995, S. 245); vgl. auch Ohm (1997, 120)

145 Vgl. Robert A. Zajonc (1985) zit. nach Titze (1995, S. 245); vgl. auch Ohm (1997, 120)

146 Ohm (1997, S. 120)

147 Vgl. Paul E. McGhee (1971) zit. nach Titze (1995, S. 244)

148 Vgl. Paul E. McGhee (1971) zit. nach Titze (1995, S. 244)

149 Vgl. Henry Rubinstein (1985) zit. nach Titze (1995, S. 244/245)

Als erste befassten sich die amerikanische Psychiaterin Dillon et al. (1985) mit der Frage, welchen Einfluss das Lachen auf das Immunsystem hat. Sie führten die folgende Untersuchung durch: Je zehn Versuchspersonen wurde ein neutraler Film und eine heitere Filmkomödie vorgeführt. Dabei, vor und nach der Präsentation wurde die Konzentration des Immunoglobins A (IgA)¹⁵¹ im Speichel gemessen. Im Gegensatz zu dem neutralen konnte nach dem lustigen Video eine signifikant höhere Konzentration des Immunoglobins A gemessen werden. Andere Forschungsgruppen¹⁵² konnten diese Resultate später replizieren und zusätzlich mittels Blutproben einen Anstieg der Immunoglobine IgG und IgM, eine gesteigerte Lymphozytenproduktion – T-Lymphozyten und T-Helferzellen, die bei der Abwehr von Krebs und kardiovaskulären Krankheiten von Bedeutung sind – sowie eine erhöhte Aktivität der natürlichen Killerzellen, die bei der Eliminierung von geschädigten und entarteten Zellen von Bedeutung sind, nachweisen.¹⁵³

Berk et al. (1991) haben des weiteren die Konzentration der Hormone, die während Stresssituationen ausgeschüttet werden, gemessen. Nach intensivem Lachen konnte eine Verminderung des Cortisolspiegels festgestellt werden.¹⁵⁴

Schließlich kommt es zur Ausschüttung von Endorphinen – im Volksmund auch bekannt als „Glückshormone.“ Das sind schmerzlindernde Hormone, die sich sonst nur selten im Blut nachweisen lassen, z.B. nach langem Joggen.¹⁵⁵

4.4.4 Warum lacht der Mensch? – Sozialevolutionäre Aspekte des Lachens

Erheiterung kann durch das Lachen und Lächeln anderer hervorgerufen werden. Bekanntlich ist es „ansteckend“, zumindest im Kreis von guten Freunden. Sehr lautes und triumphierendes Lachen kann auch eine abschreckende Wirkung haben, vor allem auf solche Menschen, die Angst haben, lächerlich zu wirken. Verhaltensforscher vermuten, dass das Lachen, genau wie Weinen oder Schreien eine archaische Form der Kommunikation ist. Es ist

150 Berk (1994) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 22)

151 >Immunoglobine sind Gammaglobuline mit Antikörpereigenschaften und bilden einen wichtigen Bestandteil des zellulären Abwehrsystems. Beim Menschen kommen fünf Gruppen von Immunoglobinen vor. Das sind IgG, IgM, IgA, IgD und IgE.< Vgl. Faller (1984) zit. nach Eggli (1997, S. 32)

152 Vgl. Lefcourt et al. (1991); Berk et al. (1991) zit. nach Eggli (1997, S. 32) und Berk (1994) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 22)

153 Vgl. Dillon (1985) zit. nach Eggli (1997, S. 32) und nach Titze und Eschenröder (2000, S. 22)

154 Vgl. Berk et al. (1991) zit. nach Eggli (1997, S. 32)

155 Vgl. Titze (2003, S. 2)

ein Zeichen für Selbstsicherheit und ein Sich-gut-fühlen. Die „gefletschten“ Zähne, die man beim Lachen zeigt, werden als durchsetzungsfähige Aggressivität gedeutet. Innerhalb einer Gruppe bestärkt es die Mitglieder in ihrem Bewusstsein für Macht, Überlegenheit und Zusammengehörigkeit. Gruppenfremde schließt es jedoch aus. Nach außen kann das Lachen Überlegenheit, Spott und Hohn signalisieren. Für die Atmosphäre in der Gruppe kann es eine lustvolle Spannungslösung bedeuten, wie sie nach der erfolgreichen Bewältigung gemeinsamer Aufgaben, z.B. der Abwehr einer Gefahr, eintreten kann.¹⁵⁶

4.4.5 Die kognitive Komponente des Humors

Worüber lacht der Mensch? Er lacht, wenn man ihn kitzelt. Oder er lacht, wenn er andere lachen hört. Aber worüber lacht der Mensch, wenn sein Herz und sein Verstand bei der Sache sind? Das ist rasch gesagt: Er lacht über Kontraste!¹⁵⁷

Erich Kästner

Des weiteren können Erinnerungen, Imaginationen oder Suggestionen lustiger Ereignisse Auslöser für Erheiterung sein. Aber „warum fangen wir plötzlich an zu lachen, wenn jemand irgendeinen Schwachsinn erzählt?“¹⁵⁸ Titze (2003) beantwortet diese Frage mit dem *Kontrasterlebnis* und charakterisiert dieses als einen Zusammenprall von Vernunft und Unvernunft, das den normalen Ablauf unseres Denkens zu einer Art Entgleisung bringt. „Ich kann nicht mehr ...“ heißt es dann häufig und so überlässt man sich der Spontanreaktion des Körpers, die sich im Lachen entlädt. Titze (2003) hebt die meisterhaften Fähigkeiten von Woody Allen auf diesem Gebiet hervor und unterstreicht sie mit dessen Worten:

„Es mag stimmen, daß es kein Leben nach dem Tod gibt. Aber versuchen Sie einmal, einen Installateur am Wochenende zu finden!“¹⁵⁹

Bereits 1925 schrieb der deutsche Psychologe Kries, daß es eine Hauptbedingung für das Erscheinen des Komischen ist, dass etwas zusammengefügt wird, was normalerweise nicht zusammengehört.¹⁶⁰

„Als kreative Form geistiger Aktivität bricht Humor aus starr vorgegebenen Bahnen aus und verbindet verschiedene Ebenen und Denksysteme miteinander.“¹⁶¹

Ein schönes Beispiel dafür stammt von Koestler (1966):

„Ein Indianer wendet sich vorwurfsvoll an die von seinem Stamm als heilig angesehene Totemfigur: „Sei nicht so stolz, ich kenne Dich noch als

156 Vgl. Titze (2003, S. 3)

157 Kästner zit. nach Titze (2003, S. 8)

158 Titze (2003, S. 3)

159 Allen zit. nach Titze (2003, S. 3)

160 Vgl. Kries (1925) zit. nach Ohm (1997, S. 115)

161 Ohm (1997, S. 115)

Zwetschgenbaum!¹⁶²

Ruch und Zweyer (2001) erklären, dass dasselbe Phänomen in aktuell diskutierten Modellen der Auslösemechanismen von Lachen und Erheiterung als *Inkongruenz* bezeichnet wird. Neben der Variable der Inkongruenz gehören dazu auch der Grad der Lösbarkeit, des Überraschungsgehaltes und der Unvorhersagbarkeit der Stimulation. Als intervenierende Prozesse werden der Anstieg und die Lösung von Spannung, sowie bestimmte Formen von Aktivierungsschwankungen diskutiert. In den Rahmen der humorigen Stimuli bezieht Ruch expliziert auch nonverbale - graphische oder pantomimische - Inhalte ein. Deren potenzieller Gehalt ist sowohl von der Struktur als auch von den Inhalten abhängig.¹⁶³

4.4.6 Humor und Distanz

Nur der Mensch leidet so qualvoll in dieser Welt, daß er gezwungen war, das Lachen zu erfinden.¹⁶⁴

Friedrich Nietzsche

Für die meisten Menschen ist es wesentlich einfacher, über die Absurditäten im Verhalten anderer zu lachen, als die absurden und komischen Seiten im eigenen Verhalten zu entdecken und darüber zu lachen. Während man z.B. über das Missgeschick eines anderen herzlich lachen kann, verschwindet das Lachen plötzlich, wenn man selbst betroffen ist.

Grundlegend für die Entwicklung von Humor ist die menschliche Fähigkeit über sich selbst nachdenken zu können. In der Fähigkeit zur Selbstreflexion sieht Ohm (1997) die Ursache dafür, dass der Humor als etwas spezifisch Menschliches betrachtet werden kann. Da der Mensch in der Lage ist, sich bis zu einem gewissen Grad „neben sich“ zu stellen, hat er die Möglichkeit, in den jeweiligen Situationen nicht nur instinktiv aus einer bestimmten Haltung heraus seinen Impulsen nachzugeben; sondern verschiedene, auch überraschende Perspektiven einzunehmen und entsprechend flexibel zu reagieren. Diese unterschiedlichen Sichtweisen ermöglichen ihm, die spezifischen Absurditäten eines Problems zu erkennen. Bereits eine solche Erkenntnis regt oftmals zum Lachen an, wodurch sich innere Spannungen entladen können. Das Lachen allein kann ein Problem natürlich nicht lösen, aber es hilft, den inneren Perspektivenwechsel auf die zunächst als bedrückend empfundene Situation zu vollziehen, sie damit zu relativieren und demzufolge nicht mehr als ausschließlich belastend zu empfinden. Über eine eigentlich als belastend empfundene Situation lachen zu können, führt zu einer Art

162 A. Koestler (1966) zit. nach Ohm (1997, S. 115)

163 Vgl. Ruch / Zweyer (2001, S.14), Egli (1997, S. 12) und Titze / Eschenröder (2000, S. 50)

164 Friedrich Nietzsche (1885) zit. nach Titze (2000, S. 17)

Befreiung, die den Gefühlen des Ärgers, der Angst, Hoffnungs- und Hilflosigkeit entgegenwirkt.¹⁶⁵

Frankl (1975) ist der Ansicht, dass jede Angst ihren Gegenspieler im Humor hat. Er ist der Begründer der Logotherapie und einer der ersten, die das Lachen bewusst als Mittel in der Psychotherapie nutzten (s.u.). In der „Ärztlichen Seelsorge“ vertritt Frankl (1975) die Meinung, dass nichts mehr dazu geeignet ist, Distanz zu der eigenen Situation zu schaffen als der Humor. Ihm kam es auf die Initiierung eines heilsamen Perspektivenwechsels an. Er suchte in seinen Interventionen stets nach einer humorvollen Sicht auf angsteinflößende und als beschämend empfundenen Symptome, um ihnen „augenzwinkernd den Wind aus den Segeln zu nehmen.“¹⁶⁶

Auch Eggli (1997) schreibt in seiner Dissertation „Humor und Gesundheit“, dass das Lachen und der Humor die Möglichkeit darstellen, Abstand zu Problemen zu gewinnen. Damit wirken diese angst- und spannungsreduzierend.

„Sie können dadurch als eine wirksame Form des emotionalen Coping gesehen werden.“¹⁶⁷

Eggli (1997) nimmt an, dass das im Humor enthaltene Distanzierungselement ein Mittel zur Bewältigung emotionaler Belastungen ist. Diese Bewältigung wird vor allem durch das kognitive Moment des Humors, den plötzlichen Perspektivenwechsel, erreicht.¹⁶⁸

4.4.7 Das affektive Erleben von Erheiterung

Zu diesem zentralen Punkt konkrete Hinweise in der Literatur zu finden, ist überraschend schwierig. Im Grunde jedoch münden alle bis hierhin skizzierten Humorthorien in dem affektiven Erleben von Erheiterung. Betrachtet man die psychophysischen, die sozialen und die kognitiven Faktoren des Lachens, kann man davon ausgehen, dass diese eine Verbesserung der emotionalen Verfassung einer Person hervorrufen.

Eggli (1997) sieht im Humor eine Möglichkeit, positive Emotionen auszulösen. Bereits während der Humorperzeption – dem Wahrnehmen von Inkongruenz oder auch dem Durchbruch unterdrückter Motivlagen – werden Begleitemotionen wie Belustigung, Erheiterung und Freude hervorgerufen. Das dadurch erzeugte Lachen wird seinerseits wieder als Quelle einer positiven Stimmungslage betrachtet.¹⁶⁹

165 Vgl. Ohm (1997, S. 113-115)

166 Frankl (1975, S. 149) zit. Ohm (1997, S. 116)

167 Eggli (1997, S. 46)

168 Vgl. Eggli (1997, S. 46)

169 Vgl. Eggli (1997, S. 27)

Ruch und Zwyer (2001) beschreiben das affektive Erleben bei gelungener Erheiterung als lustvoll. Es ist jedoch abhängig von der Wahrnehmung des eigenen Verhaltens, den eigenen Verhaltensabsichten, der Wahrnehmung der physiologischen Prozesse, des zugrundeliegenden Gefühlstonus, der Art des Auslösereizes und der jeweiligen umgebenden Situation.¹⁷⁰

4.4.8 Die Erheiterung fördernde und hemmende Faktoren

Die erfolgreiche Induktion von Erheiterung hängt nicht nur von der Potenz der Stimuli ab. Aktuelle habituelle und organismische sowie situative Faktoren können die Auslösung von Erheiterung erleichtern, erschweren oder sogar eine negative Reaktion bewirken.

Zu den aktuellen organismischen Faktoren gehören der Grad der Spannung bzw. Entspannung, Müdigkeit, Krankheit und Intoxikation durch Alkohol oder andere psychoaktive Substanzen. Aktuell habituelle Einflussfaktoren können Merkmale der Stimmung und der Geisteshaltung der Person sein.¹⁷¹

Im Rahmen einer Therapie könnte die Induktion von Erheiterung nur erschwert oder auch aversiv wirksam sein, wenn sich das Individuum eher ernst und nachdenklich und nicht spielerisch einem Ziel annähert.

Experimentelle Untersuchungen zeigen, dass räumlich-physikalische Gegebenheiten und soziale Faktoren, wie z.B. die Anwesenheit weiterer Personen, deren Geschlecht, Modellverhalten, Bekanntheitsgrad, soziale sowie räumliche Nähe die Rate an Lachen oder Lächeln eines Probanden beeinflussen können.¹⁷²

Nicht jede Person ist gleichermaßen erheiterbar. Selbst bei ein und derselben Person ist Lächeln oder Lachen zu unterschiedlichen Zeitpunkten nicht gleichermaßen auslösbar. Ruch und Zwyer (2001) betrachten das State–Trait–Modell als eine Erklärungsmöglichkeit für die unterschiedliche Auslösbarkeit von Erheiterung.¹⁷³ Sie sind die ersten Wissenschaftler auf deutschsprachigem Raum, die sich mit dieser Thematik beschäftigen.¹⁷⁴

170 Vgl. Ruch und Zwyer (2001, S.13)

171 Vgl. Ruch und Zwyer (2001, S.14)

172 Vgl. Ruch und Zwyer (2001, S.14)

173 Vgl. Ruch et al. (1996, S. 303-339; 2001, 9-43)

174 Vgl. Kranzhoff und Hirsch (2001, S. 141)

5 Das State–Trait–Modell der Erheiterbarkeit

In diesem Kapitel soll das State-Trait-Modell der Erheiterbarkeit, das mittels umfangreicher Untersuchungen von Ruch und Zweyer (2001) entworfen und bestätigt wurde, vorgestellt werden. Dafür ist es grundlegend, die Konzepte – Heiterkeit, Ernst und schlechte Laune – je als habituelle Eigenschaft (Trait) oder als Zustand eines Individuums (State) zu definieren und mögliche Zusammenhänge zu erklären. Um die Methode, mit der das Modell und die Konzepte überprüft wurde, nachvollziehen zu können, wird das State-Trait-Heiterkeits-Inventar und seine verschiedenen Versionen erklärt, ohne ins Detail zu gehen. Kurz wird auf einzelne aus den Befragungen hervorgegangene Ergebnisse, die auch für die vorliegende Arbeit relevant sind, eingegangen; anschließend wird das Modell, auszugsweise seine Vorhersagen und eine der experimentellen Untersuchungen beispielhaft dargestellt. Im Zentrum dieser Ausführungen stehen jedoch weiterführende Zusammenhänge zwischen Trait-Heiterkeit, Wohlbefinden, Stress und Gesundheit, die überwiegend durch Befragungen aber auch experimentell ermittelt wurden. In den Schlussfolgerungen werden die Resultate und ihr möglicher Einfluss auf therapeutische Interventionen vor allem auch im Bereich des Klinikalltags zusammen gefasst.

5.1 Das Modell der Erheiterbarkeit als Zustand oder Eigenschaft

Das State-Trait-Modell umfasst die drei Konzepte Heiterkeit, Ernst und schlechte Laune, die in Abhängigkeit von der Auftretensdauer als habituelle Persönlichkeitseigenschaften und als variable Zustände eingestuft werden. Die entsprechenden Zustände können von unterschiedlicher Dauer, die Persönlichkeitseigenschaften dagegen sollen von überdauerndem Charakter sein. Das Modell beinhaltet verschiedene Abstufungen zwischen Trait und State in Abhängigkeit von der Stabilität der Zustände: allgemein, letztes Jahr, letzte Woche, gestern, heute, letzte Stunde, im Moment.

Unabhängig davon, ob Heiterkeit beispielsweise als momentan vorherrschende Stimmung oder als Persönlichkeitseigenschaft auftritt, setzt sie die Schwelle für das Auslösen von Erheiterung herab. Ernsthaftigkeit und schlechte Laune haben den umgekehrten Effekt. Sie erhöhen die Schwelle der Auslösbarkeit von Heiterkeit.¹⁷⁵

175 Vgl. Ruch und Zweyer (2001, S. 15/16)

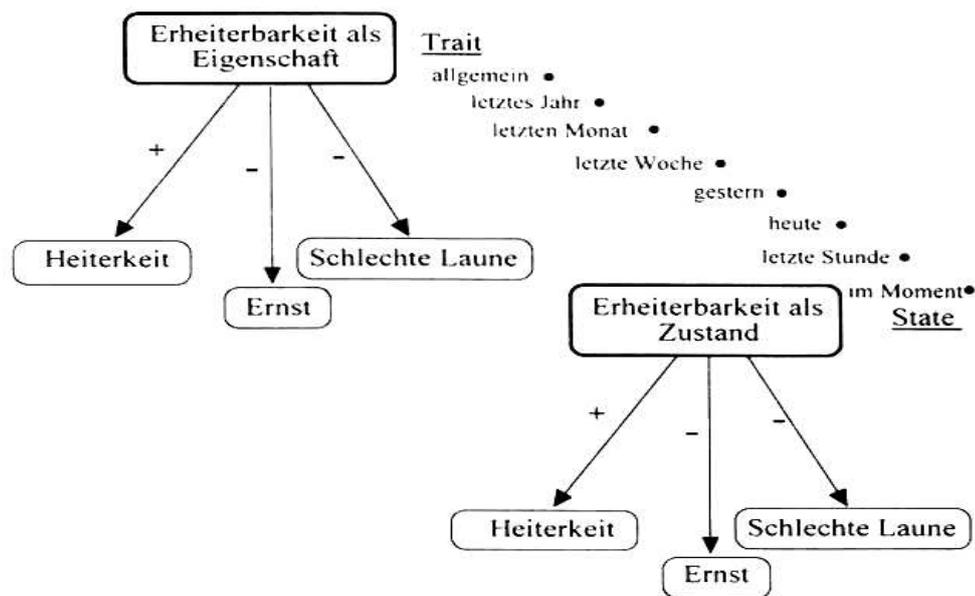


Abb. (4) Ein Modell der Erheiterbarkeit als Zustand und Eigenschaft.¹⁷⁶

5.1.1 Die Konzepte

Ruch und Mitarbeiter (2001) definieren die Konzepte wie folgt:

- Die *State-Heiterkeit* repräsentiert den affektiven Zustand, auf entsprechende Reize mit Lächeln oder Lachen zu reagieren. Dies umfasst sowohl ein seichtes, eher nach außen gerichtetes Lustigsein als auch eine eher ruhige und gefasste heitere Stimmung.
- Die *Trait-Heiterkeit* wird als affektives Persönlichkeits- oder Temperamentsmerkmal beschrieben, das durch eine habituell herabgesetzte Schwelle für das Auslösen von Erheiterung charakterisiert ist. Menschen mit dieser Eigenschaft haben häufig auch ohne konkreten Grund „gute Laune.“ Sie lächeln häufiger, lachen schneller, haben eine positive, unbeschwerte Grundeinstellung dem Leben gegenüber, können den Moment genießen und auch widrigen Umständen gelassen begegnen. Sie sind gern in heiteren Situationen und in Gesellschaft, suchen diese aktiv auf oder stellen sie selbst her.
- Unter dem *State-Ernst* wird eine zeitweilige geistige Einstellung verstanden, die Dinge aus einer nüchternen, objektiven Perspektive zu sehen. Dabei weisen state-ernste Personen die Bereitschaft auf, Dingen eine große Bedeutung zuzumessen und sich tiefgehend mit ihnen auseinander zu setzen. Die Absichten des Individuums sind ernst. Es ist geistig nicht offen für Unernst oder Belustigung. State-Ernst kann das Auslösen von Erheiterung erschweren oder verhindern.

¹⁷⁶ Ruch und Zwyer (2001, S. 16)

- Menschen mit *Trait-Ernst* als habituelle Qualität der Geisteshaltung haben z.B. die Tendenz, alltägliche Vorkommnisse tiefergehend zu betrachten und zu bewerten oder Aktivitäten vorzuziehen, für die sie rationale Gründe sehen. Sie bevorzugen einen klaren objektorientierten Kommunikationsstil ohne ironische Übertreibungen oder sarkastische Untertöne. Ihnen wird eine ablehnende Einstellung gegenüber heiterkeitsbezogenen Verhaltensweisen, Personen, Situationen etc. nachgesagt.
- In dem affektiven Konstrukt *State-Schlechte-Laune* sind die Elemente Traurigkeit / Melancholie und Missmut verbunden. Sie werden als wichtige Facetten der Erheiterbarkeit betrachtet, weil ihre Anwesenheit das Entstehen positiver Effekte erschweren oder verhindern kann. Während eine missmutige oder eine ernste Person nicht in eine heitere, humorvolle Interaktion involviert werden möchte, steht jemand, der traurig oder melancholisch ist, einer heiteren Gruppe nicht unbedingt abgeneigt gegenüber und würde sich vielleicht sogar sehr gerne „anstecken“ lassen.
- *Trait-Schlechte-Laune* setzt sich aus dem Vorherrschen generell schlechter Laune und/oder einer traurigen, niedergeschlagenen Stimmung oder mürrischen, unleidlichen Gefühlen und missmutigem Verhalten in Heiterkeit auslösenden Situationen zusammen.¹⁷⁷ Jedes der Konzepte setzt sich aus einzelnen Facetten zusammen, die mit dem Fragebogen, der im Folgenden skizziert wird, erfasst werden können.

5.1.2 Das State-Trait-Heiterkeits-Inventar (STHI)

Ruch und Zweyer (2001) erstellten das State-Trait-Heiterkeits-Inventar (STHI), um eine reliable, valide und ökonomische Erfassung der drei Konstrukte Heiterkeit, Ernst und Schlechte Laune zu gewährleisten. Sowohl die Trait-Messung (STHI-T) als auch die State-Messung (STHI-S) liegt in verschiedenen Versionen vor. Eine lange Variante mit 106 Items dient der validen Erfassung der Facetten der jeweiligen Konstrukte (Heiterkeit, Ernst, Schlechte Laune) und damit einer genaueren Überprüfung von Hypothesen, die sich auf die konkreten Facetten und weniger auf die globalen Konstrukte beziehen. Für die Erfassung der Trait-Heiterkeit liegt eine Standardversion mit 60 Items vor (STHI-T<60>) und für die Erfassung der State-Heiterkeit eine Version mit 30 Items (STHI-S<30>), die für unterschiedliche Zeiträume („im Augenblick“, „letzte Woche“, „letzten Monat“, „letztes Jahr“) vorgesehen sind. Die Entwicklung der Versionen des STHI basiert auf den Daten von 1.100 deutschen Erwachsenen, aufgeteilt in eine Entwicklungs- und verschiedene

¹⁷⁷ Vgl. Ruch und Zweyer (2001, S. 17-19)

5.1.3 Ausgesuchte Ergebnisse

Die Erhebungen mit dem STHI-Fragebogen zeigten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in Bezug auf Trait-Heiterkeit, -Ernst oder Trait-Schlechte-Laune.

Bei älteren Menschen zeichnet sich folgende interessante Entwicklung ab. Der Trait-Ernst steigt ab einem Alter von 40 Jahren kontinuierlich an; die heitere Gelassenheit ist bis zum 40. Lebensjahr gleichbleibend, in den folgenden zwei Jahrzehnten ist sie signifikant erhöht, und ab dem 60. Lebensjahr findet erneut ein bedeutsamer Anstieg der „Heiteren Gelassenheit“ statt. Warum das so ist, muss offen bleiben bis zum Vorliegen adäquater Studien. Die Autoren heben hervor, dass dem Humor - betrachtet man ihn „als die Gabe, der Unzulänglichkeit der Welt und der Menschen, den Schwierigkeiten und Missgeschicken des Alltags mit heiterer Gelassenheit zu begegnen“¹⁷⁹ - eine Bewältigungsfunktion zukommt, die bei älteren Menschen stärker ausgeprägt ist. An dieser Stelle gibt es genügend Grund zu der Annahme, dass der Humor gerade für ältere Menschen eine bedeutende Ressource für die Bewältigung von Krankheit, Verlusten und anderen widrigen Umständen ist!¹⁸⁰

178 Vgl. Ruch et al. (2001, S. 19/20), vgl. auch Ruch et al. (1996, 1997)

179 Ruch und Zweyer (2001, S. 24)

180 Vgl. auch Studie von Hirsch

5.1.4 Das State-Trait-Modell und seine Vorhersagen

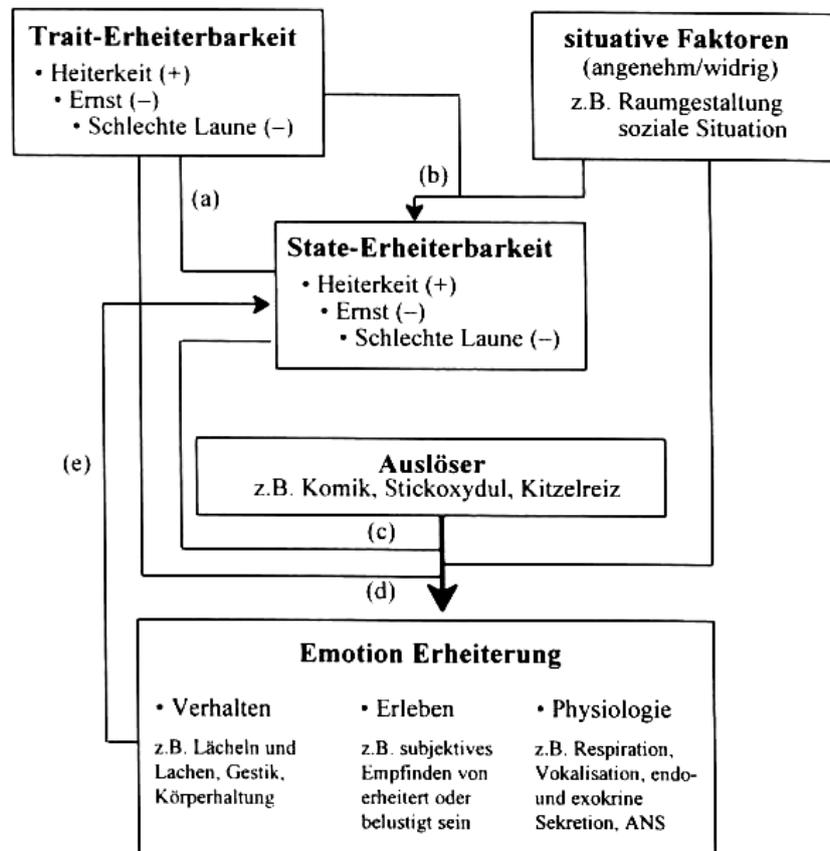


Abb. (5) State- und Trait-Erweiterbarkeit und die Auslösung der Emotionserweiterung: Die untersuchten Variablen und deren Beziehung.¹⁸¹

Die Vorhersagen des State-Trait-Modells über die Zusammenhänge zwischen Erweiterbarkeit, State-Heiterkeit und Trait-Heiterkeit wurden durch verschiedene experimentelle Studien überprüft und überwiegend bestätigt. Beispiele für solche Vorhersagen des Modells sind:

- Individuen mit hoher Trait-Heiterkeit kommen schneller und bleiben länger in einer heiteren Stimmung. Sie verzeichnen einen schnelleren Anstieg der State-Heiterkeit, lachen und lächeln mehr und länger als Individuen mit niedrigerer Trait-Heiterkeit, selbst wenn Lachgas¹⁸² der Stimulus ist, eine kognitive Bewertung also keine Rolle spielt;
- Trait-Heitere zeigen bei einer Konfrontation mit widrigen Umständen mehr Humor;
- Das Lachen einer Modellperson wirkt „ansteckend“ auf Versuchspersonen in heiterer Stimmung, nicht jedoch auf Versuchspersonen mit niedrigen Werten auf der State-Heiterkeitsskala;

¹⁸¹ Ruch und Zweyer (2001, S. 25)

¹⁸² Neben dem Distickstoffmonoxid wurde auch das Xenon als weiteres Lachgas identifiziert. Vgl. Kawaguchi et al. (1996) zit. nach Ruch und Zweyer (2001, S. 13)

- So, wie eine erhöhte State-Heiterkeit das Auslösen von Erheiterung vereinfacht, so erhöht auch umgekehrt und nachhaltig das Auftreten von Erheiterung die State-Heiterkeit.

Beispielgebend soll eins von drei Experimenten zur Überprüfung der Robustheit positiver Stimmung grob beschrieben werden. Es wurde ausgewählt, weil es Aspekte aufwirft, die daran erinnern, dass auch die Gestaltung einer Klinik für die Genesung der Patienten von Bedeutung ist.

Drei Räume wurden durch Licht, Farbe, Größe und Einrichtung so gestaltet, dass sie eine heitere, ernste oder Schlechte-Laune-Atmosphäre ausstrahlten. Der heitere Raum z.B. hatte große Fenster, gelb gestrichene Wände, lustige Poster, Luftballons und Girlanden. Die Wände des „Schlechte-Laune-Raumes“ dagegen waren schwarz und seine einzige Lichtquelle eine nackte Glühbirne.

72 Versuchspersonen wurden in je einen Raum geführt und sollten dort eine Reihe von Aufgaben bearbeiten. Ihre Stimmung wurde am Anfang und nach längerem Aufenthalt in dem jeweiligen Raum mit dem STHI gemessen. Es zeigte sich, dass bei Personen mit niedriger Trait-Heiterkeit im Schlechte-Laune- und im ernsten Raum die heitere Stimmung ab und die schlechte Laune zunahm, während bei Personen mit höheren Trait-Heiterkeit-Werten die positive Stimmung durch die beiden negativen Räume nicht beeinträchtigt wurde. Demnach ist die Heiterkeit von Personen mit höherer Trait-Heiterkeit robuster als die positive Stimmung von Personen mit niedriger Trait-Heiterkeit.¹⁸³

Die oben aufgeführten und weitere Hypothesen sind mit ähnlich kreativen Experimenten¹⁸⁴ überprüft und bestätigt worden. Besonders schwierig ist Ursache und Wirkung auseinander zu halten. Es liegt auf der Hand, dass Personen mit einem positiven Lebensumfeld, zu dem auch die Gesundheit zählt, eher eine positive heitere Lebenseinstellung haben werden. Einen streng wissenschaftlichen Beweis der Aussagen wird nur durch Langzeitstudien erbracht werden. Aufgrund der bisher vorliegenden Ergebnisse ist es überwiegend wahrscheinlich, dass die Thesen des State-Trait-Modells durch diese Langzeitstudien bestätigt werden.

Das Konzept wurde ausgeweitet und die darauf aufbauenden Fragestellungen führten zu einer Bestätigung.

183 Vgl. Ruch und Köhler (1999) zit. nach Ruch und Zwyer. (2001, S.30)

184 Nachzulesen bei Ruch und Zwyer (2001, S. 25-30)

5.2 Ausweitung des Konzeptes auf Wohlbefinden, Stress und Gesundheit

Die bis hierhin recht aufschlussreichen Untersuchungen galten der Überprüfung des State-Trait-Modells der Erheiterbarkeit selbst. Daraus resultieren die folgenden weiterführenden interessanten Fragen, denen im Anschluss nachgegangen wird:

- Findet sich die Robustheit der positiven Stimmung trait-heiterer Personen auch im Alltag wieder?
- Ist es so, dass sich trait-heitere Personen durch widrige Lebensumstände weniger in ihrem Wohlbefinden beeinträchtigen lassen und sich somit gesundheitsbeeinträchtigende negative Emotionen ersparen?
- Führt Trait-Heiterkeit langfristig zu weniger körperlichen Beschwerden?
- Welche Bewältigungsmechanismen spielen dabei eine Rolle?

5.2.1 Trait-Heiterkeit, negative Erlebnisse und Wohlbefinden

Den ersten empirischen Beleg dafür, dass Humor einen Puffer für Stress darstellt, lieferten Martin und Lefcourt (1983) mit dem Nachweis, dass der Sinn für Humor den Einfluss kritischer Lebensereignisse auf die Stimmung moderiert.¹⁸⁵ Um zu überprüfen, ob bei kritischen Lebensereignissen eine hohe Trait-Heiterkeit dazu führt, dass eine positive Stimmung und körperliches Wohlbefinden aufrechterhalten werden können, ließen Ruch und Zweyer (2001) 69 Versuchspersonen die „Social Readjustment Rating Scale“ von Holmes und Rahe (1967) ausfüllen.¹⁸⁶ Daraus wurde ein Maß für die Anzahl und das Ausmaß negativ belastender Ereignisse des letzten Jahres abgeleitet. Gleichzeitig füllten die Probanden die State- und die Trait-Version des STHI-Fragebogens sowie eine Liste zur Erfassung der körperlichen Beschwerden im Rückblick auf den letzten Monat aus.¹⁸⁷

185 Vgl. Martin und Lefcourt (1983) zit. nach Ruch und Zweyer (2001, S.31)

186 Vgl. Holmes & Rahe (1967) zit. nach Ruch und Zweyer (2001, S. 31)

187 Vgl. Ruch und Zweyer (2001, S. 31/32)

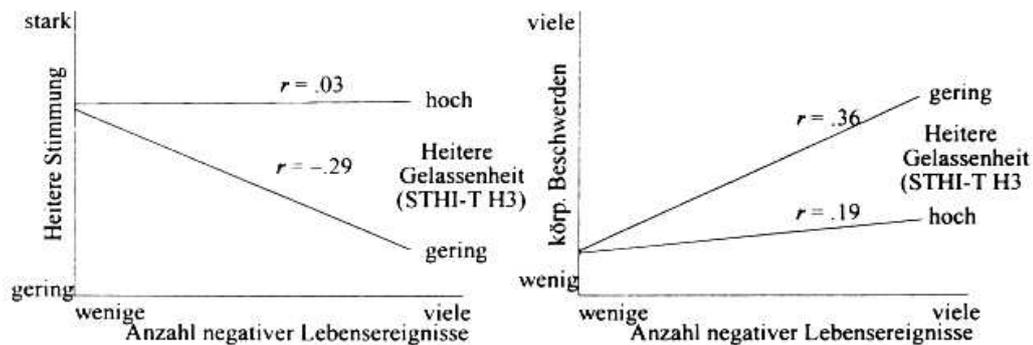


Abb. (6) Beziehung zwischen negativen Lebensereignissen und heiterer Stimmung während des letzten Monats (STHI-S) bzw. körperlichen Beschwerden bei heiter-gelassenen und nicht heiter-gelassenen Probanden (STHI-T H3).¹⁸⁸

Die Auswertung der Ergebnisse ergab, dass bei Personen mit niedrigen Trait-Heiterkeit-Werten und zunehmender Anzahl negativer Lebensereignisse die heitere Stimmung abnimmt und die körperlichen Beschwerden signifikant zunehmen. Bei Personen mit hoher Trait-Heiterkeit bleibt die heitere Stimmung unabhängig von der Anzahl negativer Lebensereignisse auf gleichem Niveau. Des weiteren findet sich keine Beziehung zwischen der Anzahl negativer Lebensereignisse und den körperlichen Beschwerden.

Wenn es möglich wäre, die heitere Stimmung bei Personen mit niedrigen Trait-Heiterkeit-Werten zu fördern, so dass deren heitere Stimmung trotz negativer Ereignisse überdauern könnte, hätte dies mit hoher Wahrscheinlichkeit einen gesundheitsfördernden Effekt.

5.2.2 Trait-Heiterkeit und Stressverarbeitung

Ruch und Zweyer (2001) warfen die, bis dahin nicht untersuchte Frage auf, ob die unterschiedliche Robustheit der Stimmung von Personen mit hohen und niedrigen Trait-Heiterkeit-Werten auch auf unterschiedliche kognitive Prozesse der Stressverarbeitung und damit auch der Stressbewältigung zurückzuführen sind.¹⁸⁹

Es wurde eine Untersuchung durchgeführt, bei der 176 Individuen den STHI-Trait-Fragebogen und den Stressverarbeitungsfragebogen (SVF 120) von Janke und Erdmann (1997) ausgefüllt haben. Der SVF erfasst Stressverarbeitungsstrategien und unterteilt diese in positive, z.B. Abwerten, Leugnen, Ablenkung und Kontrolle und negative Strategien, z.B. Flucht, Resignation, Aggression oder auch Drogenmissbrauch. Die Probanden geben an, mit welcher Wahrscheinlichkeit welches Verhalten auftritt, wenn sie durch irgendjemanden oder

188 Ruch und Zweyer (2001, S. 32)

189 Vgl. Ruch et al. (2001, S. 32)

irgendetwas „beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht“ worden sind.¹⁹⁰

Diese Untersuchung ergab, dass insbesondere die, mit dem STHI erfasste, Facette „Heitere Gelassenheit“ hochsignifikant mit den, durch den SVF erhobenen, positiven Stressverarbeitungsstrategien – „positive Selbstinstruktion“, „Bagatellisierung“, „Herunterspielen“ und „Entspannung“ - korrelierte. Stark negativ korrelierten die Subskalen der negativen Strategien des SVF „Selbstmitleid“, „Gedankliche Weiterbeschäftigung“ und „Resignation“ mit der Facette „Heitere Gelassenheit“ des STHI. Diese Ergebnisse, die in der folgenden Tabelle abgebildet sind, unterstreichen die oftmalige Behauptung, dass der Humor „trotzig“ sei und auch in schwierigen Situationen dabei hilft, nicht aufzugeben.¹⁹¹

| Variable | r | Variable | r |
|-------------------------------------|---------|-------------------------------------|---------|
| <i>SVF-Sekundärskalen</i> | | | |
| Positive Strategien | .50*** | | |
| Abwertung/Abwehr | .40*** | | |
| Ablenkung | .37*** | | |
| Kontrolle | .36*** | Coping Humor Scale | |
| Negative Strategien | -.38*** | Humor (CHS) | .57*** |
| <i>SVF-Subskalen</i> | | | |
| <u>hoher positiver Zusammenhang</u> | | <u>hoher negativer Zusammenhang</u> | |
| Positive Selbstinstruktion | .48*** | Selbstbemitleidung | -.33*** |
| Bagatellisierung | .45*** | Gedankl. Weiterbeschäftigung | -.33*** |
| Herunterspielen | .34*** | Resignation | -.45*** |
| Entspannung | .37*** | | |

Anmerkung. N = 176 (bzw. 128 für Coping Humor)

Tab. (1) Bedeutsame Korrelationen zwischen der Skala „Heitere Gelassenheit“ des State-Trait-Heiterkeitsinventars und den Skalen des Stressverarbeitungsfragebogen (SVF 120).¹⁹²

Zusätzlich wurden die Teilnehmer dieser Studie gebeten, die „Coping Humor Scale“ (CHS) von Martin und Lefcourt (1983) auszufüllen, denn diese misst, inwieweit die Probanden den Humor selbst als Strategie einsetzen.¹⁹³ Der SVF erfasst diesen Aspekt nicht. Die insgesamt

190 Janke & Erdmann (1997) zit. nach Ruch und Zweyer (2001, S. 32)

191 Ruch und Zweyer (2001, S. 33/34)

192 Ruch und Zweyer (2001, S. 33)

193 Vgl. Martin und Lefcourt (1983) zit. nach Ruch und Zweyer (2001, S. 34)

höchste Korrelation lag zwischen der Facette „Heitere Gelassenheit“ und der Stressverarbeitungsstrategie „Humor“ vor.

Insgesamt zeigte sich, dass Menschen mit hoher Trait-Heiterkeit, insbesondere in der Facette „Heitere Gelassenheit“ eher positive Stressverarbeitungsstrategien wie z.B. Herunterspielen und Entspannung einsetzen. Negative Strategien, wie z.B. Resignation, die den Stress möglicherweise noch erhöhen könnten, kommen bei ihnen nur selten zum Einsatz. Häufig nutzen Personen mit hohen Trait-Heiterkeit-Werten den Humor selbst als Bewältigungsstrategie.¹⁹⁴

Im Umkehrschluss legt dies die Annahme nahe, dass eine Förderung des Humors auch das Entwickeln positiver Bewältigungsstrategien unterstützen könnte, wie dies bisher vor allem im psychotherapeutischen, psychiatrischen und gerontopsychologischen Bereichen praktiziert wird.¹⁹⁵

5.2.3 Trait-Heiterkeit und körperliche Beschwerden

Die Autoren Ruch und Zweyer (2001) nehmen an, dass Personen, die hohe Trait-Heiterkeit-Werte insbesondere in der Facette „Heitere Gelassenheit“ aufweisen, die positive Bewältigungsmechanismen einsetzen und die robuster sind gegen die Induktion negativer Emotionen, langfristig weniger von Stressfolgen betroffen sind als Personen ohne diesen Schutz.¹⁹⁶

Eine Pilotstudie von Ruch und Köhler (1999) zeigt, dass negative Korrelationen zwischen dem STHI und den körperlichen Beschwerden vorliegen. Am höchsten fielen die Koeffizienten wieder für die Subskala „Heitere Gelassenheit“ aus.¹⁹⁷

Ruch und Köhler (1999) legten 248 Erwachsenen die „Mehrdimensionale Körperliche Symptom-Liste“ (MKSL) von Erdmann und Janke (1984) und die Langfassung des STHI-T vor.¹⁹⁸ Sie fanden hohe negative Korrelationen zwischen allen 20 Beschwerdebereichen und der Skala H3, „Heitere Gelassenheit“.

Einige Beispiele: Die Korrelation zwischen der Skala H3 und Kopfschmerzen betrug $-.12$, zwischen H3 und Kreislaufstörungen $-.34$ und zwischen H3 und Herzsymptomen $-.29$. Die Ergebnisse unterstützen die Annahme, dass Personen mit einer ausgeprägten „Heiteren

194 Vgl. Ruch und Zweyer (2001, S. 33/34)

195 Siehe S. 106 ff.

196 Vgl. Ruch und Zweyer (2001, S. 34)

197 Vgl. Ruch & Köhler (1999) zit. nach Ruch und Zweyer (2001, S. 34)

198 Vgl. Ruch & Köhler (1999) zit. nach Ruch und Zweyer (2001, S. 34); Erdmann & Janke (1984) zit. nach Ruch und Zweyer (2001, S. 34)

Gelassenheit“ auch langfristig weniger von körperlichen Stressfolgen beeinträchtigt sind als Personen mit einer weniger stark ausgeprägten „Heiteren Gelassenheit“. Bei der Interpretation der Daten muss allerdings beachtet werden, dass die Beschwerden von den Probanden selbst berichtet und nicht physiologisch gemessen worden sind.

5.2.4 Heiterkeit, Erheiterung und Schmerz

Schmerzen bestehen immer auch aus einer affektiven Komponente. Somit wurde bereits früh der Einfluß von Emotionen wie Angst und Depression auf die Schmerzempfindung untersucht. Die erste Veröffentlichung über den Einfluss positiver Emotionen auf das Empfinden von Schmerzen stammt von Cousins (1979).¹⁹⁹ Wissenschaftliche Feldstudien zum Zusammenhang von Humor und chronischen oder akuten Schmerzen gibt es kaum. Laborstudien konnten jedoch zeigen, dass das Ansehen lustiger Filme im Gegensatz zu traurigen oder emotional neutralen Filmen die Schmerztoleranz längerfristig an hob.²⁰⁰

Ruch und Zweyer (2001) führten eine weitere Untersuchung mit 56 Versuchspersonen durch. Sie wollten herausfinden, welche Aspekte von Erheiterung und Heiterkeit die Anhebung der Schmerztoleranz bewirkten.²⁰¹

Die 56 Versuchspersonen wurden in drei Gruppen eingeteilt. Alle sahen einen lustigen Film. Die erste Gruppe bekam die Aufgabe, sich durch den Film in eine heitere Stimmung versetzen zu lassen, aber ohne dabei zu lächeln oder zu lachen. Gruppe zwei sollte sich den Film ansehen und dabei ausgiebig lachen und die Gruppe drei war dazu aufgefordert, während des Filmguckens laut lustige Kommentare zu produzieren.

Unmittelbar vor und nach dem Film, sowie 20 Minuten später wurde die Schmerztoleranz mit dem „Cold Pressure Test“ ermittelt. Bei diesem Test wird der Schmerzreiz durch das Eintauchen der Hand in eiskaltes Wasser erzeugt.

Die Probanden mit niedrigen Trait-Heiterkeit-Werten profitierten von der Aufforderung, ein verstärktes Erheiterungsverhalten zu zeigen. Ihre Schmerztoleranz war sowohl unmittelbar nach dem Film als auch noch 20 Minuten später erhöht. Allerdings waren diese mit der Aufgabe der aktiven Humorproduktion überfordert, so dass hier kein Effekt bezüglich der

199 Vgl. Ruch und Zweyer (2001, 35); vgl. Abschnitt: „Norman Cousins - der Urvater der Lachtherapie“ S. 39

200 Vgl. Hudak et al. (1991), Nevo et al. (1993), Zillmann et al. (1993), Weisenberg et al. (1995, 1998) zit. nach Ruch und Zweyer (2001, S. 35)

201 Vgl. Ruch und Zweyer (2001, S. 35)

Schmerztoleranz auftrat.

Bei Versuchspersonen mit höheren Trait-Heiterkeits-Werten blieb die Schmerztoleranz auch 20 Minuten nach dem Film erhöht, wenn sie laut lustige Kommentare von sich geben durften. Deren Schmerztoleranz war jedoch nicht erhöht, wenn sie nur laut lachen durften. Die Autoren interpretierten dies so, dass bei diesen Versuchspersonen eine Gewöhnung an die positiven Effekte des Lachens vorliegt. Erst das aktive Produzieren von Humor bewirkt bei ihnen eine Erhöhung der Schmerztoleranz.

Neben der Trait-Heiterkeit hat auch der Trait-Ernst einen Einfluss auf das Empfinden von Schmerzen. Die Probanden mit niedrigen Trait-Ernst-Werten weisen eine höhere Schmerztoleranz auf solche mit hohen Trait-Ernst-Werten.

Obwohl experimentell induzierte Schmerzen nicht mit klinischen Schmerzen vergleichbar sind, betrachten Ruch und Zweyer (2001) diese Ergebnisse als Hinweis für die mögliche Entwicklung einer „Humorthherapie“ bei Schmerzen. Sie sehen einerseits die Chance, mithilfe der Trait-Heiterkeit-Werte erschließen zu können, welche Form von Humor für Patient „X“ kurzfristig zu einer Linderung der Schmerzen eingesetzt werden kann und andererseits die Möglichkeit, durch eine langfristige Verringerung der Trait-Ernst-Werte eine generelle Erhöhung der Schmerztoleranz erreichen zu können.²⁰²

5.3 Schlussfolgerungen

Durch die dargestellten Untersuchungen wird die These bekräftigt, dass auch die Langzeitstudie die Richtigkeit des State Trait Modells beweisen wird.

Unter dem Punkt „Trait-Heiterkeit, negative Erlebnisse und Wohlbefinden“ wurde gezeigt, dass die heitere Stimmung von Personen mit hoher Trait-Heiterkeit unabhängig von der Anzahl negativer Lebensereignisse auf gleichem Niveau bleibt. Bei Personen mit hoher Trait-Heiterkeit ist im Gegensatz zu Personen mit niedrigen Trait-Heiterkeit-Werten kein Zusammenhang zwischen der Anzahl negativer Lebensereignisse und den körperlichen Beschwerden gefunden worden. Man kann demzufolge davon ausgehen, dass sich die Robustheit der positiven Stimmung trait-heiterer Personen auch im Alltag wieder findet und dass sie eine protektive Funktion übernimmt.

Unter der Überschrift „Trait-Heiterkeit und Stressverarbeitung“ konnte ermittelt werden, dass Menschen mit hoher Trait-Heiterkeit in Belastungssituationen bevorzugt positive Stressverarbeitungsstrategien und oft den Humor selbst als Bewältigungsmechanismus

202 Vgl. Ruch und Zweyer (2001, S. 36)

einsetzen.

In „Trait-Heiterkeit und körperliche Beschwerden“ wurde gezeigt, dass Personen mit einer ausgeprägten „Heiteren Gelassenheit“ langfristig weniger von körperlichen Beschwerden betroffen sind als Personen mit niedrigen Trait-Heiterkeit-Werten.

Die Untersuchungen veranschaulichen, dass trait-heitere Personen in Stresssituationen mit positiven und humorvollen Bewältigungsstrategien reagieren und sich somit durch widrige Lebensumstände weniger in ihrem Wohlbefinden beeinträchtigen lassen. Dadurch ersparen sie sich gesundheitsbeeinträchtigende negative Emotionen und sind langfristig weniger durch körperliche Beschwerden belastet.

In der zuletzt unter „Heiterkeit, Erheiterung und Schmerz“ beschriebenen experimentellen Untersuchung wird deutlich, dass bei jedem – auch bei Menschen mit niedrigen Trait-Heiterkeit-Werten – durch Humor und Heiterkeit ein positiver (schmerztoleranzerhöhender) Effekt auslösbar ist, wenn die Individualität einer Person berücksichtigt wird. Das heißt, dass Humor und Heiterkeit dann wirksam sind, wenn sie von einer Person in dem Maße und der Modalität produziert bzw. rezipiert werden, die gut für sie ist.

Ruch und Zweyer (2001) schließen daraus, dass mithilfe des STHI eine individuelle Humorthherapie gegen Schmerzen ermittelt werden kann. Dies ist oftmals nur eingeschränkt möglich. Insbesondere bei Aphasikern wäre eine „Humor-Diagnose“ aus den bereits benannten sprachlichen Gründen mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden, bzw. unmöglich. Die Vorstellung, ausgewählten Patienten eine solche „Feindiagnose“ zu erstellen, um die errechnete Dosis Erheiterung zu evozieren, ist ein mechanistischer Ansatz, der auf ähnliche Schwierigkeiten stoßen wird, wie die Krankheitsbewältigungsforschung.²⁰³

Zusätzlich erschwert wird dies dadurch, dass eine humor- und liebevolle Beziehung zum Patienten, die unerlässliche Voraussetzung für einen therapeutisch wertvollen Humor ist. Diese humor- und liebevolle Grundhaltung lässt sich nicht auf ausgewählte Personen beschränken.²⁰⁴

Schließlich zeigte die Untersuchung von Hirsch & Kranzhoff (2001), dass bei allen Teilnehmern der Humorgruppe positive Effekte auftraten, unabhängig von deren Trait-Heiterkeit-Werten. Dies legt die Annahme nahe, dass jeder Teilnehmer der Humorgruppe die Möglichkeit hat, intuitiv das für ihn richtige Maß Humor konsumieren oder produzieren kann. Diese Patienten vertraten in anschließenden Befragungen die Meinung:

„Humor ist lernbar, auch im Alter! Therapeuten sollten hierzu die Gelegenheit

203 Siehe S. 21

204 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 63), siehe S. 91

geben!“²⁰⁵

Insgesamt wohnt den Ergebnissen die Ermutigung oder mehr noch die Aufforderung inne, einen humorvollen Umgang mit sich selbst und seiner Umwelt anzustreben, denn eine heitere Grundstimmung hat eine präventive Wirkung, wie die Ergebnisse zu Heiterkeit und Stressverarbeitung eindrücklich gezeigt haben. Abgesehen davon kann davon ausgegangen werden, dass Heiterkeit allgemein ein Merkmal von Lebensqualität ist. Im Speziellen, bezogen auf den Klinikalltag mit dem Fachpersonal, den Angehörigen und den Patienten, entsteht aus den gewonnenen Erkenntnissen über Humor und Heiterkeit, Ernst und schlechte Laune nahezu die Pflicht im Sinne einer bestmöglichen Gesundheitsversorgung, für einen heiteren humorvollen Umgang in der Klinik zu sorgen. Daraus folgt die Notwendigkeit, Konzepte zu entwickeln, die eine Integration von Humor und Heiterkeit im Klinikalltag ermöglichen.

Beispielgebend verwirklicht der amerikanische Mediziner Adams (2003) seinen Traum vom „Gesundheit-Institut“, einer Klinik, in der schulmedizinische Hilfe, alternative Therapiemethoden, Humor und Freude miteinander verbunden werden.²⁰⁶ Über die Geschichte, die Philosophie und das Konzept verfasste Adams (1999) das Buch: „Gesundheit!“ Ein kurzer Auszug daraus:

„...Die Beziehungen des medizinischen Fachpersonals untereinander müssen ebenfalls gefördert werden. Stellen Sie sich vor, was geschehen würde, wenn alle Menschen, die in Krankenhäusern und Kliniken arbeiten, die Hierarchien dieser Einrichtungen zu beseitigen versuchten und das gesamte Team freiwillig miteinander Freundschaft schließen würde! Stellen Sie sich eine Belegschaft vor, in der sich alle untereinander so gerne haben, daß allein schon die Begrüßung eines Mitarbeiters im Flur zum Vergnügen wird! Ein beschwingter Mitarbeiterstab kann bei Patienten und Heilern gleichzeitig dramatische Heilungserfolge erzielen. Ich glaube, eine derartige Resonanz in einem Hospital würde sich sogar auf die Besucher – die üblicherweise ängstlich, gedrückt und zurückhaltend sind – in einer belebenden Weise auswirken. Das hätte wiederum eine wundervolle Auswirkung auf die Patienten. Sie kennen die alte Leier: „Ich hasse es, ins Krankenhaus zu gehen (oder zum Arzt).“ Stellen Sie sich bloß einmal vor, damit wäre es ein für alle Mal vorbei, und sie würde ersetzt durch das Lied: „die Zeit, als ich im Krankenhaus war, oh ja, die war so wunderbar...“!²⁰⁷

Mit einer konsequent humorvollen Einstellung ist sowohl den Patienten und Angehörigen als auch dem Klinikpersonal geholfen. Sie ermöglicht dem Personal z.B. auch auf ernste Themen der Patienten und Angehörigen in einer entspannten Art einzugehen. Dies führt zu einer Reduzierung von Angst, Stress und Spannung. Ein Arzt, der Patienten behandeln kann, die

205 Kranzhoff und Hirsch (2001, S. 160), siehe „Salutogenese und Schlaganfall“ (S. ...) und „Die Bedeutung des Humors für die Psychotherapie“ (S. ...)

206 Vgl. www.patchadams.org

207 Adams (1999, S.46)

entspannt wirken, wird seine Arbeit als weniger belastend empfinden. Des Weiteren fördert eine wohlwollend humorvolle Atmosphäre die Gruppenkohäsion im therapeutischen Team und kann damit als eine Präventivmaßnahme im Hinblick auf das Burnout-Syndrom betrachtet werden.²⁰⁸

Bis hierhin wurde gezeigt, dass der Einsatz von Humor positive Effekte haben kann. Im Folgenden soll ein differenziertes „Humorbasiswissen“, das zur Anwendung von Humor in therapeutischen Zusammenhängen notwendig ist, gegeben werden.

6 Humor in der Therapie

Über sich selber zu lachen ist der Schlüssel zur Freiheit und damit zum inneren Frieden.²⁰⁹

Höfner und Schachtner

Bevor die therapie relevanten Funktionen des Humors und deren Anwendungen erklärt werden, soll der Begriff Humor definiert, seine etymologische Herkunft verortet, verschiedene Spielarten und die ontogenetische Entwicklung des Humors dargestellt werden.

Sprachgeschichtlich hat das Wort (lat.) *humor* seinen Ursprung in einer volksetymologischen Variante von (lat.) *humus* „Erde“, die mit (lat.) *umor* „Feuchtigkeit, Flüssigkeit, Naß“ und mit (lat.) *umere* „feucht sein“ assoziiert ist. In der mittelalterlichen Medizin steht mlat. *humor* für „Körpersaft“ und bezeichnet die vier Grundsäfte des Körpers (Schleim, Blut, schwarze und gelbe Galle²¹⁰), aus denen nach der – besonders durch Galen verbreiteten – hippokratischen Lehre die vier Temperamente (Sanguiniker, Choleriker, Melancholiker und Phlegmatiker²¹¹) hervorgehen. Der Ausdruck Humor steht auch für die Begriffe Gemütslage, Gestimmtheit, Laune und Charakter.²¹² In der antiken Humoralpathologie wurden die vier Körpersäfte als Ausgangspunkt für Krankheiten betrachtet.²¹³

Der Humor [*humor*; lat.-fr.-engl.] wird definiert als „die Gabe eines Menschen, der Unzulänglichkeit der Welt und der Menschen, den Schwierigkeiten und Missgeschicken des

208 Vgl. Bischofberger (1994) und Robinson (1995) zit. nach Titze (2000, 147/148)

209 Höfner und Schachtner (1997, S. 56)

210 nach Hirsch (2001, S. 83)

211 Duden (1990, S. 320)

212 Vgl. Pfeifer (1993). *Etymologisches Wörterbuch des Deutschen*. zit. nach Kranzhoff und Hirsch (2001, S. 139)

213 Vgl. Duden (1996, S. 359)

Alltags mit heiterer Gelassenheit zu begegnen, sie nicht so tragisch zu nehmen und über sie und sich lachen zu können.“²¹⁴

6.1 Die ontogenetische Entwicklung des Humors

Der Humor wird als eine Fähigkeit betrachtet, die sich im Laufe des menschlichen Lebens entwickelt. Höfner und Schachtner (1997) bemerken, dass ein Baby nur wenig Humor haben kann, weil es noch stark instinktgesteuert ist und nur wenige Einsichten hat.²¹⁵

Berger (1998) benennt folgende Entwicklungsschritte des komischen Lachens:

Mit etwa vier Monaten lachen die Kinder, wenn man sie kitzelt, mit acht Monaten, wenn man mit ihnen Kuckuck spielt und im Alter von etwa einem Jahr lachen sie über komische Situationen, z.B. lustiges Benehmen eines Erwachsenen. Dem Lachen über komische Situationen folgt bald das Lachen in einer Gruppe, das aggressive Lachen über einen Außenseiter und schließlich – eine etwas melancholisch stimmende Klimax – das Lachen der Schadenfreude.²¹⁶

Einerseits erfolgt jeder Entwicklungsschritt aufgrund einer Erweiterung des kognitiven Vermögens, das die Wahrnehmung von Widersprüchen (Inkongruenz) umfaßt und andererseits ist das Lachen auf jeder Stufe eine Erfahrung der Erleichterung und Entlastung, sowohl körperlich als auch psychisch.²¹⁷

Grotjahn (1957) sieht in der Ausbildung des Humors die folgenden Parallelen zu den Entwicklungsstufen eines Individuums:

In der *oralen Phase* wird der Charakter eines Individuums, „der sich in einer optimistischen oder pessimistischen, humorvollen oder zynischen Haltung zur Welt ausdrückt“²¹⁸, geprägt. Die Freude an der Körperbeherrschung begründet die Art der Komik während der *anal Phase*. Sie stellt einen Triumph gegenüber denen dar, die ihren Körper nicht so gut beherrschen. In der *phallischen Phase* entwickelt sich ein Witzverständnis und die Fähigkeit, selbst witzig zu sein. Erst in der späteren Entwicklung entfaltet sich der Sinn für Humor als Charakterzug: Dieser wird gleichgesetzt mit der emotionalen Reife und als entgeltliche Integration aller Entwicklungsphasen des Humors verstanden.²¹⁹

Höfner und Schachtner (1997) räumen jedoch ein, dass sich die für den Humor erforderliche Reife nicht zwangsläufig proportional zum kalendarischen Alter entwickelt. Manchmal staunt

214 Duden (1990, S. 320)

215 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 55)

216 Vgl. Berger (1998, S. 58, 72/73)

217 Vgl. Berger (1998, S. 59/73)

218 Vgl. Grotjahn (1957) zit. nach Hirsch (2001, S. 99)

219 Vgl. Grotjahn (1957), Erikson (1988) zit. nach Hirsch (2001, S. 99)

man über die weisen Einsichten eines Vierjährigen und manchmal erschrickt man über den humorlosen, verbissenen Umgang eines Vierzigjährigen mit seinen Mitmenschen.²²⁰ Humor und Weisheit gehören weitgehend zusammen, sie bedingen einander – unterstreicht Jacoby (1985).²²¹

Berger (1998) unterscheidet zwischen „sozio-positivem“ und „sozio-negativem“ Lachen. Das harmlose oder unschuldige Lachen erhöht die Solidarität einer Gruppe im Gegensatz zum boshafte Lachen, das immer eine Person zumindest vorübergehend ausschließt.

„Das Kind entwickelt sich vom ersten zum zweiten Typus des Lachens. Vielleicht ist es die Unfähigkeit kleiner Kinder, boshafte Humor zu entwickeln, einer der Gründe, derentwegen man die Kindheit „unschuldig“ genannt hat.“²²²

Für Berger (1998) bedeutet die Fähigkeit, das „unschuldige“ Lachen beizubehalten oder erneut zu entwickeln „eine große Hilfe bei der Bewältigung der Fährnisse des Lebens.“²²³

6.2 Die verschiedenen Ausprägungen des Humors

6.2.1 Der aggressive Humor

Verschiedene Experimente haben gezeigt, dass Menschen zum Lachen angeregt sind, wenn eine Person oder eine ganze Gruppe herabgesetzt, gedemütigt und verspottet wird.²²⁴ Die aggressivsten Formen des Humors sind die Ironie und die Satire. Aggressive Facetten sind jedoch auch Bestandteile anderer Formen des Humors, in komisch inszenierten körperlichen Attacken (Streiche), bildlichen Darstellungen (Karikaturen) oder verbalen Attacken, von spontanen sarkastischen Bemerkungen bis zum Witz.

„Der Witz ist der Prototyp der komisch verbalen Attacke, der stereotyp eine bestimmte Gruppe (eine Institution, ein Glaubenssystem) aufs Korn nimmt.“²²⁵

Die Neigung zu ethnozentrischer Bosheit scheint universell zu sein. Berger (1998) führt eine ganze Reihe solcher Beispiele auf (Ostfriesenwitze in Deutschland, Portugiesenwitze in Brasilien, Belgierwitze in Frankreich oder Irenwitze in England etc.). Allen ist die „Vorannahme“ gemein, dass die Ethnie, über die gewitzelt wird, ungewöhnlich dumm sein muss. Möglicherweise erhöht gerade die Tatsache, dass solche Witze moralisch abzulehnen sind, deren Attraktivität im Sinne eines verbotenen Vergnügens.²²⁶

220 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 55)

221 Vgl. Jacoby (1985) zit. nach Hirsch (2001, S. 99)

222 Berger (1998, S. 60/61)

223 Vgl. Berger (1998, S. 61)

224 Siehe Berger (1998, S. 61)

225 Berger (1998, S. 62)

226 Berger (1998, S. 62)

6.2.2 Der schwarze Humor

Ziv²²⁷ berichtet von einem Experiment mit kleinen Kindern. Ihnen wurden zwei Videofilme gezeigt. Einer war harmlos und kuschelig, der andere einigermaßen furchterregend. Nach der Präsentation folgte eine Pause, nach der den Kindern gesagt wurde, dass sie vor dem Nachhausegehen noch mal einen der beiden Filme sehen können. Eine große Mehrheit entschied sich für den gruseligen Film. Ziv belegt mit dem Experiment, dass Kinder wie auch Erwachsene Vergnügen an „Horrorfilmen, Achterbahnfahrten und anderen Erlebnissen haben, bei denen man einen Schauer der Angst verspürt, ohne sich wirklich in Gefahr zu begeben.“²²⁸ Dieses Vergnügen entspringt der Erleichterung nach der Angst, einer Erleichterung, die man während der Angstsituation zuversichtlich abwarten kann. Der Humor jedoch und vor allem der schwarze Humor hat auch die Funktion, Angst und Schrecken, die durch reale Bedrohungen hervorgerufen werden, zu entschärfen. Im Krieg, im Krankenhaus und in anderen Situationen, in denen man mit dem Tod oder schweren Verletzungen konfrontiert ist, spielt der Humor eine entscheidende Rolle.²²⁹

„Es mag stimmen, wie Kardinal Spellmann im Zweiten Weltkrieg bemerkte, daß es in Schützenlöchern keine Atheisten gibt, aber Humoristen gewiß.“²³⁰
Menschen, die in Bereichen arbeiten, in denen sie regelmäßig mit Tod, körperlicher Gefahr oder Krankheit zu tun haben, neigen in besonderem Maße zu makaberem Humor. Die beiden folgenden Beispiele verbildlichen dies:

(1) „Ein Arzt hat die Laborberichte über zwei seiner Patienten bekommen – bei dem einen ist Aids festgestellt worden, bei dem anderen Alzheimer. Unglücklicherweise hat das Labor die Namen auf den Berichten vergessen, so daß der Arzt nun nicht weiß, zu welchem Patienten welcher Bericht gehört. Die Frau von einem der beiden Patienten ruft an, sie sei sehr besorgt wegen ihres Mannes, sie wolle das Testergebnis wissen. Der Arzt überlegt einen Moment. Dann sagt er: „Ich gebe Ihnen jetzt zunächst einmal folgenden Rat: Schicken Sie ihn spazieren. Falls er zurückkommt, gehen sie nicht mit ihm ins Bett.“

(2) Kind: „Darf ich mit Oma spielen?“

Mutter: „Nein, ich mach den Sarg jetzt nicht noch mal auf.“

Dieses Genre von Witzen bezeichnet man als „schwarzen Humor“ oder auch als „sick jokes“. Es ist eine defensive Form von Humor. Diese trotz der Tragik und schenkt psychologische Entlastung. Es ist schwer zu sagen, ob diese Form von Humor ein gesundes Lachen hervorrufen kann. Berger (1998) unterscheidet ungesundes Lachen, welches er in Verbindung mit „sozionegativem“ Humor sieht und gesundes, in seinem Wesen positives und harmloses

227 Vgl. Ziv (???) zit. nach Berger (1998, S. 70)

228 Ziv (???) zit. nach Berger (1998, S. 70)

229 Vgl. Berger (1998, S. 70)

230 Berger (1998, S. 70)

Lachen, das die Gesundheit befördert.²³¹ Vor allem in seelisch belastenden Situationen kann der schwarze Humor jedoch durchaus soziopositiv wirken, aber kann ein durch ihn hervorgerufenes Lachen harmlos sein? Heeck (1997) und Cousins (1981) verdeutlichen in ihren Ausführungen²³², daß die Intensität des „harmlosen“ Lachens der Auseinandersetzung mit einer schweren Krankheit nicht gerecht werden kann. Die Autoren halten ein sehr intensives Lachen – das Lachen der Groteske – für erforderlich, um einer existenziellen Angst und starken Schmerzen zu trotzen. Von großer Bedeutung ist dabei die Abgrenzung von Zynismus und schwarzem Humor. Der Zynismus spiegelt im Gegensatz zum schwarzen Humor eher ein Aufgeben („Lasst mich in Ruhe, das hat doch sowieso keinen Zweck.“) und eine lebensverneinende Haltung wider. Eine satirische oder auch makabere Perspektive kann den Patienten hingegen zu Einsichten in die eigene Situation führen und ihn in der Wahl seiner Haltung dazu unterstützen.²³³

6.2.3 Der gutmütige Humor

Im Gegensatz zum Esprit, zum prononcierten Witz, stellt er keine großen intellektuellen Ansprüche. Im Gegensatz zu Ironie und Satire greift er nichts an. Im Gegensatz zu den extravaganen Schöpfungen der Narrheit errichtet er keine Gegenwelt. Er ist harmlos; unschuldig sogar. Er dient dazu Vergnügen zu machen, Entspannung zu verschaffen, gute Laune und eben Gutmütigkeit zu verbreiten.²³⁴

Berger

Der gutmütige Humor ist die häufigste Ausdrucksform des Komischen im Alltag. Er bietet das behagliche Vergnügen, mit Missgeschicken und Irritationen besser zurecht zu kommen. Im Gegensatz zu den anderen Humorformen wird der gutmütige Humor nicht unbedingt bewusst hervorgebracht oder explizit formuliert. Stattdessen entsteht er in alltäglichen Situationen – einfach so.²³⁵ Dort, wo diese Komik eine „eigene zauberische Welt“²³⁶ erschafft, herrscht eine Art Magie, von der „Wirkung eines kurzen erfrischenden Urlaubs von der Ernsthaftigkeit der Existenz.“²³⁷ So etwas kann sich an einem ganz normalen Bürotag, an dem mal wieder „alles schief ging“ oder auch zu hause ereignen. Um dies zu dokumentieren, wird nachfolgend eine kleine typisch komische Episode aus dem Familienleben erzählt:

Ein kleines Mädchen verschwindet im Schlafzimmer der Eltern, schlüpft in ein Kleid ihrer

231 Vgl. Berger (1998, S. 72)

232 Siehe „Norman Cousins – der Urvater der Lachtherapie“ S. 39 und Heeck (1997, S. 25)

233 Siehe „Die Grundannahmen und Ziele der Provokativen Therapie“ S. 87

234 Berger (1998, S. 116)

235 Vgl. Berger (1998, S. 117)

236 Berger (1998, S. 136)

237 Berger (1998, S. 117)

Mutter, in dem sie buchstäblich verschwindet, klettert in ein paar Stöckelschuhe und setzt vielleicht noch einen Hut auf, der ihr bis auf die Nase rutscht. So stolziert, stolpert sie dann durchs Wohnzimmer und parodiert dabei souverän ihre Mutter. Die Familie, einschließlich der parodierten Mutter, wird das Geschehen wahrscheinlich sehr amüsant finden und entsprechend mit Gelächter und Beifall reagieren.²³⁸

6.2.4 Das Tragikomische

Tragik und Humor sind ja keine Gegensätze oder sind vielmehr nur darum Gegensätze, weil die eine den andern so unerbittlich fordert.²³⁹

Hermann Hesse

Oft wird das Tragikomische beschrieben als das, „was Lachen unter Tränen weckt.“²⁴⁰ Berger (1998) bezeichnet die Tragikomödie als abgeklärt und verzeihend. Sie ist bewegend und vor allem trostreich. Vom gutmütigen Humor unterscheidet sie sich durch die Tragik, die der gutmütige Humor so weit möglich aus seinen fragilen Strukturen verbannt.²⁴¹ Der schwarze Humor trotzt der Tragik, wie es seine synonyme Bezeichnung Galgenhumor verdeutlicht, und die Groteske führt sie ad absurdum. Schon der Begriff der „Tragikomik“ impliziert das Tragische. Die Tragik gehört zum Wesen der Tragikomödie. Sie wird nicht verbannt, ihr wird nicht getrotzt, auch wird sie nicht in etwas anderes verwandelt. Die Tragikomödie löscht Kummer und Traurigkeit nicht aus, aber es macht diese Emotionen erträglicher. So wie der gutmütige Humor wird auch das Tragikomische häufig durch Kinder verkörpert, deren unbekümmerte Vitalität offensichtlich im Widerspruch zu jedweder Tragik steht. Ein Widerspruch, der - „trotz allem Dunkel, das die menschliche Existenz bedroht“²⁴² - die unerschöpfliche Lebenskraft hervorhebt. Berger (1998) erinnert an Kinder, die an Begräbnissen teilnehmen:

„... sie sind dabei förmlich und quasi als Erwachsene gekleidet. Die tragikomische Wirkung kann allein durch diesen Widerspruch hervorgerufen werden. Um sich weitere solche Wirkungen vorzustellen, braucht man gar nicht davon auszugehen, daß sie ungezogen sind. Gehen wir im Gegenteil davon aus, daß sie gut erzogen sind und sich bemühen, sich angemessen zu verhalten. Und trotzdem könnte sich irgendetwas ereignen, daß ihr feierliches Benehmen unterbricht. ...“²⁴³

Tragikomische Rollen gibt es im Leben wie in der Kunst. Ihr herausragendster Vertreter der Filmgeschichte ist wahrscheinlich Charlie Chaplin.²⁴⁴

238 Vgl. Berger (1998, S. 117)

239 Hesse (1927) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 147)

240 Berger (1998, S. 137)

241 Vgl. Berger (1998, S. 137)

242 Berger (1998, S. 138)

243 Berger (1998, S. 138)

244 Vgl. Berger (1998, S. 139)

6.2.5 Die Abgrenzung der verschiedenen Humorbegriffe

Hirsch (2001) bedauert, dass beispielsweise auch Sarkasmus, Zynismus und Ironie unter Humor subsumiert werden. Viele glauben, wenn gelacht wird, dann ist Humor im Spiel. Humorvoll zu sein bedeutet jedoch nicht, einfach einen „Witz zu reißen.“

„Auf Kosten anderer zu lachen, sie zu beschämen, hat wenig mit Humor zu tun. Was kränkt macht krank!“²⁴⁵

Für Hirsch (2001) ist die Differenzierung von Witz und Humor grundlegend in Bezug auf die psychotherapeutische Behandlung.²⁴⁶

Auch Höfner und Schachtner (1997) unterscheiden Witz und Humor:

„Witze provozieren Gelächter, aber Humor ist eine Geisteshaltung.“²⁴⁷

Berger (1998) jedoch sieht im Witz die intellektuellste Form des Humors.²⁴⁸ Etymologisch betrachtet liegt dies nahe. Der Witz (wortgeschichtlich abgeleitet von: uuizzi, wizzi, witze²⁴⁹) bezeichnete früher die Summe des Erlernen, Erfahrenen, Weisheit und Klugheit sowie menschliches Denken überhaupt. Heute versteht man darunter: „eine kurze, prägnant formulierte Geschichte mit einer unerwarteten Wendung, einem überraschenden Effekt, der zum Lachen anregen soll.“²⁵⁰ Die Wortverwandtschaft von Witz und Wissen ist nach wie vor offensichtlich – jemand ist geistreich und witzig.

Um zu verdeutlichen, welchen Unterschied Hirsch (2001) zwischen (a) dem Witz und (b) dem Humor hervorhebt, sollen hier zwei Beispiele angeführt werden:

a) Ein Arzt wird zu einem Sterbenden gerufen. Dessen Ehefrau empfängt ihn mit den Worten: „Herr Doktor, mein Mann ist eben verstorben. Sie kommen umsonst.“, woraufhin der Arzt trocken antwortet: „Umsonst nicht, höchstens vergeblich.“

b) Eine ältere Dame, Diabetikerin, geht in ein Cafe und bestellt beim Ober: „Ein Kännchen Kaffee, bitte.“ Der Ober fragt nach: „Mit Milch und Zucker?“, worauf die Dame antwortet: „Nur mit Milch, Zucker habe ich selber.“²⁵¹

Der Unterschied, den Hirsch (2001) zwischen Witz und Humor sieht, liegt in der Pointe. Die Pointe der humorvollen Geschichte (b) ist zwar doppelschichtig, aber wohlwollend, gemütlich und gelassen. In der Pointe des Witzes (a) hingegen kommt eine gewisse Kaltschnäuzigkeit und keine großen Sympathiebeweise für die „Opfer“ zum Vorschein.²⁵²

Es ist gut, für diesen Unterschied sensibilisiert zu sein, trotzdem ist die humorvolle

245 Hirsch (2001, S. 81)

246 Vgl. Hirsch (2001, S. 87)

247 Höfner und Schachtner (1997, S. 52)

248 Vgl. Berger (1998, S. 73)

249 Vgl. Neuberger (1988) zit. nach Hirsch (2001, S. 87)

250 Duden (1981) zit. nach Hirsch (2001, S. 87)

251 Siehe Hirsch (2001, S. 88/89)

252 Vgl. Hirsch (2001, Tabelle S. 88)

Geschichte der Struktur nach nichts anderes als ein Witz: eine kurze, prägnant formulierte Geschichte mit einer unerwarteten Wendung, die zum Lachen anregt.²⁵³

Aus der sprachgeschichtlichen Perspektive lässt sich die Ursache des Abgrenzungsproblems zwischen Witz und Humor besser nachvollziehen.

Bei den Ästheten wurde der Begriff Humor als ein Element des Komischen, verstanden. Das Komische wiederum wurde von anderen ästhetischen Qualitäten wie Schönheit, Harmonie und Tragik unterschieden. Der Humor ist so wie z.B. die Ironie, die Satire, der Sarkasmus, der Nonsens, der Spaß oder der Witz als ein Teil des Komischen angesehen und hauptsächlich als eine lächelnde Einstellung zum Leben und seiner Unvollkommenheit verstanden worden.²⁵⁴

Die Bedeutung des Begriffs Humor hat sich in der angloamerikanischen Forschung und im allgemeinen Sprachgebrauch verändert. Heute wird dieser als der Oberbegriff für das, was früher dem Komischen zugeordnet wurde, verwendet. Somit umfasst der Begriff „Humor“ nicht mehr nur die philanthropische Seite, sondern auch Elemente wie Spott oder Ironie. Um trotzdem eine ausreichende Differenzierung zwischen unterschiedlichen Dimensionen des Oberbegriffes Humor zu ermöglichen, wurden neue Begriffe wie zum Beispiel *bewältigender Humor* („Coping Humor“) oder *aggressiver Humor* („Aggressive Humor“) eingeführt.²⁵⁵

Das Problem der begrifflichen Abgrenzung ist damit vor allem für den wissenschaftlichen Bereich noch immer nicht genügend gelöst. Alle Arten des Humors – selbst der gutmütige Humor – können soziopositive, aber auch sozinegative, gesunde und kränkende Effekte haben. Die Wirkung ist abhängig von der Absicht des „Senders“²⁵⁶, der persönlichen Situation, Stimmungslage und Einstellungen des „Empfängers“²⁵⁷, der Beziehung zwischen Sender und Empfänger²⁵⁸, der spezifischen Dynamik einer Gruppe²⁵⁹ und vielen anderen Faktoren. Auch aggressive Humorformen können mit einer positiven Grundhaltung therapeutisch eingesetzt werden und Bewältigungsprozesse unterstützen.²⁶⁰

Daher bietet sich eine Differenzierung zwischen therapeutischem und destruktivem Humor an, wie sie von Salameh (1986) für den Rahmen der Psychotherapie vorgenommen wird. Salameh vermutet, dass der destruktive Humor auf Seiten des Therapeuten häufig durch Gefühle der Wut und Verärgerung hervorgerufen wird. Seinen Auswirkungen gegenüber dem Patienten ist

253 Siehe oben, Duden (1981)

254 Vgl. Ruch (1998); Schmidt-Hidding (1963) zit. nach Ruch und Zweyer (2001, S. 11)

255 Vgl. Ruch (1998) zit. nach Ruch und Zweyer (2001, S. 11)

256 Vgl. Freud (1927) zit. nach Hirsch (2001, S. 85/86); Vgl. „Die Grundhaltung des Therapeuten“, S. 93

257 Siehe „Das State-Trait-Modell der Erheiterbarkeit“, S. 54 ff.

258 Siehe „Der gute Draht“

259 Siehe „Evolutionär-soziale Aspekte“, S. 49 und „Der aggressive Humor“, S. 71

260 Siehe „Die Grundannahmen und Ziele der Provokativen Therapie“, S. 87

er unsensibel. Der destruktive Humor führt zu Verletztheit, Misstrauen auf Seiten des Patienten, wodurch die therapeutische Beziehung und der therapeutische Prozess zwangsläufig gestört wird. Der therapeutische Humor hingegen resultiert aus einer offenen, wohlwollenden Grundhaltung des Therapeuten. Er „steht im Einklang mit den Bedürfnissen des Patienten“, ist der therapeutischen Beziehung und dem Therapieprozess zuträglich.²⁶¹

6.3 Die Anwendungen des therapeutischen Humors in der Psychotherapie

In der Annahme, dass eine humorvolle Einstellung helfen kann, schwierige Lebenssituationen erfolgreich zu bewältigen, wird der Humor in vielen verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen angewendet. Titze und Eschenröder (2000) untersuchten die Rolle von Lachen und Humor in elf Therapieformen: in der Psychoanalyse, der Individualpsychologie, der Logotherapie, der Verhaltenstherapie, dem Psychodrama, der Gestalttherapie, der provokativen Therapie, der Rational-emotiven Therapie, der systemischen Therapie, in der Transaktionsanalyse und in der Kreativen Aggressionstherapie. Des weiteren erwähnen sie der Vollständigkeit zuliebe die in Deutschland weniger bekannte Positive Psychotherapie von Peseschkian (1977) und die therapeutischen Ansätze von Driscoll (1987), Greenwald (1987) und Salameh (1987), in denen der Humor eine wichtige Rolle spielt.²⁶²

Um einen Einblick zu geben, wie humorvolle Interventionen in bestehende Therapieformen einfließen können, sollen hier beispielhaft die Logotherapie, deren Begründer Viktor E. Frankl, der als „der wichtigste Pionier im Hinblick auf die Anwendung des therapeutischen Humors“²⁶³ gesehen wird, und die Rational-emotive Therapie (RET) stehen. Anschließend wird die Provokative Therapie bzw. der Provokativen Stil (ProSt) etwas detaillierter erklärt. Einerseits, weil bei ihr das humorvoll-provokative Vorgehen nicht nur in das therapeutische Vorgehen einfließt, wie bei allen anderen Formen der Psychotherapie, sondern weil es im Grunde das therapeutische Vorgehen selbst ist. Damit nimmt die Provokative Therapie eine besondere Stellung zwischen den verschiedenen psychotherapeutischen Schulen ein. Andererseits sollen die von Höfner und Schachtner (1997) aufgeschlüsselten Grundlagen des ProSt wiedergeben werden, da sie sich m. E. auf die Anwendung therapeutischen Humors jeder Art übertragen lassen und somit auch die Basis der Anwendung therapeutischen Humors in der Sprachtherapie darstellen sollten. Bevor jedoch die möglichen humoristischen Einflüsse

261 Vgl. Salameh (1986, S. 159 f.) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 133)

262 Vgl. Titze und Eschenröder (2000, S. 55)

263 Titze und Eschenröder (2000, S. 80)

auf die Sprachtherapie herausgearbeitet werden, wird die allgemeine Bedeutung des Humors für die Psychotherapie zusammengefasst.

6.3.1 Die Logotherapie

Nichts läßt den Patienten von sich selbst so distanzieren wie der Humor. Der Humor würde verdienen ein Existential genannt zu werden. Nicht anders als die Sorge (M. Heidegger) und die Liebe (L. Binswanger).²⁶⁴

Frankl

Die Grundgedanken der Logotherapie wurden von Viktor E. Frankl (1905-1997) in den dreißiger und vierziger Jahren formuliert. Einer der wichtigsten ist, dass der „Wille zum Sinn“²⁶⁵ ein zentrales menschliches Bedürfnis ist. Psychische Störungen werden nach logotherapeutischer Auffassung erst durch ein „existentielles Vakuum“, einen Zustand von lähmender Leere und frustrierendem Überdruß²⁶⁶ möglich. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, dem Patienten bei seiner Sinnsuche bzw. -neuorientierung zur Seite zu stehen. Frankl (1947/1978) entwickelte während seiner Inhaftierung in Konzentrationslagern den festen Glauben daran, „daß der Mensch *unter allen* Umständen die geistige Freiheit besitzt, den objektiven Widrigkeiten physischen Lebens zu trotzen.“²⁶⁷ Eine große Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang dem Humor zu. Mit ihm kann die „Trotzmacht des Geistes“²⁶⁸ geweckt werden, die ein Hinauswachsen über sich selbst ermöglicht und ein „neues Universum sinnstiftender Ziele und Werte“²⁶⁹ eröffnen kann. Diese Erkenntnisse fließen in das Konzept der Logotherapie ein, aus dem die therapeutische Strategie der paradoxen Intention hervorgeht.²⁷⁰

Die paradoxe Intention. Wenn sich ein Mensch von seinen neurotischen Symptomen wie z.B. Erröten, Zittern, Schwitzen, Herzrasen „befreien“ möchte, läuft er Gefahr, sich übermäßig selbst zu beobachten (Hyperreflexion). Solche Symptome werden oftmals gerade durch eine Fixierung der Aufmerksamkeit und die daraus hervorgehende Erwartungsangst aufrechterhalten und verschlimmert. Die wichtigste logotherapeutische Methode, einen solchen Teufelskreis zu durchbrechen, ist die paradoxe Intention. Die Anweisung einer

264 Frankl (1959, S. 164) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 76)

265 Titze und Eschenröder (2000, S. 76)

266 Titze und Eschenröder (2000, S. 76)

267 Titze und Eschenröder (2000, S. 76)

268 Titze und Eschenröder (2000, S. 76)

269 Titze und Eschenröder (2000, S. 76)

270 Vgl. Titze und Eschenröder (2000, S. 76)

paradoxen Intention beinhaltet, dass der Patient sich wünschen soll, was er fürchtet. Der Patient wird dazu angehalten, humorvolle Formeln dafür zu finden. So könnte z.B. ein Patient, der an Agoraphobie – der Angst, über freie Plätze und Flächen zu gehen – leidet, sagen: „Ich gehe heute aus, um mich vom Schlag treffen zu lassen.“²⁷¹ erklärt Frankl (1979).

Eine Schülerin Frankls, Elisabeth Lukas (1991), schreibt über die Wirkungsweise der paradoxen Intention, dass das Prinzip zwar einfach klingt, die Durchführung jedoch nicht ganz hürdenlos ist. Einem Patienten, der seit langer Zeit etwas als überaus schreckenerregend und beängstigend empfindet, wird allein der Ratschlag, sich das Gefürchtete zu wünschen, nicht reichen. Solch ein Vorschlag wird er als unzumutbar empfinden. Was er braucht ist eine Hilfestellung, die die geistige Ebene aktiviert:

„Denn nicht nur >jede Krise hat ihre Chance< und >jedes Leid seinen Sinn<, sondern auch >jede Angst hat ihren Gegenspieler, nämlich den Humor<. Der Trick der paradoxen Intention, mit übersteigerter und unbegründeter Angst fertig zu werden, ist sie *auszulachen*.“²⁷²

Die Bedeutung des Humors für die paradoxe Intention. Die paradoxe Intention wurde von vielen Autoren²⁷³ als gezielte Interventionstechnik beschrieben und angewendet, doch blieb es Frankl vorbehalten, ihre Wirkungsweise vor dem Hintergrund seiner Existenzanalyse darzulegen und dabei den Bezug zum Humor ausdrücklich und konsequent herzustellen. Deshalb wird Frankl als der wichtigste Pionier bezüglich des therapeutischen Humors betrachtet.²⁷⁴ Die paradoxe Intention zielt auf jenen Einstellungswandel ab, der sich durch eine Humorreaktion anbahnt, die stets relativierend wirkt. Wenn ein Angstneurotiker den Mut gefasst hat, seine Angst vor den eigenen Symptomen, der Lächerlichkeit preiszugeben, wird dieser Angst „augenzwinkernd der Wind aus den Segeln genommen.“²⁷⁵ Die Verantwortung, diesen Umstellungsprozess zu initiieren, liegt beim Therapeuten. Eine Humorreaktion lässt sich am besten auslösen, in dem er seinen eigenen „Mut zur Lächerlichkeit“²⁷⁶ unter Beweis stellt. Frankl (1959) schreibt darüber:

„Der Patient soll lernen, der Angst ins Gesicht zu sehen, ja, ihr ins Gesicht zu lachen. Hierzu bedarf es eines Mutes zur Lächerlichkeit. Der Arzt darf sich nicht genieren, dem Patienten vorzusagen, ja vorzuspielen, was sich der Patient selbst sagen soll [...] Durch diesen Humor lernt der Patient [...], seine neurotischen Symptome irgendwie zu ironisieren. Zwar mag das Symptom, dem sich die paradoxe Intention zunächst

271 Frankl (1975, S. 185) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 77)

272 Lukas (1991, S. 140) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 79)

273 Vgl. Ascher (1980); Blankenburg (1990); Gerz (1966); Kocourek et al. (1959); Mahoney (1977); Selvini-Palazzoli et al. 1977); Titze (1977) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 80)

274 Titze und Eschenröder (2000, S. 80)

275 Titze und Eschenröder (2000, S. 80)

276 Titze und Eschenröder (2000, S. 80)

zuwendet, nur den symptomatologischen Vordergrund einer hinter ihm stehenden Urangst darstellen. Aber auch die paradoxe Intention ist ja das Medium einer tiefgehenden und existentiell durchgreifenden Umstellung, will heißen: der Wiederherstellung eines *Urvertrauens zum Dasein*.²⁷⁷

Ein Beispiel von Frankl (1946/1975) soll der Verdeutlichung der paradoxen Intention dienen:

Ein Mann litt unter der Zwangsvorstellung, er könnte seine Einkommenssteuer um 300 Dollar zu niedrig eingeschätzt und dadurch den Staat betrogen haben. Er phantasierte, staatsanwaltlich verfolgt zu werden, ins Gefängnis zu kommen und in den Medien als Betrüger gebrandmarkt zu werden. Diese Ideen quälten ihn über Jahre hinweg. Alle psychiatrischen und psychotherapeutischen Interventionen, denen er sich bisher unterzogen hatte, waren erfolglos geblieben. Er wusste sich nicht mehr anders zu helfen und schloss bei den Lloyds in London eine extra auf ihn zugeschnittene Spezialversicherung, die ihn vor den Folgen irgendeines unbewussten oder unbeabsichtigten Fehlers bewahren sollte, ab. Aber auch das beruhigte ihn nicht. Schließlich begab er sich zu einem Logotherapeuten, der ihn anregte, sich folgende Formel vorzusagen:

„Ich pfeif auf alles. Der Teufel soll mir den Perfektionismus holen. Mir ist alles recht – von mir aus soll man mich einsperren. Je früher, desto besser! Mich fürchten vor den Folgen eines Fehlers, der mir unterlaufen sein könnte? Soll man mich doch verhaften – jeden Tag gleich dreimal! Wenigstens krieg ich auf die Weise mein Geld zurück, das schöne Geld, das ich den Herren in London in den Rachen geworfen hab!“²⁷⁸

Frankl (1975) bemerkte, dass der Patient begann, sich zu wünschen, möglichst viele Fehler begangen zu haben, noch mehr zu begehen, alles durcheinander zu bringen und allen zu zeigen, dass er „der größte Fehlermacher der Welt“²⁷⁹ sei. Wenn er seinen Therapeuten traf, empfing ihn dieser grundsätzlich mit humorvollen Worten, wie z.B.:

„Was – um Himmels willen! Sie laufen immer noch frei herum? Ich dachte, Sie sitzen schon längst hinter Gittern – und ich hab schon in der Zeitung nachgeschaut, ob sie denn immer noch nicht über den großen Skandal berichten, den Sie verursacht haben!“²⁸⁰

Der Patient pflegte daraufhin in lautes Gelächter auszubrechen. Außerdem übernahm er zunehmend selbst diese ironisierende Haltung:

„Mir ist alles Wurst – solln die mich einsperren; höchstens geht die Versicherungsgesellschaft bankrott!“²⁸¹

Weitere Fallbeispiele, die die Effektivität dieser Vorgehensweise veranschaulichen, finden sich bei Frankl (1956 / 1975), bei Lukas (1991), Seltzer (1986) und Weeks (1985).²⁸²

6.3.2 Die Rational-emotive Therapie

Die Rational-emotive Therapie (RET) wurde von dem amerikanischen Psychologen Albert Ellis (geb. 1913) Mitte der fünfziger Jahre entwickelt. Einer der Grundgedanken ist

277 Frankl (1959, S. 164) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 80)

278 Frankl (1946 / 1975, S. 194) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 78)

279 Frankl (1946 / 1975, S. 194) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 78)

280 Frankl (1946 / 1975, S. 194) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 78)

281 Frankl (1946 / 1975, S. 195) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 78)

282 Vgl. Titze und Eschenröder (2000, S. 79)

der, dass neurotische Störungen nicht durch äußere Ereignisse verursacht werden, sondern durch die gedankliche Bewertung dieser Ereignisse, aus der die entsprechenden Gefühle und Verhaltensweisen der Person resultieren. Ellis (1977) formuliert eine Reihe irrationaler Ideen, die seines Erachtens weit verbreitet sind und neurotisierend wirken müssen, u.a.:

- „Die Meinung, es sei für Erwachsenen absolut notwendig, von praktisch jeder anderen Person in seinem Umfeld geliebt oder anerkannt zu werden.
- Die Meinung, daß man sich nur dann als wertvoll empfinden dürfe, wenn man in jeder Hinsicht kompetent, tüchtig und leistungsfähig ist.
- Die Vorstellung, daß es schrecklich und katastrophal ist, wenn die Dinge nicht so sind, wie man sie gerne haben möchte.“²⁸³

In der RET wird versucht, die starren und verabsolutierenden Denk- und Verhaltensmuster zu hinterfragen und flexiblere Verhaltensweisen zu fördern. Das In-Frage-Stellen kann auf ernsthafte, aber auch auf humoristische Weise geschehen. Ellis (1977) hält humoristische Methoden für besonders geeignet, da emotionalen Störungen meist die Tendenz zugrunde liegt, „Ereignisse allzu ernst zu nehmen, ihre Bedeutung zu übertreiben oder zu katastrophisieren.“²⁸⁴

Die Methoden, die in der RET angewendet werden, sind: Dinge bis ins Extrem zu übertreiben, Ideen bis zur Absurdität zu reduzieren, Gedanken zu ironisieren und Kraftausdrücke und Slangwörter, um die eingefahrenen Denkmuster des Patienten zu unterbrechen. Dabei hält Ellis (1977) es für besonders wichtig, klar zwischen den Verhaltensweisen und der Person zu unterscheiden, um dem Patienten zu zeigen, dass sich die Ironie beispielsweise gegen die selbstschädigenden Gedanken und Verhaltensweisen, nicht aber gegen die Person selbst richtet. Humoristische Interventionen sollen dem Patienten dabei helfen, sich trotz Fehler und Schwächen zu akzeptieren. Markant für die humorvollen verhaltensorientierten Methoden der RET sind die schamreduzierenden Mutproben z.B.: „um Geld betteln, in der Straßenbahn die Stationen laut ausrufen oder sich in der Drogerie über das Angebot an Präservativen beraten lassen“, bei denen der Therapeut allerdings aufpassen sollte, dass er dem Patienten keine Aufgaben zumutet, die er nicht auch selbst auf sich nehmen würde. Diese schamreduzierenden Mutproben sollen besonders sozial ängstlichen Menschen, „die sich starr an konventionellen Normen orientieren, sich auf keinen Fall blamieren oder unangenehm auffallen wollen“²⁸⁵, dabei helfen, ihre Befürchtungen abzubauen, da solch ungewöhnliches Verhalten entweder häufig unbemerkt bleibt oder erstaunlich milde Reaktionen bei den

283 Ellis (1977 a, S. 72) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 104/105)

284 Ellis (1977 b) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 105)

285 Ellis (1989, S. 152ff.); Keßler und Hoellen (1982, S. 113ff.); Schwartz (1987, S. 147ff.) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 106/107)

Mitmenschen hervorruft.²⁸⁶

Ellis (1977) zeigt zwei Möglichkeiten auf, wie er bei einem Mitglied einer Therapiegruppe, das sich wegen eines Fehlers selbst verdammen möchte, eine antiperfektionistische Einstellung erzeugen will. Zum einen durch Übertreibung: „Natürlich würde niemand in dieser Gruppe jemals so einen Fehler machen! Wir alle sollten Sie besser ein Leben lang boykottieren!“²⁸⁷ Oder zum anderen geht er ins andere Extrem und bezweifelt, ob so ein geringfügiges Fehlverhalten ausreichend ist, um weiterhin das Recht zu haben, Mitglied einer Gruppe von kompletten Versagern zu bleiben.²⁸⁸

Folgende Vorteile sieht Ellis (1977) in der Anwendung humoristischer Interventionen:

1. „Humor kann Klienten helfen, über sich selbst zu lachen und sich dadurch mit ihren Verletzlichkeiten und ihrer Fehlbarkeit zu akzeptieren.
2. Er klärt viele der selbstschädigenden Verhaltensweisen von Klienten in einer nicht bedrohlichen, akzeptablen Weise.
3. Er liefert neue Daten und potentiell bessere Lösungen oft in einer dramatischen, kraftvollen Art.
4. Er vermindert die Monotonie und übermäßige Ernsthaftigkeit der wiederholten didaktischen Darstellungen von Punkten, die für eine effektive Therapie wesentlich erscheinen.
5. Er hilft Klienten, eine Art von objektiver Distanzierung zu entwickeln, indem sie an der humorvollen Distanzierung des Therapeuten teilnehmen.
6. Er unterbricht dramatisch und unsanft die alten dysfunktionalen Gedankenmuster des Klienten und eröffnet die Möglichkeit für neue effektivere Muster des Denkens, Fühlens und Verhaltens.
7. Er hilft vielen Klienten paradoxerweise entgegen ihren üblichen Gewohnheiten zu denken und zu handeln, und ermöglicht ihnen, viele Dinge zu tun, z.B. sich angstfrei zu verhalten, die sie sich sonst nicht zutrauten.
8. Er dient als eine Ablenkung, die zumindest zeitweise selbstabwertende und hasserzeugende Ideen unterbricht.
9. Er zeigt Menschen die Absurdität, den Realismus, die Fröhlichkeit und Erfreulichkeit des Lebens.
10. Er entlarvt wirksam menschliche Überheblichkeit, die eine eigenständige Störung darstellt.“²⁸⁹

Natürlich gibt es auch kritische Stimmen, wie z.B. Bernhardt (1985), der den Humor in der RET als „grobschlächtig und verletzend“ empfindet. Seiner Meinung nach ist „das Lächeln

286 Vgl. Ellis (1989, S. 152ff.); Keßler und Hoellen (1982, S. 113ff.); Schwartz (1987, S. 147ff.) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 106/107)

287 Ellis (1977 b, S. 265) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 105)

288 Vgl. Ellis (1977 b, S. 265) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 105)

289 Ellis (1977 b, S. 269) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 107/108)

dem Humor wesensverwandter [...] als das Lachen.²⁹⁰ Titze und Eschenröder (2000) reagieren auf diese Kritik mit folgender Metapher: „Wer milde Speisen bevorzugt, wird eine scharf gewürzte Mahlzeit nicht bekömmlich finden; andere genießen gerade ein solches Essen und finden es schmackhaft.“²⁹¹ Im Grunde gehen sie damit nicht direkt auf den Einwand Bernhardts ein, sondern behaupten implizit, dass diese Form der Therapie nicht für jeden geeignet sei. Dabei ist diese Kritik durchaus berechtigt, denn sie wirft die Frage auf, wie es möglich ist, dass die Patienten sich trotz der Ironie beispielsweise ernst genommen fühlen und diese Art Humor nicht als „grobschlechtig und verletzend“ ablehnen? Eine entscheidende Bedingung dafür ist, dass der Therapeut dem Patienten deutlich zu verstehen gibt, dass seine manchmal heftigen Äußerungen sich gegen die selbstschädigenden Verhaltensweisen – nicht gegen ihn selbst richten.

Das Vorgehen der provokativen Therapie birgt dasselbe Phänomen. Betrachtet man diese therapeutischen Interventionen allein auf der Gesprächsebene, kann man den Eindruck bekommen, dass der Therapeut nicht behutsam genug mit dem Problem des Patienten umgeht, sondern ihn vielmehr noch dafür „auf die Schippe nimmt.“ Den Grund, warum sich der Patient nicht „verarscht“ fühlt und stattdessen selbst über die Provokationen lachen muss, verraten die grundlegenden Regeln der Provokativen Therapie.

6.4 Die Provokative Therapie

Humor kann die bitteren Pillen, die die Patienten manchmal in der Therapie schlucken müssen, versüßen. Er kann einige der harten psychologischen Lektionen, die verdaut und assimiliert werden müssen, weicher und schmackhafter machen.²⁹²

Farrelly & Brandsma

Im Vergleich zu allen anderen hier aufgeführten Therapieformen spielt der Humor in der provokativen Therapie die zentralste Rolle. Dieser Therapieansatz wurde von dem Sozialarbeiter Frank Farelly in den sechziger Jahren in einem psychiatrischen Krankenhaus in Madison (Wisconsin) entwickelt.²⁹³ Farelly und Brandsma (1986) sind der Ansicht, „daß auch Patienten, die als schwer gestört gelten, nicht hilflose Opfer ihrer Vergangenheit und ihrer Krankheit sind, sondern die Möglichkeit haben, sich für die >Verrücktheit< (dauerhafte Hospitalisierung, keine Verantwortung für das eigene Verhalten) oder für konstruktive

290 Bernhardt (1985, S. 85) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 108)

291 Titze und Eschenröder (2000, S. 108)

292 Farrelly und Brandsma (1986) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 97)

293 Vgl. Farelly & Brandsma (1986); Farelly & Matthews (1983); Höfner und Schachtner (1995); Wippich & Derra-Wippich (1996) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 97)

Veränderungen zu entscheiden.“²⁹⁴ Richtungweisend war ein Gespräch, das Farelly (1963) mit einem chronisch schizophrenen Patienten innerhalb eines Forschungsprojektes von Rogers führte:

„In seinem 91. Interview, der von einem klientenzentrierten Ansatz ausgegangen war, beharrte der Patient immer noch darauf, zu nichts nütze und hoffnungslos zu sein, und er behauptete er sei dazu verdammt, auf ewig ein Psychotiker zu sein. Farelly hatte ständig wiederholt, der Patient sei wertvoll und nützlich und imstande, sich zu ändern. Schließlich war Farelly es leid, mit dem Patienten herumzustreiten, und begann plötzlich, dem negativen Selbstbild des Patienten beizupflichten. Fast unmittelbar darauf lacht der Patient los und begann zu protestieren, er sei doch nicht „sooo“ schlecht dran oder „sooo“ hoffnungslos, und er sagte der Therapeut habe ihm viel geholfen. Innerhalb von sechs Interviews erlebte der Patient eine rasche Besserung und wurde entlassen.“²⁹⁵

Höfner und Schachtner (1997), Freunde, Workshopteilnehmer und -organisatoren der ersten Workshops in Deutschland (1982) von Farelly, schreiben in ihrem Buch „Das wäre doch gelacht! Humor und Provokation in der Therapie“ vom provokativen Stil (ProSt), da sie kein neues „Therapiegebäude“ beschreiben, „sondern einen Kommunikations- und Verhaltensstil, der *auch* in der Psychotherapie Anwendung finden und (fast) jedes therapeutische Vorgehen bereichern kann.“²⁹⁶

6.4.1 Grundannahmen und Ziele der provokativen Therapie

Farelly (1983 / 1986) geht davon aus:

- dass Menschen vor allem dann zu Veränderungen bereit sind, wenn sie mit einer Herausforderung konfrontiert sind, und sie ihr Potential, produktiv und adaptiv zu handeln, unter Beweis stellen können;
- dass die psychische Zerbrechlichkeit der Patienten von ihnen selbst und zumeist auch von Therapeutenseite überschätzt wird;
- dass die wichtigsten zwischenmenschlichen Botschaften nonverbal sind; entscheidend ist daher nicht „was“, sondern, „wie“ etwas gesagt wird.²⁹⁷

Höfner und Schachtner (1997) schreiben, dass sie im ProSt auf der verbalen Ebene ausnehmend frech kommunizieren. „Oberflächlich betrachtet klingt das manchmal sogar

294 Farrelly und Brandsma (1986, S. 3-41) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 97)

295 Farelly & Matthews (1983, S. 958); vgl. auch Farelly & Brandsma (1986, S. 34 ff.) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 98)

296 Höfner und Schachtner (1997, S. 14)

297 Vgl. Farelly & Matthews (1983, S. 960-963); Farelly & Brandsma (1986, S. 45-68) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 98)

ätzend oder böseartig.²⁹⁸ Auf der nonverbalen Ebene jedoch vermitteln sie ihrem Gegenüber gleichzeitig das Gegenteil, nämlich, dass sie den anderen für wertvoll und gleichwertig halten.

Diese Postulate werden durch die beiden folgenden Hypothesen ergänzt:

- „Wenn der Patient vom Therapeuten provoziert wird (humorvoll, ersichtlich und innerhalb seines eigenen internalen Bezugssystems), wird er dazu neigen, sich anders zu verhalten, als der Therapeut gemeinhin von ihm erwartet.

- [...] Wenn der Klient vom Therapeuten in provozierender Weise (humorvoll und ersichtlich) gedrängt wird, mit seinem selbstzerstörerischen abweichenden Verhalten fortzufahren, wird er dazu neigen, sich auf Verhaltensweisen einzulassen, die für ihn selbst und andere Personen förderlich sind und sich der gesellschaftlichen Norm annähern.²⁹⁹

Höfner und Schachtner (1997) wollen im therapeutischen Sinne vorwiegend Widerstand und Gelächter beim Klienten provozieren. Entscheidend dabei ist, dass der provozierte Widerstand in die richtige Richtung – nämlich gegen das eigene selbstschädigende Verhalten und nicht gegen den Gesprächspartner – gelenkt wird. Das Lachen hat eine befreiende Wirkung und der Widerstand löst Bewegung aus. Die Provokation darf nicht von Zynismus oder Überheblichkeit durchsetzt sein. Sie richtet sich ausschließlich gegen das Schädliche und Absurde im Verhalten des anderen und nicht gegen seinen verletzbaren Wesenskern. Hemmungslos und bis zum Absurden verzerrt werden dem Klienten Denkmuster, Gefühle oder Verhaltensweisen unterstellt, dass er gar nicht anders kann, als dazu emotional Stellung zu beziehen bzw. über die Unterstellungen zu lachen.³⁰⁰

„Das Lachen gibt ihm ein Stück Freiheit zurück, denn nur wer sich selber relativieren kann und somit „darüber steht“, kann über sich lachen.“³⁰¹

Titze und Eschenröder (2000) fassen zusammen, dass der Therapeut beabsichtigt, konstruktive Verhaltensweisen im Patienten zu provozieren, z.B. dass der Patient sich realistisch verteidigt, dass er sowohl verbal als auch im Verhalten seinen Selbstwert bestätigt und sich in Beziehungen sowie in der Erledigung von Aufgaben behauptet.³⁰²

6.4.2 Der Verlauf der provokativen Therapie

Höfner und Schachtner (1997) empfehlen, gleich in der ersten Therapiestunde eine

298 Höfner und Schachtner (1997, S. 71)

299 Farelly & Matthews (1983, S. 964); vgl. auch Farelly & Brandsma (1986, S. 68) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 98/99)

300 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 27)

301 Höfner und Schachtner (1997, S. 28)

302 Vgl. Titze und Eschenröder (2000, S. 99)

humorvolle Atmosphäre zu schaffen, denn wenn jemand nach eingehender Ernsthaftigkeit in einen scherzhaften Ton verfällt, ist die Gefahr, missverstanden zu werden, größer und der Patient muss sich umorientieren.³⁰³

Ein Beispiel von Farelly (1986) zeigt, dass er in der ersten Minute des ersten Gesprächs mit dem provokanten Vorgehen beginnt:

„P (*kläglich*): Kann ich Sie sprechen Herr Farelly?

T (*laut*): Natürlich Gorgeous³⁰⁴. (*Er zieht sich zurück an seinen Schreibtisch und setzt sich nieder*).

P (*kommt ängstlich in den Raum*): Wo wollen Sie, daß ich mich hinsetze?

T (*zeigt auf den Stuhl nahe am Schreibtisch, die Patientin will sich dort gerade niederlassen*): Setzen Sie sich genau dorthin.

T (*in mürrischem Ton, laut*): Halt! Nein! (*Zeigt auf den Stuhl an der entgegengesetzten Wand.*) Setzen Sie sich doch dahin.

P (*schlurft rüber zu dem Sessel, auf den der Therapeut jetzt zeigt*).

T (*in einem kommandierenden Ton, schaut im Zimmer umher*): Nein, warten Sie eine Minute. (*Er macht eine Pause, schaut unsicher*) Ich hab es, setzen Sie sich dahin (*zeigt auf einen Stuhl nahe der Tür*).

P (*plötzlich aufrecht, mit wütendem Blick, laut und kräftig*): Ach, gehen Sie zur Hölle! Ich setze mich, wohin ich will! (*Sie läßt sich selbst in einen Stuhl fallen*).

T (*wirft seine Arme hoch, als ob er sich zu verteidigen hätte, kläglich*) Okay, okay, Sie dürfen nicht gewaltätig werden!

P (*birst vor Lachen*).³⁰⁵

Farelly (1986) unterscheidet vier Stadien, die ein Patient in der provokativen Therapie durchläuft. Im ersten Stadium ist der Patient verwirrt und überrascht durch das Verhalten des Therapeuten, das nicht seinen Erwartungen entspricht. Im zweiten Stadium zeigt er Protest- und Verteidigungsreaktionen. Das dritte Stadium zeichnet sich durch konkrete und angemessene Verhaltensweisen des Patienten aus, die verdeutlichen, dass der Therapeut mit dem einseitig verzerrten Bild von ihm im Unrecht ist. Im vierten Stadium gewinnt der Patient Vertrauen in seine neuen Fähigkeiten und ordnet die provokativen Aussagen des Therapeuten der Vergangenheit zu.³⁰⁶

6.4.3 Die Methoden in der provokativen Therapie

Wie teilweise schon deutlich wurde, werden in der provokativen Therapie verschiedenste humoristische Methoden benutzt. Titze und Eschenröder (2000) skizzieren

303 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 52)

304 Titze merkt dazu an, daß „Gorgeous“ ([engl.] pächtig, großartig, wunderschön oder toll) wörtlich übersetzt „Natürlich Du tolles Weib“ hieße.

305 Farelly & Brandsma (1986, S. 244) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 100)

306 Vgl. Farelly & Brandsma (1986, S. 175-185) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 100)

Farellys Vorgehen wie folgt: Abgesehen von verbalen Übertreibungen ahmt Farelly die Patienten übertrieben und verzerrt nach. Er benutzt schmutzige, aber auch pathetische, religiös-moralische Ausdrücke. Mit Pseudoerklärungen für pathologische Verhaltensmuster „beweist“ Farelly dem Patienten, dass es sinnlos sei, sich in irgendeiner Weise ändern zu wollen. Zudem macht er sich über seine eigene Rolle lustig.

Höfner und Schachtner (1997) unterscheiden in der Vorgehensweise des Provokativen Stils (ProSt) zwischen Grundlagen, Bausteinen und Werkzeugen, um komplexe Sachverhalte in eine künstliche Einfachheit aufzuschlüsseln und somit auch „Einsteigern“ zugänglich zu machen. Einige der Facetten, auf denen der ProSt basiert, werden genauer erklärt, da diese ebenso grundlegend für mögliche humoristische Einflüsse in der Sprachtherapie sind. Damit wird die Voraussetzung für das Aufzeigen solcher humorvollen Möglichkeiten für die Sprachtherapie, welches ein zentrales Ziel dieser Arbeit ist, geschaffen.

6.4.4 Die Grundlagen des ProSt

Als grundlegend für die Kommunikation im provokativen Stil betrachten Höfner und Schachtner (1997) u.a. den „Guten Draht“. Für den Guten Draht, der zu großen Teilen durch nonverbale Botschaften geprägt ist, ist die Grundhaltung des Therapeuten von entscheidender Bedeutung. In der Realität lassen sich diese Faktoren nicht voneinander trennen. Trotzdem ist eine möglichst isolierte Betrachtung dieser Facetten sinnvoll, da sie begründen, warum die Klienten sich teilweise wirklich (verbale) Frechheiten bieten lassen und sogar irgendwann selbst darüber lachen, anstatt die Therapie abubrechen.

Der Gute Draht. Jede zwischenmenschliche Einflussnahme basiert auf einer funktionstüchtigen „Leitung“ zum anderen. Sie ist gegeben, wenn beide Gesprächspartner einander wirklich zuhören und Bezug nehmen auf das, was der andere gesagt hat. Dazu ist Vertrauen notwendig. Vertrauen entsteht aus einer Kombination von Wohlwollen und Kompetenz. Es versteht sich von selbst, dass nur eine der beiden Komponenten nicht ausreicht. Das Wohlwollen allein gibt dem Klienten vielleicht das Gefühl „eines warmen Bades“³⁰⁷, aber es ändert nichts. Und einem vor Kompetenz strotzenden Therapeuten ohne Wohlwollen werden die Klienten, bevor er Einfluss nehmen kann, „davonlaufen.“³⁰⁸

„Das Wohlwollen, die innere Haltung zum anderen, aus der er ablesen kann, dass wir ihn nicht bewerten oder gar verurteilen, zeigt sich vor allem nonverbal. Deshalb wird,

307 Höfner und Schachtner (1997, S. 63)

308 Höfner und Schachtner (1997, S. 63)

ob wir wollen oder nicht, beim anderen geortet, ob wir Menschen mögen – und zwar nicht nur den einen, der uns gegenüber sitzt, sondern Menschen im allgemeinen. Menschenverachtung schlägt nonverbal immer durch. Das heißt im Klartext: Die Herstellung des guten Drahtes darf keine Masche sein, da der andere das sofort merken und sich innerlich zurückziehen würde.³⁰⁹

Kompetenz bedeutet, Verständnis für den Klienten aufzubringen und die Fähigkeit zu haben, diesen zu führen. Höfner und Schachtner (1997) betonen, dass allein die Kenntnis klinisch-diagnostischer Modelle ohne eine „scharfe Wahrnehmung“ nicht zum Verständnis und damit zur Beeinflussung des Klienten führen würde. Auch verständnis- und mitleidvolle Bemerkungen halten die Autoren für wenig erfolgversprechend. Wichtig ist, dass der Klient das Verständnis des Therapeuten spürt, damit er diesem vertrauen kann. Dies hängt nicht von dessen Worten sondern von seiner Einstellung ab.³¹⁰

Der „Gute Draht“ ist unter verschiedenen Bezeichnungen für jeden guten Therapeuten und nichttherapeutischen Verhandlungsführer, Gesprächspartner etc. ein Leitmotiv, das er ständig „im Auge, im Herzen und im Bauch“³¹¹ behält. Sobald er eine Leitungsstörung „spürt oder mit sonst einem Sinn ortet“³¹², muss sie zuerst ausgeräumt und alles andere hinten angestellt werden. Denn nur mit einem „Guten Draht“ haben die jeweiligen Interventionen eine Aussicht auf Erfolg.³¹³

In dem folgenden recht drastischen Beispiel wird klar, dass der provokative Therapeut durch Bemerkungen verdeutlicht, dass er verstanden hat, ohne dieses Verstehen extra zu beteuern. Es geht um eine Klientin, die Schwierigkeiten hat, sich gegen Anzüglichkeiten „der Männer“ zu wehren.

- „Kl: Manchmal, nach einem harten Arbeitstag, fragt mich mein Chef: „Begleiten Sie mich noch in ein Gasthaus?“ Und ich weiß, wenn ich ja sage, redet er stundenlang und am Ende will er nur eins!
Th (sachlich): Nun, drei Sachen will er, zwei Titten und eine Vagina, aber wenn Sie lieber sagen wollen „eins“, o.k. Zählen wir alle drei als eins.
Kl: Wenn ich dann nein sage, habe ich am nächsten Tag einen ganz riesigen Haufen Arbeit auf meinem Schreibtisch.
Th: Ja, ja, ja! Es wäre genauso, wenn Sie mit ihm verheiratet wären. „Wenn Du mir nicht gibst, was ich will, werde ich Dich morgen bestrafen.“
Kl: Das stimmt!
Th: So sind die Männer – in Ihren Augen. Wenn sie keine Pussy bekommen, sind sie sauer. Mehr Arbeit schlechte Laune, lauter solche Sachen ... Es ist immer die Frau, die immer zahlt am Ende.
Kl: Das stimmt, mit meinem Freund ist es genauso.“

309 Höfner und Schachtner (1997, S. 63)

310 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 64)

311 Höfner und Schachtner (1997, S. 64)

312 Höfner und Schachtner (1997, S. 64)

313 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 64)

- Th: O ja ... Bei der Arbeit kriegen Sie es von ihrem Chef und abends und am Wochenende von ihrem Freund. Sie sollten in der Zwischenzeit sehr fähig und klug geworden sein im Umgang mit Männern.
- Kl: Ja, stimmt.
- Th: Denn Sie haben eine Menge Übung.
- Kl: Ja, stimmt.³¹⁴

Dass sie sich verstanden fühlt, bringt sie zum Ausdruck, indem sie vier mal hintereinander sagt: „Das stimmt!“

Die Bedeutung der nonverbalen Botschaften. Wie schon unter dem Punkt „Die Grundannahmen der provokativen Therapie“ erwähnt, ist das „Wie“ wichtiger als das „Was.“ Neunzig Prozent der Kommunikation laufen auf der nonverbalen Ebene (Körperhaltung, Stimme etc.) ab. Nur zehn Prozent des gesamten Kommunikationsprozesses werden von gesprochenen Inhalten bestimmt.³¹⁵

„Ein ehernes, unumstößliches Therapeutengesetz sagt, dass die Botschaften in der Therapie stets kongruent sein müssen: Der gesprochene Inhalt soll mit den nonverbalen Signalen übereinstimmen.“³¹⁶

Im ProSt sind die Botschaften überwiegend inkongruent:

„[...] verbal (das sind unter 10 Prozent) unverschämt und nonverbal (das sind über 90 Prozent) warmherzig und unterstützend.“³¹⁷

Nur, sind nonverbale Zeichen nicht kontrollierbar. Zwischen den Gefühlen, die wir haben und den Signalen, die wir aussenden, besteht eine unauflösbare Kongruenz. Deshalb ist es von enormer Bedeutung für den Therapeuten, eine wohlwollende Grundhaltung einzunehmen. Nur dann sind verbale Unverschämtheiten möglich, ohne den „Guten Draht“ zu verlieren. Dem Einwand, dass man zeitweise für einen Klienten, keine flammende Sympathie aufbringen kann, halten die Autoren eine der Grundannahmen entgegen, die besagt, dass man davon ausgehen kann, dass „die Psyche der meisten Klienten in weiten Bereichen ausgezeichnet funktioniert und nur irgendwo ein Steinchen im Getriebe den Motor zum Spucken bringt.“³¹⁸

Diese Grundannahme und spezielle Vorgehensweisen, wie z.B. unerwartete Antworten (UnAs), überraschende Sichtweisen, absurde Umdeutungen, treffende Unterstellungen oder absichtliches Missverstehen geben dem Therapeuten die Freiheit, aktiv zu sein, so dass er „sich endlos wiederholenden, nervtötenden Litaneien“³¹⁹ nicht ausgeliefert ist.

Die Grundhaltung des Therapeuten. Die Haltung, die wir uns selbst gegenüber einnehmen, beeinflusst unsere Wahrnehmung anderer in entscheidender Weise:

314 Höfner und Schachtner (1997, S. 66)

315 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 71)

316 Höfner und Schachtner (1997, S. 72)

317 Höfner und Schachtner (1997, S. 72)

318 Höfner und Schachtner (1997, S. 189)

319 Höfner und Schachtner (1997, S. 72)

„Je freier wir unseren eigenen Torheiten gegenüberstehen, um so freier und offener wird unser Umgang mit anderen Menschen sein. Wenn wir in uns den ganz normalen Wahnsinn geortet haben, können wir ihn auch anderen zugestehen. Menschen, die intolerant und humorlos gegen sich selbst sind, treten auch anderen intolerant und humorlos gegenüber. Wer streng und unerbittlich mit sich ist, ist es auch anderen gegenüber. Und wer bestimmte fixe Ideen hat, sieht beim anderen nur die Ausschnitte, die zu seinen fixen Ideen passen.“³²⁰

Deshalb halten Höfner und Schachtner (1997) es für grundlegend, die eigenen fixen Ideen zu erkennen und von den sehr wenigen unumstößlichen Gesetzen des zwischenmenschlichen Umgangs zu trennen. Fixe Ideen, das sind meistens „fundierte Vorurteile, die von einer großen Menge von Menschen geteilt und nach dem wohlbekanntem Motto verteidigt werden: >Scheiße schmeckt köstlich! 100 Millionen Fliegen können sich nicht irren.<“³²¹

Die wenigen ehernen Gesetze des zwischenmenschlichen Umgangs nennen die Autoren nach der folgenden kurzen Geschichte die „Leuchtturmprinzipien“:

„Ein Schlachtschiff ist bei einbrechender Dunkelheit auf Manöver im dicken Nebel unterwegs. Der Beobachtungsposten auf der Brücke meldet dem Kapitän: „Licht Backbord voraus.“ Der Kapitän gibt dem Funker die Anweisung: „Funken Sie dem anderen, daß wir auf Kollisionskurs sind und ihm eine Kursänderung um 20 Grad vorschlagen.“ Der Funker tut wie ihm geheißen und erhält den Funkspruch zurück: „Wir empfehlen *Ihnen* eine Kursänderung um 20 Grad!“ Der Kapitän darauf leicht verärgert: „Schicken Sie den Funkspruch: >Hier spricht ein Kapitän, ändern Sie den Kurs um 20 Grad!!<“ Es kommt die Antwort: „Hier ist ein Matrose zweiten Grades. Es ist besser *Sie* ändern den Kurs um zwanzig Grad.“ Der Kapitän ist nun in Rage: „Funken Sie: >Wir sind ein Schlachtschiff! Ich *befehle* Ihnen, den Kurs um 20 Grad zu ändern!<“ Umgehend kommt die lapidare Antwort: „Wir sind ein Leuchtturm.“³²²

Die Leuchtturmprinzipien sind:

1. „die Anerkennung der menschlichen Würde“,
2. „die Fairness und Aufrichtigkeit im Umgang mit anderen Menschen“ und
3. „die Pflicht zur eigenen Weiterentwicklung und zum geistigen Wachstum.“³²³

Eine Verletzung dieser Prinzipien wirkt sich egal ob auf Staats- oder zwischenmenschlicher Ebene über kurz oder lang schädlich aus. Die Autoren garantieren, dass der provokative Stil ohne Einhaltung der Leuchtturmprinzipien „ätzend, sarkastisch und zynisch“³²⁴ wird. Dies hätte dementsprechend heftige Reaktionen des Klienten zur Folge. Fixe Ideen wie Moral und Vorurteile sind nutzloser, hinderlicher Ballast. Unter der Berücksichtigung der Leuchtturmprinzipien hingegen versichern Höfner und Schachtner (1997), dass der Klient motiviert wird, die für ihn und seine Mitmenschen bestmöglichen Änderungen

320 Höfner und Schachtner (1997, S. 73)

321 Höfner und Schachtner (1997, S. 74)

322 Höfner und Schachtner (1997, S. 76)

323 Höfner und Schachtner (1997, S. 77)

324 Höfner und Schachtner (1997, S. 78)

vorzunehmen.³²⁵

Weitere Grundlagen des ProSt sind die „Geführte Beeinflussung“ und der „Längere Hebel“, an dem der Therapeut sitzen sollte, um beim Patienten eine Veränderung zu bewirken.

Die Geführte Beeinflussung. Wenn man in einer emotionalen Problemsituation steckt und das Problem so nah ist, dass man es zu groß und unscharf wahrnimmt, kann es passieren, dass man hilflos und handlungsunfähig wird. Im Glücksfall findet sich eine kompetente dritte Person, die einen soweit vom Problem wegführen kann, dass man es selbst wieder in vernünftigen Proportionen sieht und damit die Handlungsfähigkeit zurückgewinnt. Dazu ist der „Gute Draht“ notwendig. Die Kombination aus dem „Guten Draht“ und der Führung macht eine Beeinflussung möglich. Das Ziel dieser Führung ist, das selbständige Denken beim anderen anzuregen, und ihn auf einen „Kurs“ zu bringen, den er auch noch ohne die Anwesenheit des Führenden beibehalten kann und will. Entscheidend ist daher, dass das Denken und Verhalten des Betroffenen nicht manipuliert, sondern tatsächlich zu seinem Nutzen verändert wird.³²⁶

„Wenn der Therapeut bereit ist, sich ganz auf die Sichtweise des Klienten einzulassen, wird der Klient um so eher bereit sein, sich von ihm (aus einer Sackgasse) führen zu lassen.“³²⁷

Der ProSt ist sozusagen nondirektiv. Inhaltlich lässt sich der Therapeut eher vom Klienten führen. So entsteht eine „komplexe Art der gegenseitigen Führung.“³²⁸ Dies erfordert vom Therapeuten eine aufmerksame Wachheit und schnelle Reaktionen auf die vom Klienten gezeigten Signale und Äußerungen.

Der Längere Hebel. Am längeren Hebel sitzt immer der, der weniger vom anderen will. Besonders wichtig ist dies bei Klienten, die sich als hilflos darstellen und erwarten, dass der Therapeut das Problem für sie löst.

„Wenn der Therapeut sich mehr anstrengt als der Klient, dann ist die Wahrscheinlichkeit groß, daß der Patient ihn am Wickel hat und am längeren Hebel sitzt.“³²⁹

Dieses Spiel darf der Therapeut nicht mitspielen. Auch darf er sich nicht vom Klienten manipulieren lassen. Sogenannte „Therapeutenfallen“³³⁰, bei denen der Therapeut Gefahr

325 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 78/79)

326 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 79-82)

327 Höfner und Schachtner (1997, S. 81)

328 Höfner und Schachtner (1997, S. 82)

329 Höfner und Schachtner (1997, S. 88)

330 Höfner und Schachtner (1997, S. 86/87)

läuft, den längeren Hebel aus der Hand zu geben, sind Hilflosigkeit, schmeichelnde oder bewundernde Äußerungen („Sie sind mir sooo empfohlen worden!“, „Sie sind meine letzte Rettung!“³³¹). Sie aktivieren *die fünf Antreiber*: *Sei perfekt! Sei stark! Streng Dich an! Mach's allen recht! Beeil Dich!*³³² Das sind Beweggründe, die einen unverzüglich aktiv werden lassen.

„Wenn uns ein Antreiber im Griff hat, sind wir leicht verführbar, und der Verführer sitzt immer am längeren Hebel. [...] Antreiber sind ansteckend, leicht übertragbar, und das Gemeinste an ihnen ist, daß man es nicht gleich merkt, wenn man sich infiziert hat.“³³³

Wenn der Klient die Antreiber des Therapeuten z.B. durch Schmeicheleien aktiviert hat, sitzt er schnell am Längeren Hebel - dann verändert sich höchstens der Therapeut, der dann „ausgehebelt“ wird. Deshalb sollten sich Therapeuten ihrer Antreiber bewusst werden und ihnen die entsprechenden Erlauber entgegensetzen.³³⁴

Die fünf Erlauber: *Ohne Fehler lernt man nichts. Auch Schwächen sind sympathisch. Locker wird es besser. Sei gut zu Dir. Mach es mit Muße.*³³⁵ Sie dienen dazu, sich aus dem Griff der Antreiber zu befreien. Ist man sich dieser verhängnisvollen Mechanismen bewusst, kann man sie im Provokativen Stil entschärfen. Eine von vielen Möglichkeiten, die Höfner und Schachtner (1997) anführen ist: „Ich weiß gar nicht, ob bei jemandem wie ihnen (der so alt, so groß, so klein, so verzagt ... ist, bzw. der so große Ohren, kleine Füße, kurze Haare ... hat) noch etwas zu machen ist.“³³⁶

6.4.5 Die Bausteine des ProSt

Das Auslösen des Widerstandes in eine fruchtbare Richtung ist ein zentrales Element des provokativen Stils.

Bei der *Aktivdiagnose* wartet der Therapeut nicht geduldig, bis der Klient etwas von sich gibt, was relevant sein könnte. Stundenlange diagnostische Fragereien halten die Autoren nicht nur für überflüssig, sondern auch für schädlich. Zunächst mag sich die Klient angenommen fühlen, da ihm endlich jemand zuhört, aber in der zweiten, spätestens dritten Stunde werden Zweifel bemerkbar werden, „ob hier irgendwann einmal etwas in Gang kommt.“³³⁷ Diese schaden dem „Guten Draht.“ Die Anwesenheit des Klienten im „Hier und Jetzt“ bietet eine

331 Höfner und Schachtner (1997, S. 86)

332 Höfner und Schachtner (1997, S. 85)

333 Höfner und Schachtner (1997, S. 85/86)

334 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 85)

335 Höfner und Schachtner (1997, S. 86)

336 Höfner und Schachtner (1997, S. 88)

337 Höfner und Schachtner (1997, S. 96)

Menge diagnostisches Material, das authentischer ist als erzählerisch vorgefertigte Geschichten aus der Vergangenheit.³³⁸

Wichtige und unerlässliche Elemente des ProSt sind treffende Unterstellungen, absichtliches Missverstehen, die emotionale Beteiligung, unerwartete Antworten des Therapeuten (UnAs), der Zerrspiegel und das Klartext-Reden mit denen bei der Aktivdiagnose gearbeitet wird. Der Einsatz von Unterstellungen gleicht folgendem Vorgehen: „Wir schießen in den Busch und schauen mal nach, ob ein Hase herausspringt.“³³⁹ Titze und Eschenröder (2000) ergänzen, >selbst wenn ein Rebhuhn und nicht der erwartete Hase herauskommt<, liefern die Reaktionen des Patienten zusätzliche diagnostische Hinweise.³⁴⁰

„Wenn wir das „Hier und Jetzt“ als Ausgangspunkt wählen, haben wir den Vorteil, daß wir damit gleichzeitig den Guten Draht stärken, den Längeren Hebel besetzen und die Therapie im ersten Augenblick starten.“³⁴¹

Vor allem *Treffende Unterstellungen* stärken den guten Draht, weil der Klient sich verstanden fühlt.³⁴²

Aber auch *Absichtliches Missverstehen* kann dem Klienten helfen, seine Position zu klären. Er fühlt sich dadurch zwingend herausgefordert, dass Missverständnis richtig zu stellen.³⁴³

Die Unangepassten Antworten (UnAs) des Therapeuten stehen in einem krassen Gegensatz zu den angepassten erwartungsgemäßen Antworten in der Therapie, die ungefährlich und risikolos sind. Die UnAs sind fast die einzige Möglichkeit, auf manche Therapeutenfallen zu reagieren. Unerwartete Reaktionen des Therapeuten können Situationen, in denen Patienten diesen z.B. flehentlich um Hilfe bitten oder dessen Kompetenz anzweifeln, entschärfen und ihm den längeren Hebel zurückgeben. Der Phantasie, dem Spielraum zu Übertreibungen, Verrücktheiten, Absurditäten, scheinbar logischen Schlüssen sind hierbei keine Grenzen gesetzt.³⁴⁴

Überraschende Sichtweisen und *Absurde Umdeutungen* kippen den Klienten aus seinem vorgefertigten Konzept und seinen starren Denkmustern. Schließlich bleibt diesem nichts anderes übrig, als sich neu zu orientieren. Damit bekommt er die Chance, aus der Sackgasse herauszukommen. Das unerwartete Verhalten des Therapeuten verblüfft den Klienten und bringt ihn vielleicht sogar zum Lachen. Dadurch kann es eine Neuorientierung „ohne allzu

338 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 95)

339 Höfner und Schachtner (1997, S. 96)

340 Vgl. Titze und Eschenröder (2000, S. 101)

341 Höfner und Schachtner (1997, S. 95)

342 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 97-100)

343 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 100/101)

344 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 108-111)

große Geburtswehen³⁴⁵ geben.³⁴⁶

Durch die bisher genannten Strategien ist die *emotionale Beteiligung* des Klienten gesichert. Tiefergehendes Lernen ist nur möglich, wenn ein mittlerer emotionaler Erregungszustand gegeben ist. Ist die emotionale Beteiligung zu gering oder zu hoch (Panik) wirkt sich dies negativ auf den Lerneffekt aus. Humorvolle Überraschungen (s.o.) machen die Therapie deshalb viel wirksamer, weil der Patient durch sie nicht in Panik verfällt, aber auch nicht unbeteiligt, neutral oder gleichgültig bleiben kann.³⁴⁷

*Die segensreiche Wirkung des Widerstandes*³⁴⁸ lässt sich anhand der folgenden Anekdote verdeutlichen:

„Den Esel am Schwanz und nicht am Halfter ziehen“

Ein Junge kam dazu als sein Vater versuchte, den störrischen Esel am Halfter in den Stall zu ziehen. Je mehr der Vater zog, um so mehr stämmte der Esel seine Beine in den Boden. Der Junge beobachtete die Szene eine Weile, dann schaltete er sich ein und zog den Esel kräftig am Schwanz, woraufhin dieser in einem Satz in den Stall sprang.³⁴⁹

Auch den Menschen wohnt ein solcher „Widerstand- oder Widerspruch-Mechanismus“ inne. Dieser Mechanismus sorgt dafür, dass jede geäußerte These einen inneren Suchvorgang auslöst, der das Gesagte nach Widerspruchsmöglichkeiten abklopft. Da es keine absoluten Wahrheiten gibt, ist dieses In-Frage-Stellen meistens erfolgreich.³⁵⁰ Therapeuten verausgaben sich oft in dem Bemühen, einem Klienten zu versichern, dass er wertvoll, liebenswert, stark etc. sei, und sie registrieren verbittert, dass der Klient ihnen diese Beteuerungen nicht glaubt, sondern als „routiniertes Therapeutengeschwätz“ abtut.

„Der >Trick<“, schreiben Höfner und Schachtner (1997), „ist genauso einfach wie wirkungsvoll: Wir schlagen uns auf die Seite des anderen, und zwar mehr als ihm lieb ist. Alle unsere Aussagen enthalten ein Körnchen Wahrheit, das absurd übersteigert wird. Gleichzeitig verbünden wir uns mit der dunklen Seite der Persönlichkeit des Klienten und erlauben und empfehlen Sie ihm ausdrücklich! Damit schaffen wir die Grundlage für befreiendes Gelächter und provozieren den Widerstand in die Gegenrichtung.“³⁵¹

Auf der nonverbal Ebene gibt der Therapeut dem Klienten klar zu verstehen, daß er ihm eine Veränderung im Denken und Handeln durchaus zutraut. Durch die Inkongruenz der verbalen und nonverbalen Äußerungen wird die „ruinöse“ Selbstabwertung des Klienten gestoppt.³⁵²

Höfner und Schachtner (1997) nennen also drei Gründe, warum der Patient die Provokationen nicht glauben wird:

345 Höfner und Schachtner (1997, S. 101)

346 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 101-107)

347 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 102)

348 Höfner und Schachtner (1997, S. 113-118)

349 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 113)

350 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 113/114)

351 Höfner und Schachtner (1997, S. 115/116)

352 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 117)

1. der Widerstand des Klienten wird gereizt;
2. auf einem anderen „Sendekanal“ wird ihm die gegenteilige Botschaft vermittelt;
3. der Klient kann davon ausgehen, dass das Gesagte nicht ernst ist, weil es haarsträubend verzerrt und übertrieben ist.³⁵³

„Solche Ungeheuerlichkeiten äußert man einfach nicht, wenn man sie *wirklich* meint. Da wir sie aber äußern, können sie nicht so gemeint sein.“³⁵⁴

Die Autoren räumen allerdings auch ein, dass der Therapeut davon überzeugt sein muss, dass der Klient die Kraft hat, sich zu verändern. Ansonsten besteht die Gefahr, dass der Klient den Provokationen Glauben schenkt und keinen Widerstand leisten wird.³⁵⁵

Mit der Technik des *Zerrspiegels* wird die faszinierende Wirkung, die das Spiegelbild auf Menschen hat, genutzt. Zu Beginn der Therapie wird dem Klienten ein nicht verzerrter Spiegel vorgehalten, dass er sich erkennen kann und verstanden fühlt. Die nun zum Vorschein gekommenen Eigenschaften werden mehr und mehr verzerrt, um dem Klienten aufzuzeigen, wie es mit ihm enden kann, wenn er dieses Verhalten beibehält. Er fühlt sich dann wie in einem „Lach- und Gruselkabinett“ und „schüttelt“ sich abwechselnd vor Lachen und Entsetzen, bis er protestiert und auf eine realistische Sichtweise besteht.

„Manche Menschen brauchen einen sehr starken Zerrspiegel bis sie ihn als >verrückt< wahrnehmen. Wir haben oft mit Überraschung festgestellt, daß wir das Bild des anderen monströs in die Länge und Breite zogen und dieser sich immer noch realistisch abgebildet fand und enthusiastisch zustimmte. Zustimmung stärkt zwar den guten Draht, aber sie bewirkt keinen Veränderungswunsch. Manchmal müssen wir eben [...] aus dem anderen eine braune, warzige, schleimige Kröte machen, bis die Herausforderung greift und wir endlich Protest bekommen.“³⁵⁶

Gespiegelt werden kann das Bild vom eigenen Körper, das verbale und nonverbale Verhalten, aber auch das Selbst- und Weltbild des Klienten. Vor allem die Punkte, die für den Klienten schädlich oder behindernd sind, werden solange übertrieben, bis der Klient widerspricht und beginnt, neu zu sortieren, abzuwägen und zu relativieren.³⁵⁷

So entstehen teilweise *Katastrophenszenarien*, die der Therapeut humorvoll, genüsslich ausmalt, neben denen die Wirklichkeit viel unschuldiger und harmloser wirkt.³⁵⁸

Es wird verstärkt mit *bildhaften Ausdrücken* gearbeitet, da Bilder besser im Gedächtnis haften als Worte und sie spontan in entsprechenden Situationen wiederauftauchen. So meinen Höfner und Schachtner (1997), dass einem Klienten, der sich minderwertig fühlt, mehr damit

353 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 118)

354 Höfner und Schachtner (1997, S. 118)

355 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 118)

356 Höfner und Schachtner (1997, S. 120)

357 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 119-126)

358 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 133-135)

geholfen sei, ihn als „Fußabtreter auf zwei Beinen“³⁵⁹ zu bezeichnen, als ihn davon überzeugen zu wollen, dass er ein wertvolles Mitglied der menschlichen Gesellschaft sei.³⁶⁰

Die Autoren verwenden die Metapher, „daß jeder Mensch sich immer und überall auf einer Bühne bewegt.“³⁶¹ Jeder Mensch erlebt die *eigene* Inszenierung mit sich selbst in der Hauptrolle. Diese Inszenierung, spiegelt das Selbstbild und die Weltsicht des Einzelnen wieder. Mit den Darstellungen der Hauptfigur werden bestimmte Reaktionen beim Gegenüber provoziert, die zur eigenen Inszenierung passen. Diese Inszenierungen sind nicht wertfrei. Sie bezwecken etwas, was dem Hauptdarsteller nicht bewusst sein muss. Dadurch, dass das ProSt im „Hier und Jetzt“ ansetzt, wird der Therapeut zum Mitspieler. Er bekommt nicht nur die Geschichten vergangener Inszenierungen erzählt, sondern erlebt sie ungefiltert und unmittelbar mit. Das gibt Aufschluss über die Rolle, die der Klient in seinem eigenen Leben spielt.³⁶²

Im ProSt jedoch wird die Inszenierung des Klienten gesprengt, so dass er nicht in seine gewohnte Rolle zurück kann, sondern gezwungen ist zu improvisieren. Zuvor ist es wichtig, die Inszenierung zu erkennen. „Wir müssen uns etwas auskennen auf dem heimischen Boden des anderen“³⁶³, um zu begreifen, in welchem Selbst- und Weltbild der andere gefangen ist, welche Defizite ihn in seiner Entwicklung bremsen (*Wachstumsbremsen*³⁶⁴).³⁶⁵

„Frank Farelly betont immer, daß kurzfristige Grausamkeit oft langfristig dem Wohle des anderen dient, wohingegen kurzfristige Schonung oft langfristige Grausamkeit bedeutet.“³⁶⁶

Der an dieser Stelle zuletzt aufgeführte Baustein – *Im Klartext reden* – steht im Kontrast zu den anderen humoristisch-provokativen Vorgehensweisen und ist somit von besonderer Bedeutung. Manchmal spricht der Therapeut sehr ernsthaft mit dem Klienten, ohne ihm seine Meinung aufdrängen zu wollen. Es ist wichtig, die gelegentlich geäußerten „Weisheiten“ mit einer relativierenden Grundhaltung zu vermitteln, dass der Klient sie nicht als „göttliche Gesetze“ oder „letztes Wort“ missversteht. Durch das Einstreuen der eigenen Meinung erscheint der Therapeut als Mensch. Diese ernsthaften Anwandlungen dauern nicht lange an, so dass die Gefahr, als Moralapostel missverstanden zu werden, nicht so groß ist. Den raschen Wechsel zwischen ernst und lustig muss der Klient zunächst sortieren. Der „Klartext“ wirkt im Kontext humoristischer Provokationen nachhaltiger, als wenn er sich in eine Kette

359 Höfner und Schachtner (1997, S. 136)

360 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 135-138)

361 Höfner und Schachtner (1997, S. 143)

362 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 143)

363 Höfner und Schachtner (1997, S. 147)

364 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 147-151)

365 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 151-154)

366 Höfner und Schachtner (1997, S. 145)

„eherner Weisheiten“ eingliedern würde.³⁶⁷

6.4.6 Die Werkzeuge des ProSt

Als Werkzeuge bezeichnen Höfner und Schachtner (1997) Einzelaspekte des ProSt, mit denen die „Bausteine“ umgesetzt werden können. Wie eingangs schon erwähnt, erscheint die isolierte Betrachtung nun beinahe absurd, weil immer klarer wird, dass die einzelnen Aspekte in der provokativen Therapie tatsächlich nicht zu trennen sind, sondern ineinander fließen. So unterscheiden sich z.B. die „Zukunftsszenarien“, die die Autoren zu den „Werkzeugen“ zählen, nicht besonders von den bereits als „Baustein“ beschriebenen „Katastrophenszenarien.“ Ein grundsätzlicher Einblick ist also mit den Abschnitten – „Die Grundlagen“ und „Die Bausteine des ProSt“ – schon gegeben. So sollen zum Schluss nur noch die beiden herausragenden Werkzeuge, die Verführer- und die Verschwörertechnik, skizziert werden.

Verführertechnik oder der sekundäre Krankheitsgewinn. Höfner und Schachtner (1997) schreiben, dass es kein Verhalten gibt, das nur Nachteile bietet, sonst würde man es nicht ausführen. Nicht nur, dass im ProSt die Vorteile des Problemverhaltens „aufs Korn genommen“ werden, mehr noch wird dem Klienten das Symptom nahegelegt und schmackhaft gemacht, da dieser damit bestimmte Ziele erreichen kann, denen er z.T. bisher tatsächlich in ähnlicher Weise nachging. Die Vorteile des Problemverhaltens werden allerdings bis hin zu absurden Varianten angepriesen, nachteilige Konsequenzen hingegen als Nebensächlichkeiten abgetan und noch ein paar dazu erfunden, die zwar noch nicht eingetreten, aber nicht unwahrscheinlich sind, wenn der Klient das Verhalten beibehält. Der Therapeut stachelt den Widerstand gegen die Wachstumsbremsen des Klienten an, in dem er ihm eindringlich von einer Verhaltensänderung abrät, da er beim besten Willen keine Vorteile entdecken könne. Und wenn jemand anderes den Klienten zu einer Verhaltensänderung drängen wolle, dann würde er ihn selbstverständlich sofort in Schutz nehmen.³⁶⁸

Die Verschwörertechnik. Der Therapeut als Verschwörer schafft ein „Wir-Gefühl“ mit dem Patienten. Er weiß vom „Komplott“ und kann Ratschläge geben, die das Gelingen des Plans noch wahrscheinlicher machen, z.B. die vorhandenen Symptome zu steigern und sich weitere

367 Höfner und Schachtner (1997, S. 155-157)

368 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 159-166)

wirkungsvollere zuzulegen, um noch mehr Aufmerksamkeit, Mitgefühl und Unterstützung zu bekommen. Die Verschwörertechnik kann überhaupt dem *Bewusstmachen* von Verhaltensmustern dienen, ohne Druck auszuüben. Dann steht der Klient vor der Entscheidung, ob er das Verhalten ändern oder beibehalten möchte, aber er kann nicht mehr leugnen, was er tut. Die Verschwörung kann aber auch als eine *Entlastung* wirken vor allem bei Symptomen, die verstärkt werden, wenn der Betroffene sie unbedingt vermeiden will, wie heftiges Erröten, die Unfähigkeit, Prüfungsfragen zu beantworten oder Stottern.³⁶⁹

In dem folgenden Beispiel verdeutlicht der Therapeut einem jungen Mann, der stottert, welche Vorteile das Stottern haben kann, und wie es sich nutzbringend ausbauen ließe. Eine solche Maßnahme vermindert den Druck des Klienten, das Stottern vermeiden zu wollen und kann somit die Stotterrate reduzieren. Während der Therapie stottert dieser im Übrigen kaum, weil er sich sicher und akzeptiert fühlt und daher wenig Druck auf ihm lastet:

- „Kl: Beim Schulabschluß mußte ich ein Examen machen eine m-m-mündliche Prüfung.
Th: Ho ho!
Kl: Und ich war nicht so fit, aber es lief gut, weil der Lehrer wußte, daß ich ein Stotterer bin.
Th: Ist er eingeschlafen?
Kl (lacht): Nein, aber er dachte ich w-w-weiß alles, aber kann es nicht aussprechen.
Th (begeistert): Oho! So haben Sie verdammte kleine Tricks auf Lager!
Kl: Ja!
Th (imitiert den Lehrer): „Gut Hans, ich werde ihre Prüfung als bestanden werten, weil ich sicher bin, daß sie den Stoff gelernt haben!“
KL: Ja!
Th (Übersetzung): „Ich habe keine Lust hier bis nächsten Donnerstag zu warten und dem zuzuhören! Raus!“ - Ja, das ist *eine* Möglichkeit. Haben sie jemals die *andere* Möglichkeit genutzt? Ich meine, Ihr Stottern zu Ihrem eigenen Nutzen eingesetzt? Vielleicht hat Ihre Mutter gefragt (streng): „Wo warst Du?“, und Sie haben gesagt: „N-n-n-nun, ich k-k-k-kann d-d-d-das erkl-kl-kl – Scheiße! - erklären!“ (Mutter:) „Ich habe jetzt keine Zeit, ich muß weg!“
Kl lacht schallend.
Th: Haben Sie so was je gemacht?
Kl (immer noch lachend): Nein – vielleicht. Mir fällt jetzt kein Beispiel ein, aber, aber vielleicht nutze ich es manchmal. Vielleicht nicht bewußt.
Th (enthusiastisch): Nein, nein! Sie würden das nie *absichtlich* tun und es bewußt nutzen. Sie tun das nur in ihrer eigenen Art von Dämmerzustand.
Kl lacht.
Th: Ja, ja, ja! Wissen Sie, es gibt eine Menge Leute, die ein Handikap haben und es zu ihrem eigenen Nutzen einsetzen.
Kl: Ja.
Th: Ja!
Kl: Ich tue es sicherlich auch!

369 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 166-171)

- Th (lacht): O ja! Wie?
- Kl: An der Uni jetzt entschuldige ich mich dafür, daß ich nichts sage, weil ich mich nicht traue.
- Th: Und Ihre Professoren werden alle damit geködert, mit dieser gelogenen Erklärung?
- Kl: Nein, so ist das nicht. Wissen Sie, die ersten Referate an der Uni waren für mich wirklich sehr sehr schwierig!
- Th: Pfff!
- Kl: Aber normalerweise ...
- Th: Ich wette, Sie haben den Raum leergefegt!
- Kl: Nein, nein, nein!
- Th (zitiert die Kommilitonen): „Wir können hier nicht raus obwohl wir wollen. Wir müssen höflich sein zu dem Krüppel!“
- Kl lacht laut.
- Th: „Oh Scheiße, ich wünschte, jemand hätte uns gesagt: >Übrigens, Hans stottert, weißt Du!<“
- Kl: Wenn ich mich im Thema sicher fühle ist es nicht so schwer. Aber wenn ich mir nicht ganz sicher bin oder etwas gefragt werde, was ich nicht genau weiß, habe ich viel mehr Probleme.
- Th: Gut! Sagen Sie doch Ihren Professoren einfach: „Fragen Sie mich niemals etwas, was ich nicht weiß! ...“
- Kl lacht schallend.
- Th: W-w-w-w-weil S-s-s-sie s-s-s-sonst alle h-h-h-hier s-s-s-s- - Scheiße! - sein w-w-w-werden b-b-b-bis n-n-n-nächsten D-d-d-donnerstag!“
(Professor:) „Vielen Dank, daß Sie mir von Ihrem Handikap erzählt haben, ich werde Sie nichts fragen!“
- Kl lacht.³⁷⁰

6.4.7 Zusammenfassung und Ausblick der Vorgehensweisen im ProSt

Der ProSt ist keine neue (Therapie-) Schule, sondern eine Geisteshaltung, deren Gültigkeit sich nicht auf die Psychotherapie beschränkt. Jedes zwischenmenschliche Zusammensein, jede Beeinflussung ob in der Partnerschaft, der Familie oder im Berufsleben wird durch das humorvoll-provokative Vorgehen spielerischer und müheloser.³⁷¹ In der provokativen Therapie kommt es vor allem auf die Wiederherstellung der Eigenverantwortung des Klienten an. Man kann dieses provokative Vorgehen des Therapeuten als ein Karikieren der Weltsicht, der Werte und Glaubenssätze des Klienten betrachten, wobei der Therapeut stets eine wohlwollende und liebevolle Grundhaltung einnimmt. Oftmals versteht der Klient erst durch eine sehr absurde Verzerrung seiner selbstschädigenden Mechanismen, was einer Weiterentwicklung im Wege steht. Dieses Verstehen löst häufig ein befreiendes Gelächter und die Rebellion gegen das aufgezeigte Bild aus. Dadurch, dass in diesen Prozess Verstand und

370 Höfner und Schachtner (1997, S. 171-173)

371 Vgl. Höfner und Schachtner (1997, S. 191)

Gefühle eingebunden sind, wird nicht nur Einsicht geschaffen, sondern auch der Wille zur Veränderung wiederhergestellt. Die Energie, die der Klient bis dahin für das Aufrechterhalten seiner Konstrukte und das eigene Funktionieren benötigte, werden nun für die eigene Weiterentwicklung freigesetzt.³⁷²

Aufgrund der vielfältigen wirkungsvollen Taktiken und Strategien des ProSt, die nicht zuletzt dem Therapeuten eine gesunde Authentizität und Kreativität ermöglichen, können bei den unterschiedlichsten Klienten zum Erfolg führen. Farelly und Matthews (1983) blicken zurück auf effektive Anwendungen „bei Vorschulkindern und bei Greisen, bei hospitalisierten und bei nichthospitalisierten Klienten, bei Psychotikern - von stummen Katatonikern bis hin zu Manisch-Depressiven in der manischen Phase, bei Charaktergestörten und bei Neurotikern, bei Klienten, deren Intelligenzniveau vom geistig Zurückgebliebenen bis zum Genie reicht, sowie bei allen rassischen, ethnischen und nationalen Gruppen in den Vereinigten Staaten.“³⁷³

Dieser außerordentlich positiven Einschätzung der klinischen Wirksamkeit der provokativen Therapie steht gegenüber, dass dementsprechende empirische Studien bisher ausgeblieben sind. Es gibt weder kontrollierte Einzelfallstudien, noch Gruppenuntersuchungen mit Kontroll- oder Vergleichsgruppen.³⁷⁴

Höfner und Schachtner (1997) halten eine experimentelle Überprüfung ihrer beschriebenen Vorgehensweisen zwar für wünschenswert, äußern aber gleichzeitig ihre Bedenken:

„Uns wird allerdings ganz flau bei dem Gedanken, daß sich möglicherweise jemand dazu berufen fühlt, aus Forschungsgründen ein ProSt-Werkzeug nach dem anderen hervorzuholen und buchstabengetreu durchzuprobieren. Das Ergebnis kann nur ein Trümmerfeld sein. Die provokativen Werkzeuge werden nämlich zur scharfen, bössartigen Waffe, wenn sie lieblos und mechanisch eingesetzt werden.“³⁷⁵

Eine wohlgesonnene, warmherzige Gemütsverfassung ist unerlässlich. Doch wie soll so ein Gefühlszustand experimentell hergestellt oder gar gemessen werden? Einerseits ist eine liebevolle Grundhaltung schwer zu induzieren, andererseits kommt sie bei jedem unterschiedlich zum Ausdruck. Es erscheint also nicht nur ansatzweise widersinnig, sondern auch nahezu unmöglich, die Äußerungsformen zu katalogisieren und deren Effektivität messen zu wollen.

6.5 Die Bedeutung des Humors für die Psychotherapie

Titze und Eschenröder (2000) geben in ihrer Arbeit einen Überblick über die

372 Vgl. Höfner und Schachtner (1997)

373 Farelly und Matthews (1983) zit. nach

374 Vgl. Titze und Eschenröder (2000, S. 103); oder Höfner und Schachtner (1997, S. 194/195)

375 Höfner und Schachtner (1997, S. 194/195)

verschiedenen Therapieformen, in denen Humor, Heiterkeit und Lachen eine Rolle spielen (s.o.). Es zeigte sich, dass Humor in ganz unterschiedlichen psychotherapeutischen Systemen eingesetzt wird. Daraus ziehen die Autoren den Schluss, dass der Humor ein *allgemeiner Wirkfaktor* der Psychotherapie ist. Leider sind die Auswirkungen von Humor in der Psychotherapie kaum erforscht. Titze und Eschenröder (2000) sprechen von einem „kaum bestellten, aber möglicherweise fruchtbaren Feld“³⁷⁶, auf dem sie sich eine intensivere wissenschaftliche Auseinandersetzung wünschen würden.³⁷⁷

Es gibt einige wenige wissenschaftliche Arbeiten dazu, über die im Folgenden ein kurzer Überblick gegeben werden soll.

Mahrer und Geravize (1984) beschäftigen sich mit der Bedeutung von lautem, herzhaftem Lachen („strong laughter“) in der Psychotherapie. Sie untersuchten die Tonaufnahmen von 280 Therapiesitzungen und wählten 60 Beispiele für lautes Lachen, 30 Beispiele für gemäßigtes Lachen und 30 Beispiele ohne Lachen aus. Sie fanden heraus, daß lautes Lachen vor allem dann auftritt, wenn sich der Patient mit einem emotional bedeutsamen Thema, einem tabuisierten, blockierten oder vermiedenen Verhalten auseinandersetzt; oder wenn der Therapeut den Patienten beispielsweise ermutigt und es enthusiastisch begrüßt, riskante Gefühle und Verhaltensweisen deutlicher auszusprechen und auszuleben. Mahrer und Geravize (1984) formulieren acht Kategorien therapeutischer Methoden, die lautes Lachen bei Patienten fördern. Somit liegt eine interessante Forschungsarbeit mit mikroanalytischem Blick auf die therapeutische Interaktion vor, die allerdings nichts über die möglicherweise heilsame Wirkung des therapeutischen Humors aussagt.³⁷⁸

In der Auseinandersetzung mit der Frage, ob es Zusammenhänge gibt zwischen dem Humor des Therapeuten und dem Therapieerfolg, entwickelte Salameh (1986) eine fünfstufige *Humor Rating Scale*. Die niedrigste Stufe steht für destruktiven Humor und die höchste Stufe für besonders hilfreichen, therapeutischen Humor. Salameh (1986) schlägt vor, daß neutrale Beobachter (per Videoaufnahmen von Therapiesitzungen) den Humor des Therapeuten auf dieser Skala einschätzen sollen. Diese Ergebnisse werden dann mit dem Therapieerfolg in Zusammenhang gebracht. Untersuchungen mithilfe dieser Skala gibt es bisher noch nicht. Titze und Eschenröder (2000) halten die unabhängige Betrachtung von destruktivem und therapeutischem Humor auf zwei Skalen für günstiger, falls solche Untersuchung

376 Titze und Eschenröder (2000, S. 126/127)

377 Vgl. Titze und Eschenröder (2000, S. 126/127)

378 Vgl. Mahrer und Geravize (1984) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 133)

durchgeführt werden sollten.³⁷⁹

Eine etwas aufschlussreichere Arbeit stammt von Alexander et al. (1976). Sie führten eine Untersuchung zur Funktionalen Familientherapie durch, in der delinquente Jugendliche und deren Familien behandelt wurden. Unabhängige Beobachter schätzten Therapeutenvariablen ein, die in Zusammenhang mit dem Therapieerfolg betrachtet wurden. Am höchsten korreliert dabei die Variable Humor mit dem Therapieerfolg. Des Weiteren steht das Ausmaß des Humors in einem positiven Zusammenhang mit anderen beziehungsstiftenden Variablen wie Selbstöffnung und Wärme des Therapeuten.³⁸⁰

Nach Titze und Eschenröder (2000) beruht die Annahme, dass therapeutischer Humor eine positive Wirkung hat, bisher nur auf klinischen Erfahrungen.³⁸¹

Hirsch und Kranzhoff (2001) untersuchten jedoch inzwischen die Wirkung einer Humorgruppe, die sie in einer gerontopsychiatrischen Einrichtung ins Leben riefen.³⁸² Sie untersuchten dabei kein spezielles psychotherapeutisches Konzept, sondern die pure Wirkung von Humor und Lachen. Zum Beispiel wurden dort komische Erlebnisse erzählt und nachgespielt, lustige Videos gezeigt, witzige Texte gelesen und vielfältige Scherzartikel eingesetzt, die aus einem extra in der Ergotherapie gefertigten Humorsack stammen. Die primäre Fragestellung war, ob die Teilnahme an einer Humorgruppe einen therapeutisch erwünschten Effekt hat, der gegenüber zufälligen und durch die Gesamtbehandlung zu erwartenden Veränderungen abzusichern ist.

Das Gesamtbehandlungskonzept umfasste je nach Symptomatik der Patienten neben der individuellen Psychopharmakotherapie Entspannungstraining, Gruppentherapie, Soziotherapie, Einzelgespräche, Ergotherapie und Krankengymnastik. Die Humorgruppe, in der die Kompetenz „Humor“ gefördert wurde, sollte ergänzend bzw. als neuer Baustein hinzugefügt werden. Für die Humorgruppe wurden fünfzig gerontopsychiatrische Patienten der offenen Stationen ausgewählt, die unter einer depressiven Symptomatik oder einem Angstsyndrom, einer Persönlichkeits- oder neurotischen Störung oder unter multiplen psychosomatischen Störungen leiden. Eine Voraussetzung für die Teilnahme war, dass die Patienten insgesamt mindestens fünfmal an der Humorgruppe, die einmal wöchentlich

379 Vgl. Salameh (1986, S. 159 f.) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 135)

380 Vgl. Alexander et al. (1976) in Heekerenz (1992) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 136)

381 Vgl. Titze und Eschenröder (2000, S. 136)

382 Siehe S. 35/36

stattfind, teilnehmen können.

Um die Effektivität dieser Intervention zu überprüfen, wurde eine Kontrollgruppe allerdings aus dem tagesklinischen Bereich, deren therapeutisches Angebot aber weitestgehend übereinstimmt, aufgestellt. In einem vergleichbaren Zeitraum füllten sie, genau wie die Humorgruppe, Fragebögen (die State- [Standardversion mit 30 Items] und die Traitversion [auf 30 Items gekürzte Fassung] des STHI³⁸³, die Coping-mit-Humor-Liste [für die Untersuchung zusammengestellter Katalog von sieben Feststellungen zum Umgang mit Humor], die Geriatric Depression Scale (GDS) von Yesavage [Kurzform mit 15 Items] und Einstellungen zum Effekt von Humor [7 Einzelitems]) aus.³⁸⁴

Ingesamt konnten Hirsch und Kranzhoff (2001) keine statistisch relevanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen feststellen. Der generelle Stimmungsparameter verbesserte sich in beiden Gruppen. Weitere Veränderungen gab es in der Kontrollgruppe nicht. In der Humorgruppe konnte zusätzlich eine Zunahme der situationsbezogenen „Heiterkeit“ sowie eine Abnahme von situationsbezogener „Schlechter Laune“ verzeichnet werden. Auf der Trait-Ebene zeigte sich ebenfalls ein deutlich niedrigeres Ausmaß an erlebter „Schlechter Laune.“

Abgesehen davon wurde die Humorgruppe von allen Beteiligten begrüßt und von Patienten und Personal als ein Erfolg empfunden. Anschließende Befragungen ergaben sehr eindrückliche Reaktionen im Sinne einer „sozialen Erwünschtheit“. Besonders aufschlussreich ist auch, dass 72 % der Teilnehmer nach der „Behandlung“ die Frage, ob sie glauben, dass man Humor auch lernen kann, bejahten. Vorher stimmten nur 56 % zu. Von der Kontrollgruppe stimmten bei der anfänglichen Befragung 56,7 % und bei der abschließenden 53,3 % zu.³⁸⁵

Diese Studie von Hirsch und Kranzhoff (2001) ist beachtenswert und ermutigt zu einem generellen Einsatz von Humor in klinischen Bereichen, trotzdem gibt auch sie keinen Aufschluss über die therapeutische Wirkung von Humor. Sie setzt im Grunde voraus, dass Lachen heilsam ist und dass dem Humor im Sinne einer „Heiteren Gelassenheit“ eine bewältigende Funktion zu kommt. Des weiteren dokumentiert sie, dass es möglich und willkommen ist, Humor zu fördern.

Obwohl auf die umfangreichen Untersuchungen von Ruch und Zweyer (2001) unter der

383 Siehe State-Trait-Heiterkeits-Inventar, S. 57

384 Vgl. Hirsch und Kranzhoff (2001, S. 143)

385 Vgl. Hirsch und Kranzhoff (2003, S. 139-162)

Überschrift „Das State-Trait-Modell der Erheiterbarkeit“³⁸⁶ bereits eingegangen wurde, soll hier daran erinnert werden, dass diese die präventive und therapeutische Wirkung des Humors mithilfe von Befragungen und Experimenten belegen.

belegen hingegen. Eine dieser Untersuchungen gibt z.B. Aufschluss darüber, dass der Humor als ein Puffer für Stress fungiert. Durch diverse Befragungen wurde deutlich, dass Personen mit hoher Trait-Heiterkeit in Stresssituationen eher positive Bewältigungsstrategien wie Herunterspielen, Entspannung oder den Humor selbst einsetzen. Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass solche Personen sich in ihrer Stimmung weit weniger von widrigen Umständen beeinträchtigen lassen und auch langfristig in geringerem Ausmaß von körperlichen Stressfolgen betroffen sind als Personen mit niedrigeren Trait-Heiterkeit-Werten. Mit dem zuletzt aufgeführten Experiment wurde gezeigt, dass humoristische Einflüsse auf jede Person – unabhängig von deren State-Trait-Heiterkeit-Werten – einen therapeutischen (in diesem Fall schmerztoleranz erhöhenden) Effekt haben, unter der Bedingung, dass das Ausmaß und die Modalität des Humors dieser Person entsprechen.³⁸⁷

Der Provokativen Therapie kommt im Rahmen dieses Kapitels eine besondere Bedeutung zu. Da sie weitgehend auf humorvoll-provokativem Vorgehen beruht, können die therapeutischen Effekte auf einen angemessenen Einsatz des therapeutischen Humors zurückgeführt werden. Die Wirksamkeit der Provokativen Therapie wird durch die Vielzahl klinischer Erfahrungen bestätigt, aber empirische Studien liegen bislang (s.o.) nicht vor.³⁸⁸

Titze und Eschenröder (2000) formulieren die folgenden Thesen über die Bedeutung des Humors für die Psychotherapie:

1. „Humorvolle Äußerungen von Patienten, die dabei helfen, ein Problem zu bewältigen, sollten vom Therapeuten beachtet und verstärkt werden. Vom Therapeuten ausgehender wohlwollender Humor kann die Atmosphäre in der Therapie auflockern und die therapeutische Beziehung verbessern.
2. Auf der kognitiven Ebene kann eine humoristische Sichtweise zur Veränderung der Bedeutung von Ereignissen und zu einer distanzierteren Betrachtung von Problemen führen.
3. Die veränderte Sichtweise führt auf der emotionalen Ebene zu einer positiven Umstimmung. Durch die physiologische Wirkung des Lachens können zusätzlich vorhandene Spannungen abgebaut werden.
4. Die durch therapeutischen Humor veränderte Sichtweise und die Verminderung

386 Siehe S. 54-66

387 Vgl. Ruch und Zwyer (2003, S. 9-44), siehe S. 64

388 Vgl. Titze und Eschenröder (2000, S. 136)

negativer Emotionen erleichtern es Patienten, mit neuen Verhaltensweisen zu experimentieren.

5. Humoristische Äußerungen des Therapeuten, die vom Patienten als sarkastisch, abwertend oder unpassend erlebt werden, stören die therapeutische Beziehung und führen im ungünstigen Fall zu negativen Therapieergebnissen.

6. Der angemessene Einsatz von Humor in der Psychotherapie ist auch für die Psychohygiene des Therapeuten gut und kann als eine vorbeugende Maßnahme gegen ein „Burnout“ betrachtet werden.³⁸⁹

6.6 Die mögliche Bedeutung des Humors für die Sprachtherapie

Das Anliegen dieser Arbeit ist es, Antworten auf die Frage, wie man einen Aphasiepatienten bei der Krankheitsbewältigung bestmöglich unterstützen kann, zu finden. Die Krankheitsverarbeitung dieser Patienten ist zusätzlich erschwert, da sie nur so viel über ihre Sorgen, Ängste und Beschwerden sprechen können, wie dies mit der Aphasie möglich ist. Um so mehr gewinnt die Suche nach alternativen Möglichkeiten der Unterstützung bei deren Krankheitsbewältigung an Bedeutung.

Das Ziel der Sprachtherapie ist die Verbesserung der sprachlichen Kompetenz. Allein die Diagnose, die zu Beginn der Sprachtherapie durchgeführt wird, bedeutet für den Patienten eine starke Konfrontation mit seinen sprachlichen Defiziten. Diese Konfrontation sowie alle anderen Beeinträchtigungen, die der Schlaganfall mit sich brachte, müssen vom Patienten vor allem auch emotional verarbeitet und akzeptiert werden. Denn eine gewisse Akzeptanz der jeweiligen Problematik ist grundlegend, um sich überhaupt auf eine Therapie einlassen zu können.

Im vorhergehenden Kapitel wurde beleuchtet, welche Funktion der Humor im Rahmen der Psychotherapie übernimmt. Es wurde deutlich, dass er in den vielen verschiedenen Formen der Psychotherapie als eine wertvolle und hilfreiche Komponente anerkannt wird, die einen positiven Einfluss auf die therapeutische Beziehung und den Verlauf der Therapie insgesamt hat.

Die Auseinandersetzung mit der Krankheitsbewältigungsforschung gibt keinen Aufschluss darüber, wie man Aphasiker am besten in ihrem Prozess der Krankheitsbewältigung unterstützen kann.³⁹⁰

389 Titze und Eschenröder (2000, S. 136/137)

390 Siehe S. 26

Als ermutigend und aufschlussreicher erwies sich dagegen die Auseinandersetzung mit der Gelotologie, der Wissenschaft vom Lachen. Im Rückschluss von der Gelotologie auf die Krankheitsverarbeitung stellte sich sogar heraus, dass der Humor als eine der effektivsten Bewältigungsstrategien überhaupt betrachtet werden kann. Dies zeigte sich zum einen in der Untersuchung von Ruch und Zwyer (2001), in der nachgewiesen wurde, dass Personen mit hoher Trait-Heiterkeit häufig positive Bewältigungsstrategien einsetzen, wobei die höchste Korrelation zwischen der Facette „Heitere Gelassenheit“ und der Bewältigungsstrategie „Humor“ vorlag.³⁹¹ Zum anderen erbrachte die Untersuchung von Alexander et al. (1976), in der unabhängige Beobachter verschiedene Therapeutenvariablen einschätzten, dass die Variable Humor am höchsten mit dem Therapieerfolg korrelierte.³⁹²

Im Laufe der Arbeit kristallisierte sich heraus, dass dem Humor im Sinne einer heiteren Gelassenheit gegenüber den widrigen Umständen des Lebens und den eigenen Unzulänglichkeiten eine bewältigende Funktion zukommt.

Ruch und Zwyer (2001) zeigten, dass Humor im Alter stärker ausgeprägt ist und somit eine Ressource älterer Menschen darstellt.³⁹³

Die Studie von Hirsch und Kranzhoff (2001) machte deutlich, dass auch ältere Menschen, die unter einem depressiven - oder einem Angstsyndrom leiden, offen bzw. bereit sind, sich für eine humorvolle Intervention zu öffnen.³⁹⁴

Diese Aspekte treffen auf die meisten Aphasiker zu. Es sind zumeist ältere Menschen, die auch häufig an einer nichtdiagnostizierten Depression leiden.³⁹⁵ Wenn man es schafft, den Humor und das Lachen eines Aphasikers zu wecken - so kann aus den bisherigen klinischen Erfahrungen und den aufgeführten Untersuchungen geschlossen werden - dass dies eine potentielle Möglichkeit darstellt, Aphasiker in dem Prozess der Krankheitsbewältigung zu fördern.

Diesbezüglich einen wissenschaftlichen Nachweis zu erbringen, stellt eine darauf aufbauende Herausforderung dar, die auch in anderen bereits humorthérapeutisch erprobten Bereichen noch nicht zufriedenstellend gelungen ist.

Es liegt nahe die von Titze und Eschenröder (2000) formulierten Thesen zur Wirkung des Humors in der Psychotherapie (s.o.) auch für die Sprachtherapie aufzustellen. Zum Beispiel:

- kann der vom Therapeuten ausgehende wohlwollende Humor die Atmosphäre in der Therapie auflockern und die therapeutische Beziehung verbessern;

391 Siehe „Trait-Heiterkeit und Streßverarbeitung“ S. 63

392 Alexander et al. (1976) in Heekerenz (1992) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 136), siehe S. 107

393 Ruch und Zwyer (2003, S. 24), siehe S. 109

394 Hirsch und Kranzhoff (2003, S. 139-162), siehe S. 107-109

395 Siehe „Aphasie und Depression“ S. 12 ff.

- Eine veränderte Sichtweise des Patienten auf der emotionalen Ebene kann zu einer positiven Umstimmung führen und die physiologische Wirkung des Lachens kann vorhandene Spannungen abbauen;
- Die humorvoll-gelassene Sichtweise auf der kognitiven Ebene kann zu einer distanzierteren Betrachtung von Problemen führen;
- Eine humoristische Sichtweise und die Verminderung negativer Emotionen kann dem Patienten ein Experimentieren mit neuen (kommunikativen) Verhaltensweisen erleichtern,
- Der angemessene Einsatz von Humor kann auch einen positiven Einfluss auf die Psychohygiene des Therapeuten haben und als eine vorbeugende Maßnahme gegen ein „Burnout“ betrachtet werden.³⁹⁶

6.6.1 Wie kann Humor in die Sprachtherapie einfließen?

Entscheidend ist nun also die Frage, auf welche Art und Weise Humor und Lachen in sprachtherapeutische Konzepte integriert werden kann?

Da im Zentrum der Sprachtherapie die Verbesserung der sprachlichen Kompetenz steht, können die humorvollen Interventionen keine solch zentrale Rolle wie in der Provokativen Therapie einnehmen. Sie sollten ähnlich wie in der RET, der Logotherapie und anderen Formen der Psychotherapie (s.o.) in die Sprachtherapie einfließen.

Die Humortechniken³⁹⁷ jedoch, die in vielen Arten der Psychotherapie eingesetzt werden, eignen sich nicht unbedingt für die Sprachtherapie. Denn einerseits zielen diese auf eine Verhaltensänderung beim Patienten ab, die nicht im Zentrum der Sprachtherapie steht. Und andererseits sind es, abgesehen vom Körperhumor, sprachliche Techniken, die für einen Aphasiker leicht missverständlich sein können. Sie würden den Patienten möglicherweise misstrauisch stimmen und damit die therapeutische Beziehung gefährden.

6.6.2 Mögliche Einflüsse des ProSt auf die Sprachtherapie

Sehr hilfreich erscheinen hingegen die grundlegenden Aspekte des ProSt wie die Grundhaltung des Therapeuten, der „Gute Draht“, die „Leuchtturmprinzipien“, das Bewusstsein über die nonverbale Kommunikation, kongruente und inkongruente Botschaften,

396 Vgl. Titze und Eschenröder (2000, S. 136)

397 Salameh (1986, S. 167) faßt sie in zwölf Kategorien zusammen: Überraschung, Maßlosigkeit, Absurdität, Die Conditio humana, Inkongruenz, Konfrontation / Bestätigung, Wortspiel, Imitation / Spiegelung, Relativierung, Der tragisch-komische Dreh, Körperhumor. (zit. nach Titze und Eschenröder (127-133)).

die Therapeutenfallen, den „längeren Hebel“ und die gegenseitige Führung.³⁹⁸

Wenn ein Therapeut diese grundlegenden Prinzipien für sich überprüft, sie als Basis oder „Standbein“ versteht und umsetzen kann – *so die These* – gewinnt er schließlich die Freiheit, einen authentischen humorvollen Stil als „Spielbein“ zu entwickeln, flexibel auf die unterschiedlichen Bedürfnisse und Gegebenheiten der Patienten zu reagieren und deren emotionale Beteiligung zu wecken.

Demnach ist es *nicht* das Ziel, einen bestimmten humoristischen Stil anzustreben, sondern individuell die Voraussetzungen für einen therapeutischen Humor im Sinne Salamehs (1986), der mit den Bedürfnissen des Patienten übereinstimmt, der somit der therapeutischen Beziehung und dem therapeutischen Prozess zuträglich ist³⁹⁹, zu schaffen.

Bestimmt könnte man mit dem humoristisch-provokativen Vorgehen des ProSt einige Patienten – man denke vor allem die, die sich selbst aufgrund einer Depression in ihren Rehabilitationsprozess hemmen – aus ihrer traurigen Zurückgezogenheit hervorlocken, ihren Humor und Lebensmut wieder wecken.

Doch Höfner und Schachtner (1997) selbst erklären mit dem folgenden russischen Sprichwort welches Problem sich einem im ProSt ungeübten Therapeuten stellen kann:

„Man kann nicht in zwei Sätzen über einen Abgrund springen.“⁴⁰⁰

Die Autoren kommentieren dies wie folgt:

„Wenn wir den provokativen Abgrund in zu kleinen Schrittschritten überspringen wollen, stürzen wir unweigerlich in der Mitte ab. Wir sehen dann aus wie Donald Duck, der erst über der Mitte des Abgrundes plötzlich merkt, daß er keinen Boden mehr unter den Füßen hat. Panik entstellt sein Gesicht, und seine Beine bilden ein Rädchen unter seinem Körper, mit dem er versucht, sich wieder auf festen Grund zu retten.“⁴⁰¹

Höfner und Schachtner (1997) beschreiben, dass es ihnen in den ersten drei Wochen, in denen sie begannen, den ProSt auszuprobieren, mühelos gelang, „mehr Klienten zu vergraulen, als in drei Monaten wieder nachwachsen konnten.“⁴⁰² Dies ist auf die Komplexität des provokativen Vorgehens zurückzuführen. Zum einen sind da die provokativen Äußerungen, die kreativ und so „haarsträubend“ sein sollen, dass durch sie der Widerstand des Patienten in die richtige Richtung geweckt wird, d.h. der Patient darf die Provokation natürlich nicht glauben! Deswegen muss der Therapeut zum anderen auf dem nonverbalen Sendekanal die gegenteilige Botschaft vermitteln, die der Patient unbedingt glauben soll. Sollte es dem Therapeuten nicht gelingen, dem Patienten diese Inkongruenz zu verstehen zu geben, ist dessen Verärgerung

398 Höfner und Schachtner (1997, S. 61-86). Siehe S. 90 ff.

399 Salameh (1986, S. 159 ff.) zit. nach Titze und Eschenröder (2000, S. 133). Siehe S. 78

400 Höfner und Schachtner (1997, S. 118)

401 Höfner und Schachtner (1997, S. 118)

402 Höfner und Schachtner (1997, S. 70)

garantiert. Darum darf diese Arbeit trotz der Darstellung der Effektivität des ProSt nicht als eine Ermunterung verstanden werden, nun auch in der Sprachtherapie möglichst frech drauflos zu provozieren und zu experimentieren, sondern als die Empfehlung, einen authentischen Humor, der mit dem des Patienten in Einklang steht, den man normalerweise in der Therapie eher unterdrücken würde, zu zulassen und zu fördern.

Die sogenannten Therapeutenfallen oder andere festgefahrene Situationen treten natürlich auch in sprachtherapeutischen Zusammenhängen auf. Bereits das Bewusstsein über die Grundlagen des ProSt wie z.B. „die fünf Antreiber“, „die fünf Erlauber“, „der längere Hebel“ etc. die hier thematisiert wurden, können für den Sprachtherapeuten hilfreich sein, um entsprechend konstruktiv zu reagieren. Welche Strategie, welches „Werkzeug“ oder welcher „Baustein“ sich in welcher Situation am besten eignet, um eine positive Entwicklung auszulösen, obliegt jedoch dem Ermessen und der Persönlichkeit des Therapeuten. Dies ist von so vielen Faktoren abhängig, dass ein hypothetisches Wenn-dann-Beispiel wissenschaftlich nicht haltbar wäre.

Hervorgehoben werden sollen an dieser Stelle trotzdem die drei folgenden Aspekte des ProSt – die Aktivdiagnose, die gegenseitige Führung und die emotionale Beteiligung des Patienten – die sich von anderen grundlegenden Bedingungen nicht trennen lassen und aus folgenden Gründen bedacht werden sollten.

Zur Aktivdiagnose. Grundlegend ist eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung. Ein zentraler Aspekt dessen ist, daß der Therapeut seinem Patienten gegenüber Zuversicht ausstrahlt. Dies kann nur gelingen, wenn einerseits der Therapeut diese tatsächlich empfindet – so wurde es in den Ausführungen über die nonverbalen Botschaften dargelegt⁴⁰³ – und er andererseits in der Lage ist, unmittelbar im „Hier und Jetzt“ auf den Patienten zu reagieren. Lange Diagnostik- und rigide Therapieprogramme, die zumeist für die Sprachtherapie als notwendig erachtet werden, können sich dabei negativ auswirken. Möglicherweise zieht dies Ungeduld und Zweifel beim Patienten und somit eine Störung des „Guten Drahts“ nach sich.⁴⁰⁴

Zur gegenseitigen Führung. Oft passiert es, dass ein Aphasiepatient und seine Angehörigen angesichts der Situation verzweifelt sind, und nach dem Motto: „Sie sind unsere letzte Rettung!“ die Verantwortung - wenn auch unbewusst - an den Therapeuten abgeben möchten. Für diesen ist die Gefahr, in solchen Momenten in die besagten „Therapeutenfallen“ zu tappen, groß. Einerseits sollte der Therapeut die Angehörigen gut beraten und andererseits die

403 Siehe S. 92

404 Siehe „Aktivdiagnose“ S. 96

Motivation des Patienten wecken, diesem zur Seite stehen und parallel dazu die Verantwortung an ihn zurückgeben. Dabei sollte sich der Therapeut nicht stärker verausgaben als der Patient, denn sonst sitzt dieser bereit am „längeren Hebel.“⁴⁰⁵ Das Wissen, dass nonverbale Botschaften oft glaubhafter sind als stundenlange Beteuerungen, kann dabei eine Erleichterung darstellen. Dass der Patient die Verantwortung für sich selbst übernimmt, impliziert jedoch auch, dass ihm innerhalb der Therapie der Raum zur Selbstbestimmung gewährleistet wird. Dies verlangt vom Therapeuten Flexibilität und Kompetenz. Der Therapeut kann dem Patienten Vorschläge unterbreiten und deren Relevanz und Hintergrund erklären. Wichtig ist jedoch, dass die Wünsche des Patienten berücksichtigt und als Antriebskraft zur Motivation genutzt werden. Wenn er sich selbst für einen möglichen Weg entscheidet, wird er sich stärker mit diesem identifizieren und ihn als seine eigene Wahl annehmen können. Daraus resultiert die nondirektive „gegenseitige Führung.“⁴⁰⁶ Eine ansonsten möglicherweise permanent notwendige Überzeugungsarbeit bleibt dem Therapeuten damit erspart.

Zur emotionalen Beteiligung. Wie bereits dargelegt wurde, ist die emotionale Beteiligung des Patienten eine Voraussetzung für das tiefgehende Lernen. Sie kann durch humorvolle Interventionen an sich, aber auch durch das Therapiematerial, das den Humor, ein Hobby oder bestimmte Erlebnisse des Patienten anspricht, ausgelöst werden.⁴⁰⁷ Von größerer Bedeutung diesbezüglich ist jedoch die Berücksichtigung der Persönlichkeit des Patienten und seiner gesamten Situation; soll heißen: der Therapeut sollte einen so „guten Draht“ zum Patienten entwickeln, dass er bemerken kann, ob dieser in der Lage ist, sich für die sprachtherapeutischen Inhalte zu öffnen oder ob ihn etwas anderes vordergründig beschäftigt und darin hindert, seine tatsächlichen sprachlichen Leistungen erbringen zu können. Dies wird u.a. durch das folgende Beispiels verdeutlicht.

6.6.3 Ein Fallbeispiel: Frau U.

Die 74jährige Patientin war infolge eines neurochirurgischen Eingriffes, bei dem ein Meningiomrezidiv (supra- und infratentoriell linksseitig) entfernt wurde, zur neurologischen Rehabilitation in der Aatalklinik in Bad Wünnenberg. Der emotionale Zustand von Frau U. ließ sich als „Klinikfrust“ betiteln. Betrachtet man ihre Vorgeschichte, ist dies nachvollziehbar. Fünf Jahre zuvor wurde sie schon einmal wegen eines Hirntumors operiert.

405 Siehe S. 95

406 Siehe S. 94

407 Siehe S. 97

Ihre Krankengeschichte umfasst außerdem drei weitere erhebliche Eingriffe, die je mehrere Jahre zurückliegen. Zusätzlich musste Frau U. ihren Aufenthalt in der Rehaklinik wegen einer Oberschenkelfraktur unterbrechen.

Da aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten keine neuropsychologische Diagnostik durchführbar war, sollte abgeklärt werden, ob eine Aphasie vorlag.

Als Frau U. zum ersten mal von der Therapeutin zur Sprachtherapie bzw. -diagnostik geholt wurde, brachte sie ihre Frustration und ihre ablehnende Haltung jedem „Weißkittel“ und jeder weiteren Maßnahme gegenüber durch „Schimpfwort-Salven“ und körperliches Abwenden deutlich zum Ausdruck. Schließlich ließ sie sich dennoch auf ein kurzes Gespräch ein, indem sie phonematische und semantische Paraphrasien, morphosyntaktische und syntaktische Fehler produzierte. Somit wurden weitere Termine für die Diagnose und die Therapie angesetzt.

Frau U. war zu Beginn beinahe jedes Treffens traurig und frustriert, so dass es nicht möglich war, mit dem geplanten Programm zu beginnen, da sie dies in solchen Momenten vehement ablehnte. Sie konnte sich nicht auf eine Aufgabe konzentrieren, wenn sie etwas anderes vordergründig beschäftigte. Es war also zwingend, auf die dominierenden Themen einzugehen, sie nicht zu übergehen! Anschließend konnte sich Frau U. für weitere Anforderungen öffnen. Während der Auseinandersetzung mit den sprachtherapeutischen Aufgaben, kam ihr Humor zum Vorschein, der von der Therapeutin aufgegriffen und verstärkt wurde. Beide entwickelten eine gemeinsame Scherzkultur. Angetrieben durch den Humor geriet die Patientin in einen Zustand, der von Ohm (1997) als „Flow“ bezeichnet wird. Dieser Zustand zeichnet sich durch eine hohe Konzentration auf die jeweilige Aufgabe aus. Wichtig dabei ist, dass ein Gleichgewicht zwischen Anforderung und Können auf einem für die Person hohen Niveau besteht. Daraus geht eine Art „Selbstvergessenheit jenseits von Angst und Langeweile“ hervor.⁴⁰⁸ Sorgen und Frustrationen traten für diese Zeit in den Hintergrund. Dadurch gelang der Patientin eine solche Verbesserung ihrer sprachlichen Leistungen, mit der vorher nicht zu rechnen war.

Aufbauend auf diese sprachlichen Fortschritte war die neuropsychologische Diagnostik und Therapie durchführbar. Zum Finale der Therapie schienen die sprachlichen Fortschritte, die auch von der Neuropsychologin bestätigt wurden, gesichert. Doch in den letzten Sitzungen vor der Abreise wurde Frau U. so stark von der Unsicherheit, der Angst und der Aufregung vor dem „Wie-soll-es-nun-weitergehen“ erfasst, dass sie sich auf nichts anderes als Gespräche, die dies beinhalteten, konzentrieren konnte. Der sprachtherapeutische Ehrgeiz, eine abschließende Diagnostik durchzuführen, war nicht angebracht.

408 Vgl. Ohm (1997, S. 122)

Frau U. zeigte dem Therapeuten im Unterschied zu vielen anderen Patienten beherzt, welchen Weg *sie* gehen wollte und ließ sich konsequenterweise nur dann auf die therapeutischen Maßnahmen ein, wenn ihre Bedingungen dabei berücksichtigt wurden. Dies waren Bedingungen menschlicher Art. Sie forderte, dass man sie ernst nimmt und ihr zuhört, auch wenn es ihr schwer fiel, sich auszudrücken.

Rückblickend kann festgehalten werden, dass einerseits die Sprachtherapie mit Frau U. nur durchführbar war, weil der Therapeut sich auch auf die emotionalen Bedürfnisse und menschlichen Forderungen der Patientin einließ, woraus eine gegenseitige Führung entstand, wie sie im ProSt beschrieben wird.⁴⁰⁹ Andererseits war die Durchführung einer Sprachtherapie im klassischen Sinne (Eingangsdiagnostik, Durchführung eines therapeutischen Programms, Abschlussdiagnostik) insofern nicht möglich, dass allein das Programm einer Sitzung nur sehr selten in dem geplanten Umfang umgesetzt werden konnte, da viel Zeit für tröstende und motivierende Gespräche verwendet wurde.

Im Nachhinein stellt sich die Frage, wie die Sprachtherapie verlaufen wäre, wenn der Patientin im gesamten Klinikalltag eine stärkere emotionale Unterstützung entgegen gebracht worden wäre? Man kann davon ausgehen, dass Frau U. das anfänglich stark ausgeprägte Misstrauen, nicht ernst genommen zu werden etc., nicht entwickelt hätte. Der Raum, den die langen beruhigenden und motivierenden Gespräche einnahmen, hätte effektiver für die sprachtherapeutische Behandlung genutzt werden können.⁴¹⁰

6.7 Zusammenfassung

Wie eingangs erwähnt, hat allein die Diagnose - Schlaganfall / Aphasie - für den Patienten intensive Auseinandersetzungen mit einer schmerzlichen Realität zur Folge. Ein positiv zugewandter Humor ermöglicht eine konstruktive Art der Konfrontation. Bereits beim ersten Kontakt kann wie auch in der provokativen Therapie Humor besser geeignet sein als tröstliche Worte, um die manchmal lähmende Distanz zwischen „Weißkittel“ und Patient zu überbrücken und Verkrampfungen zu lösen. Zuweilen verlangt die Kleinschrittigkeit der Sprachtherapie einen „langen Atem.“ Mit dem therapeutischen Humor und einer gemeinsamen Scherzkultur verringert sich die Gefahr, dass ein ursprünglich gesunder Drang zur eigenen Optimierung nicht zu einem gegenseitig frustrierenden, deprimierenden Leistungsdruck verkommt. Rückschläge und Versagemomente können besser abgedefert

409 Siehe S. 94

410 Vgl. „Praktikumsbericht“ Streifler (2001)

werden. Dem Patienten wird ein Sich-lösen von Scham über das subjektiv deutlich erlebte eigene Unvermögen erleichtert. „Tödlicher Ernst“ kann gebannt und eine Atmosphäre geschaffen werden, die Menschlichkeit mit allen Emotionen zulässt. Psychische Blockaden des Patienten können sich infolgedessen lösen und die Energie, die dadurch frei wird, kann effektiver für die sprachtherapeutischen Aufgaben verwendet werden. Daraus kann der Zustand des „Flow“ hervorgehen, der mit einer „Prise“ Humor zu unerwarteten Leistungen des Patienten führen kann. Die Bedingungen, die der Therapeut für sich als eine Art „Standbein“ überprüfen sollte, um einen therapeutischen Humor als „Spielbein“ zu entwickeln, der positive Gefühle beim Patienten auslöst und konstruktiv auf den therapeutischen Prozess wirkt, stimmen mit den Grundlagen des ProSt wie z.B. „der gute Draht“, „die gegenseitige Führung“, „die emotionale Beteiligung“ etc. überein.

Dass sich Patienten nicht nur humorvolle therapeutische Interventionen, sondern auch solche Impulse vom Therapeuten wünschen, die sie darin unterstützen, den eigenen Humor (wieder-) zu entdecken, zeigte die Befragung der Patienten, die an der Humorgruppe von Hirsch und Kranzhoff (2001) im Rahmen eines gerontopsychiatrischen Gesamtbehandlungskonzeptes teilnahmen.⁴¹¹ Eine Möglichkeit, diesen Wunsch zu erfüllen, ist z.B. das Auffangen und Verstärken der humorvollen Äußerungen von Patienten.⁴¹²

Perspektivisch wäre eine Offenheit seitens der Sprachtherapeuten für Humorfortbildungen sehr erfreulich, einerseits könnten sie die Patienten noch besser in ihrem Rehabilitationsprozess unterstützen und andererseits würden sie für die eigene Psychohygiene sorgen und somit einem „Burnout“ vorbeugen.

Da es jedoch die Hauptaufgabe eines Sprachtherapeuten ist, einen Aphasiker in seinem sprachlichen Rehabilitationsprozess zu fördern und vor allem schwerbetroffene Patienten nicht nur ein harmloses Lachen⁴¹³ brauchen, sondern:

„das Lachen der Groteske, ein Lachen, wenn einem das Lachen eigentlich vergeht, ein Lachen, das Schmerz und Angst weglacht, letztlich: das sich dem Tod stellt,⁴¹⁴ ist es sinnvoll weitere Möglichkeiten der Integration von Humor im Klinikalltag in Erwägung zu ziehen. Derer gibt es viele – Humorgruppen, Gelächterwagen, Reflexlachen etc.. Eine von denen scheint jedoch sowohl in Bezug auf das Personal als auch auf die Patienten sehr wirkungsvoll zu sein und soll deswegen im Folgenden dargelegt werden. Diese Möglichkeit heißt – so absurd dies klingen mag und wahrscheinlich gerade deswegen – Clownerie. Der

411 Hirsch und Kranzhoff (2003, S. 160)

412 Titze und Eschenröder (2000, S. 136)

413 Siehe S. 71

414 Heeck (1997, S. 25)

Clown ist durch seine Naivität ein Spezialist darin, das Absurde in problematischen Situationen zu erkennen. Oftmals löst er dadurch das von Heeck (1997) und auch Cousins (1981) als heilsam anerkannte „Lachen der Groteske“ sowohl beim Patienten als auch beim Personal aus. Der Clown kann sogar in scheinbar ausweglosen Situationen in der Therapie dazu beitragen, die Neugier und Experimentierfreudigkeit des Kindes im Patienten erneut zu wecken und somit dessen Rehabilitationsprozess unterstützen. Dafür ist er prädestiniert, denn er teilt entscheidende Gemeinsamkeiten mit dem Kind, die Galli (1999) wie folgt beschreibt:

„Das Staunen. Beide staunen in die Welt, sehen die Dinge zum ersten Mal. Der Clown ist immer frisch, und das Kind ist immer frisch. Weil beide nicht dem Druck nachgeben, in dieser Gesellschaft anerkannt zu sein. Beide, der Clown und das Kind, sind wie von einem anderen Planeten und schauen staunend um sich, um die Welt in ihren Gesetzmäßigkeiten zu begreifen.“⁴¹⁵

7 Clownsache!

7.1 Einführung in die Clownstherapie

Der Clown bietet die Möglichkeit, alles, auch die schwerste Problematik, als ein Spiel der Kräfte zu sehen.⁴¹⁶

Galli

Im Folgenden soll der Frage, ob sich das Mitwirken professioneller Klinikclowns auf den Rehabilitationsprozess von Aphasikern positiv auswirken kann, nachgegangen werden. Speziell darüber liegen jedoch keine Erfahrungsberichte, geschweige denn empirische Studien vor. Um trotzdem eine Vorstellung entwickeln zu können, wie eine solche Begegnung zwischen Clown und Patient aussehen kann, werden anschließend zwei Fallbeispiele von Klapps (2001), die am Institut für medizinische Clownerie in Köln arbeitet, vorgestellt. Danach soll das Wesen des Clowns, seine Geschichte und dessen Rolle in den Religionen, Naturvölkern und in verschiedenen medizinischen Bereichen umrissen werden, um schließlich das konkrete Mitwirken der „Medi-Clowns“ in der Pädiatrie und seinen Möglichkeiten in der neurologischen Rehabilitation erklären zu können.

7.2 Fallbeispiele von einem therapeutischen Clown in der neurologischen Rehabilitation

7.2.1 Herr G.

Herr G. ist 81 Jahre alt, erlitt durch einen Unfall eine Schädel-Hirn-Verletzung und

415 Galli (1999, S. 22)

416 Galli (1999, S. 7)

sitzt infolgedessen seit eineinhalb Jahren im Rollstuhl. Er war seine Passivität leid und hatte es satt, sich immer von anderen schieben zu lassen. Schon oft sah er dem Clown der Klinik bei seinen kuriosen Geh- und Sitzversuchen zu und hatte beobachtet, dass dieser keineswegs perfekt war, aber sich trotzdem nicht unterkriegen ließ. Daraufhin bestand Herr G. auf clowneske Hilfe in der Physiotherapie, durch die es möglicherweise beim Üben auch noch etwas zu lachen geben würde. Als der Clown zu der Therapie dazukam, äußerte Herr G. den Wunsch, dass dieser sich auch in einen Rollstuhl setzen solle. Voller Wissbegier untersuchte der Clown daraufhin das seltsame Gefährt „und stieg dann nach vielen Versuchen mit den Knien auf die Sitzfläche. Er entdeckte nach weiteren wissenschaftlichen Experimenten die Räder und fuhr nun prompt gegen die nächste Wand. „HA HA, so geht das aber nicht!“ lachte Herr G. und zeigte nun dem verblüfften Clown und den noch verblüffteren Therapeuten, wie man denn nun wirklich und richtig mit so einem Rollstuhl umgeht. Tja, und seitdem klappt's!“⁴¹⁷

7.2.2 Frau B.

Eine 78jährige wohlbeleibte Dame erlitt einen Hirninfarkt. Seitdem ist ihre rechte Körperhälfte gelähmt. Mit Hilfe eines Gehstockes gelingt ihr das Gehen mittlerweile recht gut. Ihren rechten Arm hingegen kann sie nur unter großen Mühen und Qualen anheben.⁴¹⁸ Sie bat den Clown zur Visite. Dieser untersuchte die ganze Angelegenheit, „spürte sich hinein in den Arm und stellte dabei fest, dass dort irgendwie zu wenig Luft drin war. Also nahm er eine imaginäre Luftpumpe, stöpselte diese an den rechten Zeigefinger von Frau B. und pumpte und pumpte Luft in den rechten Arm, bis dieser anfang zu schweben und sich ganz leicht nach oben zu bewegen. Frau B. konnte nun für einige Male den Arm auf und ab bewegen und jauchzte darüber vor Vergnügen. Zum Abschluss dieser „Behandlung“ überreichte der Clown Frau B. noch einen Luftballon ihrer farblichen Wahl (rot) am Bande, der fortan ihre Bemühungen noch unterstützt. Und sollte mal die Luft im Arm weniger werden, so kann sie ja welche aus dem Ballon in den Arm strömen lassen.“⁴¹⁹

Nachdem anhand dieser Beispiele eine sehr spezielle Möglichkeit der Einflussnahme durch einen Clown dargelegt wurde, wird im Folgenden, obwohl jeder Clown anders ist, auf die generellen Charakteristika des Clowns eingegangen. Diese besonderen Eigenheiten eines

417 Klapps (2001, S. 135)

418 Vgl. Klapps (2001, S. 136)

419 Klapps (2001, S. 136)

Clowns sollten Erklärung genug für die Vielfalt seines Wirkens sein.

7.3 Das Wesen des Clowns

Und wenn er auch das ein oder andere mal stolpert und scheinbar scheitert, so gibt er doch niemals auf. Er findet immer eine Lösung, und sei sie auch noch so grotesk und absurd. Und genau das macht anderen Mut.⁴²⁰

Petra Klapps

Für Galli (1999) liegt das Wesen und gleichzeitig der tiefste Heilaspekt des Clowns im Scheitern:

„Der Clown tröstet uns, er erinnert uns mit seinem Scheitern an unser eigenes Scheitern, und im Lachen über sein Scheitern lachen wir über unser eigenes Scheitern.“⁴²¹

Klapps (2001) sieht im Wesen des Clowns die Unermüdlichkeit, mit der er sich über das Alltägliche wundern kann. Der Clown kennt keine Zukunft und keine Vergangenheit, nur das „Hier und Jetzt“, in dem alles neu ist und mit unbändiger Lebensfreude entdeckt werden will. Er übertreibt gerne, hat stets eine ungewöhnliche Sicht auf die Dinge. Er ist ein Gegenteil, der immer neugierig über Grenzen geht und auf liebe- und respektvolle Weise andere spiegelt.⁴²²

Galli (1999) ist er der Ansicht, dass in jedem von uns ein Clown wohnt:

„der von Moment zu Moment aus seiner Intuition heraus lebt und so versessen ist zu spielen, weil er ahnt: das Leben selbst ist ein Spiel! Der Fundus des Clowns, aus dem er seine Geschichten schöpft, ist der menschliche Körper, also jener Ort, in dem die irrwitzigsten Spielgestalten ruhen. Der Clown lockt sie hervor, denn er weiß, wie ungeheuer vital diese Gestalten sind, und er entfacht mit ihnen die wunderbarsten Spiele. So wird manche Alltagsinszenierung, in die man sich immer wieder verstrickt, zur grandiosen Clownnummer, über die alle herzlich lachen können. Und es ist ein Lachen, das befreit und heilt, weil es aus tiefster Freude und einem inneren Verständnis für gemeinsame menschliche Schwächen kommt.“⁴²³

Pawlitschko (2000) ist der Ansicht, dass das Clownsein ein Zustand ist, den jeder, der sich die rote Nase aufsetzt, erreichen kann. Wenn ein Mensch es schafft, sich in diesen Zustand zu versetzen, entledigt er sich der „Maske“, die er im täglichen Leben trägt. Ohne diese alltägliche Maske sind seine Reaktionen „immer menschlich: lächerlich, spontan und logischerweise ehrlich und aufrichtig.“⁴²⁴ Das „Im-Clown-sein“ zu erreichen, ist allerdings ein Prozess, der Echtheit und Authentizität erfordert. Je öfter ein Mensch dies erfährt, desto klarer

420 Klapps (2001, S. 134)

421 Galli (1999, S. 9)

422 Vgl. Klapps (2001, S. 131-134)

423 Galli (1999, S. 7)

424 Pawlitschko alias Kalli (2000, S. 75)

wird sich eine individuelle Technik herauskristallisieren, den Zugang zum eigenen Clown zu finden.⁴²⁵ Der Mensch im Zustand des Clowns wird zum Vermittler zwischen den Welten – der Welt der Erwachsenen und dem „Königreich der Kinder.“⁴²⁶

7.4 Die Geschichte des Clowns

Es gibt ihn vielleicht schon „länger als das Rad“⁴²⁷, schreibt Heeck (1997). Im Verlauf der Geschichte „tobt“ in vielerlei Gestalt durch unsere Kulturen:

„Als wilder Buffone maskiert und in abschreckende Vermummungen gehüllt, wenn er zum Charivari anhebt, zum chalvaricum, wie die mittelalterliche Kirche den Tumult nennt; als Harlequin und im Troß der „joculatores“, der Gaukler, Jongleure und Vaganten; als Schalk auf der Faßbühne zwischen Marktplatz und Kirche, zwischen Himmel und Erde; oder wenn sein grotesker Leib mit und wider den Tod sich tanzend windet, begleitet durch sein lästerliches, befreiendes Lachen.“⁴²⁸

Im Mittelalter hieß der Clown in unserer Region z.B. Narr. Er hatte drei Symbole, die Narrenkappe, die Narrenschelle und den Narrenspiegel, mittels derer er dargestellt wurde. Die Narrenkappe repräsentiert zwei Eselsohren, die die Störrigkeit des Esels symbolisieren. Die Narrenschellen zeigen, dass der Narr außerhalb der Gesellschaft stand. Leprakranke, Geisteskranke und andere Randgruppen trugen damals Schellen, damit man sie schon von weitem hören konnte und gewarnt war. Das bedeutendste der drei Symbole des Narren ist nach Galli (1999) der Narrenspiegel. Dieser verdeutlicht, dass der Narr ungeschminkt und direkt dem die Wahrheit spiegelt, der danach fragt – oder auch dem, der nicht danach fragt. Galli (1999) erklärt, dass gerade der Name „Eulenspiegel“ die Elemente enthält, die die Aufgabe des Narren symbolisieren. Die Eule steht für das Unbewusste, denn sie ist nachts in der Dunkelheit aktiv. Der Narr hat also die schöne und schwierige Aufgabe, den Menschen das Unbewusste auf eine lustige, zum Lachen anregende Art vor Augen zu führen, ihm den Spiegel vorzuhalten.⁴²⁹

Die Spaßmacher des frühen Mittelalters störten in Kirchen die Gottesdienste, oftmals selbst die Priester. Sie hatten in allen Religionen die Funktion, das Heilige, Unberührbare, die Tabus anzutasten, der Absolutheit der Religion und der Macht der Götter entgegenzuwirken.⁴³⁰

Auch im Rahmen heiliger Kulturorgien, z.B. auch im alten Ägypten, im antiken Griechenland

425 Vgl. Pawlitschko alias Kalli (2000, S. 75)

426 Heeck (1997, S. 25)

427 Heeck (1997, S. 25)

428 Johannsmeier (1984) zit. nach Heeck (1997, S. 25)

429 Vgl. Galli (1999, S. 17)

430 Vgl. Klapps (2001, S. 193)

und im alten Rom, hatten sie diese Funktion.⁴³¹

Die Kirchenfürsten des Mittelalters (einschließlich Luther) bereiteten dem bunten Treiben ein Ende. Fortan lebten sie nur noch vereinzelt als Hofnarren, doch auch hier war das Risiko hoch. Häufig kostete sie diese „Karriere“ ihren Kopf.⁴³²

Der Clown diente weiter als Gaukler, landete schließlich als dummer August im Zirkus und Fragmente der Figur überdauerten beim Karneval.⁴³³

In einigen Kulturen, z.B. in vielen nord- und südamerikanischen Indianerstämmen, unter anderen bei den Navajo, den Sioux, den Hopi oder den Ceyenne, aber auch bei den australischen Aboriginees, den neuseeländischen Maori, in Tibet, Sri Lanka und Afrika ist er noch heute ein Stammesheiliger, weil er Heiterkeit und Lachen verbreiten kann. Seine Aufgabe bei den Naturvölkern ist es, sie vor allem auch in Notzeiten in guter Stimmung zu halten, starre religiöse Rituale humorvoll zu stören oder zu durchbrechen.⁴³⁴

Es fällt nicht leicht Parallelen zwischen der eben beschriebenen Figur mit ihren Aufgaben und einem Clown in unserer Kultur zu ziehen. Die folgenden Beispiele dokumentieren keine Clowns, aber sie verdeutlichen das - in unserer Kultur - Unvorstellbare und Absurde, wie z.B. das Innehalten zum Lachen während eines Kraftaktes.⁴³⁵ Es handelt sich um Verhaltensweisen der Yequana-Indianer, die im Dschungel Venezuelas leben:

„Als sie einmal, jeder mit einer Last von etwa fünfunddreißig Kilo auf dem Rücken, vorsichtig eine „Brücke“ überquerten, die aus einem einzigen schmalen, quer über den Fluß gefällten Baumstamm bestand, fiel tatsächlich einem von ihnen ein Witz ein, und er machte mitten auf dem Baustamm halt, drehte sich um, erzählte ihm den sich hinter ihm stauenden Männern und ging dann weiter, während er und seine Freunde alle auf ihre charakteristisch melodische Art lachten.“⁴³⁶

Eine andere Begebenheit trug sich zu beim Tragen eines Kanus über unwegsames Gelände:

„Sie lachten über die Schwerfälligkeit des Kanus und machten ein Spiel aus dem Kampf, sie entspannten sich zwischen den Stößen, lachten über die eigenen Kratzer und waren besonders erheitert, wenn das Kanu beim Vorwärtsschwenken mal den einen mal den anderen unter sich festnagelte. Der Betroffene, mit nacktem Rücken gegen den sengenden Granit gepreßt, lachte aus Freude über seine Befreiung unweigerlich am lautesten, sobald er wieder atmen konnte.“⁴³⁷

In Anbetracht dieser Anekdoten wirft Hirsch (2001) die Frage auf, was es für eine Behandlung bedeuten würde, zur Erheiterung beizutragen?⁴³⁸ So absurd, fremd und beinahe unglaubwürdig

431 Vgl. Klapps (2001, S. 193)

432 Vgl. Klapps (2001, S. 193)

433 Vgl. Klapps (2001, S. 193)

434 Vgl. Klapps (2001, S. 193)

435 Vgl. Hirsch (2001, S. 113)

436 Liedloff (1998) zit. nach Hirsch (2001, 113)

437 Liedloff (1998) zit. nach Hirsch (2001, S. 91)

438 Vgl. Hirsch (2001, S. 113)

das Verhalten der Indios in diesen Stresssituationen wirken mag, so effektiv scheint es gleichzeitig zu sein – dieses Innehalten zum Lachen bei der Bewältigung schwieriger und anstrengender Aufgaben.

Klapps (2001) hält fest, dass der Clown zum Kreise der Schamanen gehörte und gehört. Er war und ist in vielen Völkern selbst Mediziner und Spaßmacher in einer Person:

„Er galt und gilt als Heiler, weil das Lachen zur Gesundung beiträgt und die Traurigkeit vertreibt.“⁴³⁹

Für die Indianer hat er jede Angst vor Schuld, Schmerzen, Krankheit und Tod überwunden:

„Er ist derjenige, der die Menschen aus dem Dunkel der Erde ans Licht der Sonne führt. Mit seinem Lachen kann er dabei Krankheiten vertreiben. [...] Er vermag, Krankheiten bei der Wurzel zu packen, in dem er den Kranken mit seiner Sorglosigkeit ansteckt und Leben und Farbe in dessen Alltag von Routine und Konformität bringt.“⁴⁴⁰

Auch in Europa glaubten Mediziner bis ins späte 19. Jahrhundert an die Heilkraft des Lachens. Ein Arzt des Mittelalters unterstreicht diese Ansicht in folgendem Worten:

„Der Patient sollte alle Sorge und Traurigkeit vermeiden. Bereite ihm Freude und Vergnügen mit aller Hilfe, die er schätzt.“⁴⁴¹

Der Chirurg des 13. Jahrhunderts, Henri de Mondeville, stellte fest, dass Patienten, die viel lachen nach Operationen, schneller gesund wurden. Voltaire sah die Aufgabe der Medizin darin, den Patienten in heiterer Stimmung halten, während ihn die Natur heilt.⁴⁴² Ob und wie sich dies in der Praxis niederschlug, kann an dieser Stelle leider nicht geklärt werden.

7.5 Der Clown im medizinischen Bereich

Die Lustigkeit eines Clowns und die Seriosität eines Arztes scheinen vom Allgemeinen Verständnis her unvereinbar zu sein. Doch dringt man gedanklich tiefer in das Phänomen Clown und das Phänomen Heilung ein, beginnt sich das scheinbare Paradoxon aufzulösen. Gerade bei näherer Betrachtung entpuppt sich der Clown als entschiedener Sucher und Spieler menschlicher Wirklichkeit. Die Erkenntnis der eigenen Wirklichkeit ist Kern jeder Heilung.⁴⁴³

Johannes Galli

Die jüngere Geschichte der Krankenhausclowns begann 1986, als der New Yorker Clown Michael Christensen alias Dr. Stubs anfang, Kinderkrebsstationen zu besuchen. Inzwischen werden 16 Kinderstationen in New York und Boston von etwa 60 Clowns regelmäßig besucht.

439 Vgl. Klapps (2001, S. 194)

440 Vgl. Klapps (2001, S. 194)

441 Vgl. Klapps (2001, S. 194)

442 Vgl. Klapps (2001, S. 194)

443 Galli (1999, S. 80)

Laura Fernandez (1999) alias Dr. Mona Lisa Zugabe ist die ehemalige Clown-Abteilungsleiterin des New Yorker Hospitals Cornell Medical Center. Seit 1993 arbeitet sie in Wiesbaden und gründete dort den Verein der Clown-Doktoren, in dem mittlerweile 14 Clowns mitarbeiten, die Kinderkliniken in Wiesbaden, Frankfurt am Main, Mainz und Offenbach besuchen.⁴⁴⁴

Seitdem gibt es auch in Deutschland die Mitarbeit von Clowns in Kliniken, die Zahl der Initiativen ist kaum noch zu überblicken und sie steigt an. Trotzdem bestehen vielerorts immer noch Berührungängste mit dem „Kollegen Clown“, so dass eine Kooperation mit ihm von Seiten der Klinik abgelehnt wird.⁴⁴⁵

Das französische Gesundheitsministerium fördert einen Modellversuch, bei dem sogenannte Lachärzte – also Krankenhausclowns – an Pariser Kinderkrankenhäusern eingesetzt werden. Auch in der Schweiz gibt es eine ähnliche Initiative, die Foundation Theodora, die von André und Jean Poulie, zwei professionellen Clowns, ins Leben gerufen wurde in Gedenken an ihre an Krebs verstorbene Mutter Theodora. Dort wirken seit 1993 zehn Humorspezialisten als Mediclowns in verschiedenen Kinderhospitälern.⁴⁴⁶

7.5.1 Clowndoktoren in der Pädiatrie

Betrachtet man die Entwicklung der „Medi-Clowns“ der zurückliegenden zwanzig Jahre, kristallisiert sich heraus, daß deren hauptsächlicher Einsatzort die Kinderkliniken sind. Dies liegt nahe, weil das Kind dem Krankenhaus in einer noch anderen Weise ausgesetzt ist als der erwachsene oder ältere Mensch:

„... es erlebt alles um sich herum magisch und mythisch, es kann sich von der Entwicklung seines Bewußtseins keinen „vernünftigen“ Reim auf das machen, was mit ihm geschieht. Daher empfindet es Krankheit oft als persönliche Erniedrigung, in die sich Schuld und Scham mischen können.“⁴⁴⁷

Oftmals täuschen sich Eltern, Ärzte und Pflegekräfte, wenn es nach Phasen des Protestes und der Verzweiflung des Kindes so scheint, als hätte es sich gut eingelebt. Der englische Kinderarzt Robertson erklärt, dass sich das Kind an diesem Punkt häufig in der Phase der Verleugnung befindet. Dabei erweckt es den Anschein, dass es sich an seine Situation gewöhnt hätte, stattdessen hat es sich und die Hoffnung auf Erlösung durch die Mutter oder andere vertraute Personen fast aufgegeben.⁴⁴⁸

444 Fernandez (1999) zit. nach Meincke (2000, S. 27)

445 Vgl. Meincke (2000, S. 27)

446 Vgl. Titze (2000, S. 154)

447 Rogge (1995, S. 9) zit. nach Heeck (1997, S. 27)

448 Vgl. Sander (1996) zit. nach Heeck (1997, S. 27)

Der Clown kommt von außen, sieht, bestaunt alles zum ersten Mal, kann unbefangen fragen und mitfühlen. Seine Körper- und Schuhgröße lassen eine erwachsene Person erkennen, aber das Erscheinungsbild und die Manieren gleichen eher einem Kind.⁴⁴⁹ Er repräsentiert eine ebenso spaßige, wie mächtige Identifikationsfigur für das Kind. Der Clown kann sich wie das Kind vor den befremdlichen Objekten des Krankenhauses fürchten, möglicherweise beginnt dann das Kind ihm alles zu erklären, ihn zu trösten und somit seine eigene Position zu stärken. Er kann sich aber auch über die bedrohlich scheinende Welt lustig machen und auf diese Art dem Kind helfen, sich von jenen Schrecken, die Angst und Hilflosigkeit auslösen, zu distanzieren.⁴⁵⁰

In dieser Position wird das heilsame Wirken des unfügsamen Rebellen in Opposition zur Erwachsenenwelt und dadurch als Vermittler zwischen der Erwachsenen- und Kinderwelt sehr deutlich.

Ein eindrückliches Beispiel dafür wird von Kiefer (2000) alias Clownin Klecksi berichtet: Die fünfjährige Lisa hat eine akute Leukämie. Die Lumbalpunktion (LP) ist ein routinemäßiger schmerzhafter Eingriff, auf den sie bisher immer schwer einzustellen war. Stand eine LP bevor, wurde sie besonders unruhig, ängstlich und sehr schmerzempfindlich. Zu den Clowns, die sie regelmäßig besuchten, hatte sie ein Vertrauensverhältnis aufgebaut. Dieses Mal wünschte sich Lisa statt einer Beruhigungstablette „Clownbeistand“ von Clown Daniel. Er ließ sich den Eingriff von ärztlicher Seite erklären und ging vor der „Rückenpieke“ - wie die LP oft von Kindern genannt wird - zu ihr ins Zimmer. Ängstlich fragte er: „Hier soll eine Punktion sein. Ich habe solche Angst vor der Punktion.“ Lisa entgegnete: „Aber Daniel, Du brauchst doch keine Angst vor der Punktion zu haben, die Punktion bekomme doch ich und nicht du!“ Daniel ließ sich alles ganz genau erklären, und sie übten gemeinsam das Sitzen im Schneidersitz mit rundem Katzenbuckel, denn das ist wichtig für die „Rückenpieke.“ Zur Behandlung selbst flog Lisa auf Daniels Armen in Fliegerhaltung.

„Was dann kam, war einfach frappierend: Lisa saß völlig entspannt in „Katzenbuckelstellung“ auf der Untersuchungsfläche, lächelte Clown Daniel zu, der ihre Hände hielt, und ließ ruhig die LP über sich ergehen. Es gab kein Weinen, keine Abwehrbewegungen und keine Schmerzäußerungen. Die Punktion war in wenigen Minuten beendet. Anschließend flog sie wieder auf den Armen von Clown Daniel in ihr Zimmer zurück und schlief dort unter Daniels Gesang ein. Auch in der Zeit danach klagte Lisa über keine Rückenschmerzen. Wir hatten es also gemeinsam geschafft, ohne Medikamente, die Angst und den Schmerz auszuschalten.“⁴⁵¹

Alle Beteiligten bewerteten dies so positiv, dass weitere Lumbalpunktionen im Beisein von

449 Vgl. Meincke (2000, S. 23)

450 Vgl. Titze (2000, S. 154)

451 Kiefer alias Clownin Klecksi (2000, S. 58/59). Der Verzicht auf das Beruhigungsmittel ist deswegen bedeutsam, weil auch unerwünschte Nebenwirkung ausbleiben.

Clowns stattfanden. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass der Eingriff meist zügiger durchgeführt werden kann, da das Kind durch den Clown abgelenkt und unterstützt wird. Es fühlt sich mit ihm an seiner Seite gegen die „Übermacht“ von Arzt und Schwestern gestärkt. Während der anschließenden Ruhepause, bei der das Kind auf dem Bauch liegen muss, wird die Erinnerung an den gerade erlebten Schmerz durch die Anwesenheit des Clowns mit fröhlichen und schönen Gedanken „weggepustet.“⁴⁵²

7.5.2 Clowns in der „neurologischen Reha“

In den letzten Jahren lässt sich eine Zunahme der Clownseinsätze in Alten- und Pflegeheimen sowie in Hospizen verzeichnen. Es zeigte sich, dass auch ältere Menschen stark in Resonanz gehen mit dem Clown. Die m.E. bisher einzigen Berichte über einen Clown in einer neurologischen Rehabilitations-Klinik stammen von Klapps (2001). Darin geht sie nicht explizit auf Aphasiepatienten ein. Nichtsdestotrotz könnte die von Klapps (2001) beschriebene clowneske Herangehensweise auch eine wirksame Aufmunterung für Aphasiker bedeuten. Schließlich ist der Clown nicht auf Worte angewiesen. Er würde sich sprichwörtlich „auf den Kopf stellen“, um trotzdem eine verständnisvolle Verbindung herzustellen. Die Herstellung der Beziehung zum Gegenüber ist generell eine Grundvoraussetzung für das Wirken der Clowns. Speziell bei Aphasikern ist besonders zu beachten, dass sich diese durch den Clown nicht gedemütigt oder herabgesetzt fühlen, da Clowns normalerweise mit Kindern in Verbindung gebracht werden. Die Gefahr der Verletzung der Patienten ist jedoch durch die Verletzlichkeit des Clowns herabgesetzt. In der Interaktion ist der Clown immer der Schwächere, der Naivere. Weil der Clown - berührbar und verwundbar wie ein Kind - Gefühle zeigt, weckt er sie im Gegenüber. Er sorgt für ein sich Verstandenfühlen auch im Weinen und im Traurigsein. Gegen die Sorge und Ungewissheit setzt er allerdings die Gewissheit des Lachens. Der Clown kommt wiederum als Grenzgänger und Vermittler zu denen, die nach einem Schlaganfall so manches Selbstverständlich-Geglaubte wieder neu lernen müssen. Er kann ihnen helfen, die Gefühle der Erniedrigung und Beschämung wegzulachen, sich auf die therapeutischen Schritte einzulassen und deren kindliche Neugier und Experimentierfreude zu wecken. Unbekümmert wundert er sich über das Selbstverständliche und bringt den Patienten und Mitarbeitern das Lachen von „draußen.“ Durch regelmäßige Besuche kann sich ein vertrautes beständiges Verhältnis entwickeln, ein geschützter Raum entstehen, in dem Tabus aufweichen und emotional reagiert werden darf. Selbstheilungskräfte werden aktiviert und der

452 Kiefer alias Clownin Klecksi (2000, S. 58/59)

Rehabilitationsprozess beschleunigt.

Bezüglich der Aphasiker, die am pathologischen Lachen und Weinen leiden, soll lediglich die Vermutung geäußert werden, dass der Clown als eine Möglichkeit angesehen werden kann, die Diskrepanz zwischen Äußerung und Empfinden zu reduzieren, indem dieser dem Patienten mit realen Emotionen begegnet.

Auch im Therapeutenteam kann der Clown die Kommunikationsbereitschaft und die Freude an der Arbeit fördern. Ein Clown, der eine Stimmungsaufhellung der Patienten und des Personals bewirkt, würde gleichermaßen Sorge dafür tragen, dass die Zeit, die für die Sprachtherapie gedacht ist, auch wieder effektiver dafür genutzt werden kann.⁴⁵³ Nur eine empirische Studie kann Aufschluss über die Thesen der Wirksamkeit von Clowns in der neurologischen Rehabilitation geben. Die Potentiale einer solchen Maßnahme scheinen jedoch gegenüber den Risiken zu überwiegen.

7.6 Zusammenfassung

Aus der Perspektive seiner jahrtausende währenden Geschichte erlebt der Clown seit den achtziger Jahren ein noch immer vorsichtiges Comeback. Bei den Menschen, die ihn erleben, stößt er unabhängig vom Alter auf überwiegend positive Resonanz. Trotzdem erfährt er in unserer Kultur längst nicht die Akzeptanz vergangener Jahrhunderte oder anderer Kulturen.

Im medizinischen Bereich, vor allem bei Erwachsenen und der Gerontologie steckt die Clownerie noch in den „Kinderschuhen.“ Im Bereich der Pädiatrie hingegen werden bereits erste Schritte der Zusammenarbeit zwischen Medizinern und Clowns, wie das Beispiel der Lumbalpunktion bei leukämiekranken Kindern in der Kinderklinik Berlin Buch zeigt, unternommen. Manche Ärzte bilden sich zum Clown fort und vollziehen sogar ganze Visiten mit der roten Nase. Der wohl populärste Clown und Mediziner in einer Person ist Patch Adams (1999). Er praktiziert dies seit den siebziger Jahren.

Die eingangs dargelegten Beispiele aus dem Bereich der Gerontologie von Klapps (2001) zeigen im Falle von Herrn G. die Möglichkeit einer clownesken Unterstützung in der Physiotherapie und von Frau B. eine Variante des clownesken Beistand bei der Visite. Zwei weitere interessante Beispiele befinden sich im Anhang. Auch wenn dies bisher „nur“ vereinzelte Erfahrungsberichte sind, so zeigen diese doch die Chance auf, dass die clowneske Art des Beistands eine Möglichkeit sein könnte, auch Aphasiepatienten in dem zumeist sehr

453 Siehe S. 117

müßigen Prozess der Krankheitsverarbeitung aufzumuntern und zu unterstützen.

Es scheint als gingen die „Clownkinderschuhe“ in eine gute und vielversprechende Richtung!

8 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Der Ausgangspunkt dieser Arbeit ist die Frage, wie Aphasiker bestmöglich in ihrem Rehabilitationsprozess unterstützt werden können. Um die Zielgruppe und ihre Besonderheiten zu definieren, wurden eingangs die Ursachen und das Krankheitsbild der Aphasien skizziert. Weil Aphasiker häufig unter einer Depressionen leiden, wurden diese gesondert betrachtet. Es wurde deutlich, dass diese einen limitierenden Faktor für die Fortschritte in der Therapie darstellen. Besonders schwierig anzusehen ist dies in der Phase der Spontanremission, in der man normalerweise mit bedeutenden Fortschritten rechnet. Die ausbleibenden Erfolge erhalten wiederum die depressive Symptomatik aufrecht.

Durch die Auseinandersetzung mit der Coping-Forschung wird deutlich, dass der Verlauf einer Krankheit nicht nur von der medizinischen Diagnostik, Behandlung und Prognose, sondern auch von dem Bewältigungsverhalten des Patienten abhängt. Die Untersuchungsmethoden der Krankheitsbewältigungsforschung sind überwiegend sprachlich, deshalb werden Aphasiker durch die Beeinträchtigung der Sprache trotz ihrer besonderen Situation der erschwerten Krankheitsverarbeitung in diesem Forschungszweig kaum berücksichtigt. Durch dessen wissenschaftstheoretische Probleme ist allerdings auch das Treffen allgemeiner Aussagen, wie z.B. die Abgrenzung oder Festlegung der Zielkriterien von Bewältigungsverhalten, erschwert. Letztlich wird erklärt, dass Effektivitätskriterien personen- und situationsbedingt zu betrachten sind und dass die Bewertung der Effektivität sich je nach Urteilsinstanz (Arzt, Patient, Angehörige) unterscheidet. Aufgrund empirischer Befunde wird trotzdem eine Einteilung in adaptive (z.B. positives Umdeuten) und weniger adaptive Bewältigungsstrategien (z.B. passiv-resignatives Verhalten) vorgenommen. Es wurde erklärt, dass eine positive Bewältigungsstrategie, der ein dispositioneller Charakter zugewiesen werden kann, als personale Ressource betrachtet wird. Diese greift in jeder Phase der Bewältigungsbemühungen und übt somit eine protektive Funktion aus.

Im darauffolgenden Abschnitt „Krankheitsbewältigung und Aphasie“ wurde dargelegt, dass anhand von Einzelfallstudien Aussagen über typische Krankheitsbewältigungsverhaltensweisen von Syndromgruppen und der Population aller Aphasiker getroffen werden können. Die besondere Situation soziale, familiäre und

psychische Situation, die die Krankheitsbewältigung von Aphasikern erschwert, wurde dadurch noch klarer. Es wurde festgehalten, dass die Angehörigenberatung eine indirekte Möglichkeit zur Unterstützung „aphasischer Familien“ darstellt. Möglichkeiten zur direkten Unterstützung der aphasischen Person konnten jedoch in diesem Rahmen nicht aufgezeigt werden.

Deshalb wurde vertiefend die Frage aufgeworfen, was das eigentlich ist – was im Falle einer schweren Erkrankung vom Betroffenen bewältigt werden muss. Durch verschiedene Erfahrungsberichte, wird dies aus der Perspektive des Patienten beleuchtet. Es kristallisierte sich heraus, dass verschiedene Verluste (z.B. des Glaubens an die eigene Unverwundbarkeit, des bisherigen Lebenssinns oder Selbstständigkeit) und komplexe Emotionen (z.B. das Gefühl des Ausgeliefertseins, der Minderwertigkeit, Furcht vor dem Tod und Trauer) neben krankheitsspezifischen Merkmalen im Zentrum der Bewältigung stehen. Häufig wird von Patienten die mangelnde Humanität in medizinischen Bereichen als zusätzlich belastend empfunden. Auch auf Seiten des Klinikpersonals wirkt sich diese Beziehungslosigkeit verheerend aus. Sie wird als eine Ursache für das Burnout betrachtet. Dieser Konflikt in unserer modernen westlichen Medizin - auf der einen Seite das enorme medizinische Wissen und auf der anderen Seite die fehlende Humanität - wird zurückgeführt auf die Mythen Hygieia und Äskulap, die die zwei Maxime der antiken Medizin verkörpern. Der Schwerpunkt Hygieias ist es, die natürlichen Gesetze, die Geist und Körper gesund halten, zu entdecken, zu sichern und zu lehren. Für Äskulap hingegen ist zum einen die situative Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit eines Menschen und zum anderen die Erklärung der Entstehung von Krankheiten die wichtigste Aufgabe der Medizin. Die enormen Fortschritte der medizinischen Forschung „nährten“ Äskulap, während der Zwilling Hygieia nahezu „verkümmerte.“ Hygieia geriet beinahe in Vergessenheit. Doch dadurch, dass sich herauskristallisierte, dass der Verlauf einer Krankheit nicht allein auf medizinische, sondern auch auf innerpsychische Faktoren zurückzuführen ist, wird in vielen medizinischen Bereichen versucht, Hygieia wieder stärker einzubeziehen. Das Modell der Salutogenese stellt den Schwerpunkt Hygieias mit der Frage nach den Dingen, die Körper und Geist gesund erhalten, in den Mittelpunkt. Es steht dem der Pathogenese gegenüber. Dieses Modell rückt die personalen Ressourcen, die Faktoren, die helfen, die Gesundheit aufrechtzuerhalten oder zu verbessern, in den Mittelpunkt und dient somit der Erklärung von Gesundheit. Betrachtet man die Ressourcen der Menschen, die relativ schwer von den Folgen eines Schlaganfalls betroffen sind, um einen Anknüpfungspunkt zur Rehabilitation zu finden, zeigt sich infolge verschiedener empirische Befunde, dass der Humor als adaptive Ressource betrachtet werden

kann. Da er als ein „Gegenspieler“ der Depression betrachtet wird und ihm auch sonst heilsame Effekte zugeschrieben werden, könnte die Förderung des Humors von Aphasikern eine Möglichkeit der Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung darstellen.

Um dies zu durchleuchten fand eine Auseinandersetzung mit der Gelotologie statt. Es wurde ein Überblick über die Geschichte der Humorforschung sowie verschiedener Humorthorien gegeben. Psychophysiologische Theorien erklären z.B. die positiven Effekte des Lachens auf die Atmung und die Stimmung. Beeindruckend sind Befunde von Zajonc (1985), aus denen hervorgeht, dass das Gehirn durch das Lachen eine Art „Sauerstoffdusche“ erhält, die sogar allein durch die physische Anspannung der „Lachmuskeln“ erzeugt wird und somit ein Stimmungsaufhellung zur Folge haben kann. Auch auf der neurohormonellen Ebene wurden erstaunliche Vorgänge nachgewiesen. Z.B. steigert intensives Lachen die Aktivität der natürlichen Killerzellen, die die geschädigten und entarteten Zellen eliminieren. Stresshormone werden abgebaut und Endorphine ausgeschüttet. Rubinstein (1985) beschreibt das Lachen allgemein als ein wirksames Mittel gegen Stress, Herzbeschwerden, Kopfschmerzen und chronische Angst. Das Distanzierungselement des Humors wird als ein Mittel zur Bewältigung emotionaler Belastungen betrachtet.

Mit dem State-Trait-Modell wird einerseits ein theoretisches Fundament für die unterschiedliche Auslösbarkeit von Erheiterung einzelner Individuen geliefert und andererseits durch Untersuchungen wissenschaftlich belegt, dass dem Lachen und dem Humor im Sinne einer heiteren Gelassenheit gegenüber widrigen Lebensumständen eine protektive Funktion zukommt. Personen mit hoher Trait-Heiterkeit lassen sich durch widrige Umstände weniger in ihrem Wohlbefinden beeinträchtigen und sind somit auch langfristig weniger von körperlichen Stressfolgen betroffen. Es konnte sogar nachgewiesen werden, dass der Humor selbst von trait-heiteren Personen häufig als eine der effektivsten Bewältigungsstrategien eingesetzt wird.

Dass Humor und Lachen gesundheitsfördernde und stimmungsaufhellende Effekte hat konnte bis hierhin gezeigt werden.

Im Hinblick auf den therapeutischen Einsatz von Humor, wurde eine Differenzierung der unterschiedlichen Arten von Humor vorgenommen. Dabei zeigten sich die Vielfalt der verschiedenen Ausprägungen vom aggressiven bis zum harmlosen Humor. Als für die Therapie relevant erwies sich allerdings die Unterscheidung in therapeutischen und destruktiven Humor, wobei der therapeutische Humor aus einer offenen und wohlwollenden Grundhaltung des Therapeuten resultiert und somit konstruktiv auf die therapeutischen Beziehung und dem Therapieprozess wirkt. Der destruktive Humor hingegen entspringt

negativen Gefühlen des Therapeuten und führt zur Verletztheit und Misstrauen des Patienten. Anschließend wurden die Logotherapie und die RET vorgestellt als Formen der Psychotherapie in denen der Humor eine besondere Funktion übernimmt. Die wohl zentrale Rolle spielt der Humor in der Provokativen Therapie. In der Annahme, dass die Grundlagen des ProSt auf die Aphasietherapie übertragen werden können, wurden diese ausführlich dargestellt. Dies darf von Sprachtherapeuten jedoch nicht als Aufforderung verstanden werden, einen provokativen Humor in die Therapie einfließen zu lassen, da dieser Gefahren birgt, wenn man darin ungeübt ist. Vielmehr sollte ein Bewusstsein über die Grundlagen (die Grundhaltung, der „gute Draht“, der „längere Hebel“, die „Leuchtturmprinzipien“ etc.) als Ausgangspunkt für die Entwicklung eines authentischen und therapeutischen Humors, der schließlich mit dem des Patienten im Einklang steht, dienen.

Die Bedeutung des therapeutischen Humors für die Psychotherapie wird hoch geschätzt. Genauso positiv könnte er sich in der Aphasietherapie auswirken.

Viele Gründe sprechen dafür, dies durch weitere humorvolle Maßnahmen zu unterstützen. Zum einen wäre es von großem Wert für die Patienten, deren Angehörigen und nicht zuletzt für das Personal für eine angeregte und vertraute Atmosphäre in der Klinik zu sorgen. Desweiteren werden die gesundheitsfördernden – psychophysiologischen und neurohormonellen – Effekte des Lachens überwiegend erst durch ausgiebiges und intensives Lachen ausgelöst.

Eine Möglichkeit, dies in den Klinikalltag zu integrieren, wurde recht ausführlich dargelegt, die Clowndoktoren! Die Auseinandersetzung mit der Geschichte der Clowns gab Aufschluß darüber, dass deren Wirken sowie der Einsatz von Humor und Lachen in der Medizin auf einer langen Tradition beruht, die in Vergessenheit geraten war. An dieser Stelle wird eine Parallele zu Hygieia unverkennbar. Die Bestrebungen – Clowns, Humor, Lachen und andere geistig kulturelle Impulse, wie Kunst, Theater und Musik in die Klinik zu integrieren – können als der Versuch einer schrittweisen Rückkehr Hygieias in die moderne westliche Medizin verstanden werden. Dies hätte zur Folge, dass Patienten stärker in dem Prozess der Krankheitsbewältigung und das Personal in deren Psychohygiene unterstützt würden. Sollte dieser Versuch gelingen – Hygieia und Askulap in Zukunft wieder Hand in Hand gehen – würde die Wirksamkeit medizinischer und therapeutischer Maßnahmen steigen und das Gefühl des Ausgeliefertseins an einen medizinischen Apparat würde dem der Menschlichkeit weichen!

9 Literaturverzeichnis

Adams, P. (1999). *Gesundheit*. Oberursel: Zwölf & Zwölf Verlag.

Antonovsky, A. (1993 b). Gesundheits vs. Krankheitsforschung. In A. Franke und M. Broda (Hrsg.): *Psychosomatische Gesundheit, Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. Tübingen: DGVT-Verlag.

Ascher, M. L. (1980). Paradoxical Intention. An experimental investigation. In: A. Goldstein & E. D. Foa (Eds.) *Handbook of Behavioral Interventions*. New York: Academic Press.

Baider, L., Perez, T., Kaplan De-Nour, A. (1994). Der Einfluß eines Traumas auf die Bewältigung von Krebs: Überlebende des Holocaust. In E. Heim und M. Perrez (Hrsg.), *Krankheitsverarbeitung: Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 10* (S. 117-126). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag.

Bay, E. (1957a). Die corticale Dysarthrie und ihre Beziehung zur sog. motorischen Aphasie. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 176, S. 353 ff..

Becker, E. (1993). *Ich sehe Deine Sprache, wenn Du schweigst: Aphasietherapie und NLP*. Paderborn: Junfermann Verlag.

Bengel, J., Strittmatter, R., Willmann, H. (2001). Was erhält den Mensch gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese, Diskussionsstand und Stellenwert. In: BzGA (Hrsg.) *Die Fachpublikationen der BzGA, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 6*, Köln. Auch zu finden im Internet unter: http://www.bzga.de/bzga_stat/fachpubl/dfh/dfh-06-2.html

Benson, D.F. (1967). Fluency in aphasia: Correlation with radioactive scan localization. *Cortex* 3, 373-394.

Berger, P. L. (1998). *Erlösendes Lachen: Das Komische in der menschlichen Erfahrung*. Berlin [u.a.]: de Gruyter.

Berk, L. S., Tan, S. A., Fry, W. F., Napier, B. F., Lee, J. W., Hubbard, R. W., Lewis, J. E. & Eby, W. C. (1991). *Neuroendocrine and stress hormone changes during mirthful laughter*. *The American Journal of the Medical Science*, 296 (6), 390- 396.

Berk, L. S. (1994). New discoveries in psychoneuroimmunology. *Humor & Health Letter*, 3 (6), 1-8.

Berlit, P., Haack, G. (1983). Neuropsychologische Störungen in Klinik und Praxis. *Deutsches Ärzteblatt*, 80.

- Bischofberger, I. (1994). Achtung! Humor kann Ihrer Krankheit schaden. *Krankenpflege*, 9, 8-12.
- Blankenburg, W. (1990). Wirkfaktoren paradoxen Vorgehens in der Psychotherapie. In: H. Lang (Hrsg.) *Wirkfaktoren der Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Blumstein, S. (1973). *A phonological investigation of aphasic speech*. Den Haag.
- Brain, L. (1965). *Speech disorders: Aphasia, apraxia and agnosia*. London: Butterworth.
- Broca, P. (1863). Remarques sur le siège, le diagnostic et la nature de l'aphémie. *Bull. Co. Anat. Paris* 38, 379-385, 393-399.
- Broda, M. (1990). *Wahrnehmung und Bewältigung chronischer Krankheiten: eine Vergleichsstudie unterschiedlicher Krankheitsbilder*. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Brown, J.W. (1981). *Jargonaphasia*. New York: Academic Press.
- Brüderl, L. (1988). *Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung*. Weinheim und München: Juventa.
- Byrne, D. (1961). *The repression-sensitization scale: rational, reliability and validity*. *J Personality* 29 (S. 334-349).
- Carroll, L. (1973). *Alice im Wunderland*. Frankfurt.
- Chaplin, C. (1977). *Die Geschichte meines Lebens*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Cobb, S. (1977). *Social support as a moderator of life-stress*. *Psychosom Med* 38 (S. 300-314).
- Cohen, F. (1980). Coping with surgery: Information, psychological preparation and recovery. In: Poon, L. (ed) *Aging in the 1980s: Selected contemporary issues in the psychology of aging*. American Psychological Association, Washington DC, pp 375-382.
- Cousins, N. (1979). *Anatomy of an illness as perceived by the patient*. New York: W. W. Norton.
- Cousins, N. (1981). *Der Arzt in uns selbst*. Reinbeck: Rowohlt.
- Cramon von, D.Y. (1988). Mit jedem Wort steige ich über ein Gebirge. In: *Aphasie: Sprachverlust; Zeitschrift des Bundesverbandes für die Rehabilitation von Aphasikern, Nr. 4*, S. 3-6.

Dammer I, Franzkowiak P (1998) *Lebensentwurf und Lebensverwandlung*. Bonn: Bouvier Verlag.

De Bleser, R. (1987). From agrammatism to paragrammatism: German aphasiological traditions and grammatic disturbances. *J. cogn. Neuropsychol.* 4, 187-256.

Dejerine, J. (1906). L'aphasie motrice: Sa localisation et sa physiologie pathologique. *Presse méd.* 55, 453-457.

Denzler, P. (1994). Neuropsychologische Ausfälle nach Schlaganfall. In: K.H. Mauritz (Hrsg.), *Rehabilitation nach Schlaganfall*, S.149-182. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Derks, P. & Arora, S. (1993). Humor, Sex and salience in appreciation of cartoon humor. *International Journal of Humor Research*, 6 (1), 57-69.

Der Duden, Bd. 5, Fremdwörterbuch. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag, 1990.

Der Duden, Bd. 1, Die deutsche Rechtschreibung. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag, 1996.

Ellis, A. (1977 a). *Die Rational-emotive Therapie*. München: Pfeiffer.

Ellis, A. (1977 b). Fun as psychotherapy. In: A. Ellis & R. Grieger (Eds.) *Handbook of Rational-emotive Therapy* (262- 270). New York: Springer.

Ellis, A. (1989). *Training der Gefühle*. München: mvg.

Egger, J., Stix, P. (1989). *Herzinfarkt und Schlaganfall: Zur seelischen Auseinandersetzung mit einer lebensbedrohenden Erkrankung*. Stuttgart: Hippokrates Verlag.

Eggl, P. (1997). *Humor und Gesundheit: Eine Längsschnittstudie an StudienanfängerInnen über 'Sinn für Humor' als personale Ressource, Abhandlung zur Erlangung der Doktorwürde der Philosophischen Fakultät I der Universität Zürich*. Zürich: Zentrale Studentenschaft.

Engel, D. (1977). *Textexperimente mit Aphasikern*. Tübingen.

Erdmann, G. & Janke, W. (1984). Die mehrdimensionale körperliche Symptom-Liste – MKSL. Psychologische Institute der Universität Berlin und Würzburg.

Erikson, E. H. (1988). *Der vollständige Lebenszyklus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Faller, A. (1984). *Der Körper des Menschen*. Stuttgart: Thieme.

Fabian, E.E. (1991). *Der fragmentierte Patient und das Modell einer Medizin für den ganzen Menschen*. München: Helix Verlag.

- Farrelly, F. & Brandsma, J. N. (1986). *Provokative Therapie*. Berlin: Springer.
- Farely, F. & Matthews, S. (1983). Provokative Therapie. In: R. J. Corsini (Hrsg.) *Handbuch der Psychotherapie. Bd. II*, S. 956-977. Weinheim: Beltz.
- Ferring, D., Filipp, S.-H., Klauer, T. (1994). Korrelate der Überlebenszeit bei Krebspatienten: Ergebnisse einer follow-back-Studie. In E. Heim und M. Perrez (Hrsg.), *Krankheitsverarbeitung: Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 10* (S. 63-73). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag.
- Filipp, S.-H. (1990a). Bewältigung schwerer körperlicher Erkrankungen: Möglichkeiten der theoretischen Rekonstruktion und Konzeptualisierung. In F. A. Muthny (Hrsg.), *Krankheitsverarbeitung. Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse* (S. 24-40). Berlin: Springer.
- Filipp, S.-H., Klauer, T. (1988). Ein dreidimensionales Modell zur Klassifikation von Formen der Krankheitsbewältigung. In H. Kächele & W. Steffens (Hrsg.) *Bewältigung und Abwehr: Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten* (S. 51-68). Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer.
- Filipp, S.-H., Aymanns, P., Klauer, T. (1983). Formen der Auseinandersetzung mit schweren körperlichen Erkrankungen als Prototypen kritischer Lebensereignisse: eine Verlaufsstudie. Universität Trier: *Forschungsberichte aus dem Projekt „Psychologie der Krankheitsbewältigung“ Nr. 1*, Trier.
- Frankl, V. E. (1947 / 1978). *...trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager*. München: Kösel.
- Frankl, V. E. (1959). Grundriß der Existenzialanalyse. In: F. v. Gebattel, H. J. Schultz & V. E. Frankl (Hrsg.) *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Bd. III*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Frankl, V.E. (1946, 1975, 1983). *Ärztliche Seelsorge*. Kindler.
- Freud, A. (1936). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Freud, S. (1894). *Die Abwehr-Neuropsychosen*. Ges. Werke, Bd. 1. London: Imago Publishing Co.
- Freud, S. (1926). *Hemmung, Symptom und Angst*. Ges. Werke, Bd. 14. London: Imago Publishing Co.
- Freud, S. (1992). *Der Humor, Der Witz und seine Beziehung zum Unbewußten*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Fry, W. (1994). The biology of humor. In: *Humor, International Journal of Humor Research*, 7 (2), 111-126.
- Galli, J. (1999). *Der Clown als Heiler*. Freiburg: Galli Verlag.

Gainotti, G. (1992). Post-stroke Depression: psychological and biochemical. In: Steinbüchel, N., Cramon, D.Y., Pöppel, E. (Hrsg.), *Neuropsychologische Rehabilitation*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.

Gerz, H. D. (1966). Über 7jährige Erfahrungen mit der logotherapeutischen Technik der paradoxen Intention. *Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, 16, 25-33.

Goldstein, K. (1948). *Language and language disturbances*. New York: Grune & Stratton.

Goldstein, J. H., Suls, J. M. & Anthony, S. (1972). Enjoyment of specific types of humor content: motivation or salience? In: J. H. Goldstein & P. E. McGhee (Eds.) *The Psychology of humor*. New York: Academic Press, 159-127.

Goldstein, J. H. & McGhee, P. E. (1972). *The Psychology of humor, Theoretical perspectives and empirical issues*. New York: Academic Press.

Goodglass, H., Kaplan, E. (1972). *The Assessment of Aphasia and Related Disorders*. Lea & Febiger, Philadelphia, 2nd ed. 1983.

Gottschalk, K. (1998). *Angehörigenbetreuung in der Aphasietherapie*. Magisterarbeit an der Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft an der Universität Bielefeld.

Govinda, L.A. (1988). *Schöpferische Meditation und Multidimensionales Bewußtsein*. Freiburg im Breisgau: Aurum Verlag.

Greenwald, H. (1987). The humor decision. In: W. F. Fry & W.A. Salameh (Eds.) *Handbook of Humor and Psychotherapy*. Sarasota, FL, Professional Resource Exchange, 41-54.

Grotjahn, M. (1957). *Vom Sinn des Lachens*. München: Kindler.

Haan, N. (1977). *Coping and defending. Process of self-environment organisation*. New York: Academic Press.

Hartje, W., Poeck, K. (2000). *Klinische Neuropsychologie*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

Haynes, R.B. (1982). Einleitung. In R.B. Haynes, D.V. Taylor & D.V. Sackett (Hrsg.) *Compliance Handbuch* (S. 11-19). München: Oldenbourg.

Head, H. (1926). *Aphasia and Kindred Disorders of Speech*. New York: Macmillan.

Heeck, C. (1997). Befreiendes Gelächter. In: *Kunst und Kultur im Krankenhaus, Gedanken zur Rückgewinnung des Krankenhauses als Lebensraum für den Menschen*. Münster: LIT Verlag.

Heim, E. (1988). Coping und Adaptivität: Gibt es ein geeignetes oder ungeeignetes Coping? *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 38 (8-18).

Heekerenz, H. P. (1992). Humor in der Familientherapie – Zum Stand der Diskussion. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 41, 25-30.

Herrmann, M., Bartels, C., Wallesch, C.-W. (1992). Depression und Aphasie: Konzepte zur Ätiopathogenese und Implikationen für Forschung und Rehabilitation. *Neurolinguistik*, 6(1) (S. 1-26).

Herrmann, M. (1992) Depressive Veränderungen nach cerebrovaskulären Insulten. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 1 (S. 25-43).

Hirsch, R. D. Hirsch (2001). Humor in der Psychotherapie alter Menschen. In: R. D. Hirsch, J. Bruder & H. Radebold (Hrsg.) *Heiterkeit und Hummor im Alter, Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (S. 81-117). Bonn, Hamburg, Kassel: Bornheim-Sechtem.

Höfner, E. & Schachtner, H.-U. (1995 / 1997). *Das wäre doch gelacht! Humor und Provokation in der Therapie*. Reinbeck bei Hamburg: Taschenbuch Verlag GmbH.

Holmes, T. S. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

Huber, W. u.a. (1975). Die Wernicke-Aphasie. *Journal of Neurology* 210, 77-79.

Huber, W., Poeck, K., Weniger, D., Willmes, K. (1983). *Aachener Aphasie Test: Handanweisung*. Verlag für Psychologie, Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen, Toronto, Zürich.

Hudak, D. A., Dale, J. A. & Hudak, M. A. (1991). Effects of humor stimuli and sense of humor on discomfort. *Psychological Reports*, 69, 779-786.

Jacoby, M. (1985). *Individuation und Narzißmus*. München: Pfeiffer.

Janke, W. & Erdmann, G. (1997). *Der Streßverarbeitungsfragebogen (SVF 120)*. Göttingen: Hogrefe-Verlag für Psychologie.

Jansen, V. (1999). *Evaluation eines neuropsychologischen Aufmerksamkeitstrainings für Schlaganfallpatienten unter Berücksichtigung von Fragen der differentiellen Indikation*. Osnabrück: unveröffentlichte Diplomarbeit.

Jensen, P. A. (1986). Artikel von Paul Anker Jensen. *Deutsches Ärzteblatt* (vom 23. Juni 1986).

Johannsmeier, R. (1984). *Spielmann, Schalk und Scharlatan, Die Welt als Karneval*. Reinbeck.

Johns, D.F., Darley, F.L. (1970). Phonemic variability in apraxia of speech. *J. Speech Hear.* 13, S. 556 ff..

Johnson, I.E. (1975). Stress reduction through sensation information. In I.G. Sarason, C.D. Spielberger (Hrsg.) *Stress and anxiety*. Vol 2. (S. 361-378), Washington: Hemisphere.

Jones, L.V., Wepman, J.M. (1961). Dimensions of language performance in aphasia. *J. Speech Res.* 220-232.

Kästner, E. (1969). Gedanken über das Lachen. In: E. Kästner (Hrsg.) *Gesammelte Schriften für Erwachsene, Vermischte Beiträge III* (S. 290-302). München: Knaur

Kemper, P. (1996). Die Geheimnisse der Gesundheit, Medizin zwischen Heilkunde und Heiltechnik. Frankfurt: Insel-Verlag.

Keßler, B. H. & Hoellen, B. (1982). *Rational-emotive Therapie in der Klinischen Praxis*. Weinheim: Beltz.

Kiefer, D. (2000). Die Clowns – Erfahrungsberichte: Von der Idee zur Aufgabe. In: J. Meincke, (Hrsg.) *ClownSprechstunde, Lachen ist Leben: Clowns besuchen chronisch kranke Kinder*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber AG, Bern.

Klapps, P. (2001). Der Weg aus der depressiven Verstimmung in die freudvolle geistig-motorische Beweglichkeit. In: R. D. Hirsch, J. Bruder & H. Radebold (Hrsg.) *Heiterkeit und Humor im Alter, Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (S. 131-138). Bonn, Hamburg, Kassel: Bornheim-Sechtem.

Klapps, P. (2001). Der Clown als Humorträger: Förderer der Gesundheit? In: R. D. Hirsch, J. Bruder & H. Radebold (Hrsg.) *Heiterkeit und Humor im Alter, Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (S. 193-198). Bonn, Hamburg, Kassel: Bornheim-Sechtem.

Kleist, K. (1934). *Gehirnpathologie*. Leipzig: Barth.

Koestler, A. (1966). *Der göttliche Funken*. Scherzverlag.

Kocourek, K., Niebauer, E. & Polak, P. (1959). Ergebnisse der klinischen Anwendung der Logotherapie. In: F. v. Gebattel, J. H. Schultz & V. E. Frankl (Hrsg.) *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Bd. III*. München: Urban & Schwarzenberg.

Kranzhoff, E. U. & Hirsch, R. D. (2001). Humor in der Gerontopsychiatrie Klinik, Ergebnisse einer therapiebegleitenden Untersuchung. In: R. D. Hirsch, J. Bruder & H. Radebold (Hrsg.) *Heiterkeit und Humor im Alter, Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (S. 139-162). Bonn, Hamburg, Kassel: Bornheim-Sechtem.

Kries, J. Von (1925). Vom Komischen und vom Lachen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 74, 241-263.

Kuhlmann, T. L. (1974). A study of salience and motivational theories of humor. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49 (1), 281-286.

Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Lefcourt, H. M. & Davidson-Katz, K. (1991). The role of humor and the self. In C. R. Snyder & D.R. Forsyth (Eds.). *Handbook of social and clinical psychology, The health perspective*. New York: Pergamon Press, (41-56).

Leischner, A. (1979, 2. Aufl. 1987). *Aphasien und Sprachentwicklungsstörungen*. Stuttgart: Thieme.

- Leuninger, H. (1989). *Neurolinguistik: Probleme, Paradigmen, Perspektiven*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Levine, S., Weinberg, I., Ursin, H. (1978). Definition of the coping process and statement of the problem. In H. Ursin, E. Baade, S. Levine (Hrsg.) *Psychobiology of stress: A study of coping men* (S. 3-21). New York: Academic press.
- Liedloff, J. (1998). *Auf der Suche nach dem verlorenen Glück*. München: Beck.
- Lundell, T. (1994). Humor, An exploration of why men and woman laugh. *International Journal of Humor Research*, 6 (3), 299-317.
- Lukas, E. (1980, 1991). *Auch dein Leben hat Sinn*. Freiburg: Herder.
- Luria, A.R. (1970). Die höheren kortikalen Funktionen des Menschen und ihre Störungen bei örtlichen Hirnschädigungen. Berlin / DDR: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Lutz, L. (1992). *Das Schweigen verstehen: Über Aphasie*. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer-Verlag.
- Mahoney, N. J. (1977). *Kognitive Verhaltenstherapie*. München: Pfeiffer.
- Mahrer, A. R. & Geravize, P. A. (1984). An integrative review of strong laughter in psychotherapy: What it is and how it works. *Psychotherapy*, 21, 510-516.
- Marie, P. (1906). Revision de la question de l'aphasie de 1861 a 1866; essai de critique historique sur la genèse de la doctrine de Broca. Paris: Sem. méd. 26, 241-247, 493-500, 565-571.
- Martin, R. A. & Lefourt, H.M. (1983). Sense of humor as a moderator of the relation between stressors and moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45 (6), 1313-1324.
- Martin, R. A. (2000). Humor, laughter and physical health, Methodological issues and research findings. *Psychological Bulletin*.
- Mattes, K. (1993). Krankheitsverarbeitung und Prognose. In: M. Grohnfeld (Hrsg.) *Zentrale Sprach- und Sprechstörungen: Handbuch der Sprachtherapie*, Band 6, 85-105.
- McGhee, P. E. (1971). Development of the humor response. *Psychological Bulletin*, 76, 328-348.
- Meichenbaum, D., Henshaw, D., Himel, N. (1982). Coping with stress as coping a problem-solving process. In H.W. Krohne, L. Laux (Hrsg.) *Achievement, stress and anxiety* (S.127-142). New York: Hemisphere.
- Meincke, Joachim (2000). *ClownSprechstunde, Lachen ist Leben: Clowns besuchen chronisch kranke Kinder*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber AG, Bern.
- Miller, S.M. (1980). When is little information a dangerous thing? Coping with stressful events by monitoring versus blunting. In S. Levine, H. Ursin (Hrsg.) *Coping and Health* (S.

145-169). New York: Plenum.

Moody, R. A. (1979). *Lachen und Leiden, Über die heilende Kraft des Humors*. Reinbeck: Rowohlt.

Moos, R., Schäfer, J. (1977 / 1984). *Coping with physical illness*. New York: Medical.

Müller, D. & Müller, J. (1980). *Lachen als epileptische Manifestation*. Jena: Gustav Fischer.

Neuberger, O. (1988). *Was ist denn da so komisch?* Weinheim: Beltz.

Nevo, O., Keinan, G. & Teshimovski-Arditi, M. (1993). Humor and pain tolerance. *Humor*, 6, 71-88.

Nietzsche, F. (1885/1980). *Also sprach Zarathustra. Werke. Bd. III*, 276-561. München: Hanser.

Nöldner, W. (1989). Gesundheitspsychologie – Grundlagen und Forschungskonzepte. In: D. Rüdiger, W. Nöldner, D. Haug & E. Kopp (Hrsg.) *Gesundheitspsychologie – Konzepte und empirische Beiträge, Förderung von Gesundheit und Bewältigung von Krankheit* (11-20). Regensburg: S. Roderer.

Ohm, D. (1990). *Psyche, Verhalten und Gesundheit. Innere und äußere Gesundheit. Das Erkennen eigener Stärken und Schwächen. Die persönliche Gesundheitsbilanz verbessern*. Stuttgart: Trias Verlag.

Ohm, D. (1997). *Lachen, lieben – länger leben*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Oring, E. (1994). Humor, Humor and suppression of sentiment. *International Journal of Humor Research*, 7 (1), 7-26.

Palmore, E. B. (1986). Attitudes toward aging shown in by humor. In: L. Nahemow, K. A. McCluskey-Fawcett & W. F. Fry (Eds.) *Humore and Aging*. Orlando: Academic Press, 101-120.

Paul, J. (1804). *Vorschule der Ästhetik*. Weimar: Böhlau.

Paulig, M., Fries, W., Harlass, M., Koenig, E., Kühne, M., Prosiegel, M., Scheidmann, K., Schönberger, B., Wuttke-Hannig, K.H. (2001) *Rehabilitation von Patienten mit Hirntumoren*. Artikel im Internet des Tumorzentrums München.

Pawlitschko, K.-H. (2000). Ein Clown trifft schwerkranke Kinder. In: J. Meincke, (Hrsg.) *ClownSprechstunde, Lachen ist Leben: Clowns besuchen chronisch kranke Kinder*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber AG, Bern.

Peseschkian, N. (1977). *Positive Psychotherapie*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.

Pick, A. (1913). *Die agrammatische Sprachstörung: Studien zur psychologischen Grundlegung der Aphasielehre. (Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie.)* Berlin: Springer.

- Pfeifer, W. (1993). *Etymologisches Wörterbuch des Deutschen*. München: dtv.
- Poeck, K. (1994). *Neurologie*. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer-Verlag.
- Poeck, K., De Bleser, R. & Keyserlingk, Graf von D.G. (1984b). Neurolinguistic status and localization of lesion in aphasic patient with exclusively consonant-vowel (CV)-recurring utterances. *Brain*, 107, 199-217.
- Pöhlmann, K. (1992). Coping. In K. Pöhlmann (Hrsg.), *Effektive Krankheitsbewältigung: Tumor – HIV – Dialyse* (S. 31-35). Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Reinke, E. (1998). Wer nicht kämpft kann nicht gewinnen: Erlebnisse, Erfahrungen und Erinnerungen nach einem Schlaganfall. In Unternehmensgruppe Dr. Marx (Hrsg.) *Schriften zu Rehabilitation*. Berlin: MEDIAN Kliniken GmbH et Co. KG.
- Robinson, R.G., Starksein, S.E. (1989). Mood disorders following stroke: New findings and future directions. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 22 (S. 1-15).
- Robinson, V.M. (1995). Humor in nursing, A hysterical perspective. In: K. Buxman & A. LeMoine (Eds.) *Nursing Perspektive on Humor*, 9-18. Staten Island: Power Publications.
- Rogers, C. R. (1972). *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler.
- Rogge, J.-U. (1995). *Eltern setzen Grenzen*. Reinbeck.
- Rubinstein, H. (1985). *Die Heilkraft des Lachen*. Hallwag.
- Ruch, W. (1993a). Die Emotion Erheiterung, Eine Übersicht über den Forschungsbestand. In: L. Montana (Hrsg.) *Bericht über den 38. Kongreß der DgFPs in Trier 1992*, S. 277-285. Göttingen: Hogrefe.
- Ruch, W. (1995). Will th relationship between facial expression and affektive experience please stand up, The case of exhilaration. *Cognition and Emotion*, 9, 33-58.
- Ruch,W., Köhler, G. & van Thriel, C. (1996). Assessing the „humorous temperament“, Construction of the facet and standard trait forms of the State-Trait-Cheerfulness Inventory – STCI. *Humor*, 9, 303-339.
- Ruch,W., Köhler, G. & van Thriel, C. (1997). To be in good or bad humor, Construction of the state form of the State-Trait-Cheerfulness Inventory – STCI, *Personality and Individual Differences*, 22, 477-491.
- Ruch, W. & Zweyer, K. (2001). Heiterkeit und Humor: Ergebnisse der Forschung. In: R. D. Hirsch, J. Bruder & H. Radebold (Hrsg.) *Heiterkeit und Hummor im Alter, Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (S. 9-44). Bonn, Hamburg, Kassel: Bornheim-Sechtem.
- Rüger, U., Blomert, A., Förster, W. (1990). *Coping: Theoretische Konzepte, Forschungsansätze, Meßinstrumente zur Krankheitsbewältigung*. Göttingen: Verlag für

Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht.

Sander, G. (1996). *Informationsschrift der Elterninitiative herzkranker Kinder e.V.*. Köln.

Salameh, W.A. (1986). The effective use of humor in psychotherapy. In: P. Keller & L. Ritt (Eds.) *Innovation in Clinical Practice, Vol. VII*. Sarasota: Professional Resource Exchange, 157-175.

Salameh, W.A. (1987). Humor in Integrative Short-Term Psychotherapy (ISTP). In: W. F. Fry & W.A. Salameh (Eds.) *Handbook of Humor and Psychotherapy*. Sarasota: Professional Resource Exchange, 195-240.

Satzer, R., Sturfels, A. (1994). *Lieber gesund feiern als krankschuften – Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.

Scherer, U., Scherer, K. (1994). Emotionale Reagibilität, Bewältigungsstrategien und Alkoholismus. In E. Heim und M. Perrez (Hrsg.), *Krankheitsverarbeitung: Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 10* (S. 74-95). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag.

Schmidt-Hidding, W. (1963). *Europäische Schlüsselwörter, Band I*. München: Max Hueber Verlag.

Schnelle, H. (1981). *Sprache und Gehirn*. Frankfurt

Schönpflug, W. (1979). *Regulation und Fehlregulation im Verhalten: Verhaltensstruktur, Effizienz und Belastung – Theoretische Grundlagen eines Untersuchungsprogramms*. Psychol Beiträge 21 (S. 174-202).

Schwartz, D. (1987). *Gefühle erkennen und positiv beeinflussen*. Landsberg am Lech: mvg.

Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, J. (1977). Paradoxon und Gegenparadoxon. Stuttgart: Klett-Cotta.

Shaw, B. (1991). *Des Doktors Dilemma*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Stadie, N., Cholewa, J., De Bleser, R. & Tabatabaie, S. (1994). Das Neurolinguistische Expertensystem LeMo: I. Theoretischer Rahmen und Konstruktionsmerkmale des Testteils LEXIKON. *Neurolinguistik*, 8 (1) (S. 1-25).

Starksein, S.E., Robinson, R.G. (1988). Aphasia and depression. *Aphasiology*, 2 (S. 1-20).

Strotzka, H. (1956/57). Versuch über den Humor. *Psyche*, 10, 597-609.

Streifler, N. (2001). Praktikumsbericht.

Titze, M. (1995). *Die heilende Kraft des Lachens, Mit therapeutischem Humor frühe Beschämungen heilen*. München: Kösel-Verlag GmbH & Co..

Titze, M. & Eschenröder, C. T. (2000). *Therapeutischer Humor, Grundlagen und Anwendungen*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH.

Titze, M. (2003). *Wissenswertes zum Thema Humor*. Zu finden im Internet unter <http://www.humorcare.com>

Traumann-Sponsel, R.D. (1988). Definition und Abgrenzung des Begriffs Bewältigung. In L. Brüderl (Hrsg.), *Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung* (S.14-24). München: Juventa.

Valach, L. (1994). Coping bei Rückenbeschwerden. In E. Heim und M. Perrez (Hrsg.), *Krankheitsverarbeitung: Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 10* (S. 127-135). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag.

Van den Berg, J.H. (1974). *Der Kranke - Ein Kapitel medizinischer Psychologie für jedermann*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Weber, H. (1994). Effektivität von Bewältigung: Kriterien, Methoden, Urteile. In: E. Heim & M. Perrez (Hrsg.) *Krankheitsverarbeitung* (49-62). Göttingen: Hogrefe.

Weisenberg, M., Tepper, I. & Schwarzwald, J. (1995). Humor as a cognitive technique for increasing pain tolerance. *Pain*, 63, 207-212.

Weisenberg, M., Raz, T. & Hener, T. (1998). The influence of film-induced mood on pain perception. *Pain*, 76, 365-375.

Weisenburg, T., McBride, E. (1935). *Aphasia: A Clinical and Psychological Study*. New York: Haffner.

Wepman, J., Jones, L. (1964). Five aphasias: a commentary on aphasia as regressive linguistic phenomenon. In D. Rioch and E.A. Weinstein (Hrsg.) *Disorders of Kommunikation*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Wernicke, C. (1874). *Der aphasische Symptomenkomplex*. Breslau: Cohn & Weigert; Reprint: Berlin, Springer (1974).

Wiedemann, W. (1996). *Krankenhausseelsorge und verrückte Reaktion: Das Heilsame an psychotischer Konfliktbewältigung*. Göttingen und Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.

Wiedl, K.H., Rauh, D.-A. (1994). Ein halbstrukturiertes Tagebücher als Zugang zu Belastungsbewältigung schizophrener Patienten. In E. Heim und M. Perrez (Hrsg.) *Krankheitsverarbeitung: Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 10* (S. 13-29). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag.

Willmes, K., Poeck, K. (1993). To what extent can aphasic syndromes be localized? *Brain*, 116, 1527-1540.

Wippich, J. & Derra-Wippich, I. (1996). *Lachen lernen. Einführung in die provokative Therapie Frank Farellys*. Paderborn: Junfermann.

Wirth, G. (1994). *Sprachstörungen – Sprechstörungen - Kindliche Hörstörungen, Lehrbuch für Ärzte, Logopäden und Sprachheilpädagogen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Wortman, C.B. (1976). Causal attributions and personal control. In J. Harvey, W. Ickes & R.F. Kidd (Hrsg.) *New directions in attributional research*. Vol. 1. (S. 23-52), Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

Ziegler, W., Vogel, M., Gröne, B., Schröter-Morasch, H. (1998). *Dysarthrie, Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Stuttgart, New York: Thieme.

Zillmann, E., Rokwell, S., Schweitzer, K. & Sundar, S. S. (1993). Does humor facilitate coping with physical discomfort? *Motivation and Emotion*, 17, 1-21.

Ziv, A. (1984). *Personality and sense of humor*. New York: Springer.

Zuriff, E., Caramazza, A. (1976). Psycholinguistic structures in aphasia: Studies in syntax and semantics. In: H. Whitaker (Hrsg.) *Current Trends in Neurolinguistics*. New York: Academic Press.

Zylka, R., Büchner, G. und Szent-Ivanyi, T. (2003). Kanzler enttäuscht Linke. In: *Berliner Zeitung*, Nr. 63, 15./16. März 2003, S.1.

10 Anhang

Die Broca-Aphasie

Klinisches Bild

Spontansprache. Patienten mit Broca-Aphasie sprechen langsam, mit großer Sprachanstrengung, d.h., dass es aufgrund von Wortfindungsschwierigkeiten und Störungen in der Wort- und Satzbildung schwierig ist, einen intendierten Gedanken sprachlich auszudrücken. Allein in Gestik und Mimik erkennt man manchmal die Sprachanstrengung. Die Äußerungen enthalten viele und überlange Pausen, die entweder infolge der allgemein verlangsamten Sprache oder durch die angestrengte Suche nach den richtigen Wörtern entstehen. Auch Interjektionen und stereotype Redewendungen wie „äh, geht noch nicht“ machen dies deutlich.⁴⁵⁴

In einer Unterhaltung mit einem Broca-Aphasiker gewinnt man den Eindruck, dass das *Sprachverständnis* kaum beeinträchtigt ist. Einerseits beherrschen Broca-Aphasiker überwiegend die Regeln des Gesprächs, wie z.B. Sprecherwechsel, so dass sie sich unauffällig verhalten. Andererseits kann dieser Eindruck daraus resultieren, dass der Untersucher wie andere Gesprächspartner auch sich in seinem sprachlichen Verhalten anpasst, in dem er nur einfache Fragen und Aufforderungen formuliert, auf die der Patienten noch verständlich antworten kann. Broca-Aphasiker können häufig den Sinn einer Äußerung mithilfe der sinntragenden Wörtern erraten. Schwierig wird es jedoch, wenn der Sinn einer Äußerung von Funktionswörtern abhängt. Wie z.B. in folgenden Sätzen:

- a) Die Mutter hat *sich* noch nicht gewaschen.
- b) Die Mutter hat *sie* noch nicht gewaschen.
- c) Der Junge bringt das Geschenk *für* Großmutter.
- d) Der Junge bringt das Geschenk *von* Großmutter.

Des Weiteren ist es infolge der langsamen Sprachverarbeitung schwierig für Broca-Aphasiker, Gesprächen zu folgen. Häufig verlieren sie den Faden, weil sie an einzelnen Wörtern hängen bleiben.⁴⁵⁵

Die *syntaktische Struktur* der Äußerungen ist reduziert. Seit Pick (1913) wird sie als agrammatisch bezeichnet. Bei starkem Agrammatismus werden Informationen mit nur 1-3 Inhaltswörtern transportiert. Die syntaktischen Relationen, z.B. zwischen Subjekt und Objekt, direktem und indirektem Objekt, Hauptsatz und Nebensatz, sind überwiegend nicht markiert. Die thematische Wertigkeit der Sachverhalte spiegelt sich jedoch häufig in der Reihenfolge

454 Vgl. den gesamten Abschnitt mit Huber, Poeck, Weniger, Willmes (1983, S. 10-12) und Hartje und Poeck (2000, S. 111-117)

455 Vgl. den Abschnitt „Sprachverständnis“ auch mit Lutz (1992, S. 43)

der Wörter wider. Funktionswörter und Flexionsformen fehlen überwiegend. Stärker betroffen sind Funktionswörter mit rein grammatischer Funktion, so z.B. Artikel, als Funktionswörter, die einen eigenständigem lexikalischen Gehalt haben, wie z.B. die Possessivpronomina „mein“ und „dein“.⁴⁵⁶ Häufig werden die einzelnen Phrasen stereotyp mit nebenordnenden Konjunktionen („und“, „dann“, „aber“) verknüpft. Das Verb fehlt häufig oder steht in unkonjugierter oder in Partizipialform am Ende der Äußerung.

Teilweise wirken diese Äußerungen wie elliptische Umgangssprache. Man spricht deshalb auch von telegrammstilartiger Sprache.

Das folgende Beispiel illustriert die Sprachproduktion eines Patienten mit Agrammatismus:

„Untersucher: Als Sie Ihren Schlaganfall bekamen, wo waren Sie damals?
Patient: ja ... ich allein ... allein allein ... und weit ... Wohnung ... allein ... ich ich ich ...
le .. ledig ... und 14 Tage ... ich konnt nichts ... und Frau J. (Name der Nachbarin) ...
„ja meine Güte ... Frau J. ... Hilfe Hilfe“ und Kol .. Polizei ... Polizei und
Feuerwehr so warte ... ich konnt nicht mehr ... so warte ... und des is ... St. Elisabeth
Krankenhaus ... des is gut ...“⁴⁵⁷

Auch die *Morphologie der Wörter* ist - wie die Syntax - reduziert. Manche Flexionsformen fehlen oder werden vereinfacht, z.B. „rufte“ statt „rief“ oder „Mann und Mann“ statt „zwei Männer.“

Lexikalische Störungen, also semantische Paraphasien, treten vergleichsweise selten auf; wenn, dann stehen sie meist in enger semantischer Beziehung zum gesuchten Wort, z.B. „Mantel“ für „Jacke.“ Allerdings verwenden die Patienten überwiegend Wörter von hoher Gebrauchshäufigkeit. Im Zusammenspiel mit dem Agrammatismus führt dies zu einer recht ausdrucksarmen Sprache.

Häufig treten phonematische Paraphasien auf. Blumstein (1973) unterscheidet vier Arten phonematischer Paraphasien: Substitutionen, z.B. Kinder → /kilder/, Vereinfachung, z.B. Kombination → /kobination/, Hinzufügung, z.B. zeremoniell → /teremoniken/ (Vereinfachung und Hinzufügung) und Umgebungsirrtümern, z.B. Fotograf → /fokograf/.

Eine Analyse spontansprachlicher Daten von Leuninger (1989) ergab folgende prozentuale Verteilung der Fehlproduktionen bei Broca-Aphasikern: Substitutionen – 48,7 %, Vereinfachungen (Tilgung / Auslassung) – 24,7 %, Hinzufügungen (Addition) – 6,6 % und Umgebungsirrtümer – 20,0 %.⁴⁵⁸

456 Vgl. Zuriff und Caramazza (1976)
457 Huber, Poeck, Weniger, Willmes (1983, S. 10/11)
458 H. Leuninger (1989, S. 35)

Ein Beispiel für die Spontansprache einer Broca-Aphasikerin mit phonematischen Paraphasien von Luise Lutz:

„L.L.: Konnten Sie gestern die Sonne genießen?

Frau N.: Ja ... Garten ... Sohn ... toch ... äh ... Sohn und Schiebertochte ... Faul ... nein ... Faumen fulken ... nein ... Korb Faumen ... Garten ... ich Sonne sitzen, dann ... hause ... Kuchen backen ... Sohn gerne Faulmenchuchen ...“⁴⁵⁹

Lautersetzungen und -auslassungen sind die häufigsten phonematischen Fehlproduktionen bei der Broca-Aphasie. In der Regel sind die Lautersetzungen den Ziellauten ähnlich. Blumstein fand heraus, dass intendierter und realisierter Laut sich zu 68 % nur in einem distinktiven Merkmal und zu 32 % in mehr als einem distinktiven Merkmal unterscheiden.⁴⁶⁰ Frau N. produzierte z.B. die phonematische Paraphasie „Schiebertochte“ statt „Schwiegertochter.“ Abgesehen von den Auslassungen des /w/ am Wortanfang und des /r/ am Wortende ersetzt sie das /g/ durch das /b/. Diese Laute sind beide stimmhafte Plosive und unterscheiden sich nur im Artikulationsort [velar → labial].

Phonematische Paraphasien können allein aphasische Störung der Aktivierung und Strukturierung phonologischer Wortformen, aber auch Folge einer *Sprechapraxie* sein. Eine eindeutige Interpretation ist nicht möglich.

Auch eine *dysarthrische Störung*, die zu Lautverzerrungen, nivilierender Sprachmelodie, skandierendem Rhythmus und veränderter Phonation führen, kann vorliegen.

Häufig liegt desweiteren eine *prosodische Störung* vor, die auf Wortebene zu einer Akzentverschiebung (z.B. géduscht), auf Satzebene zu einer Zergliederung der Äußerung und zu einer abweichenden Intonation führen kann.

Häufig können sich die nur Patienten unter großer *Sprechanstrengung* äußern, die im Gegensatz zur Sprachanstrengung nicht fluktuiert, sondern permanent da ist. Eine hohe Sprechanstrengung ist die Folge von Störungen des Sprechrhythmus, der Artikulation und der Phonation.

Die Spontansprache von Broca-Aphasikern weist also ein breites Spektrum mit unterschiedlichen Ausprägungen der Symptome auf. Die Broca-Aphasie kann als reiner, gut artikulierter und intonierter Agrammatismus, als Agrammatismus mit Dysprosodie und/oder Dysarthrie auftreten. Möglicherweise steht auch die Sprechstörung im Vordergrund bei geringer Ausprägung des Agrammatismus.

459 Luise Lutz (1992, S. 43)

460 Vgl. S. Blumstein (1973)

Die große Sprach- und Sprechanstrengung haben auf *kommunikativer Ebene* zur Folge, dass die Äußerungen von Broca-Aphasikern zwar informative aber selten interpersonelle Funktion erfüllen, deren Inhalte häufig emotionaler Natur sind und die in alltäglichen Gesprächen von Sprachgesunden eine tragende Rolle spielen.

Unter günstigen Umständen kann sich eine Broca-Aphasie zu einer amnestischen Aphasie entwickeln und sich dann der normalen Sprache annähern.⁴⁶¹

Die Wernicke-Aphasie

Klinisches Bild

Spontansprache. Vorweg ein kurzer Auszug aus einer Bildbeschreibung eines Wernicke-Aphasikers.

(Auf dem Bild ist ein Vater mit drei kleinen Kindern im Wohnzimmer zu sehen.)

„Ja, ich seh das ja hier wie wir, daß, das stimmt ja nun nicht, aber bevorses hier, das ist ein das hier, we weggeschroders hier das, der vorhin is da von weg, damit ich nu sehen kann, das ist die Tür, sie sie die Tür schließt das mittem Schor, Schorftecker und sieht dann ehm die früher machen müssen als sch Schapner selber machen müssen, ehm fällt machen die Apparate ...“⁴⁶²

Auffällig ist eine hektische Redeweise mit vielen Funktionswörtern und wenigen Inhaltswörtern, von denen im vorangestellten Beispiel nur zwei („Tür“ und Apparate“) richtig sind, während der Ursprung der Neologismen⁴⁶³ („Schorftecker“ und „Schapner“) häufig unergründlich bleibt.

Artikulation und *Prosodie* sind meist gut erhalten.

Wernicke-Aphasiker sprechen mit normaler *Sprechgeschwindigkeit* in zusammenhängenden Phrasen mit mehr als vier Wörtern. Luise Lutz (1992) beschreibt die Phrasen bildhaft als Satzschlangen.

Auf der *syntaktischen Ebene* sind lange, komplexe Sätze, die jedoch in der Wahl, der Kombination und der Stellung der Wörter von akzeptablen grammatischen Strukturen abweichen, charakteristisch. Auch die vielen Funktionswörter sind Zeichen eines komplex angelegten Satzbaus⁴⁶⁴. Häufig kommen Verdoppelungen von Satzteilen (z.B. „Bei der Arbeit einfach hörte es einfach auf langsam auf“⁴⁶⁵), Satzverschränkungen (z.B. „dann kann ich auch

461 L. Lutz (1992, S. 44)

462 L. Lutz (1992, S. 45)

463 Wortneuschöpfungen

464 Vgl. Brown (1981)

465 Vgl. Hartje und Poeck (2000, S. 119)

fünf Minuten später weiß ich immer noch nicht⁴⁶⁶) und -abbrüche vor. Flexionsformen und Funktionswörter werden hinsichtlich Kasus, Numerus und Genus oft falsch ausgewählt (z.B. „und die Kopf wurde wieder sehr weh“, „das wir uns besser versteht“⁴⁶⁷). Diese Phänomene werden seit Kleist (1934) als *Paragrammatismus* bezeichnet und dem Agrammatismus bei Broca-Aphasie gegenübergestellt.⁴⁶⁸

Lexikalische Ebene. Lücken im Satz, abgebrochene Sätze und viele Interjektionen („ehm“, „äh“) zeigen oft schon in der Spontansprache Schwierigkeiten, die richtigen Wörter zu finden, an. Häufig werden semantische Paraphasien (z.B. „Licht“ oder „Docht“ statt „Kerze“) oder semantische Neologismen, die in keiner semantischen Relation mehr zum Zielwort stehen (z.B. „Nachtjacke“ statt „Kerze“), produziert. Wenn die Spontansprache fast nur noch aus semantischen Paraphasien und Neologismen besteht, spricht man von einer Jargon-Aphasie.

Ein weiteres Kennzeichen der lexikalischen Störung sind die vielen inhaltsarmen Redefloskeln, (z.B.: „das stimmt ja nun nicht“, „gott sei Dank“) die als *automatisierte Sprachanteile* unbeeinträchtigt neben den teilweise völlig verstümmelten Äußerungen, die den eigentlichen Inhalt betreffen, stehen.

Die *Lautstruktur* von Wernicke-Aphasikern ist häufig von phonematischen Entstellungen durch Veränderungen der distinktiven Merkmale der Ziellaute (z.B. „Tirnspitze“ für „Turmspitze“⁴⁶⁹) oder durch Perseverationen, Antizipationen, Substitutionen, Elisionen und Additionen anderer Phoneme aus derselben Phonemkette betroffen. Oft sind auch Verdoppelungen von Endsilben (z.B. „laufenfen“⁴⁷⁰) im Zuge der Überproduktion zu beobachten. Die Spannweite reicht von gelegentlichen phonematischen Paraphasien bis zu phonematischen Entstellungen, die so massiv auftreten, dass die intentionierten Wörter im Sprachfluss kaum mehr zu identifizieren sind. Dann spricht man von phonematischem Jargon. Die phonologische Regularität wird trotzdem so gut wie nie verletzt, das heißt, dass die produzierten Paraphasien und Neologismen möglichen Formen der jeweiligen Muttersprache entsprechen. Funktionswörter und automatisierte Sprachanteile sind auf phonematischer Ebene unbeeinträchtigt.

Es ergeben sich die folgenden vier Untertypen: Wernicke-Aphasie mit vorwiegend semantischen Paraphasien, Wernicke-Aphasie mit vorwiegend semantischem Jargon, Wernicke-Aphasie mit vorwiegend phonematischen Paraphasien und Wernicke-Aphasie mit vorwiegend phonematischem Jargon. Allen gemein ist jedoch der Paragrammatismus.

466 Huber, Poeck, Weniger, Willmes (1983, S. 18)

467 Vgl. Hartje und Poeck (2000, S. 119)

468 Vgl. De Bleser (1987)

469 Vgl. Hartje und Poeck (2000, S. 118)

470 Vgl. Hartje und Poeck (2000, S. 119)

Ein interessantes und recht häufig bei Aphasien, außer bei globaler Aphasie, zu beobachtendes Phänomen ist das Phänomen der stufenweisen Annäherung an das Zielwort - „conduite d’approche“ - sowohl auf phonematischer als auch auf semantischer Ebene. Besonders bei Benennaufgaben wird es deutlich. Das besondere bei Wernicke-Aphasikern ist jedoch, dass sie nach Erreichen des Zielwortes bzw. eines semantisch oder phonematisch ähnlichen Lexems nicht innehalten, sondern sehr häufig wieder davon abdriften.⁴⁷¹

Das *Sprachverständnis* beim Einzelwortverstehen ist bei der Wernicke-Aphasie stärker gestört als bei amnestischer und Broca-Aphasie. Dieser Abstand vergrößert sich auf Satz- und Textebene.⁴⁷²

Dies, sowie der ungebremste Sprachfluss (Logorrhoe), der sich sehr leicht, z.B. durch Fragen, die eigentlich kurze Antworten erfordern oder sogar nur durch Interjektionen, auslösen läßt, hat natürlich einen erschwerenden Einfluss auf die *Kommunikation* mit Wernicke-Aphasikern. Es kann passieren, dass die Gesprächspartner inhaltlich völlig aneinander vorbeireden. Trotzdem läßt sich der formale Konversationsrahmen wahrscheinlich mit der erhaltenen Fähigkeit, Oberflächenmerkmale, wie z.B. die Intonation von Fragen und Aufforderungen, zu erkennen, aufrechterhalten.

Ein kurzer Gesprächsausschnitt mit einem Jargon-Aphasiker und Luise Lutz:

- „L.L.: Da wo Sie wohnen, haben Sie da auch einen Garten?
Herr J.: Ha ah, das seh ich sofort hier
L.L.: Ja haben Sie da auch einen Garten? Da wo Sie wohnen?
Herr J.: Ja, gah ah ka ur ein geomer, ein teomer vin annern te eh
L.L.: Ja ...
Herr J.: Gehabt un son auch heute den bron denn ein ein fur ah na et den oder oder für mich denn für – Gott, wie schwer ist das denn!
L.L.: Ich kann Sie immer noch nicht gut verstehen, leider! Ich möchte so gern, aber da kommen immer andere Wörter ...
Herr J.: Ich weiß, aber aber ein mies da hab ich denn manches manches so gelies gehackert ja, ach ja, sach ich da stehn für halle sarge was ich wußte ...“⁴⁷³

Im Akutstadium kann es sein, dass der Wernicke-Aphasiker seine eigene Unverständlichkeit nicht bemerkt. „Sie hören sich zwar selbst, hören aber nicht das, was sie wirklich sagen, sondern hören das, was sie sagen *wollen*.“⁴⁷⁴ In dem Glauben richtig zu sprechen, finden sie keine Erklärung dafür, dass sie nicht verstanden werden. Für Nichtbetroffene ist dies äußerst schwer vorstellbar. Hinzu kommt, dass Wernicke-Aphasiker seltener als andere Aphasiker eine Halbseitenlähmung, dem augenscheinlichen Merkmal einer körperlichen Behinderung,

471 Huber u.a. (1975, S. 80)

472 Vgl. Engel (1977)

473 L. Lutz (1992, S. 46)

474 L. Lutz (1992, S. 46)

aufweisen. Sie laufen gegenüber diesbezüglich unerfahrenen Gesprächspartnern Gefahr, als psychisch gestört betrachtet zu werden.

Eine Krankengymnastin beklagte sich bei Luise Lutz über eine Wernicke-Aphasikerin: „Sie macht einfach nicht mit! Ich kann ihr noch so oft sagen, was sie tun soll, sie macht einfach was anderes.“ Die Aphasikerin konnte nur verstehen, dass sie zu etwas aufgefordert wurde, nicht jedoch, wozu. Frustration und Aggression liegen nahe, wenn nicht das nötige Verständnis aufgebracht und entsprechende nichtsprachliche Kommunikationsalternativen gefunden werden.

Unter günstigen Umständen kann sich eine Wernicke-Aphasie so weit bessern, dass sie zu einer amnestischen Aphasie übergeht und sich dann allmählich dem normalen Sprachverhalten nähert⁴⁷⁵.

Die amnestische Aphasie

Klinisches Bild

Die *Spontansprache* amnestischer Aphasiker weicht in Artikulation und Prosodie nicht von der normalen Sprache ab. Die Patienten sprechen flüssig, in längeren Phrasen mit meist mehr als 5 Wörtern. Trotzdem wirkt sie „umständlich, redundant, ungenau, unsicher, häufig gequält.“⁴⁷⁶

Zur Verdeutlichung ein kurzer Auszug von Herrn P. aus dem Untertest „Benennen“ des Aachener Aphasie Test:

(zum Item Koffer)

„Hier haben wir zum Verreisen einen ... einen ... eine Tasche oder einen To einen Ta einen tsch ... einen ähm ... Kofo Koffer einen Kofer einen Koffer“

(zum Item Gürtel)

„Dieses Gerät benutzen wir um um un ... unser ... Hose äh zuzumachen dazu nehmen wir also einen Gürtel.“⁴⁷⁷

Obwohl *Satzbau und Grammatik* an sich ungestört sind, können infolge der Wortfindungsschwierigkeiten viele Satzabbrüche vorliegen und den Anschein, falsch konstruierter Sätze erwecken.

Lexikalische Ebene. Amnestische Aphasiker können ins Stocken geraten, wenn sie etwas Bestimmtes sagen wollen oder sie verwenden ein Wort, daß „haarscharf daneben“ trifft (z.B.

475 L. Lutz (1992, S. 47)

476 L. Lutz (1992, S. 48)

477 L. Lutz (1992, S. 47/48)

„Bleistift“ für „Kugelschreiber“).⁴⁷⁸ Die semantischen Paraphrasien stammen also regelmäßig aus der nahen semantischen Umgebung des Zielwortes.

Lautebene. Auch phonematische Paraphrasien können bei der Annäherung an das gesuchte Wort auftreten, wie im vorangestellten Beispiel deutlich wird, allerdings seltener als semantische.

Das *auditive Sprachverständnis* ist im Gespräch unauffällig und auch bei Tests nicht stärker gestört als bei hirnorganisch Geschädigten ohne Aphasie.

Patienten mit amnestischer Aphasie können ihre *kommunikativen Absichten* trotz der starken Wortfindungsstörungen fast immer mithilfe von Ersatzstrategien, wie z.B. Umschreiben des gesuchten Wortes, Ausweichen in Pantomime umsetzen. Überbrückend verwenden sie häufig allgemeine Floskeln (z.B. „na sie wissen schon“), Stellvertreterworte (z.B. „das Dings da“). Weniger erfolgreich sind perseveratorische Wiederholungen von gerade gebrauchten Wörtern oder das Abbrechen und Fortführen des Themas in variiert Form, wobei der neue Ansatz häufig eher von der eigentlichen Aussage wegführt. Sehr selten kommt es vor, dass eine sprachliche Aussage vollständig abgebrochen wird.

Patienten mit amnestischer Aphasie haben die beste Prognose von allen Aphasikern. Bei 59 % der amnestischen Aphasiker liegt nach 4 Monaten und bei 66 % nach 7 Monaten nach dem Ereignis keine Aphasie mehr vor.⁴⁷⁹

Die globale Aphasie

Klinisches Bild

Spontane Äußerungen fehlen entweder ganz oder sind weitgehend unverständlich. Die wenigen sprachlichen Äußerungen bestehen überwiegend aus Automatismen und stereotyp wiederkehrenden Redewendungen, aus mühsam hervorgebrachten Einzelwörtern oder aus Silben und Lautfolgen, deren Sinn nicht erkennbar ist. Charakteristischerweise ist die Intonation dieser „Wortbrocken“ relativ natürlich.⁴⁸⁰

Auch mit der Unterstützung des Gesprächspartners, z.B. in Form von Anlauthilfen oder Satzanfängen, sind nur selten sprachliche Äußerungen des Patienten aktivierbar. Infolge der großen Sprachanstrengung versuchen manche Patienten sich nur noch mithilfe von Gestik und Mimik zu verständigen.⁴⁸¹

478 L. Lutz (1992, S. 47)

479 Vgl. Hartje und Poeck (2000, Tabelle auf S. 87)

480 L. Lutz (1992, S. 40)

481 Huber, Poeck, Weniger, Willmes (1983, S. 14)

Eine Sonderform der globalen Aphasie, die Luise Lutz (1992) als „*Monophasie*“ bezeichnet, liegt vor, wenn die Spontansprache nur noch aus fortlaufenden sprachlichen Automatismen, sogenannte „recurring utterances“, besteht, die flüssig, gut artikuliert und ohne Sprachanstrengung hervorgebracht werden. Das sind aneinandergereihte immerwiederkehrende Silben, Wörter oder beliebige Phrasen, wie z.B. „sisisi“, „konkon“, „Samstag, Samstag“, „guten Tag, jeden Tag.“ Im Anfangsstadium sind sich die Patienten nicht unbedingt über die Sinnlosigkeit ihrer Äußerungen bewusst, doch auch mit der späteren Erkenntnis können sie die „recurring utterances“ nicht unterdrücken. Ihnen bleibt auf akustischer Ebene nur die intakte Intonation als Ausdrucksmittel für ihre Fragen, Zweifel, Wünsche, Forderungen, Gefühle u.s.w..⁴⁸² Mithilfe beharrlicher intensiver Sprachtherapie können manche Patienten sinnvolle Äußerungen neben den Sprachautomatismen produzieren und zumindest ein Unterdrücken der Automatismen anstreben.

Während des akuten Stadiums verstehen Globalaphasiker maximal einfachste Aufforderungen und Fragen. Kontrollierte Tests belegen, dass sich das *Sprachverständnis* langsam verbessert, aber im Verlauf vergleichsweise schwerer beeinträchtigt bleibt als bei Wernicke-Aphasikern. Das Kommunikationsverständnis - alle Aphasiker verstehen in Gesprächssituationen besser - bessert sich allerdings immer noch schneller als die expressiven Leistungen.

Syntax. Überwiegend liegen Aneinanderreihungen semantisch und phonematisch unpassender Einzelwörter vor, die nur sehr eingeschränkt überhaupt eine syntaktische Struktur erkennen lassen. Ist diese jedoch ersichtlich zeigen sich keine charakteristischen Veränderungen wie beim Agrammatismus oder beim Paragrammatismus.

Lexikalische Ebene. Selten, meist reaktiv, z.B. auf Fragen des Gesprächspartners gelingt es den Patienten, verständliche, situationsadäquate Wörter und Phrasen zu äußern. Überwiegend sind die Äußerungen, wie bereits erwähnt, semantisch und phonemisch entstellt. Außerdem kann ein für den Patienten charakteristisches und begrenztes Inventar an Stereotypen auftreten, die im Unterschied zu den Automatismen einer Gesprächssituation angemessen verwendet werden, z.B. „ach du meine Güte“, „na Sie wissen schon“, „ach ja ach Gott“.

Artikulation. Eine dysarthrische Symptomatik, also eine Sprechanstrengung mit verwaschener Artikulation, kann vorliegen, ist aber kein konstituierendes Merkmal für die globale Aphasie. Die gebesserte globale Aphasie kann in eine Wernicke- oder in eine Broca- Aphasie übergehen, oder aber in eine Mischform, bei der Symptome von beiden Aphasiesyndromen vorliegen.⁴⁸³ Die Mehrzahl der Globalaphasiker erwirbt die Fähigkeit des kreativen

482 L. Lutz (1992, S. 42), Huber, Poeck, Weniger, Willmes (1983, S. 15)

483 L. Lutz (1992, S. 42)

Sprachgebrauchs, Gedanken der Situation angemessen zu formulieren, nicht wieder.

Neurologische und neuropsychologische Begleitstörungen

Paresen und Sensibilitätsstörungen

Die auffälligsten außersprachlichen Störungen nach einem Schlaganfall sind Paresen, normalerweise in Form von Hemiparesen. Sie treten in Verbindung mit Störungen der Oberflächen- und Tiefensensibilität auf. Beim Aphasiker ist zumeist die rechte Seite nach linkshemispherischen Läsionen betroffen. Eine ganze Körperhälfte, aber auch „nur“ ein Arm, ein Bein oder der orofaciale Bereich kann in Mitleidenschaft gezogen sein. Wenn Gesicht und Mund betroffen sind kommt zu der Aphasie eine Störung der Artikulation hinzu. Die Artikulationsbewegungen sind reduziert und man fühlt sozusagen nicht richtig, was man spricht. Wer kann sich nicht an das Gefühl nach einer örtlichen Betäubungsspritze vom Zahnarzt erinnern? Man glaubt, jeder könne sehen, wie schief man ist. Der Aphasiker hat nicht nur das Gefühl. Er ist auch schief. Das hat eine Beeinträchtigung der Mimik also der nonverbalen Kommunikation zur Folge. Da nonverbale Antworten häufig spontaner gegeben werden und mit der inneren Intention eher übereinstimmen als Worte, ist das eine gravierende Veränderung für den Aphasiker selbst und für sein soziales Umfeld. Zudem ist das normale Essen und Trinken erschwert.⁴⁸⁴ Die Behandlung des orofacialen Bereichs übernimmt der Sprachtherapeut mit den Methoden der Propriozeptiven Neuromuskulären Faszilitation (PNF) nach Kabath und Knott (1953), der auf dem Bobath-Konzept basierenden Therapie des Facio-Oralen Traktes nach Kay Coombes (FOTT) oder der Orofazialen Regulationstherapie nach Castillo Morales, die auf den Wirkprinzipien der Bobath- und der Kabath-Therapie beruht. Mittlerweile ist überwiegend anerkannt, dass auch bei der Behandlung des facioaralen Bereiches der gesamte Körper berücksichtigt werden muss. „Die Fußstellung und die Rückenproblematik eines Patienten sind weder von der Psyche noch von der Sprache bzw. der Artikulation zu isolieren.“⁴⁸⁵ Bezüglich des gesamtkörperlichen Therapiekonzeptes, am weitesten verbreitet ist heute das Bobath-Konzept, das rund um die Uhr beachtet werden sollte, ist der Sprachtherapeut auf die Kooperation mit dem Krankengymnasten angewiesen. In diesem Fall bietet sich zumindest eine übergangsweise interdisziplinäre Zusammenarbeit an.

484 Vgl. Abschnitt mit E. Becker (1993, S. 122-124)

485 E. Becker (1993, S. 124)

Störung der visuellen Verarbeitung

Häufig kommt zu der Hemiparese eine Hemianopsie - Halbseitenblindheit - dazu. Beim Aphasiker tritt sie zumeist in Form einer homonymen Hemianopsie auf, die auf beiden Augen die rechte Hälfte betrifft, d.h., der Aphasiker kann alles, was sich rechts von ihm befindet, nicht sehen. Dies muss in der Sprachtherapie Beachtung finden. Z.B. kann mit speziellen Lesegeräten eine Behandlung hemianoptischer Lesestörungen versucht werden⁴⁸⁶. Durch kompensatorische Kopfbewegungen kann der Patient die Sehstörung ausgleichen. Um eine geeignete Strategie zu entwickeln und zu üben, bietet sich eine Kooperation mit dem Neuropsychologen an.

Apraxien

Etwa 80% aller Aphasie-Patienten haben eine ideomotorische Apraxie⁴⁸⁷ nachweislich mit gleicher Häufigkeit bei allen Aphasietypen. In nahezu allen Fällen tritt sie als buccofaciale oder faciobuccolinguale Apraxie auf⁴⁸⁸, bei der die Bewegungen der Gesichts-, Mund-, Lippen- und Zungenmuskulatur nicht intentional ausgeführt werden können. Die sequenzielle Anordnung von Bewegungsfolgen ist gestört, während die elementare Beweglichkeit der Artikulationsorgane erhalten bleibt. Dadurch entstehen Parapraxien in Form von vollständigen Entgleisungen oder fehlerhaften Bewegungselementen beim Ablauf einer komplexen Bewegungsfolge, z.B. Lippen spitzen statt Wangen aufblasen. Die Gesichtsapraxie tritt häufig kombiniert mit phonematischen Paraphasien auf. Hartje und Poeck (2000) bestätigten mit ihren Untersuchungen, dass alle Patienten mit einer Gliedmaßenapraxie auch eine Gesichtsapraxie aufweisen, nicht aber alle Patienten mit einer Gesichtsapraxie haben auch eine Gliedmaßenapraxie. Die Gliedmaßenapraxie tritt demzufolge etwas seltener auf zumeist als sympathische Dyspraxie der linken Hand bei rechtsseitiger Lähmung.⁴⁸⁹ Sprache und Praxie sind unabhängig voneinander in derselben (linken) Hemisphäre organisiert. Die Aphasie kann sich zurückbilden während die Apraxie bestehen bleibt.

486 Vgl. Hartje und Poeck (2000, S. 340)

487 Vgl. Hartje und Poeck (2000, S. 136)

488 Vgl. G. Wirth (1994, S. 713)

489 Vgl. Hartje und Poeck (2000, S. 136)

Konzentrationsfähigkeit

Vor allem während der ersten Zeit der Erkrankung treten plötzliche Konzentrationseinbrüche auf, denn *erstens* erfolgt auf die körperliche Erkrankung bzw. Verletzung, die die Aphasie hervorgerufen hat, eine Schwächung des gesamten Organismus, die auch die Konzentrationsfähigkeit beeinträchtigt. Auch internistische oder andere medizinische Begleiterkrankungen, wie z.B. Herzinsuffizienz, arterielle Verschlusskrankheiten, Diabetes oder Decubitalulcera⁴⁹⁰, sollen hier wenigstens am Rande erwähnt und bedacht sein, da sie die Befindlichkeit des Patienten und folglich die Konzentrations- und Leistungsfähigkeit in Therapiesituationen herabsetzen.

Zweitens beeinträchtigt der psychische Schock infolge der gravierenden Veränderung der individuellen und sozialen Umstände die Konzentrationsfähigkeit.

Und *drittens* bewirkt die Aphasie selbst eine Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit. „Die „Unregierbarkeit“ der Sprachprozesse“⁴⁹¹ hat zur Folge, dass der Aphasiker bei allen Sprachhandlungen sehr viel Energie aufbringen muss. Das Sprechen und Schreiben verlangt eine erhöhte Kontrolle sowie das Verstehen beim Zuhören und Lesen ein verstärktes Bemühen. Diese Anstrengung kann nicht ununterbrochen aufrecht erhalten werden.⁴⁹²

Desweiteren können sich Aphasiker nicht mehr gleichzeitig auf mehrere Dinge, wie Laufen und Sprechen oder Lesen und Essen, konzentrieren. Sie müssen alles nacheinander abhandeln. Es liegt nah, dass es leichter fällt, sich auf eine Person als auf einen größeren Gesprächskreis zu konzentrieren .

Intelligenz

Vielfach wurde in der Literatur die Frage diskutiert, ob eine Aphasie im Zusammenhang mit einer Intelligenzminderung steht. Herausgefunden worden ist, dass jede Hirnschädigung zu einer Verminderung der Intelligenzleistungen führt. Je umfassender die Läsion, desto größer die Beeinträchtigung. Bezüglich der Intelligenzleistungen unterscheiden sich Aphasiker nicht von hirngeschädigten Patienten mit vergleichbaren Läsionen der rechten Hemisphäre. Auf die aphasische Symptomatik hat die Intelligenzminderung keinen großen Einfluss.⁴⁹³

490 E. Becker (1993, S. 122)

491 L. Lutz (1992, S. 52)

492 Vgl. gesamten Abschnitt mit L. Lutz (1992, S. 52)

493 Vgl. gesamten Abschnitt mit Hartje und Poeck (2000, S. 137/8)

Zwei weitere Fallbeispiel von Klapps (2001)

Frau D.

Frau D., auch Oma Ida genannt, lebt seit einem dreiviertel Jahr im Altenheim. Sie ist 93 Jahre alt. Als der Clown Frau D. zum ersten mal begegnete, saß sie so wie ihre Mitbewohner teilnahmslos im Aufenthaltsraum. Er „entführte“ sie in ihr Zimmer und erforschte dort mit ihr zusammen ihre „voraltersheimatlichen“ Vorlieben und Hobbys. Allein die Zuwendung zauberte schon ein Lächeln hervor. Beim nächsten Besuch brachte die Clownin ihre Klarinette mit und sie entdeckten ihre gemeinsame Freude an dem Lieblingslied von Oma Ida. „Die Gedanken sind frei.“ Zuerst brummte sie nur zaghaft mit, denn ihre Stimme war ganz eingerostet. „Im Laufe der Zeit wurde das Brummen zu einem wunderbaren Gesang, der aus dem Zimmer heraus auf den Flur kullerte und dort ein paar sangesfreudige Kollegen zum Mitmachen anstiftete. Oma Ida war dermaßen begeistert, dass sie lachend und kollernd aus dem Sessel „sprang“ und zur Belohnung mit mir Walzer tanzte. Seit dieser Begebenheit ist sie quasi zur Leadsängerin ihrer Station aufgestiegen, hat ihren Humor wiedergefunden und bringt mit ihren Geschichten mittlerweile einige Mitbewohner, die Altenpfleger und auch den Clown zum Lachen.“⁴⁹⁴

Herr J.

Herr J., ein 72 jähriger Mann mit Morbus Parkinson (der rigiden Form), konnte sich nicht aus eigenem Antrieb vorwärts bewegen. „Er stand auf der Stelle wie mit Klebstoff auf dem Boden befestigt.“⁴⁹⁵ Der Clown stellte sich neben ihn, nahm die selbe Körperhaltung ein und versuchte, sich vorwärts zu bewegen, doch nichts ging. Der Mann war Berliner und sang gerne. Also schlug die Clownin ihm vor, „Untern Linden, untern Linden zu singen“ mit ihr zu singen. Sie schmetterten den „Gassenhauer“ und versuchten dabei sich zu bewegen, zunächst ruckartig, dann immer flüssiger und dann in völlig normaler Form. Das funktionierte allerdings nur solange sie sangen. „Sobald das Lied endete, blieb er wie ein angewurzelter Roboter stehen. Sie waren bald ein beliebtes Gesangsduo in der Reha-Einrichtung und beherrschten das komplette Berliner Liedgut. „Heute ist dieser Patient in der Lage, Lieder „innerlich“ zu singen und sich völlig flüssig zu bewegen, auch kann er mal aufhören, Melodien im Kopf anzustimmen und sich trotzdem weiter bewegen. Früher hat Herr J. sehr gerne getanzt. Da er nun im Kopf singen kann bzw. es ihm mittlerweile auch gelingt, sich

494 Vgl. Klapps (2001, S. 137)

495 Vgl. Klapps (2001, S. 136)

nach gehörten Melodien zu bewegen, hat er sich (was er seit 25 Jahren nicht mehr konnte) zu einem „Senioren-Tanzkurs“ angemeldet und schwingt dort einigermaßen flüssig seine Beine.⁴⁹⁶

496 Vgl. Klapps (2001, S. 136/137)

11 Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich diese Magisterarbeit selbstständig und ohne Verwendung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe. Die den Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen habe ich als solche kenntlich gemacht.

Nicola Streifler

Bielefeld, den 27.02.2004