

Die Fähigkeit, in widrigen Lebensumständen eine heitere Perspektive einzunehmen

Langfassung des Gesprächs mit Prof. Barbara Wild im Magazin PPP 02/2023

Über Humor reflektiert Prof. Dr. med. Barbara Wild, Ärztin für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, im Gespräch mit den bvvp Vorstandsmitgliedern Gerhild Rausch-Riedel und Erika Schneider-Kertz.

Gerhild Rausch-Riedel: Liebe Frau Prof. Wild, Sie beschäftigen sich in Ihrem Buch "Humor in Psychiatrie und Psychotherapie" wissenschaftlich mit Humor bei psychisch Erkrankten. Darin stellen Sie ihre Forschungsergebnisse vor, unter anderem mit Probanden, denen Witze erzählt werden. Was passiert im Gehirn, wenn Menschen Humor verstehen?

Barbara Wild: Was mich am meisten erstaunt hat, war, wie viele Areale für die Verarbeitung von Humor aktiviert werden müssen. Da sind natürlich erst mal jene Gebiete, die mit dem Verstehen zu tun haben, also mit dem Gedächtnis, dann visuelle Areale, Sprachareale, die auch bei nonverbal funktionierenden Cartoons aktiviert werden. Dann werden noch Gebiete, die mit Theory of Mind* zu tun haben, aktiviert und Gebiete im Frontalhirn, die mit sozialen und moralischen Einschätzungen zu tun haben. Das betrifft wahrscheinlich auch Fragen wie die, ob man in einer bestimmten Situation lachen darf oder nicht. Auch emotionale Areale werden angesprochen, die zum limbischen System gehören, zum Beispiel die Mandelkerne. Es gibt viele Belege dafür, dass es auch eine Aktivierung im mesolimbischen Belohnungssystem gibt, also im Nucleus accumbens. Witze funktionieren ja so, dass es zuerst einen hinleitenden Teil gibt, und dann kommt die Pointe. Meistens merkt man schon von Anfang an, dass das jetzt ein Witz ist. Bei den Cartoons, die wir für unsere Untersuchung verwendet haben, wurden zuerst nicht-witzige Varianten gezeigt, danach die witzige Variante. Es gab also eine Erwartungsphase und dann die Auflösung. Immer, wenn etwas tatsächlich als witzig empfunden wurde – was ja Geschmackssache ist – gab es diese Aktivierung im limbischen System.

Erika Schneider-Kertz: Da ist also richtig was los im Gehirn. Uns wird ja oft berichtet, gerade von depressiven Patienten, die Antidepressiva einnehmen, dass sie über

Dumpfheit klagen, dass sie Freude gar nicht empfinden können. Haben Sie dazu auch Erfahrungen gemacht, wie es sich mit solchen Patient*innen verhält?

BW: Wir haben keine Kernspin-Studie erstellt, aber wenn ich mit den Patientinnen und Patienten Humor-Training mache, kommt es manchmal vor, dass die Patienten zwar kognitiv verstehen, dass das Gezeigte etwas Witziges ist, aber sie haben eben keinen emotionalen Zugang dazu. Das ist ein ganz typisches primäres Symptom der Depression, die Anhedonie, und ich denke, dass sich das auch auf den Umgang mit Witzigem auswirkt. Manchmal bin ich in der Humor-Trainingsgruppe aber auch richtig erstaunt, wie herzlich dort auch depressive Menschen lachen können. Es ist unterschiedlich, ich weiß übrigens gar nicht, ob das Nicht-lachen-können so viel mit der Einnahme von Antidepressiva zu tun hat. Für mich ist es eher etwas, was mit der Anhedonie einhergeht.

GR-R: Wie erklären Sie sich, dass bei depressiven Patienten, die nicht so mitschwingen können, Humor trotzdem zumindest ein bisschen wirkt und ein Lächeln auslöst, also einen positiven Effekt hat?

ES-K: Es scheint zumindest anzukommen auf eine Weise.

BW: Sehr unterschiedlich, würde ich sagen. Ich habe einmal ein Humor-Training für Patient*innen gemacht, die auf der Warteliste für IPT, Interpersonelle Therapie standen. Sie alle waren dysthym, und nichts schien bei ihnen anzukommen. Das war wirklich furchtbar. Da gab es offenbar diesen inneren Raum nicht, den man braucht, um etwas humorvoll betrachten zu können. Eine Übung im Humor-Training ist zum Beispiel: Wenn ich drei Arme hätte, wofür würde ich den dritten Arm gebrauchen? Da kann man sich alles mögliche Verrückte ausdenken, aber sie konnten es eben nicht. Dann kommen so ernsthafte Dinge, wie: Dann könnte ich noch einen weiteren Löffel festhalten beim Essen, was nicht so sehr witzig ist. Bei diesen Patient*innen ging die Übung gar nicht. Sehr gut funktionierte es hingegen in der Fliedner Klinik in Stuttgart. Als ich sie geleitet habe, hatten wir jede Woche Humor-Training, und da waren immer wieder Patienten und Patientinnen dabei, die nicht chronisch schwer depressiv waren. Es waren auch Menschen mit Zwangsstörung, Angststörung oder Psychosen in der Gruppe. Diese Mischung war ganz gut für eine humorvolle Stimmung.

ES-K: Wenn man die Humorfähigkeit trainiert, was wird dadurch verbessert? Ist es die Fähigkeit, Humor zu verstehen, oder die Fähigkeit, selber humorvoll zu agieren?

BW: Was tatsächlich funktioniert, ist zum einen, dass die Aufmerksamkeit darauf gelenkt wird, dass Humor überhaupt ein Thema ist. Es ist wichtig, dass erst einmal aufgezeigt wird, Humor ist ein wichtiger Teil unseres Lebens, und dass es gut ist, wenn man sich mit Humor beschäftigt. Ein zweiter Faktor ist, sich die Erlaubnis zu

geben, humorvoll zu agieren. Da spielen wir Therapeut*innen eine wichtige Rolle. Wenn wir alles ganz ernst und nur von der Problemseite her sehen, also Defizit-orientiert sind, dann fehlt den Patient*innen dafür oft eine Erlaubnis. Das geht soweit, dass mir ein Patient gesagt hat, dass er am Anfang gedacht hat, dass er nicht lachen darf, weil er doch wegen Depressionen in der Klinik ist. Dem muss man als Therapeutin entgegensetzen, dass er natürlich lachen darf! Selbstverständlich heißt das nicht, dass die Depression vorbei ist, wenn man sich mal erheitert. Aber es bedeutet, dass man auf einem guten Weg ist: Man erlebt, dass auch das eine Möglichkeit ist, wie man mit Schwierigkeiten umgehen kann.

GR-R: Sie unterscheiden zwischen positivem und negativem Humorstil. Der positive Humorstil zielt auf die selbststärkenden Fähigkeiten ab und wirkt spannungsreduzierend; er entwickelt die Fähigkeit, auch bei Stress noch die humorvolle Perspektive zu behalten. Der negative Humor, wie Sarkasmus oder Triezen, beinhaltet eine Entwertung. Betrachten Sie es also als selbstverständlich, dass wir Therapeut*innen nur diesen positiven, adaptiven Humor verwenden dürfen im Umgang mit unseren Patient*innen?

BW: Es ist sicher in den meisten Fällen besser, wenn es nicht um Entwertung geht. Trotzdem kann auch das manchmal ganz gut sein, wenn es gegen jemand Dritten geht. Aber wir sollten wirklich vorsichtig damit sein! Manchmal ist es für Patienten allerdings ganz erleichternd, wenn sie in der Therapie auch mal über jemanden spotten dürfen, ob das jetzt die Chefin ist, der Ehemann oder man selbst. Es bedeutet ja auch, dass man ein bisschen auf Distanz gehen kann zu sich selbst oder zu den Problemen, die sich aufzutürmen scheinen. Schöner ist es natürlich, wenn man es schafft, durch Humor das Selbstwertgefühl aufzuwerten. Es gibt eine italienische Studie, die auch diese Unterscheidung macht. Man hat dort Interviews mit Menschen geführt, die im Gesundheitswesen Covid-Patienten behandelt haben. Dabei haben sie nach Resilienzfaktoren gesucht und herausgefunden, dass der Einsatz von selbststärkendem Humor letztendlich zu einer besseren Lebensqualität geführt hat, trotz der belastenden Erlebnisse im Lockdown und mit leidenden Covid-Patienten und Patientinnen.

ES-K: Was ist mit dem Einsatz von selbststärkendem Humor gemeint?

BW: Wenn man es schafft, Dinge, die einem passieren, mit Humor zu nehmen, ohne sich selber dadurch zu entwerten, also beispielsweise nicht sagt: „Ach, ich bin halt ein Dummchen“, sondern sagt: „Ich habe da was Spannendes beobachtet mit meiner Angst“, und zum Beispiel übertreibt, wovor man Angst gehabt hat. Ja, das kann helfen, mit der Angst besser fertig zu werden.

ES-K: Selbstwertstärkend also ...

BW: Genau.

ES-K: In einem Kölner Lied heißt es: „Über sich selbst lachen zu können, das ist die Kunst.“ Das heißt ja auch, sich distanzieren und beobachten zu können.

BW: Richtig. Ich habe zum Beispiel vorhin mit einer Patientin gesprochen, die gesagt hat: „Da war ich mal wieder Weltmeisterin im Mich-klein-machen.“ Das ist kein richtiger Witz, aber in diesem „Weltmeisterin“, da schwingt schon etwas mit. Sie konnte es jetzt auch mit einem Lächeln sehen, sie kennt das von sich und konnte dann auch noch mal drüber nachdenken, warum ihr das an dieser Stelle passiert ist.

ES-K: Die Hypnosystemikerin würde dann dazu einladen, die Weltmeisterin zu dekorieren.

BW: Ja, genau!

GR-R: Ich finde das interessant, dass Sie diesen negativen Humor gar nicht so ablehnen. Bei Patienten, die Opfer geworden sind, könnte dieser Humor gegen die Ohnmacht ganz gut helfen, so ein Sich-lustig-Machen über den Täter und ihn somit zu entwerten. In dem Sinne wird das ja auch positiv wirkend.

BW: In dem Falle ja. Was aber natürlich nicht möglich ist, dass man Patienten verspottet, das ist natürlich nicht gut.

GR-R: Gibt es Ihrer Meinung nach auch ethische Rahmenbedingungen, an die man sich halten muss beim Anwenden von Humor?

BW: Ganz wichtig ist, dass ich meine Patient*innen nicht entwerte und problematisch ist es, wenn sie sich selber entwerten. Aber in der Phantasie ist ihnen auch das erlaubt. Mordphantasien darf man ja auch äußern, da darf man dann auch heftigere Witze machen. Man sollte das Gesagte nur nicht unkommentiert stehen lassen. Erstmal würde ich lächeln, es ist ja auch ansteckend, wenn jemand lacht. Aber dann würde ich nachfragen, was denn da wirklich drinsteckt, wie das gemeint ist und was für eine Funktion es hat.

ES-K: Wenn man Kolleg*innen befragen würde, wann sie das letzte Mal eine heilende Humor-Sequenz in ihrer Therapie angewendet haben, herrschte bei den meisten wohl zunächst Schweigen. Was sind denn Ihre Beobachtungen? Kommt es wirklich so selten vor? Sind Therapeuten wirklich so humorlos?

BW: Ich mache das Humor-Training für Kollegen und Kolleginnen zum Beispiel in Lindau bei den Psychotherapiewochen und erlebe da schon ein großes Bedürfnis, es zu lernen. Die Kurse sind immer schnell ausgebucht. Da gibt einzelne, die sagen, dass sie es ohnehin in ihre Behandlung integrieren und genauer wissen möchten, was in diesem Bereich gut funktioniert, und andere, die sich bisher gar nicht trauten, und

die eine Anleitung bekommen wollen, wie es gehen könnte. Ich glaube, dass das eine Sache der Persönlichkeit ist, was man zulässt und worauf man eingeht. Humor ist aber etwas, das auch im täglichen Leben vorkommt, und deshalb gehört es auch in die Therapie hinein. Es wäre sonst etwas Künstliches, wenn wir Humor nicht zuließen.

ES-K: Bei der Vorbereitung für das Magazin ist mir aufgefallen, dass Humor in meiner Ausbildung keine Rolle gespielt hat. Meine Ausbildung war ganz seriös an einem analytischen Institut. Ich habe erst sehr viel später bemerkt, dass mir irgendetwas fehlt. Daher kommt auch mein Interesse für Humor in der Therapie, auch dass ich Humor in der Psychotherapie gerne selber einsetze. Aber kann das auch funktionieren, wenn ich von meiner Persönlichkeit her das gar nicht so mag? Kann ich Humor auch quasi wie ein Kochrezept einsetzen?

BW: Es geht weniger darum, dass ich irgendetwas in meiner Therapie einsetze, wie dreimal täglich lachen, sondern ich finde es viel wichtiger, aufzugreifen, was von Seiten der Patienten und Patientinnen kommt, und dann mitzugehen. Da habe ich ja auch die Möglichkeit, entweder erst einmal mitzulachen, das vielleicht auch positiv zu konnotieren, indem ich beispielsweise sage: „Jetzt können Sie ja darüber lachen, oder? Jetzt nehmen Sie es mit Humor“, dass ich das Ganze also noch einmal markiere. Oder dass ich ganz steif dasetze und sage: „Ja, aber nun lassen Sie uns wieder zum Ernst kommen.“ Das kann jeder für sich entscheiden, ob das passt oder nicht. Dass ich von mir aus etwas Witziges einbringe, das ist seltener. Dafür braucht es dann eine gute therapeutische Beziehung, dafür muss schon ein Gefühl der Sicherheit zwischen den Patienten und mir gewachsen sein.

GR-R: Man kann Patient*innen Humor ja nicht wie ein Medikament verabreichen, aber es ist wichtig - wie bei Deutungen in der Psychoanalyse – ihn im richtigen Moment und an der richtigen Stelle einzusetzen. Ist es also eine Kunst, Humor in der Psychotherapie zu „verwenden“? Welchen Wert geben Sie diesem Humor-Aspekt in der therapeutischen Beziehung?

BW: Wenn Humor da sein kann, ist es wertvoll, einfach weil es die therapeutische Beziehung noch mal stärken kann. Nicht umsonst legen wir ja auch in Freundschaften Wert darauf, dass wir den gleichen Humor haben, dass wir zusammen lachen können. Bei aller therapeutischen Abstinenz finde ich, dass solche Momente sein dürfen, in denen etwas ankoppelt, so ein „Moment of Now“ nach Daniel Stern. Wenn man zusammen lacht, dann ist da eine Übereinstimmung, und insofern finde ich den Aspekt sehr wertvoll. Hinzukommt, dass es auch etwas Lustvolles hat. Erheiterung ist einfach eine angenehme Emotion. Ich unterrichte an meinem Institut ja viele Kunsttherapeuten und Kunsttherapeutinnen, und die haben den Vorteil, dass ihre Tätigkeit ja meistens etwas Lustvolles ist, etwas Schönes, etwas Haptisches, und es gibt ein Ergebnis, das

hinterher auf dem Papier ist. Mit Humor, finde ich, ist das auch so etwas Lustvolles. In der Kunsttherapie und ganz besonders in der Theatertherapie gibt es natürlich viele solche Momente. In der Kunsttherapie entsteht Humor ja manchmal erst einmal aus dem Gefühl des Unvermögens heraus, wenn irgendwelche Strichmännchen aufs Papier gebracht werden, die dann aber etwas von Cartoons haben. Ich glaube, dass das auch dazu beiträgt, dass Kunsttherapie so gut ankommt und hilfreich ist.

ES-K: Das wäre dann das Übertreibende im Cartoon, das auch wieder eine neue Perspektive bietet.

BW: Ja, genau!

ES-K: Mit Interesse habe ich den Bericht in Ihrem Buch von Beat Hänni zum Thema Psychotherapie in verschiedenen Lebensaltern und den Einsatz von Humor gelesen. Ist Humor denn altersabhängig? Erwerbe ich ihn irgendwann und gebe ich ihn später wieder ab?

BW: Humor ist für mich viel mehr als Witze verstehen und erzählen. Humor ist eine Fähigkeit, also auch variabler als eine Charaktereigenschaft. Es ist die Fähigkeit, auch in widrigen Lebensumständen eine heitere Perspektive einnehmen zu können und dass man diese Perspektive auch anderen Menschen nahebringen kann. Wenn man das so versteht, dann haben ganz kleine Kinder diese Fähigkeit erst mal nicht. Die lachen eher über Sachen, die schief gehen, über etwas, das runterfällt, was nicht zusammenpasst. Aber kleine Kinder haben ein unglaublich ansteckendes Lachen, insofern machen sie schon früh Erfahrungen damit, andere Leute mit ihrem Lachen zu inspirieren. Wenn wir älter werden, haben wir natürlich auch sehr viel mehr Wissen, Weltwissen, und lachen daher über andere Dinge. Auch die Fähigkeit, eine Theory of Mind* zu bilden, entsteht ja erst im Alter von sieben bis zehn Jahren und bei manchen auch gar nicht. Deshalb wird auch Ironie erst später verstanden. Und wenn man älter wird, dann ist da durchaus eine Fähigkeit zur Gelassenheit, und wenn sich die ausgebildet hat, geht der Humor auch nicht verloren. Es rückt manchmal in den Hitnergurnd, durch Stress oder durch eine Depression, aber es lässt sich wieder hervorholen. Kollegen, die mit älteren Menschen arbeiten, machen das auch gerne mit Rückbesinnung auf Dinge, die in der Kindheit und Jugend erheitert haben – vielleicht irgendwelche frechen Lieder sind oder kleine Anekdoten, und sich daran zu erinnern ist eine Möglichkeit, einen Fuß in die Tür zum Humor zu bekommen.

GR-R: Ich erinnere mich gerade an eine Szene mit meinen Söhnen. Mein kleiner Sohn war ein Baby, neun Monate alt, und hat fürchterlich gelacht, als der Große, der war vier Jahre, Knallbonbons auf den Boden geschmissen hat. Das war so ein freches, ja dreckiges Lachen, und es war so ansteckend für uns alle, es war einfach wunderbar.

Ich könnte mir vorstellen, dass auch gerade alte Menschen nicht mehr über so hoch intellektuelle Witze lachen wollen, sondern auch diese Gelassenheit des ganzen Lebens mitbringen und einfach über so etwas Banales auch eher lachen können. Ist das wirklich so, dass sich einfach nur der Kontext des Humors im Laufe des Lebens ändert?

BW: Ich glaube schon, dass vieles Kontext abhängig ist. Nicht umsonst verstehen sich ja oft die Großeltern und die Enkelkinder da besonders gut. Die Großeltern können sich oft auch wieder auf so ein Spiel einlassen, was im mittleren Alter ja manchmal dem Stress zum Opfer fällt. So ist das auch mit dem Humor.

ES-K: Zum Abschluss noch eine Frage: Haben Sie eine Lieblingsgeschichte? Sagen wir einmal bewusst nicht „Witz“.

BW: Ja, das ist die Geschichte einer Patientin, der das Lachen über eine dritte Person half. Die Patientin hatte Schwierigkeiten mit ihrem Chef. Sie hat eine Filiale geleitet, und der Chef kam alle vier Wochen und hat ihr dann das Leben zur Hölle gemacht, indem er alles, was sie getan hat, infrage gestellt hat, und das war ganz unangenehm. Ich habe dann einmal gesagt: „So alle vier Wochen, das ist ja fast so, als ob die Periode kommt“. Das fand die Patientin komisch und hat es aufgenommen. Nachdem der Chef wieder einmal da gewesen war, hat sie in der Sitzung gesagt: „Es war wieder so weit. Jetzt habe ich wieder meine Tage gehabt.“ Damit haben wir uns natürlich ein bisschen über den Chef lustig gemacht, und das war in dem Fall gut, weil er eben bis dahin so eine große Macht über sie hatte. Ja, das ist so eine der vielen Geschichten.

GR-R: Vielen Dank für das Gespräch.

*Theory of Mind ist die Kompetenz, eigene Emotionen und dadurch entstehende Verhaltensweisen zu verstehen und infolgedessen die Emotionen und Verhaltensweisen anderer Menschen interpretieren und vorhersagen zu können.

Literaturhinweis

Falkenberg, McGhee, Wild

Humorfähigkeiten trainieren

Manual für die psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

ISBN 978-3-608-40065-6

Verlag: Klett-Cotta / Schattauer

Falkenberg ■ McGhee ■ Wild

Humorfähigkeiten trainieren

Manual für die psychiatrisch-
psychotherapeutische Praxis

2., überarbeitete und erweiterte Auflage



 Download-
Material

 Schattauer