

# Heilkraft der Sprache und Kulturarbeit

Internetzeitschrift für Poesie- & Bibliothherapie,  
Kreatives Schreiben, Schreibwerkstätten, Biographiearbeit,  
Kreativitätstherapien, Kulturprojekte

Begründet 2015 von *Ilse Orth* und *Hilarion Petzold* und  
herausgegeben mit *Elisabeth Klempnauer*, *Brigitte Leiser* und *Chae Yonsuk*

für das

„Deutsches Institut für Poesietherapie, Bibliothherapie, Sprachkultur  
und literarische Werkstätten“

an der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien  
und Kreativitätsförderung“ (EAG) in Verbindung mit der  
„Deutschsprachigen Gesellschaft für Poesie- und Bibliothherapie“ (DGPB)

Thematische Felder:

Poesietherapie – Poesie – Poetologie

Bibliothherapie – Literatur

Kreatives Schreiben – Schreibwerkstätten

Biographiearbeit – Narratologie

Narrative Psychotherapie – Kulturarbeit

Intermethodische und Intermediale Arbeit

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Hückeswagen  
Heilkraft Sprache ISSN 2511-2767

**Ausgabe 10/2019**

## Therapeutischer Humor - ein Überblick

*Michael Titze*, Tuttlingen, *Christof T. Eschenröder*, Bremen,

*Waleed A. Salameh*, San Diego \*

(1994/Neueinstellung 2019)

---

\* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: [forschung@integrativ.eag-fpi.de](mailto:forschung@integrativ.eag-fpi.de), oder: [info@eag-fpi.de](mailto:info@eag-fpi.de), Information: <http://www.eag-fpi.com>). Diese Arbeit ist erschienen in: *Integrative Therapie* 3/1994, S. 200-214.

**Zusammenfassung: Therapeutischer Humor - ein Überblick**

Nach der Beschreibung allgemeiner Merkmale der Humorreaktion werden die kathartische Theorie, die Überlegenheitstheorie und Inkongruenztheorie des Humors diskutiert. Die Wirkungsweisen und Techniken des Humors in der Psychotherapie und die Rolle des Humors in verschiedenen Therapieansätzen (Psychoanalyse, Individualpsychologie, Logotherapie, Verhaltenstherapie, Rational-emotive Therapie, Systemische Therapie, Provokative Therapie) werden geschildert.

**Schlüsselwörter:** Humor; kreative Psychotherapie; Psychotherapieschulen.

**Summary: Humor in therapy. A survey**

General characteristics of the humor reaction are described and the cathartic theory, the superiority theory, and the incongruity theory of humor are discussed. The effects and techniques of humor in psychotherapy and the role of humor in different therapeutic approaches (psychoanalysis, Adlerian individual psychology, logotherapy, behavior therapy, rational-emotive therapy, systemic therapy and provocative therapy) are depicted.

**Keywords:** Humor; creative psychotherapy; schools of psychotherapy.

„Humor kann die bitteren Pillen,  
die Patienten manchmal in der Therapie  
schlucken müssen, versüßen.  
Er kann einige der harten psycho-logischen Lektionen,  
die verdaut und assimiliert werden müssen,  
weicher und schmackhafter machen.“  
(Farrelly, Brandsma 1986, S. 154)

## 1. Einleitung

Erst seit wenigen Jahren wird die klinische Anwendbarkeit des spezifisch menschlichen Phänomens *Humor* in psychotherapeutischen Fachkreisen ausdrücklich erkannt und akzeptiert. Bis dahin hatte es zwar eine Menge anekdotischer Hinweise dafür gegeben, daß Lachen gesund bzw. die „beste Medizin“ ist (oder, wie es in der Bibel heißt: „Ein fröhlich Herz tut auch dem Körper gut, den Leib dörrt aus ein kummervoll Gemüt“; *Sprüche* 17, 22). Doch erst der spektakuläre Bericht von *Norman Cousins* (1981) über seinen erfolgreichen Versuch, eine tückische Krankheit durch gezieltes Lachen zu überwinden, ließ auch die Fachwelt aufhorchen (vgl. auch *Moody* 1979).

Dabei waren in der Psychotherapie seit Jahrzehnten gewisse verblüffende bzw. „paradoxe“ Techniken angewandt worden, die indirekt humorbezogen sind (vgl. 3.3). Aber erst in den letzten Jahren erschienen wissenschaftliche Studien, in denen die Bedeutung des Humors für die Psychotherapie gezielt herausgestellt wurde (vgl. *Bloomfield* 1980; *Dimmer et al.* 1990; *Fry, Salameh* 1987; *Furman, Ahola* 1988; *Golan et al.* 1988; *Greenwald* 1975; *Haig* 1986; *Killinger* 1976; *Mindess* 1976; *Reynes, Allen* 1987; *Rosenheim* 1974; *Rosenheim, Golan* 1986; *Salameh* 1983).

Im folgenden wird zunächst die Humorreaktion beschrieben und ein Überblick über verschiedene Theorien des Humors vorgelegt. Anschließend wird der Versuch einer Systematisierung von „Humortechniken“ zur Diskussion gestellt und die Bedeutung des Humors in verschiedenen Therapieformen besprochen.

## 2. Die Humorreaktion

Der Humor ist ein vielschichtiges, ja schillerndes Phänomen. Dies beginnt schon bei der Frage seiner Definition. Manche Autoren (vgl. *Bernhardt* 1985) differenzieren in Anlehnung an *Freud* den Humor ausdrücklich vom Witz. Wir verstehen den Humor hingegen als einen *Sammelbegriff*, der auf verbale (Witz) und nonverbale Mittel (Komik, Karikatur, Klamauk, Schabernack, Parodie) zurückgreift, um den physiologischen Reflex des Lachens bzw. Lächelns auszulösen. Dieser Reflex kann gewiß durch eine „Unzahl verschiedener und unverbundener Reizbedingungen hervorgerufen werden“ (*Krech, Crutchfield* 1968, S. 262). Er ist aber insofern der unverkennbare, sozusagen leibhaftige Ausdruck der *Humorreaktion* (*McGhee* 1971), als er das innere Erlebnis eines logischen oder moralischen Normverstoßes indiziert.

*Koestler* (1978/1990) beschreibt den Humor als „die einzige Form der Kommunikation, bei der ein Reiz auf einer hohen Stufe der Komplexität eine stereotype, vorhersehbare Reaktion auf der physiologischen Reflexstufe (= Lachen) auslöst“ (S. 133). Und sie scheint keinen anderen biologischen Nutzen zu haben, als den Menschen „vorübergehend vom Streß zielgerichteter Tätigkeiten“ (ebd.) zu erlösen. Folgerichtig bezeichnet *Koestler* die Humorreaktion, die sich im Lachenentbindet, als einen „Luxusreflex“ (ebd.), der nur dem Menschen zu eigen ist.

*Freud* (1905/1970, S. 217) wies den Humor als „höchststehende Abwehrleistung“ aus, während *Frankl* (1947/1977, S. 74) ihm die Bedeutung einer „Waffe der Seele im Kampf um Selbsterhaltung“ zusprach: dies in Entsprechung zu *Nietzsches* Diktum, der Mensch habe das Lachen nur deshalb erfunden, weil er „das leidendste Tier auf Erden (ist)“ (1973, S. 467). Somit kommt der Humorreaktion insofern auch eine existentielle Bedeutung zu, als „der Humor dem Menschen als Methode dienen kann, sich gegen die Schmerzen und Drohungen der Realität zu verteidigen“ (*Flugel* 1954, S. 714). Dies wird am Beispiel des *Galgenhumors* deutlich (vgl. *Titze* 1985, S. 119ff).

Somit ist die Humorreaktion genuiner Ausdruck eines spezifisch menschlichen Phänomens, das die Einheit von Körper, Seele (Psyche) und Geist unverwechselbar unter Beweis stellt: „Humor ist eine Einstellung, die nur dem Menschen verfügbar und zugänglich ist. Kein Tier ist fähig zu lachen. Diese Einstellung kommt erst im geistigen Raum spezifisch humaner Phänomene zum Vorschein“ (*Frankl* 1946/1975, S. 197f).

Die Beschäftigung mit dem Thema „Humor“ war seit den Tagen der Antike eine Domäne der Philosophie gewesen (*Titze* 1988b). Erst in neuerer Zeit begannen sich auch Psychologen, Biologen, Literaturwissenschaftler und Mediziner für die Humorreaktionen zu inter-

essieren (vgl. *Chapman, Foot 1976; Goldstein, McGhee 1972; Hirsch 1985; Kamper, Wulf 1986; McGhee, Goldstein 1983; Vogel 1992*).

### 3. Theoretische Voraussetzungen für die therapeutische Anwendbarkeit von Humor

Der einschlägigen Literatur (vgl. *Flugel 1954; Keith-Spiegel 1972; Mosak 1987; Titze 1988b*) lassen sich drei grundlegende theoretische Ansätze entnehmen, die für das Verständnis der therapeutischen Bedeutung des Humors von Belang sind:

#### 3.1 Kathartische Theorien

Schon *Darwin (1872)* wies darauf hin, daß Lachen zum homöostatischen Ausgleich innerhalb des Organismus beiträgt, also etwa den Blutdruck stabilisiert, zur Sauerstoffanreicherung im Blut führt, den Kreislauf anregt, die Verdauung fördert und insgesamt eine nachhaltige körperliche Entspannung bewirkt. *Nietzsche* ließ „Zarathustra“ sagen: „Zehnmal mußt du lachen am Tage und heiter sein: sonst stört dich der Magen in der Nacht, dieser Vater der Trübsal“ (1873/1973, S. 295). Die Befunde der modernen „Gelotologie“ (Lachforschung) haben überdies belegt, daß die Humorreaktion zur Stärkung des Immunsystems führt (*Berk et al. 1987, 1991*), zur Schmerzreduktion beiträgt (*Cogan et al. 1987*) und dem Streßabbau förderlich ist (*Lefcourt, Martin 1986*). Übersichtsdarstellungen hierzu finden sich bei *Fry (1971, 1993)*, *McGhee (1991)* und *Rubinstein (1985)*.

Die kathartische Theorie des Humors geht im übrigen auf *Freud* zurück, der – unter Berufung auf *Spencer (1891)* – „das Lachen (als) ein Phänomen der Abfuhr seelischer Erregung“ (1905/1970, S. 118) ausweist. Entsprechend sehen *Reik (1929, S. 113)* und *Strotzka (1976, S. 309)* das Lachen als einen gesunden und notwendigen innerpsychisch bedingten Entlastungsprozeß an. *Hirsch (1985, S. 10)* schreibt in diesem Zusammenhang:

„Das laute Lachen (ist) wie der Nachhall eines harten Kampfes. Der Körper zuckt, die Zähne sind gebleckt, der Atem geht schwer, die Stimme grunzt und schreit. Es mag wohl so sein, daß Lachen immer noch dazu da ist, den Sieg über einen Feind zu feiern; freilich ist das gewöhnlich kein äußerer Feind mehr, sondern irgendein innerer Gegner, das Gewissen vielleicht oder eine Hemmung, ein moralisches Verbot oder ein unterdrückter Haß. Was da festsah, das schüttet man nun im Lachen aus; man sprudelt es mit dem Ausatmen weg.“

#### 3.2 Überlegenheits- und Aggressionstheorien

Gemäß der antiken *Degradationstheorie*, die auf *Aristoteles* zurückgeführt wird, regt die Wahrnehmung von Defekten, Deformierungen

oder auch nur der Häßlichkeit bei einem Mitmenschen zum Lachen an (vgl. Cooper 1922). *Hobbes* (1651/1968) ging entsprechend davon aus, daß Lachen im Gefolge des Erlebens eines „plötzlichen Triumphs“ über einen als minderwertig wahrgenommenen Menschen erfolge.

In diesem Zusammenhang wird die Bedeutung der *Aggressivität* bei der Entstehung der Humorreaktion zentral thematisiert. *Koestler* (1966, S. 45) wies darauf hin, daß es im Alten Testament neunundzwanzig Hinweise auf das Lachen gibt. Davon seien dreizehn mit Geringschätzung, Hohn, Spott oder Verachtung verbunden und nur zwei „kommen aus wirklich fröhlichem Herzen“. In Entsprechung dazu stellte *Gregory* (1924) fest:

„Das Gelächter, das mit dem Menschen aus dem Nebel der Antike auftaucht, scheint einen Dolch in der Hand zu halten. Es gibt in der Literatur der Antike über das Lachen so viele Beispiele für brutalen Triumph, Verachtung und Fußtritte gegen den Besiegten, daß wir annehmen dürfen, daß das ursprüngliche Lachen ausschließlich aggressiv gewesen ist“ (zit. n. *Koestler* 1966, S. 44).

*Freud* (1905) sah im Witz Tendenzen sexuellen und aggressiven Charakters am Werk, die an der kulturbedingten Über-Ich-Zensur „vorbeigemogelt“ würden. Entsprechend betonten *Reik* (1929) und *Grotjahn* (1974) die Bedeutung aggressiver Tendenzen bei der Entstehung der Humorreaktion. (Dies hatte 1744 schon der englische Philosoph *Morris* erkannt, der den Witz als die „Waffe“ und gar „Artillerie“ des Lächerlichmachens ausgewiesen hatte; vgl. *Hügli* 1980, S. 8). Denn der Humor „erspare“ dem Gewissen die Empfindung von Mitleid (*Freud* 1927-28/1970, S. 214) bzw. bewirke eine „momentane Anästhesie des Herzens“ (*Bergson* 1921, S. 131), die aus der Tatsache hergeleitet sei, daß Lachen ein „Erziehungsmittel“ sei:

„Ist Demütigung sein Zweck, so muß es der Person, der es gilt, eine persönliche Empfindung verursachen. Dadurch rächt sich die Gesellschaft für die Freiheiten, die man sich gegen sie herausgenommen hat“ (*Bergson* 1921, S. 131).

Solche Hinweise sind im Hinblick auf die therapeutische Anwendbarkeit von Humor von nicht geringer Bedeutung. Denn der Humor ist in jeder Hinsicht ein schillerndes Phänomen: Er lebt nicht allein von kognitiven bzw. logischen Diskrepanzen und Widersprüchlichkeiten, sondern er baut sich auch im ethischen Spannungsfeld von „Gut“ und „Böse“ auf. Hierin ist die heitere, augenzwinkernde Akzeptanz menschlicher Schwächen ebenso eingeschlossen wie der menschenverachtende Spott des Zynikers.

Nicht alle Autoren haben diesen weitgefaßten Rahmen freilich anerkennen wollen. So differenziert etwa *Bernhardt* (1985, S. 16ff) zwischen dem „guten“ Humor, der als „anzustrebender Wert“ grundsätzlich auf nicht-aggressive Mittel der Komik zu beschränken sei. Ironie, Sarkasmus und Zynismus seien demgegenüber dem Humor *nicht* zu subsumieren. Diese Einschränkung muß aber schon

deshalb problematisch bleiben, weil bekanntlich gerade die Spielarten des sog. Schwarzen Humors die Lachreaktion besonders intensiv auslösen.

Gewöhnlich werden die „bösen“ Formen des Humors als „primitiv“ verstanden, was einerseits Wertung ist, andererseits aber auch ein Hinweis auf ihre Ursprünglichkeit sowohl in phylo- als auch in ontogenetischer Hinsicht. Kinder neigen dazu, „grausam“ und „herzlos“ zu sein, wenn sie andere verlachen. Dies läßt sich dadurch erklären, daß die Wirksamkeit normativ-moralbezogener Kontrollinstanzen (Gewissen, Über-Ich) bei ihnen noch nicht umfassend gewährleistet ist. So gehört das lustvolle Auslachen ebenso zur Realität kindlichen Daseins wie reziprok das schmerzliche Gefühl, selbst ausgelacht zu werden. Beides fördert indes die Herausbildung sozialer Fertigkeiten (Wissen um Spielregeln, „gesunder Menschenverstand“, Gemeinschaftsgefühl, Rollenkonformität (vgl. *Titze* 1985). Wenn Kinder mithin ein Gespür dafür entwickeln, was „komisch“ ist, muß eine Konkordanz mit der *peer group* bestehen. Damit wirkt die Angst vor dem Ausgelachtwerden insofern gruppenstärkend, als sie mit der verstärkten sozialen Anpassungsbereitschaft des Kindes einhergeht.

Dies würde im Einklang zu *Bergsons* Annahme stehen, das Lachen sei ein „Erziehungsmittel“. Tatsächlich weisen die Befunde der Ethologie (vgl. *Eibl-Eibesfeldt* 1967, S. 41f; *Rapp* 1949) darauf hin, daß Lachen gruppenintern kohäsiv wirkt, während es gleichzeitig gegenüber dem Gruppenfremden, dem „Außenseiter“, aggressive Abgrenzungstendenzen signalisiert:

„Das Lachen (ist) wahrscheinlich durch Ritualisierung aus einer neu-orientierten Drohbewegung entstanden, ganz wie das Triumphgeschrei der Gänse. Wie dieses ... erzeugt das Lachen neben der Verbundenheit der Teilnehmenden eine aggressive Spitze gegen Außenstehende“ (*Lorenz* 1963, S. 384).

Sofern ein Kind (z. B. aufgrund bestimmter Stigmatisierungen) aber in die entsprechende Außenseiterposition gelangt ist, wird es sich im Ausgelachtwerden als „komisch“, d. h. als minderwertig, unterlegen und vom sozialen Leben ausgeschlossen empfinden müssen. Dies hat in der Regel zur Folge, daß es zur Herausbildung einer Aggressivität kommt, die frustrationsbedingt ist (vgl. *Dollard et al.* 1970). Sie besitzt gewöhnlich destruktive Wirkungen in Form antisozialen und/oder selbstschädigenden Verhaltens – was die Außenseiterposition des betreffenden Menschen nur noch zusätzlich bestärkt und zu einer umfassenden sozialen Isolation führen kann. Gerade in solchen Fällen dürfte die Anwendung des „relativierenden“ therapeutischen Humors besonders indiziert sein (vgl. *Titze* 1994).

### 3.3 Inkongruenztheorien

Die Humorreaktion (Belustigung, Lächeln, Lachen) wird insbesondere auch durch das Zusammenwirken bestimmter logisch-kognitiver Voraussetzungen ausgelöst, die nach *Koestler* (1978, S. 134) „ungewöhnlich“ sind. Das „normale“ Denken läuft innerhalb jenes in sich konsistenten Bezugsrahmens ab, der durch die bindenden Gesetze der aristotelischen Logik bestimmt wird und in den *Freuds* „Sekundärvorgänge“ bzw. *Adlers* „*common sense*“ eingebunden sind (vgl. *Titze* 1986). Eben diesen Bezugsrahmen transzendiert bzw. „sprengt“ der Humor, indem er konsequent, aber durchaus unsystematisch, eben „verblüffend“, jenen anderen Bezugsrahmen mit einbezieht, in welchem *Freuds* „Primärvorgänge“ bzw. *Adlers* „private Logik“ angesiedelt sind. *Koestler* (1966) bezeichnet diesen Vorgang als „Bisoziation“ und spricht ihm eine grundsätzliche schöpferische Bedeutung zu:

„Wenn zwei voneinander unabhängige Wahrnehmungs- oder Denksysteme aufeinander treffen, ist das Resultat entweder ein Zusammenstoß, der im Lachen endet, oder eine Verschmelzung zu einer neuen geistigen Synthese“ (1966, S. 36).

Diese Erkenntnis ist nicht neu, hatten doch schon im 18. Jahrhundert britische Philosophen in diesem Zusammenhang die Termini „Inkongruenz“ bzw. „Inkonsistenz“ gebraucht (vgl. *Titze* 1988b, S. 9f). *Bergson* (1921, S. 80ff) sprach von „Interferenz“, *Plessner* (1950, S. 111) von der „Einheit des Gegensinnigen“ und *Schopenhauer* (1819/1980, S. 122) von „Paradoxie“, wenn er den „Ursprung des Lächerlichen“ zurückführt auf die

„...paradoxe und daher unerwartete Subsumtion eines Gegensatzes unter einen ihm übrigens heterogenen Begriff... Das Phänomen des Lachens (wird demnach bedingt durch) die plötzliche Wahrnehmung einer Inkongruenz zwischen einem solchen Begriff und dem durch denselben gedachten realen Gegenstand, also zwischen dem Abstrakten und dem Anschaulichen“ (ebd.).

Unter Bezugnahme auf die psychotherapeutische Praxis weist *Madanes* (1987, S. 258; vgl. 1989) darauf hin, daß inkongruentes Denken verschiedene Abstraktionsebenen einbezieht und damit einer metaphorischen Kommunikation entspricht. Inkongruenz setze die Fähigkeit voraus, Zusammenhänge aufzulösen, „unlogisch“ zu sein, in *non sequiturs* zu kommunizieren, von einem Subjekt zum anderen zu springen und assoziative Verbindungen zwischen heterogenen Elementen herzustellen.

Die Kommunikationstheoretiker der Palo-Alto-Gruppe (*Bateson, Jackson, Haley, Weakland* 1969) wiesen in einem ihrer ersten Forschungsberichte darauf hin, daß die Vermischung verschiedener Abstraktionsniveaus zu logischen Paradoxien führt. Sie bezogen sich dabei auf die „Logische Typenlehre“ von *Whitehead, Russell* (1910).



Bezogen auf den Humor werden verschiedene Ebenen der Abstraktion zusammengefaßt,

„... wenn plötzlich klar wird, daß eine Botschaft nicht nur metaphorisch gemeint ist, sondern auch wörtlich – und umgekehrt. Das heißt, das explosive Moment im Humor kommt in jenem Augenblick zur Wirkung, in dem die Markierung der Kommunikationsmodi aufgelöst und zu einer neuen Synthese zusammengesetzt wird“ (Bateson et al. 1969, S. 13).

Entsprechend definieren Watzlawick et al. (1974) die paradoxe Wirkung des Humors als „die absichtliche Verwirrung von Element und Klasse“ (ebd., S. 47; vgl. Fry 1964, Kap. VII). Daher spielen Umdeutungen „eine wichtige Rolle im Humor, nur daß dort der zweite Bezugsrahmen, der meist durch die Pointe vermittelt wird, ein *non sequitur* ist, das der Geschichte unvermittelt und unerwarteterweise eine komische Wirkung gibt“ (ebd., S. 118f; vgl. Madanes 1989, S. 123ff).

Der Humor lebt mithin von der Einbeziehung von paradoxen Strategien im Sinne von Übertreibungen, Untertreibungen, logischen Widersprüchen und Verdrehungen, Wortspielereien, absurden („verrückten“) Realitätsdeutungen, Gleichsetzungen des Konkreten mit dem Abstrakten (Metaphorischen) und dem „Umkehren“ (Lächerlichmachen) des Erhabenen: Stets ist dabei „irgend eine Art von kognitiver Diskrepanz miteinbezogen“ (Mosak 1987, S. 25). Es handelt sich hier um einen verblüffenden Vorgang, der das Bezugssystem des logisch disziplinierten Denkens sprengt. Aus der „abrupten Verlagerung des Bewußtseinsstroms in ein anderes Bett, das von einer anderen Logik oder ‚Spielregel‘ beherrscht wird“ (Koestler 1978/1990, S. 155), erfolgt jener „Überraschungseffekt“ (Wilmann 1940, S. 74), der die Humorreaktion auslöst.

Auf den Bereich der Psychotherapie bezogen bedeutet dies, eine gegebene „pathologische Störung als Anstoß zu einer Abwandlung des Bezugssystems zu sehen, zu nehmen und entsprechend zu handeln“ (Blankenburg 1990, S. 129). Dies setzt aber voraus, daß eben diese „Störung“ als ein grundsätzlich *positiver*, „Selbsteilungsversuch“ (ebd., S. 128) *umgedeutet* wird. Der Therapeut wird dabei konsequent daran gehen,

„... den begrifflichen und gefühlsmäßigen Rahmen, in dem eine Sachlage erlebt und beurteilt wird, durch einen anderen zu ersetzen, der den ‚Tatsachen‘ der Situation ebenso gerecht wird und dadurch ihre Gesamtbedeutung ändert“ (Watzlawick et al. 1974, S. 118).

#### 4. Humor in der Psychotherapie

Die therapeutische Relevanz des Humors wird im folgenden beschrieben, und es wird zwischen destruktiven und konstruktiven Formen des Humors unterschieden. Es folgt zunächst eine Zusammenstellung verschiedener „Techniken“ des Humors.

#### 4.1 Dimensionen der therapeutischen Wirkung des Humors

Wie Salameh (1986, S. 157f) ausführte, wird therapeutischer Humor innerhalb folgender Dimensionen wirksam:

(1) Humor ist in *emotionaler* Hinsicht therapeutisch wirksam, da er Hemmungen zu lösen vermag und zu einer Entbindung verdrängter Affekte anregt. Wenn Therapeut und Klient *miteinander* lachen, kommt es zu einem unmittelbaren, spontanen Austausch menschlicher Gefühle im Erleben von freizügiger Gleichwertigkeit.

(2) Humor ist in *kognitiver* Hinsicht therapeutisch wirksam, da er das kreative Potential des Klienten anregt, seine Fähigkeit, Probleme zu lösen, aktiviert, so daß neuartige Zusammenhänge hergestellt, Bewertungen relativiert und Entscheidungsprozesse in Gang gesetzt werden können. Damit fördert der Humor eine explorierende Haltung gegenüber scheinbar unumstößlichen, normativ festgeschriebenen Handlungsabfolgen. Rigide, defensive Verhaltensmuster können dadurch aufgelöst und durch flexiblere ersetzt werden.

(3) In *kommunikativer* Hinsicht kommt dem Humor die Bedeutung eines erfrischenden, entspannenden, originellen und anregenden Kontaktmediums zu. Sofern der Therapeut Humor in angemessener Weise anwendet, ergibt sich zwanglos ein freundlich konstruktiver Umgangston, der zum Entstehen eines positiven Arbeitsbündnisses beiträgt und der eine von professionellen Erhabenheitsansprüchen geprägte unpersönliche oder gar verkrampfte Atmosphäre gar nicht erst aufkommen läßt. Der Humor fördert vielmehr Interaktionsweisen, die von Offenheit und Gleichwertigkeit geprägt sind. Innerhalb dieser besonderen Atmosphäre können die verschiedenen psychotherapeutischen Interventionen wirksam zur Anwendung kommen. Die Erfahrung zeigt, daß die Widerstandsbereitschaft auf seiten der Klienten dabei deutlich verringert ist.

Denn wie im Falle von gelenkten Tagträumen, dem Psychodrama und Rollenspielen kann dem Humor die Bedeutung einer indirekten Form der Kommunikation (vgl. Salameh 1986) zukommen, die buchstäblich entwaffnend wirkt und den Klienten anregt, den vielen zwanglos in die Interaktion einfließenden informellen Botschaften einen kognitiven und emotionalen Sinn zu geben. Es entsteht ein Gefühl von Selbstbestätigung, nachdem es dem Klienten gelungen ist, die humorvolle Botschaft von sich aus decodiert und verstanden zu haben. Dieses Gefühl geht gewöhnlich einher mit einer „Aha“-Reaktion – als Ausdruck der Empfindung, für ein altes Problem eine neuartige Lösung gefunden zu haben. Eben dies ist der Auslöser für die therapeutisch gebotene Perspektiven- und Verhaltensänderung.

## 4.2 Formen therapeutischer Humor Anwendung

Salameh (1983, S. 72ff) legte eine „*Humor Rating Scale*“ vor, die eine Einschätzung therapeutischer Humor Anwendung erlaubt. Der Umgang mit Humor bedarf großer Sorgfalt und Umsicht, um potentielle destruktive Wirkungen auszuschließen. Im folgenden Überblick findet sich eine Beschreibung jener Formen der Humor Anwendung, die im Rahmen der Psychotherapie nicht indiziert sind, und solchen, denen eine therapeutische Wirksamkeit zukommt.

### (1) *Destruktiver Humor*

Wenn ein Therapeut sarkastischen und entwertenden Humor verwendet, werden auf der Seite des Klienten in der Regel Gefühle von Verletztsein und Mißtrauen hervorgerufen. Dies ist stets dann der Fall, wenn der Therapeut eigenen Affekten der Wut oder Verärgerung Luft macht und gegenüber den entsprechenden Auswirkungen auf den Klienten unsensibel und bedenkenlos ist. Dadurch kann die therapeutische Atmosphäre nachhaltig vergiftet werden, und es entsteht ein typischer „bitterer Nachgeschmack“. Dabei kommt es gewöhnlich zu einer Beeinträchtigung der therapeutischen Beziehung und des therapeutischen Prozesses.

*Klinische Vignette:* Therapeut zum Klienten, der über Minderwertigkeitsgefühle im Zusammenhang mit irrationalen Selbstwertproblemen geklagt hat: „Offensichtlich müssen Sie ziemlich mies drauf sein! Mit Ihrem Gesichtsausdruck könnten Sie es schaffen, eine ganze Flotte zu versenken. Außerdem dürften Sie den IQ einer Zwergkiefer besitzen. Andererseits kann es aber auch Vorteile bringen, dumm zu sein. Dann können Sie sich für regelmäßige Zahlungen vom Versorgungsamt qualifizieren!“

### (2) *Schädlicher Humor*

Der Therapeut vermengt Belangloses mit unpassenden ironischen und teilweise sarkastischen Bemerkungen. Wird er sich der Unangemessenheit seines Vorgehens bewußt, versucht er, die schädlichen Wirkungen mittels zusätzlicher Kommunikation zu entschärfen. Dennoch ist diese Form der Humor Anwendung ungeeignet, den therapeutischen Prozeß zu fördern. Hohn und Spott sind mit dem Anliegen therapeutischer Humor Anwendung nicht zu verstehen.

*Klinische Vignette:* Ein Klient berichtet, er sei im Hinblick auf seine Lebensziele verwirrt und unfähig, sich selbst zu verstehen. Der Therapeut antwortet: „Sie bewegen sich also zum Ende der Fahnenstange!“ Klient (nervös kichernd): „Ich nehme an, Sie wollen, daß ich perfekt bin?“ Therapeut (nunmehr selbstkritisch): „Nun ja, äh, manchmal bin ich genauso. Manchmal kann ich auch nicht geradeaus denken.“ Der Therapeut erzählt nun Beispiele aus seinem eigenen Leben, die belegen sollen, daß auch er unvollkommen sein kann. Die dahinterstehende Absicht ist, sich indirekt zu entschuldigen. Somit findet eine allmähliche Ablenkung von den soeben gemachten negativen Erfahrungen des Klienten statt.

### (3) *Minimal hilfreicher Humor*

Der Humor des Therapeuten stellt den Eigenwert des Klienten nicht grundsätzlich in Frage. Insgesamt ist die Humoranwendung im Hinblick auf die Bedürfnisse des Klienten geeignet, diesem eine Möglichkeit an die Hand zu geben, seine Probleme aus einem weniger ernsten Blickwinkel zu beurteilen. Der Humor des Therapeuten beschränkt sich freilich auf bloße Reaktionen gegenüber den Mitteilungen des Klienten, ohne Ausdruck einer aktiven und zielgerichteten Intervention zu sein.

*Klinische Vignette:* Ein Ehepaar berichtet dem Therapeuten über ein zunehmendes Abklingen spontaner sexueller Begegnungen. Geschlechtsverkehr ergäbe sich nur noch anlässlich besonderer Gelegenheiten. Therapeut: „Ihr Sexualleben ist anscheinend mit dem guten alten Weihnachtsbaum zu vergleichen: Es ist ganz schön mühsam, ihn auszusuchen, zu kaufen und zu schmücken. Wenn die Kerzen dann angezündet werden, ist das schon schön: aber das passiert halt nur einmal im Jahr...“

### (4) *Sehr hilfreicher Humor*

Der Humor des Therapeuten befindet sich im wesentlichen in Einklang mit den Bedürfnissen des Klienten. Dadurch wird es diesem möglich, neue Entscheidungsperspektiven zu finden. Spezifische Formen der Fehlanpassung können in diesem Zusammenhang aufgedeckt werden, ohne daß dabei die Achtung vor der personalen Würde des Klienten verloren geht. Neben der konsequenten Förderung der Einsichtsfähigkeit des Klienten erfährt dieser auch Anregungen, selbstschädigende Handlungsbereitschaften bzw. Verhaltensmuster zu erkennen und zu verändern. Gleichzeitig wird die Qualität einer durch Offenheit und Freimütigkeit geprägten therapeutischen Beziehung gewährleistet.

*Klinische Vignette:* Ein zwanghafter Patient weist die Deutungsangebote des Therapeuten konsequent mit der Bemerkung zurück: „Nein, das ist nicht mein Bier!“ Therapeut: „Was ist denn Ihr Bier – bzw. welche Sorte Champagner bevorzugen Sie denn?“

### (5) *Besonders hilfreicher Humor*

Der Humor des Therapeuten stellt gegenüber dem Klienten eine tiefgehende Empathie unter Beweis. Er ist außerdem gekennzeichnet durch Schlagfertigkeit, Spontaneität und eine genaue zeitliche Synchronisierung. Diese Form therapeutischen Humors stellt für den Klienten eine stete Herausforderung dar, sein effektives und intellektuelles Potential voll auszuschöpfen. Dadurch kann eine umfassende kognitive Umstrukturierung in Gang gesetzt werden. Der therapeutisch indizierte Prozeß der Selbsterkenntnis wird gleichsam spielerisch angeregt, indem Probleme humorvoll definiert und in primärprozeßhaft verdichteter Weise präsentiert werden; therapeutisch bedeutsames Material wird in ungewöhnliche Symbole gekleidet,

während neue Lebensziele und Methoden zu ihrer Realisierung fast beiläufig aufscheinen. Die in diesem Zusammenhang entbundene Kreativität therapeutischen Humors kann auf seiten des Klienten entscheidende existentielle Einsichten zu Tage fördern. Nicht zuletzt findet der Klient die Gelegenheit, seinen eigenen Sinn für Humor zu entdecken und – in Übereinstimmung mit anderen Einstellungsänderungen – einzuüben.

*Klinische Vignette:* Während einer Gruppentherapie spricht ein manipulativer Klient zum wiederholten Male über seine vergeblichen Versuche, eine nicht-manipulative Art der Kommunikation zu seinen Mitmenschen herzustellen. Obwohl er dies ehrlich versuche, würden ihm die anderen dies nicht abkaufen und auch nicht auf seine authentische Selbstoffenbarung eingehen. Therapeut: „Ihre Situation erinnert mich an eine Corrida mit Torero und Stier. Wir wissen aber nicht, ob Sie der Stier sind, dessen Abschachtung wir bedauern, oder der Torero, dessen Mut wir bewundern sollen!“ Ein Gruppenmitglied: „Er ist doch gar kein Stier. Er ist es, der *andere Leute* zu Rindviechern macht!“ Der manipulative Klient (lachend): „Letzten Endes muß ich wohl der Torero bleiben. Ich setze an zum Gnadenstoß und warte auf das Olé meines Publikums!“ Alle *unisono*: „Olé!“

#### 4.3 Therapeutische Humortechniken

Salameh (1986, S. 16) nennt Übertreibung, Inkongruenz, Untertreibung und Umkehrung (= Paradoxie) als grundlegende Techniken, um humoristische Wirkungen zu erzielen. In der folgenden Tabelle (vgl. ebd., S. 167f) werden diese Humortechniken noch weiter differenziert und anhand von Fallbeispielen illustriert.

## Therapeutische Humortechniken

Humortechnik	Definition	Fallbeispiel
Überraschung	Belanglose Vorfälle werden überraschend thematisiert, um therapeutische Botschaften zu übermitteln.	Bohrgeräusche vor dem Praxisgebäude. Ein Klient spricht gerade von seiner dominierenden Ehefrau. Therapeut: „Ihre Frau spricht gerade <i>jetzt</i> zu Ihnen!“
Maßlosigkeit	Offensichtliche Übertreibung/Untertreibung im Hinblick auf Größe, Proportion, Zeit, Anzahl, Art und Qualität von Gefühlen und Verhaltensweisen.	Therapeut zu einem Klienten, der seine Depression romantisch verklärt, während er sich gleichzeitig weigert, Verhaltensalternativen in Betracht zu ziehen: „Ich könnte Ihnen schon helfen. Aber ich denke, das würde Ihnen sowieso nichts bringen. Sie wissen ja: schlussendlich müssen wir ohnehin sterben!“
Absurdität	Alles, was albern, unlogisch, unsinnig, verrückt, irrational oder verdreht ist.	Ein junger Geschäftsmann verbringt außergewöhnlich viel Zeit im Büro oder auf Reisen. Er erwähnt, seine Frau habe sich über sein zunehmendes Desinteresse an gemeinsamen sexuellen Kontakten beklagt. Darauf der Therapeut: „Es klingt so, als würden Sie sich erst dann mehr in Ihrer ehelichen Intimsphäre engagieren, wenn Sie das steuerlich geltend machen können!“

Humortechnik	Definition	Fallbeispiel
Die <i>Conditio humana</i>	Sie bezieht sich auf Lebensumstände, mit denen die meisten Menschen konfrontiert sind. Der Therapeut betrachtet sie aus einem humoristischen Blickwinkel, aus dem heraus ihre Bedeutung relativiert erscheint.	Therapeut zu einer perfektionistischen Klientin, die sich unnötig Sorgen macht, ob sie bei der Offenlegung ihrer Gefühle „total ehrlich“ sei: „Wie die Bibel schon sagt, ist es sehr schwierig, durchgehend ehrlich zu sein. Wenn Sie aber eine Ausnahme sein wollen, sollten Sie darin mit dem Umstand, daß Sie eine Schwindlerin sind, nicht wenigstens ehrlich umgehen?“
Inkongruenz (Bisoziation, Paradoxie)	Verknüpfung von zwei gewöhnlich nicht zusammenpassenden Sachverhalten (Ideen, Gefühle, Situationen, Objekte usw.).	Ein negativistischer Klient reagiert auf die Deutungen des Therapeuten gerne mit der Floskel: „Mit diesem Gedankengang hatte ich mich schon längst angefreundet!“ Der Therapeut: „Angefreundet ja. Aber Sie sind damit noch nicht ins Bett gegangen!“
Konfrontation Bestätigung	Diese Art von Humor konfrontiert den Klienten mit seinen fehlgepaßten bzw. selbstschädigenden Verhaltensmustern. Gleichzeitig wird das personale Selbstwertgefühl bestärkt, und zwar unter der Annahme, daß ein konfrontativ-provokativer Humor (vgl. 5.7) erst dann zur Wirkung kommen sollte, wenn er eine ermutigende Komponente mit einschließt.	Ein Klient wird während einer gruppentherapeutischen Sitzung von anderen Teilnehmern mit seinem Zwangverhalten (Schnauben durch die Nase) konfrontiert. Dagegen setzt er sich vehement zur Wehr, indem er auf sein biologisches Recht, „klar zu atmen“, verweist. Therapeut: „Wir alle haben gemerkt, daß Sie sehr viel Kraft und Hingabe besitzen. Aber es ist gar nicht nötig, das alles durch die Nase rauszublasen!“

<p><b>Humortechnik</b></p>	<p><b>Definition</b></p> <p>Verwendung von Doppeldeutigkeiten, Bonmots, Schlagertexten, Anspielungen, gängigen Zitaten und Sprichwörtern zum Zwecke der Übermittlung von therapeutisch relevanten Botschaften.</p>	<p><b>Fallbeispiel</b></p> <p>Therapeut zu einer Klientin, die dazu neigt, sich gerade das vorzuenthalten, was sie eigentlich will: „Sie wissen, daß Oscar Wilde einmal gesagt hat, ich kann allem widerstehen, nur nicht der ‚Versuchung!‘ – Therapeut zu einer Klientin, die angesichts verlockender Lebenssituationen „einen Rückzieher macht“, weil sie kein Risiko auf sich nehmen möchte: „Wenn ich zwischen zwei Übeln zu wählen habe, ziehe ich grundsätzlich dasjenige vor, das ich noch nicht ausprobiert habe.“ – Therapeut zu einem Familienvater, der mit seinen aggressiven Kindern nicht zurechtkommt: „Sie können sich entweder durch konsequenten Rückzug <i>erziehen</i> oder endlich damit beginnen, Ihre Kinder zu <i>erziehen!</i>“</p>
<p><b>Metaphorische Heiterkeit</b></p>	<p>Verwendung metaphorischer Analogien (Märchen, Geschichten, Allegorien, Gleichnisse) für therapeutische Zwecke. Dem Klienten soll damit ein neuartiger Zugang zu alten Verhaltensmustern vermittelt werden.</p>	<p>Ein Klient berichtet, seine zwischenmenschlichen Beziehungen seien unkomplizierter und die entsprechende Kommunikation weniger verwirrend, seit er anderen Menschen zuhören und ihnen ein sachbezogenes Feedback geben könne. Der Therapeut entgegnet: „Es ist wie mit dem Löwen, den Sie im Zoo sehen: Er knurrt Sie an, aber Sie wissen nicht, was es bedeutet. Aber eines Tages wird Sie der Löwe anlachen, und er wird sagen: ‚Hallo Sie da! Ich habe mich entschlossen, Sie anzusprechen.‘“ Und dann sprechen Sie miteinander und werden Briefeffreunde.“</p>



Humortechnik	Definition	Fallbeispiel
Imitation Spiegelung	Humörfolles Imitieren von stereotypen Äußerungen des Klienten, die auf fehlangepaßte Verhaltensmuster zurückzuführen sind.	Ein Klient gibt stets dann einen charakteristischen Zischlaut von sich, wenn er über traurige bzw. ihn „verletzende“ Sachverhalte spricht. Er vermittelt damit den Eindruck, als ob er diese Gefühle unterdrücken wollte. Der Therapeut macht diesen Zwischenlaut immer dann nach, wenn die entsprechenden Themen angesprochen werden. Allmählich gelingt es dem Klienten, betreffende Gefühle bewußter zu spüren und in ihrer Bedeutung zu erkennen.
Relativierung	Bestimmte Ereignisse werden dadurch relativiert, indem sie in einen erweiterten Bezugsrahmen gestellt werden. Dadurch können sie ihre verabsolutierte Erhabenheit verlieren. Mittels einer Relativierung wird die folgende therapeutische Botschaft mitgeteilt: „Nichts ist so ernst, wie wir befürchten! Auch sind die Dinge nicht so nutzlos, wie wir hoffen“ (Jankelevitch 1964).	Ein Klient berichtet über seinen frustrierenden Kampf mit seinen Gewichtsproblemen, obwohl ihm sein Arzt versichert hatte, er habe nur 2-3 Pfund Übergewicht. Der Therapeut: „Nun, ich habe gleich gemerkt, daß seit der letzten Woche Ihre Nase etwas schlanker geworden ist!“

Humortechnik	Definition	Fallbeispiel
Der tragisch-komische „Dreh“	<p>Hier handelt es sich um eine delikate Humortechnik, die beinahe eine chirurgische Präzision erfordert, um die selbstschädigende tragische Energie des Klienten in die heilsame komische Energie zu transformieren. Es beginnt mit einer zeitlich gut abgestimmten (impliziten oder expliziten) Beigesellung der tragischen und komischen Komponenten eines abgegebenen Sachverhalts.</p> <p>Das Resultat ist eine synthetisierende Ausöhnung dieser Inkongruenz (3.3), die sich in der Humorreaktion (Lachen) unmittelbar äußert.</p>	<p>Eine Klientin reagiert mit Weinen und depressiver Verstimmtheit auf jegliche Umweltbelastung. Während einer therapeutischen Sitzung fühlt sie sich neuerlich angespannt und weint erneut. Der Therapeut entgegnet: „Ich vermute, Sie versuchen sich jetzt zu entspannen?“ Das Weinen der Klientin schlägt sofort um in ein frenetisches Gelächter: „Das ist das, was ich wirklich gut kann: gut weinen!“ Der Therapeut: „Vielleicht können Sie sich durch Weinen wirklich gut entspannen!“</p> <p>Die Klientin lacht noch mehr. Der Therapeut fragt sie mit naivem Gesichtsausdruck nach dem Grund. Die Klientin: „Ich denke, daß es neben dem Weinen noch andere Möglichkeiten gibt, meine Gefühle zu zeigen. Das ist es doch, was Sie mir klarmachen wollten?“ Hierüber wird im weiteren Verlauf intensiv gesprochen.</p>
Körperhumor	<p>Der Körper als Ganzes oder auch nur bestimmte Körperpartien werden eingesetzt, um nonverbal zu reflektieren, wie bestimmte fehlangepaßte Manierismen auf die Umgebung wirken. Dadurch wird die Löschung derartiger Muster angeregt.</p>	<p>Ein Klient macht stets dann eine kennzeichnende Handbewegung, wenn er seiner Enttäuschung über das Verhalten anderer Menschen Ausdruck verleihen will. Der Therapeut vollführt eben diese Handbewegung immer dann, wenn der Klient mit dem Verhalten des Therapeuten unzufrieden ist.</p>

## 5. Humor in verschiedenen Therapieformen

Im folgenden wird die Rolle des Humors in sieben verschiedenen Therapieformen besprochen. Da Humor sicher auch in weiteren therapeutischen Ansätzen eine wichtige Rolle spielt, bitten wir vorsichtshalber die Anhänger dieser Therapieformen um Nachsicht für die Unvollständigkeit dieser Übersicht.

### 5.1 Psychoanalyse

Reynes & Allen (1990, S. 261) erwähnen, Freud sei von seinem Freund Fließ darauf aufmerksam gemacht worden, daß „Träume voller Witze“ seien. Strotzka (1976, S. 307) hingegen meint, Freud sei deshalb auf die Bedeutung des Humors für die Psychoanalyse gestoßen, weil „er die Beobachtung machte, daß seine Studenten über analytische Traumdeutungen zu lachen pflegten“. Adamaszek (1985, S. 213) führt Aussagen Freuds an, aus denen hervorgeht, daß viele Patienten regelmäßig zu lachen pflegten, wenn eine Traumdeutung gelungen war. Freuds Darlegungen über die affektive und kognitive Wirkweise von Witz und Humor sind sowohl für das Verständnis der kathartischen als auch der Inkongruenztheorie (vgl. 3.3) von nicht zu unterschätzender Bedeutung.

In diesem Zusammenhang stellte Freud (1905/1970, S. 32ff) zunächst fest, daß die kognitiven Operationen der Witzemacher so ungewöhnlich sind, daß sie vom realen, d. h. logisch normalen Denken abweichen. In diesen Operationen kommt die Eigenart des „primärprozeßhaften“ Denkens, die auch für das Traumgeschehen und die sog. Fehlleistungen bestimmend ist, zur Wirkung. Die Besonderheit dieser Operationen zeigt sich darin, daß sie sich bestimmter Techniken oder „Fertigkeiten“ bedienen, nämlich der *Verschiebung*, *Verdichtung* (die Freud in diesem Zusammenhang auch als „Ersparnis“ bezeichnet), ferner der *Ersatzbildung*, der *Darstellung durch das Gegenteil*, des *Doppelsinns mit Anspielung* sowie der *Unifizierung*, d. h. der Herstellung eines ungeahnten Zusammenhangs.

Freud (ebd., S. 86ff) zeigte ferner, daß es einen Wort- und Gedankenwitz sowie einen nichttendenziösen und einen tendenziösen Witz gibt. Beim tendenziösen Witz unterscheidet er nach einem aggressiven und obszönen Inhalt. Allerdings erkannte er bei seinen weiteren Überlegungen, daß selbst der scheinbar harmlose Witz nie (ganz) tendenzlos ist. Zweck des Witzes ist, wie im Falle aller Primärvorgänge, „Ersparnis“ von unlustförderndem Hemmungsaufwand und somit Gewinn von „Vorlust“. Der Witz orientiert sich somit am *Lustprinzip*.

Den Zusammenhang zwischen Witz und Komik stellt Freud zwar in nicht ganz befriedigender Weise her (vgl. Strotzka 1976, S. 308). Doch unbestreitbar steht fest: „Der Witz wird gemacht, die Komik

wird gefunden...“ (Freud 1905/1970, S. 170). Von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist aber die vorsichtige Anfrage, ob nicht alle Komik im Grunde auf einer Teilidentifikation mit sich selbst *als Kind* beruht:

„Komisch ist das, was sich für den Erwachsenen nicht schickt. Ich mag nicht entscheiden, ob die Herabsetzung zum Kinde nur ein Spezialfall der komischen Herabsetzung ist, oder ob alle Komik im Grunde nicht auf einer Herabsetzung zum Kinde beruht“ (Freud 1905/1970, S. 211).

Über die Beziehung zwischen Komik und Humor schreibt Freud:

„Die Wesensverwandtschaft zwischen (Komik und Humor) ist so wenig zweifelhaft, daß ein Erklärungsversuch des Komischen mindestens eine Komponente zum Verständnis des Humors abgeben muß ... Wir haben gehört, daß die Entbindung peinlicher Affekte das stärkste Hindernis der komischen Wirkung ist. ... Der Humor ist nun ein Mittel, um die Lust trotz der sie störenden peinlichen Affekte (z. B. Mitleid, Ärger, Schmerz, Rührung, Ekel; Anm. d. Verf.) zu gewinnen; er tritt für diese Affektentwicklung ein, setzt sich an die Stelle derselben. ... Die Lust des Humors entsteht ... auf Kosten (einer) unterbliebenen Affektentbindung, sie geht aus erspartem Affektaufwand hervor“ (ebd., S. 212).

Viele Jahre später stellte Freud (1927-28/1970, S. 278) dann fest, das Großartige am Humor sei der „Triumph des Narzißmus“, die „siegreich behauptete Unverletzlichkeit des Ich“. Der Humor sei nicht resigniert, sondern trotzig, er bedeute nicht nur den Triumph des Ich, sondern auch des Lustprinzips, das sich gegen die Ungunst der realen Verhältnisse zu behaupten vermag. Grotjahn (1974, S. 25) spricht in diesem Zusammenhang von einer „triumphalen Freude“ und einem „Sieg des Lustprinzips“. Und wiederum kommt Freud auf das „Kind“ zu sprechen, wenn er schreibt, der humorvolle Mensch behandle sich selbst wie ein Kind und spiele *gleichzeitig* diesem Kinde gegenüber die Rolle liebevoller Eltern (ebd., S. 279): „Dynamisch gesehen ist dies eine Überbesetzung des Über-Ich. War der Witz der Beitrag des Unbewußten zum Komischen, so ist der Humor der Beitrag der Komik durch die Vermittlung eines (verständnisvoll relativierenden, d. Verf.) Über-Ich“ (Strotzka 1976, S. 309). Dies ist insofern bemerkenswert, als „wir das Über-Ich sonst als einen gestrengen Herrn (kennen)“ (Freud 1927-28/1970, S. 281). Somit steht der Humor im Dienste einer couragiert relativierenden Einstellung zum Leben: „Er will sagen: Sieh' her, das ist nun die Welt, die so gefährlich aussieht. Ein Kinderspiel, gerade gut, einen Scherz darüber zu machen!“ (S. 282).

Die „neuen originellen Ideen“ (Strotzka 1976, S. 309), die Freud in seinen humorbezogenen Darlegungen aufscheinen ließ, wurden von den meisten Psychoanalytikern „in ihrer Tragweite ... am wenigsten gewürdigt“ (Reik 1929, S. 5). Auch Strotzka (1976, S. 307) beklagt, daß „immer noch kein Durchbruch zur Erkenntnis der tatsächlichen Bedeutung des Humors für die Metapsychologie im Sinn psychoanalytischen Menschenverständnisses erreicht (wurde)“. Ganz im Ge-

genteil werden von manchen Psychoanalytikern, die dem Humor an sich skeptisch gegenüberstehen, „einige skurril anmutende Gedanken ... vertreten“ (Bernhardt 1985, S. 60). So geht etwa Bergler (1937) davon aus, Humor sei ein Rückzug in die Illusion, bewirkt durch „negative Halluzinationen“. Und im Hinblick auf die therapeutische Anwendbarkeit des Humors ist die Skepsis besonders ausgeprägt. Reynes & Allen (1987, S. 260f) beschreiben in diesem Zusammenhang die Tendenz, ein humoriges Verhalten auf der Seite des Patienten als eine Widerstandsäußerung aufzufassen, die im Hinblick auf ihre Abwehrfunktion zu deuten sei, während der Humor des Analytikers auf eine aus der Kontrolle geratene Gegenübertragung hinweise. Nach Bloomfield (1980, S. 135) ist dabei die Vorstellung bestimmend,

„daß ein guter Analytiker gegenüber seinen Patienten nichts anderes empfindet als eine gleichförmige und milde Benevolenz und daß es nicht zu einem Austausch von Gefühlen kommen darf, insbesondere dann nicht, wenn diese amüsant und angenehm sind oder wenn sie zum Lachen anregen“ (Übers. durch Verf.).

Es gab sogar psychoanalytische Autoren, die ausdrücklich vor dem „zerstörerischen Potential des Humors in der Psychotherapie“ (Kubie 1971, S. 861) gewarnt haben! Insbesondere wurde in diesem Zusammenhang auf die Gefahr hingewiesen, die dem Humor innewohnende aggressive Tendenz aus der Kontrolle verlieren zu können (vgl. Bernhardt 1985, S. 62ff).

In den letzten Jahren ist aber auch in den Reihen der Psychoanalytiker die Zahl der Befürworter einer Integration des Humors angewachsen. Von großer Bedeutung dürfte in diesem Zusammenhang sicher Grotjahns (1974) breit angelegte Monographie „über den Witz, das Komische und den Humor“ (so der Untertitel) gewesen sein. Hier plädiert Grotjahn unverkennbar für die Offenheit des Analytikers gegenüber dem Humor:

„Wenn wir lachen, ‚lassen wir die Katze aus dem Sack‘. Daß wir menschlich sind, brauchen wir unseren Patienten nicht zu zeigen/ wohl aber möchten wir ihnen von Zeit zu Zeit das Beispiel einer spontanen Reaktion geben und die emotionale Freiheit bekunden, die zur Reife gehört. Ein Lächeln ist in solchen Situationen kaum genug, weil es zu häufig ein Zeichen von Überlegenheit ist; der Therapeut lächelt nur für sich selbst“ (ebd., S. 152).

Grotjahn empfiehlt ferner, Deutungen mit Hilfe von Anekdoten zu geben: „eine Methode, die der Therapeut bewußt anwenden kann, während der Patient sie gelegentlich unbewußt anwendet“ (ebd.). Insbesondere im Rahmen einer Gruppentherapie sind Grotjahn zufolge Humor und Lachen von positiver Bedeutung, denn „in der Regel wirkt Lachen gruppenbildend und schließt die Gruppe enger zusammen“ (S. 155f). Und auch der Gruppentherapeut selbst sollte Humor haben: „Das ist der beste Schutz gegen eine Infantilisierung der Gruppe“ (S. 154).

*Strotzka* (1976, S. 309) spricht sich dafür aus, den Humor „in die Reihe der Ich-Abwehrmechanismen“ aufzunehmen: „Die Vernachlässigung des Humors als Abwehrmechanismus kann eigentlich nur dadurch erklärt werden, daß seitens der Psychoanalytiker eine unbewußte Tendenz besteht, den Humor nicht ernst zu nehmen ...“ (vgl. *Korb* 1988; *Pasquali* 1987). *Greenson* (1967, S. 386) schreibt, ein besonders guter Analytiker zeichne sich durch seinen Sinn für Humor, seinen Witz und die Kunst aus, Geschichten zu erzählen. *Kohut* (1966) sieht in der Fähigkeit, humorvoll mit den großen Herausforderungen des Lebens umzugehen, ein wesentliches Kriterium für eine gelungene psychoanalytische Behandlung. *Rose* (1972) weist darauf hin, daß dem Analytiker durch Humor einerseits die Beziehungsherstellung zu früh gestörten Patienten erleichtert und andererseits der Prozeß der emotionalen Strukturierung gefördert wird. Ähnlich hatte schon *Winnicott* (1971, S. 35) argumentiert.

Insgesamt läßt sich also vermerken, daß im Rahmen der psychoanalytischen Literatur keine eigentlichen „Techniken“ der Humor Anwendung diskutiert werden, wohl aber auf die positive Bedeutung einer humorvollen Haltung auf seiten des Therapeuten abgehoben wird.

## 5.2 Individualpsychologie

Die Individualpsychologie entwickelte sich aus der frühen Psychoanalyse heraus, nachdem *Alfred Adler* das „Minderwertigkeitsgefühl“ des Menschen als die eigentliche Voraussetzung menschlicher Lebensdynamik ausgewiesen hatte (vgl. *Titze* 1979). Der Mensch als „Mängelwesen“ muß nach Kompensation seiner Schwächen suchen, indem er sich von Anfang an individuelle „Apperzeptionsschemata“, „Leitlinien“ und (im Hinblick auf das Endziel fiktiver „Überlegenheit“) einen „finalen Lebensplan“ schafft. Diesem primären und „unverstandenen“ Bezugssystem, in welchem grundsätzlich eine ich-bezogene „private Logik“ zur Geltung kommt, wird im Zuge der Sozialisation ein prosoziales normbezogenes Bezugssystem zur Seite gestellt, das sprachlich kodifiziert ist und damit Allgemeingültigkeit besitzt.

*Adler* (1927/1982, S. 179ff) weist darauf hin, daß diese beiden Bezugssysteme gerade bei „witzigen Anekdoten“ transparent werden:

„Während der Zuhörer seine Auffassung dem normalen Bezugssystem entsprechend anwendet, bringt der Erzähler plötzlich ein neues Bezugssystem hinein, das mit dem alten nur in wenigen Punkten zusammenhängt, sonst aber eine ganz neue Beleuchtung hineinträgt. ... Es ist keine Frage, daß auch der Witz eine Revolte gegen das gesellschaftlich-durchschnittliche Bezugssystem vorstellt. Ein guter Witz kann aber nur der sein, bei dem die beiden Bezugssysteme annähernd gleichen Geltungswert zu haben scheinen.“

Die Tatsache, daß die individualpsychologische Therapie auf die konsequente Einbeziehung dieser beiden Bezugssysteme ausgerichtet ist, zieht zwanglos verblüffende bzw. „paradoxe“ Effekte nach sich. So beschrieb *Adler* schon 1914, erstmals in der Geschichte der Psychotherapie (*Mozdierz et al. 1976; Titze 1977*), am Beispiel eines Falles von Schlaflosigkeit eine entsprechende Verfahrensweise:

„Braucht man (einen raschen Erfolg), so wird er am ehesten zu haben sein, wenn man den Patienten kurz, unverblümt und geschickt darüber belehrt, daß die Schlaflosigkeit ein günstiges Zeichen einer heilbaren seelischen Erkrankung sei ...“ (*Adler 1924/1974a, S. 173*).

Einem kleinen Mädchen, das seine Familie jeden Morgen mit Weinkrämpfen, stundenlangem Frisieren und dergleichen mehr zu tyrannisieren pflegte, trug *Adler* auf: „Schreibe mit großen Buchstaben auf einen Zettel und hänge ihn über dein Bett: „An jedem Morgen muß ich meine Familie in größte Spannung versetzen!“ (*Adler 1930/1974, S. 31*). Einem Patienten, der an Magen- und Atembeschwerden litt, die durch unbewußtes Luftschlucken verursacht waren, gab er diesen Ratschlag: „Wenn Sie nach draußen gehen wollen und darüber in einen Konflikt geraten, schnappen Sie schnell nach Luft!“ (*Adler 1929/1981, S. 108f*).

Dieses für die damaligen Verhältnisse sehr ungewöhnliche Verfahren wurde zunächst als „negationäre Taktik“, später als „Antisuggestion“ bezeichnet (vgl. *Titze 1977*). *Dreikurs* schrieb hierzu im Jahre 1932 (*S. 171f*):

„Einen ganz eigenartigen Trick, der nicht nur überraschend prompt wirkt, sondern auch theoretischen Einblick in den Mechanismus des nervösen Symptoms gewährt, stellt ein Verfahren dar, das *Adler* schon wiederholt beschrieben hat und dem *Wexberg* den Namen „*Antisuggestion*“ gab. Er besteht darin, daß man in nicht verletzend Weise und unter irgendeinem Vorwand dem Patienten rät, gerade das zu üben, was er bis jetzt scheinbar bekämpft hat, also sein Symptom zu verstärken.“

Weder *Adler* noch seine entsprechenden Mitarbeiter sprachen in diesem Zusammenhang von „Paradoxien“. Allerdings wurde insofern eine Verbindung zum Bereich des Humors hergestellt, als es *Adler* geradezu „zu einer Methode entwickelt (hatte), fast jedem Patienten zu sagen, daß es Scherze gibt, die der Struktur seiner eigenartigen Neurose vollkommen gleich sind ...“ (*Adler 1933/1973, S. 179*). *Bernhardt* (1985, S. 78ff) bringt im übrigen zahlreiche Hinweise auf *Adlers* Humor in der therapeutischen Praxis, wozu die konsequente Verwendung von scherzhaften Anspielungen und Anekdoten gehörte.

In der Nachkriegszeit haben amerikanische *Dreikurs*-Schüler eine Reihe von *konfrontativen* Methoden entwickelt (*Allen 1971, S. 41ff; Corsini 1983; vgl. auch Titze 1979, S. 323ff*), die insofern humorbezogen sind, als sie auf die *Übertreibung* lebensstilspezifischer Sachverhalte abzielen (Beispiel: „Da Sie die ganze Welt als feindlich ansehen,

müssen Sie unbedingt angespannt, auf dem Sprung sein. Weshalb sollten Sie da Ihre Spannungssymptome verlieren wollen?“).

Eine weitere individualpsychologische Methode, Klienten indirekt und humorvoll mit der „unverstandenen (privaten) Logik ihres primären Bezugssystems“ zu konfrontieren, ist die *konspirative Allianz* (Titze 1987). Sie zielt darauf ab, den Klienten indirekt mit den unverstandenen Zusammenhängen seiner „privaten Logik“ zu konfrontieren. Der Therapeut nimmt dabei verständnis- und humorvoll Partei für das „kleine Kind im Klienten“, d. h. er deckt dessen unbewusste Meinungen, Ziele und Handlungsstrategien indirekt auf, indem er sich die Sache dieses „Kindes“ identifikatorisch spiegelt (Beispiel: „Ich an Ihrer Stelle würde die Leute in dem Glauben lassen, daß es mir schlecht geht. Damit könnte ich sie einwandfrei zwingen, sich mehr um mich zu kümmern!“).

Die „konspirative Allianz“ läßt sich auch bei sog. „Lachgruppen“ (Titze 1993) herstellen. Hier geht es darum, möglichst viele jener beschämenden „Schwächen“, „Peinlichkeiten“ und „Ausrutscher“, die sich die Teilnehmer im Laufe ihres Lebens „geleistet“ hatten, im Sinne einer heiteren „Spielhaftigkeit“ (Fry 1968, S. 6ff) vorzuführen, wie sie für den kindlichen Humor (Wolfenstein 1954) kennzeichnend ist.

### 5.3 Logotherapie

Die von Viktor E. Frankl begründete Logotherapie scheint auf den ersten Blick eine sehr „ernsthafte“ psychotherapeutische Verfahrensweise zu sein, denn ihr eigentlicher Gegenstandsbereich ist die personale Dimension des Geistes oder des „Noetischen“ (was allerdings nicht mit dem Intellekt oder der Ratio allein verwechselt werden darf). Hier werden jene Entscheidungen getroffen, die existentiell bedeutsam sind. Hier entbindet sich die spezifisch menschliche *Intentionalität*, die Fähigkeit, sich auf Ziele einzustellen, die insofern sinnstiftend sein können, als sie das Individuum „über sich selbst“, d. h. die Dimension seiner psychischen Gebundenheit hinauswachsen lassen. Diese Fähigkeit zur „Selbst-Distanzierung“ und „Selbst-Transzendenz“ offenbart sich spezifischerweise gerade im Humor, dem damit eine herausragende existentielle Bedeutung zukommt:

„Nichts läßt den Patienten von sich selbst so sehr distanzieren wie der Humor. Der Humor würde verdienen, ein Existential genannt zu werden. Nicht anders als die Sorge (Heidegger) und die Liebe (Binswanger)“ (Frankl 1959, S. 164; vgl. Blum 1984, S. 222, 226)

Die neurotische Symptomatik manifestiert sich zum großen Teil innerhalb der Dimensionen von Körper und Psyche. Indem der Patient diese zweifellos belastenden Ausdrucksweisen seines leidenden



„Psychophysikums“ (Frankl) „loswerden“ möchte, fixiert er sich auf diese: oftmals so sehr, daß seine „geistige Fähigkeit beschränkt auf die Chancen zur sinnorientierten Selbstentfaltung verbaut (werden)“ (Lukas 1991, S. 78). Je mehr sich der betreffende Mensch also von diesen Symptomen „befreien“ möchte, um so unfreier wird er. Und genau auf dieses Paradoxon zielt die *paradoxe Intention* Frankls ab.

Die *Anweisung* der paradoxen Intention geht dahin, „daß sich der Patient wünschen bzw. vornehmen soll, was er bisher so sehr gefürchtet hat“ (Frankl 1984, S. 24). Dabei wird der Patient gezielt dazu angehalten, (diese Furcht) mit humorvollen Formeln – Humor schafft Distanz. – zu übertreiben ...“ (Frankl 1939, S. 49). „„Heute geh’ ich einmal aus, um mich vom Schlag treffen zu lassen‘, muß sich beispielsweise ein Patient sagen, der an einer Agoraphobie leidet“ (Frankl 1946/1975, S. 185). Entsprechende Fallbeispiele finden sich bei Frankl (1946/1975a, S. 187ff; 1956/1975b, S. 159ff; 1984, S. 35ff, S. 99ff), Lukas (1991, S. 137ff), Seltzer (1986) und Weeks (1985). Blankenburg (1990) erörtert kenntnisreich die wichtigsten „Wirkfaktoren paradoxen Vorgehens in der Psychotherapie“.

Elisabeth Lukas (1991, S. 140) schreibt in diesem Zusammenhang: „Nicht nur ‚jede Krise hat ihre Chance‘ und ‚jedes Leid hat 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*.“

Obwohl die paradoxe Intention als gezielte Interventionstechnik von anderen Autoren ebenfalls angewandt worden ist (vgl. Ascher 1980; Blankenburg 1990; Gerz 1966; Kocourek et al. 1959; Mahoney 1977; Selvini Palazzoli et al. 1977; Titze 1977), blieb es Frankl vorbehalten, ihre Wirkweise vor dem Hintergrund der Existenzanalyse schlüssig darzulegen. Dabei wird der Bezug zum Humor ausdrücklich und konsequent hergestellt. Frankl ist daher der wichtigste Pionier im Hinblick auf die Anwendung therapeutischen Humors. Denn worauf die paradoxe Intention letztendlich abzielt, ist ein existentiell bedeutsamer *Einstellungswandel*, der sich in der Humorreaktion anbahnt, die grundsätzlich relativierend wirkt (vgl. Titze 1985). Wenn der Angstneurotiker gelernt hat, seine verabsolutierende Angst vor den eigenen Symptomen (die stets mit einem tiefgehenden Mißtrauen gegenüber der eigenen Person einhergeht) der Lächerlichkeit preiszugeben, wird eben dieser Angstaugenzwinkernd „der Wind aus den Segeln genommen“. Der Therapeut soll an diesem Umstellungsprozeß aktiv teilhaben, indem er seinen eigenen „Mut zur Lächerlichkeit“ unter Beweis stellt und so die Humorreaktion in Gang setzt:

„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 irgend-

wie zu ironisieren. Zwar mag das Symptom, dem sich die paradoxe Intention zunächst 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*“ (Frankl 1959, S. 164).

## 5.4 Verhaltenstherapie

Die lerntheoretisch orientierte Verhaltenstherapie geht davon aus, daß neurotische Störungen ähnlich wie andere emotionale Reaktionen und Verhaltensweisen durch Lernprozesse wie klassisches Konditionieren, operantes Konditionieren (Lernen am Erfolg) und Modellernen erworben werden. Durch die gezielte therapeutische Anwendung dieser Lernprinzipien können unerwünschte Reaktionen abgeschwächt oder beseitigt werden und erwünschte Reaktionen aufgebaut oder verstärkt werden (Wolpe 1972; Kanfer, Phillips 1975). Seit den siebziger Jahren wurden diese behavioristisch lerntheoretischen Ansätze durch kognitive Theorien und Therapiemethoden ergänzt. Diese „kognitive Wende“ in der Verhaltenstherapie hat dazu geführt, daß der Einfluß von Gedanken, Phantasien und Einstellungen auf die Entstehung, Aufrechterhaltung und Überwindung von psychischen Störungen in Theorie und Praxis der Verhaltenstherapie sehr viel stärker als früher berücksichtigt wird (vgl. z. B. Hautzinger et al. 1992; Margraf, Schneider 1990).

Es gibt bisher nur wenige Berichte über die Verwendung humoristischer Methoden in der Verhaltenstherapie (vgl. Bernhardt 1985, S. 83f, 86-90). Ventis (1987, S. 151) glaubt, daß ein komplexes kognitives Phänomen wie Humor nur schwer in ein behavioristisches Konzept integriert werden könne; es sei dagegen besser mit den neueren kognitiven Konzepten der Verhaltenstherapie vereinbar. Nach Ventis (1987, S. 154f) kann von Therapeuten eingeführter Humor Klienten dabei helfen, eine mit Angst oder Ärger assoziierte Situation auf neue konstruktive Art zu betrachten; der assoziative Kontext einer Situation wird auch verändert, wenn ein Klient dazu in der Lage ist, sie auf humoristische Art zu interpretieren oder zu kommentieren.

In Einzelfallstudien wurden humoristische Szenen im Rahmen der systematischen Desensibilisierung bei sozialer Angst (Ventis 1973) und bei starkem Ärger (Smith 1973) eingesetzt; dabei führte der Therapeut bei der Beschreibung der problematischen Situation komische slapstickartige Elemente ein, ohne dies vorher anzukündigen. Die positiven Effekte dieses Vorgehens kann man entweder mit dem Konzept der Gegenkonditionierung erklären oder sie als Auswirkungen einer kognitiven Umstrukturierung interpretieren.

Auch beim Selbstsicherheitstraining können humoristische Methoden im Rollenspiel eingesetzt werden. Ventis (1987, S. 159) benutzt

die Methode der Übertreibung, um gehemmten Klienten deutlich zu machen, was in einer sozialen Situation schlimmstenfalls passieren könnte. So antwortete er einer schüchternen Klientin, die den Gesang ihres Freundes gegenüber einer Zimmergenossin verteidigte, im Rollenspiel: „Was?! Dir gefällt dieses unsägliche Katzengewinsel?“ Die Klientin lächelte und erkannte, daß sie wohl kaum mit einer so extremen Reaktion ihrer Zimmergenossin rechnen mußte. Durch die überzogene Reaktion des Therapeuten konnte sie ihre Erwartungen relativieren und korrigieren. *Ventis* (1987, S. 161f) weist darauf hin, daß der Therapeut durch sein Verhalten als Modell für den konstruktiven Gebrauch von Humor wirken kann; vom Klienten ausgehender Humor kann er durch Verstärkung fördern – sei es, indem er ihm Komplimente für seinen Sinn für Humor macht oder indem er einfach herzlich darüber lacht.

Auch die imaginative Methode des „übertriebenen Rollenspiels“ von *Arnold Lazarus* (1980, S. 45ff) soll hier noch erwähnt werden. Dabei stellt sich der Klient eine andere Person vor, die mühelos mit einer Situation fertig wird, die für den Klienten problematisch ist; er soll dann das Verhalten des erfolgreichen Modells imitieren. So empfahl der Therapeut einem schüchternen Mädchen, die mit einem attraktiven Mann ausgehen wollte, sie solle sich vorstellen, „daß sie in Wirklichkeit eine Prinzessin in Inkognito sei, die sich dazu herabgelassen hat, mit einem Bürgerlichen auszugehen“ (ebd., S. 46). Auch wenn *Lazarus* das „übertriebene Rollenspiel“ nicht explizit als humoristische Methode bezeichnet, zeigen seine Fallbeispiele, daß komische Aspekte dabei eine Rolle spielen.

### 5.5 Rational-Emotive Therapie (RET)

Der amerikanische Psychologe *Albert Ellis* entwickelte die rational-emotive Therapie (RET) in der Mitte der fünfziger Jahre. Dieser Therapieansatz geht von dem Grundgedanken aus, daß neurotische Störungen nicht direkt durch äußere Ereignisse verursacht werden; die Gefühle und Verhaltensweisen der Person werden nach *Ellis* vielmehr durch die gedankliche Bewertung dieser Ereignisse bestimmt. *Ellis* (1977a, S. 63-90) formuliert eine Reihe von „irrationalen Ideen“, die seiner Ansicht nach weit verbreitet sind und fast zwangsläufig neurotisierend wirken. Dazu gehören z. B. die Meinung, es sei absolut notwendig, von jeder anderen Person in seinem Umfeld geliebt oder anerkannt zu werden, oder die Überzeugung, man sei nur dann ein wertvoller Mensch, wenn man stets kompetent, tüchtig und leistungsfähig sei.

In der RET wird versucht, sowohl auf der kognitiven als auch auf der Verhaltensebene die starren, verabsolutierten Einstellungen in

Frage zu stellen, die psychischen Problemen zugrunde liegen, und flexiblere Denk- und Handlungsweisen zu fördern (Ellis, Grieger 1979; Eschenröder 1977). Dies kann sowohl auf ernsthafte als auch auf humoristische Weise geschehen. In dem Aufsatz „Fun as Psychotherapy“ weist Ellis (1977b) darauf hin, daß emotionale Störungen auf der Tendenz zur übermäßigen Ernsthaftigkeit und zur Übertreibung oder „Katastrophisierung“ beruhen; daher sind humoristische Methoden besonders geeignet, um den dysfunktionalen Charakter dieser Denkmuster aufzudecken und sie in Frage zu stellen.

Ellis verwendet verschiedenartige humoristische Methoden; er treibt Dinge ins Extrem (als Gegenmittel zur neurotischen Übertreibung), reduziert Ideen bis zur Absurdität, benutzt Ironie, Wortspiele, Kraftausdrücke und Slangwörter, um auf dramatische Art die eingefahrenen Denkweisen von Klienten zu unterbrechen. Wenn ein Mitglied einer Therapiegruppe sich wegen eines Fehlers selbst verdammt, betont Ellis: „Natürlich würde niemand in dieser Gruppe jemals so einen Fehler machen! Wir alle sollten Sie besser ein Leben lang boykottieren!“ Oder er geht ins andere Extrem und bezweifelt, ob ein so geringfügiges Fehlverhalten ausreichend ist, um weiterhin das Recht zu haben, Mitglied einer Gruppe von kompletten Versagern zu bleiben (Ellis 1977b, S. 265). Weiterhin hat er zu populären Melodien eine Reihe von neuen Texten geschrieben, in denen verbreitete irrationale Einstellungen in ironischer Form dargestellt werden. Diese „rational songs“ können vor allem in Gruppentherapien und Workshops eingesetzt werden, um rationale Botschaften in humoristischer Form zu vermitteln (Ellis 1976).

Zu den verhaltensorientierten Methoden der RET mit humoristischem Charakter gehören die „schamreduzierenden Mutproben“ (*shame-attacking exercises*; vgl. Schwartz 1987, S. 147ff; Ellis 1989, S. 152ff). Sie sind vor allem für Klienten mit sozialen Ängsten geeignet, die sich starr an konventionellen Normen orientieren und sich auf keinen Fall blamieren oder unangenehm auffallen wollen. Bei den Übungen führt der Klient absichtlich Verhaltensweisen aus, die er als peinlich, lächerlich oder ungewöhnlich empfindet, z. B. um Geld betteln, in der Straßenbahn die Stationen laut ausrufen, die Zeitung von gestern zum Sonderpreis anbieten, sich in einer Drogerie über das Angebot von Präservativen beraten lassen.

Durch diese Übungen können Katastrophenerwartungen über die Reaktionen anderer Menschen überprüft werden, und der Klient kann lernen, auch mit Ablehnung oder spöttischen Bemerkungen anderer umzugehen. Der Verstoß gegen soziale Regeln löst zunächst meist starke Ängste aus; im Laufe der Übungen kommt es aber häufig zu einem Umkippen der Stimmung, wobei sich die Anspannung durch Lachen löst. Der Klient macht die Erfahrung, daß er eine

Situation als amüsant oder komisch empfindet, die er noch vor kurzem als schrecklich peinlich bewertet hatte.

## 5.6 Systemische Therapien

Die therapeutischen Ansätze, die als „systemische Therapie“, „strategische Therapie“ oder „Familientherapie“ bezeichnet werden, gehen von der Annahme aus, daß psychische Probleme von Menschen im Kontext zwischenmenschlicher Interaktionen entstehen. Diese Probleme können gelöst werden, wenn es gelingt, die problematischen Interaktionsmuster oder die Bedeutungen, die ihnen von den beteiligten Personen gegeben werden, zu verändern (vgl. *de Shazer* 1989; *Fisch et al.* 1987; *Madanes* 1989; *Watzlawick et al.* 1974). Die gemeinsame therapeutische Arbeit mit mehreren Familienmitgliedern wird in der systemischen Therapie häufig für sinnvoll gehalten; aber auch eine „Familientherapie ohne Familie“ (*Weiss, Haertel-Weiss* 1991), also eine systemisch orientierte Einzeltherapie ist möglich. Nach *Weiss & Haertel-Weiss* (1991, S. 95) können humorvolle Äußerungen des Therapeuten den Patienten entlasten und ihm die Distanzierung von seinem Problem erleichtern. Eine gewisse Leichtigkeit im Tonfall kann dem Patienten signalisieren, daß der Therapeut sein Problem nicht für so tragisch und beschämend hält.

Unter den familientherapeutischen Autoren hat sich besonders *Cloé Madanes* (1989, S. 117-138) ausführlich mit der Bedeutung des Humors in der Therapie beschäftigt. Sie weist darauf hin, daß es zwei verschiedene Möglichkeiten für humorvolle Interventionen gibt: „Die eine benutzt hauptsächlich die Sprache, um Situationen neu zu definieren. Die andere organisiert Handlungen, die den Ablauf von Ereignissen verändern und die Interaktionssequenzen modifizieren“ (S. 118). Gut eingespielte destruktive Verhaltensmuster können unterbrochen werden, wenn Patienten die Anweisung erhalten, auf eine ungewöhnliche, aus dem Rahmen fallende Art zu reagieren. Solche „unpassenden“ Verhaltensweisen wirken auf die Beteiligten oft komisch und führen manchmal dazu, daß sich die Anspannung in einer kritischen Situation durch Lachen auflöst.

*Madanes* schildert den Fall eines jungen Paares, das wegen Streit und Gewalttätigkeit zur Beratung kam. „Sie beschrieben eine Sequenz, bei der die Frau den Mann kritisierte, er sich zurückzog, sie ihn verfolgte und schließlich, frustriert über sein Schweigen, anfang, ihn zu schlagen; zu ihrer großen Bestürzung schlug er zurück, manchmal recht schmerzhaft“ (S.129). Nachdem die Konsequenzen dieser Verhaltensweisen und einer möglichen Besserung für die Beziehung besprochen worden waren, schlug der Therapeut vor, „der Ehemann solle in den nächsten beiden Wochen, jedesmal wenn die Frau seinen Ärger provozierte und besonders wenn sie ihn schlug, seine Hand unter ihren Rock tun oder unter ihre Bluse und sie lieblosen. Einige dieser Kämpfe hatten in der Öffentlichkeit stattgefunden, und diese Anweisung sollte er nötigenfalls auch in der Öffentlichkeit befolgen. Das Paar lachte und

willigte ein. Die Anweisungen wurden sechs Wochen lang wiederholt, und die Gewalttätigkeit und die Auseinandersetzungen verschwanden. Der Mann sagte jedoch, sie hätten zwar nicht die Gelegenheit gehabt, sich an die Anweisung zu halten, da es nicht zu Kämpfen oder Provokationen gekommen sei, er habe jedoch die Möglichkeit gehabt, seine Frau bei verschiedenen Gelegenheiten zu liebkosen“ (ebd.).

Während in manchen Fällen erst durch die Ausführung des beschriebenen Verhaltens eine Änderung bewirkt wird, reicht in diesem Falle anscheinend bereits der Gedanke an das veränderte Verhaltensmuster aus, um einen Wandel herbeizuführen.

Ähnlich wie die von *Madanes* beschriebenen Anweisungen wirkt die Standardintervention: „Tun Sie etwas anderes“ (*de Shazer* 1989, S. 167-178). Wenn sich z. B. Eltern über ein Kind beklagen und behaupten, sie hätten bereits alles mögliche versucht, um das beklagte Verhalten abzustellen, werden sie dazu angeregt, in der betreffenden Situation etwas anderes zu tun, auch wenn es seltsam, verrückt oder abartig erscheinen mag.

Ein Beispiel: Statt auf den Wutanfall seines Kindes mit Strafpredigten oder Schlägen zu reagieren, überreichte ihm der Vater einen Keks, ohne etwas dazu zu sagen. Beim nächsten Mal tanzte die Mutter um das Kind herum. Beide Verhaltensweisen führten prompt zur Beendigung der Wutanfälle; der Teufelskreis des Problems wurde durch diese ungewöhnlichen Verhaltensweisen dauerhaft unterbrochen (ebd., S. 170f).

Auch die von *Watzlawick et al.* (1974) beschriebenen „Symptomverschreibungen“ wirken oft verblüffend oder komisch und ermöglichen dadurch die Auflösung ernsthafter Probleme, unter denen die Beteiligten sehr stark leiden.

Zusammenfassend charakterisiert *Madanes* (1989, S. 137f) die Rolle des Therapeuten bei der Verwendung von Humor folgendermaßen:

„Zu der humorvollen Intervention in der Therapie gehört auch ein Element der Überraschung und des Unerwarteten. Eine humorvolle neue Definition, Erklärung oder Anweisung überrascht die Familie in einer Weise, die der Intervention Stärke, Dramatik und Wirkung verleiht. Der Humor gestattet es der Kreativität des Therapeuten häufig, der Kreativität des Symptoms ebenbürtig zu sein. Um Wirkung zu erzielen, muß ein Therapeut die Fähigkeit haben, Spott zu ertragen, absurd zu erscheinen und eventuell das Gesicht zu verlieren, da das Lachen sich manchmal in unerwarteter Weise gegen den Therapeuten wendet.“

### 5.7 Provokative Therapie

In der von *Frank Farrelly* entwickelten provokativen Therapie spielt der Humor im Gegensatz zu den meisten der bisher vorgestellten Therapiesystemen eine zentrale Rolle (*Farrelly, Brandsma* 1986, S. 127). Eine Grundannahme der provokativen Therapie lautet: „Die psychische Zerbrechlichkeit der Patienten wird in hohem Maße überschätzt – von ihnen selbst und von anderen“ (ebd., S. 55). Nach *Farrellys*

Erfahrung verändern sich Menschen vor allem dann, wenn sie mit einer Herausforderung konfrontiert werden, die sie nicht umgehen können.

Das Verhalten des provokativen Therapeuten, der die Rolle des Teufelsadvokaten spielt, ist für Patienten oft zunächst sehr verwirrend und verblüffend, da der Therapeut Partei für die negative Seite der Ambivalenz des Patienten ergreift und die Patienten drängt, problematische Verhaltensweisen fortzusetzen oder zu verstärken, wobei er „gute“ und einleuchtende Gründe für abweichende Verhaltensweisen erfindet. „Er übernimmt den 'krummen' Teil des therapeutischen Gesprächs, um den Patienten dadurch zu provozieren, den vernünftigen, den geraden und psychologisch angepassten Teil des Gesprächs zu übernehmen“ (ebd., S. 76). Das folgende Beispiel zeigt, wie *Farrelly* ein „attraktives, drogenabhängiges Callgirl“ provoziert, das sich auf die Entlassung aus dem Krankenhaus vorbereitet:

- „T. (ungläubig): Entlassungsvorbereitungen? (*lacht*). Zur Hölle mit Ihren inneren persönlichen Möglichkeiten. Ich denke, es ist ja klar, wie Sie die Auftritte in der Gesellschaft gestalten können.
- C. (protestierend): Gut, Moment – ich kriege einen Job als Kellnerin.
- T. (tut vernünftig): Gut, was wollen Sie denn auf Ihren Füßen 8 Stunden am Tag stehen, wenn Sie dasselbe Geld in 20 Minuten auf dem Rücken liegend machen können?
- C. (*lacht*, aber ernsthaft): Wollen Sie wohl aufhören, so zu reden?!“ (ebd., S. 76f).

*Farrelly* benutzt die unterschiedlichsten humoristischen Methoden in der provokativen Therapie. Neben der verbalen Übertreibung ahmt er Verhaltensweisen von Patienten nach, stellt sie in übertriebener oder verzerrter Form dar und macht sich auch über die eigene Rolle lustig. Er gibt absurde Pseudoerklärungen für pathologische Verhaltensweisen und „beweist“ dem Patienten, daß es sinnlos wäre, sich um eine Veränderung zu bemühen. Er benutzt sowohl schmutzige Wörter aus der Gossensprache als auch pathetische religiös-moralische Ausdrücke (ebd., S. 127-171).

Während *Farrellys* Provokationen oft sehr drastisch und grob wirken, signalisiert er dem Patienten gleichzeitig nicht-verbal Verständnis und Interesse (ebd., S. 85f). Die nicht-verbalen Aspekte seiner Arbeit lassen sich in schriftlicher Form nur sehr schwer darstellen. Darauf weisen auch *Wippich & Derra-Wippich* (1991) hin, die Transkripte von Gesprächen aus Workshops von *Frank Farrelly* veröffentlicht haben. Wie *Adamaszek* (1991, S. 285) deutlich macht, versucht *Farrelly*, seine Patienten durch humoristische Provokation von einem festgefahrenen Weltbild zu befreien; indem sie sich durch Lachen von fragwürdigen Überzeugungen distanzieren, stehen ihnen neue konstruktive Optionen offen.

## 6. Schlußbemerkungen

Wir hoffen, in diesem Aufsatz gezeigt zu haben, daß humoristische Methoden eine Bereicherung für die psychotherapeutische Arbeit darstellen können. Wenn es gelingt, in dem Schauspiel des menschlichen Lebens nicht nur die tragischen, sondern auch die komischen Seiten zu sehen, ist dieser Wechsel der Perspektive nicht nur für den Klienten, sondern auch für den Therapeuten entlastend.

Manchmal werden wir gefragt, ob es denn überhaupt möglich ist, den angemessenen Einsatz von Humor in der Therapie zu erlernen. Eine provokative Antwort auf diese Frage könnte lauten: „Nein, das kann nicht jeder. Das können nur Menschen, die etwas geistige und emotionale Flexibilität besitzen, die nicht glauben, im Besitz der absoluten Wahrheit zu sein, und sich selbst nicht allzu ernst nehmen.“ Wer offen dafür ist, den Sinn für Humor bei sich selbst und bei Klienten zu fördern, kann jedoch verschiedene Möglichkeiten des „Humortrainings“ ausprobieren. Die gründliche Lektüre dieses Artikels (vor allem der Beispiele) war schon ein erster zaghafter Schritt auf der Rutschbahn des Humors, aber es gibt weitere Übungsmöglichkeiten (vgl. *Salameh 1986; McGhee 1991*). Hier nur einige wenige Beispiele:

- (1) Beobachten Sie im Alltag, worüber Sie selbst und andere Menschen lachen oder sich amüsieren.
- (2) Versetzen Sie sich in entspanntem Zustand in vergangene Situationen, in denen Sie locker und humorvoll reagiert haben.
- (3) Notieren Sie sich witzige Sprüche und Redewendungen, wie z. B. „Wer nachtragend ist, hat viel zu schleppen“.
- (4) Versuchen Sie, komische Aspekte eines eigenen Problems herauszufinden, z. B. indem Sie dem Problem einen witzigen Namen geben oder es maßlos übertreiben und dramatisieren.
- (5) Beobachten Sie, worüber Sie und /oder Ihre Klienten in Therapiestunden spontan lachen.
- (6) Überlegen Sie, für welche Probleme von welchen Klienten eine humoristische Sichtweise hilfreich sein könnte. Achten Sie auf das verbale und nicht-verbale Feedback des Klienten, wenn Sie eine humoristische Bemerkung machen.
- (7) Gestehen Sie sich zu, beim Gebrauch von Humor auch gelegentlich Fehler zu machen. Lachen ist die beste Medizin, aber auch diese Heilmethode hat manchmal Nebenwirkungen.

### Zusammenfassung

Nach der Beschreibung allgemeiner Merkmale der Humorreaktion werden die kathartische Theorie, die Überlegenheitstheorie und Inkongruenztheorie des Humors diskutiert. Die Wirkungsweisen und Techniken des Humors in der Psychotherapie und



die Rolle des Humors in verschiedenen Therapieansätzen (Psychoanalyse, Individualpsychologie, Logotherapie, Verhaltenstherapie, Rational-emotive Therapie, Systemische Therapie, Provokative Therapie) werden geschildert.

#### Summary: *Humor in therapy. A survey*

General characteristics of the humor reaction are described and the cathartic theory, the superiority theory, and the incongruity theory of humor are discussed. The effects and techniques of humor in psychotherapy and the role of humor in different therapeutic approaches (psychoanalysis, Adlerian individual psychology, logotherapy, behavior therapy, rational-emotive therapy, systemic therapy and provocative therapy) are depicted.

**Key words:** *Humor; creative psychotherapy; schools of psychotherapy.*

#### Literatur

- Adamaszek, R. (1985): *Trieb und Subjekt. Das Fatale an der Wissenschaftlichkeit der Psychoanalyse.* Bern-Frankfurt: Peter Lang.
- , (1991): Lachen und Therapie. *Integr. Ther.* 17, S. 279-299.
- Adler, A. (1924): *Praxis und Theorie der Individualpsychologie.* Frankfurt: Fischer, 1974.
- , (1927): Zusammenhänge zwischen Witz und Neurose. In: *Psychotherapie und Erziehung* Bd. I. Frankfurt: Fischer, 1982, S. 178-181.
- , (1929): *Neurosen.* Frankfurt: Fischer, 1981.
- , (1930): *Die Technik der Individualpsychologie. Teil II,* Frankfurt: Fischer, 1974.
- , (1933): *Der Sinn des Lebens.* Frankfurt: Fischer, 1973.
- Allen, T. W. (1971): Adlerian interview strategies for behavior change. *Couns. Psychol.* 3, S. 40-48.
- Ascher, M. L. (1980): Paradoxical intention. An experimental investigation. In: Goldstein, A., Foa, E. D. (ed.): *Handbook of Behavioral Interventions,* New York: Academic Press.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., Weakland, J. et al. (1956): *Schizophrenie und Familie.* Frankfurt: Suhrkamp, 1969.
- Bergler, E. (1937): A clinical contribution to the psychogenesis of humor. *Psychoanal. Rev.* 24, S. 34-53.
- Bergson, H. (1921): *Das Lachen.* Jena: Diederichs, 1921.
- Berk, L., Tan, L., Fry, W. F. (1989): Neuroendocrine and stress hormone changes during mirthful laughter. *Amer. Journ. Med. Sciences* 298, S. 390-396.
- Berk, L. S. et al. (1991): Immune system changes during humor associated laughter. *Clin. Res.* 39, S. 124A.
- Bernhardt, J. A. (1985): *Humor in der Psychotherapie.* Weinheim: Beltz.
- Blankenburg, W. (1990): Wirkfaktoren paradoxen Vorgehens in der Psychotherapie. In: Lang, H. (Hg.): *Wirkfaktoren der Psychotherapie.* Berlin-Heidelberg: Springer, S. 122-138.
- Bloomfield, J. (1980): Humour in psychotherapy and analysis. *Int. Journ. Soc. Psychiat.* 26, S. 135-141.
- Blum, A. (1984): Humor und Witz. *Daseinsanalyse* 1, S. 216-230.
- Chapman, T., Foot, H. (eds.) (1976): *Humour and Laughter: Theory, Research & Applications.* London-New York: Wiley.
- Cogan, R., Waltz, W., McCue, M. (1987): Effects of laughter and relaxation on discomfort thresholds. *Jour. Beh. Med.* 10, S. 139-144.
- Cooper, L. (1922): *An Aristotelian Theory of Comedy.* New York: Harcourt.

- Corsini, R. (1983): Konfrontative Therapie. In: Corsini, R. (Hg.): Handbuch der Psychotherapie, Band 1. Weinheim: Beltz; S. 555-570.
- Cousins, N. (1981): Der Arzt in uns selbst. Anatomie einer Krankheit aus der Sicht des Betroffenen. Reinbek: Rowohlt.
- Darwin, Ch. (1872): The expression of emotions in man and animals. In: Barret, P.H., Freeman, R.D. (eds.): The Works of Charles Darwin, Vol.23. London: Pickering, 1989.
- De Shazer, S. (1989): Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dimmer, S., Carroll, J.L., Wyatt, G.K. (1990): Uses of humor in psychotherapy. *Psychol. Rep.* 66, S. 795-801.
- Dollard, J. et al. (1970): Frustration und Aggression. Weinheim: Beltz.
- Dreikurs, R. (1932): Einige wirksame Faktoren in der Psychotherapie. *Intern. Ztschr. Indiv. Psychol.* 10, S. 161-176.
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1967): Grundriß der Vergleichenden Verhaltensforschung. Ethologie. München: Piper.
- Ellis, A. (1976): A Garland of Rational Songs. New York: Institute for Rational Living.
- , (1977a): Die Rational-emotive Therapie, München, Pfeiffer.
- , (1977b): Fun as psychotherapy. In: Ellis, A., Grieger, R. (eds.): Handbook of Rational-Emotive Therapy. New York: Springer, S. 262-270.
- , (1989): Training der Gefühle. München: mvg.
- Ellis, A., Grieger, R. (Hg.) (1979): Praxis der rational-emotiven Therapie. München: Urban & Schwarzenberg.
- Eschenröder, C. (1977): Theorie und Praxis der rational-emotiven Therapie. *Integr. Ther.* 3, S. 91-106.
- Eschenröder, C., Titze, M. (1995): Humor in der Psychotherapie. Frankfurt: Fischer (in Vorbereitung).
- Farrelly, F., Brandsma, J.M. (1986): Provokative Therapie. Berlin: Springer.
- Flugel, J.C. (1954): Humor and laughter. In: Lindzey, G. (ed.): Handbook of Social Psychology, Vol. II. Reading, London: Addison-Wesley, S. 709-736.
- Frankl, V.E. (1939): Zur medikamentösen Unterstützung der Psychotherapie bei Neurosen. *Schweiz. Arch. Neurol. Psych.* 43, S. 26-39.
- , (1947): ... trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager. München: Kösel, 1977.
- , (1946): Ärztliche Seelsorge, München: Kindler, 1975a.
- , (1956): Theorie und Therapie der Neurosen. München: Reinhardt, 1975b.
- , (1959): Grundriß der Existenzanalyse. In: von Gebattel, F., Schultz, J.H., Frankl, V.E. (Hg.): Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Band III. München-Berlin: Urban & Schwarzenberg.
- , (1984): Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Bern: Huber.
- Freud, S. (1905): Der Witz und seine Beziehung zum Unbewußten. Studienausgabe, Bd. IV, Frankfurt: Fischer, 1970, S. 9-220.
- , (1927-28): Der Humor. StA. IV, Frankfurt: Fischer 1970, S. 275-282.
- Fry, F.W. (1968): Sweet Madness. A Study of Humor. Palo Alto: Pacific Books.
- , (1971): Laughter: Is it the best medicine? *Stanford Med. Alumni. Ass.* 10, S. 16-20.
- , (1989): Humor, physiology, and the aging process. In: Nahemow, L., McCluskey-Fawcett, K.A., McGhee, P.E. (eds.): Humor and Aging. New York: Academic Press, S. 81-98.
- , (1993): Medical perspectives of humor. *Humor & Health Letter*, January/February 1993, S. 1-4.
- Fry, F.W., Salemech, W.A. (eds.) (1987): Handbook of Humor and Psychotherapy. Sarasota: Professional Resource Exchange.
- Furman, B., Ahola, T. (1988): The use of humor in brief therapy. *Journ. Strat. System. Ther.* 7, S. 3-20.
- Gerz, H.D. (1966): Über 7-jährige Erfahrungen mit der logotherapeutischen Technik der paradoxen Intention. *Ztschr. Psychoth. Med. Psychol.* 16, S. 25-33.

- Golan, G., Rosenheim, E., Jaffe, Y. (1988): Humor in psychotherapy. *Brit. Journ. Psychoth.* 4, S. 393-400.
- Goldstein, J.H., McGhee, P.E. (eds.)(1972): *The Psychology of Humor*, New York: Academic Press.
- Greenson, R. (1967): *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. New York: Intern. Univ. Press.
- Greenwald, H. (1975): Humor in psychotherapy. *Journ. Contemp. Psychoth.* 7, S. 113-116.
- Gregory, J.C. (1924): *The Nature of Laughter*. London: Kegan Paul.
- Grotjahn, M. (1986): *Vom Sinn des Lachens*. München: Kindler.
- Haig, R.A. (1986): Therapeutic uses of humor. *Amer. Jour. Psychoth.* 40, S. 543-553.
- Hautzinger, M., Stark, W., Treiber, R. (1992): *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hirsch, E. (1985): *Der Witzableiter*. Hamburg, Hoffman & Campe.
- Hobbes, T. (1651): *Leviathan*. Harmondsworth: Penguin, 1968.
- Hügli, A. (1980): Das Lächerliche. In: Ritter, J., Gründer, K. (Hg.): *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Band 5, S. 1-8.
- Jankelevitch, V. (1964): *L'ironie*. Paris: Flammerion.
- Kamper, D., Wulf, C. (Hg.)(1986): *Lachen - Gelächter - Lächeln*. Frankfurt: Syndikat.
- Kanfer, F.H., Phillips, J.S. (1975): *Lerntheoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie*. München.
- Keith-Spiegel, P. (1972): Early conceptions of humor: Varieties and issues. In: Goldstein, J.H., McGhee, P.E. (eds.): *The Psychology of Humor*. New York: Academic Press, S. 3-39.
- Killinger, B. (1976): The place of humor in psychotherapy. In: Chapman, A.J., Foot, H.G. (eds.): *It's a Funny Thing, Humour!* London-New York: Pergamon, S. 133-156.
- Kocourek, K., Niebauer, E., Polak, P. (1959): Ergebnisse der klinischen Anwendung der Logotherapie. In: Frankl, V.E., Gebattel, E., von Schultz, J.H. (Hg.): *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*, Band III. München: Urban & Schwarzenberg.
- Kohut, H. (1966): Forms and transformations of narcissism. *Journ. Amer. Psychoanal. Assoc.* 14, S. 243-272.
- Koestler, A. (1966): *Der göttliche Funke*, Bern-München: Scherz.
- , (1978): *Der Mensch - Irrläufer der Evolution*. Frankfurt: Fischer, 1990.
- Korb, L.J. (1988): Humor: A tool for the psychoanalyst. *Issues in Ego Psychol.* 11, S. 45-54.
- Krech, D., Crutchfield, R.S. (1968): *Grundlagen der Psychologie I*. Weinheim: Beltz.
- Kubie, L.S. (1970): The destructive potential of humor in psychotherapy. *Amer. Journ. Psychiat.* 127, S. 861-866.
- Lazarus, A. (1980): *Innenbilder*. München: Pfeiffer.
- Lefcourt, H.M., Martin, R.A. (1986): *Humor and Life Stress: Antidote to Adversity*. New York: Springer.
- Lorenz, K. (1963): Das sogenannte Böse. Zur Naturgeschichte der Aggression. Wien: Borotha-Schoeler.
- Lukas, E. (1980): *Auch dein Leben hat Sinn*. Freiburg: Herder, 1991.
- Madanes, C. (1987): Humor in strategic family therapy. In: Fry, W.F., Salameh, W.A. (eds.): *Handbook of Humor and Psychotherapy*. Sarasota: Professional Resource Exchange, S. 241-264.
- , (1989): *Hinter dem Einwegspiegel*. Hamburg: ISKO Press.
- Mahoney, M. (1977): Paradoxical intention, symptom prescription, and principles of therapeutic change. *Couns. Psychol.* 17, S. 283-290.
- Margraf, J. Schneider, S. (1980): *Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung*. Berlin: Springer.
- Martin, R.A., Kuiper, N.A., Olinger, L.J. (1993): Humor, coping with stress, self-concept and psychological well-being. *Humor* 6, S. 89-104.
- McGhee, P.E. (1971): Development of the humor response. *Psychol. Bull.* 76, S. 328-348.
- , (1991): *The Laughter Remedy*. Randolph, N.Y.: Selbstverlag.
- McGhee, P.E., Goldstein, J.H. (eds.)(1983): *Handbook of Humor Research*, Vol.I, II. New York: Springer.

- Mindess, H.* (1976): The use and abuse of humor in psychotherapy. In: *Chapman, A.J., Foot, H.C.* (eds.): *Humor and Laughter*. New York: Wiley, S. 331-341.
- Moody, R.* (1979): Lachen und Leiden. Über die heilende Kraft des Humors. Reinbek: Rowohlt.
- Mosak, H.H.* (1987): Ha Ha and Aha. The Role of Humor in Psychotherapy. Muncie: Accelerated Development.
- Nietzsche, F.* (1973): Werke in 3 Bänden. 3. Band: Also sprach Zarathustra; Aus dem Nachlaß der Achtzigerjahre. München: Hanser.
- Olson, H.A.* (1976): The use of humor in psychotherapy. *Indiv. Psychologist* 13, S. 34-37.
- Paquali, G.* (1987): Some notes on humor in psychoanalysis. *Intern. Rev. Psycho-Anal.* 14, S. 231-236.
- Peter, L.J., Dana, B.* (1982): The Laughter Prescription. New York: Ballantine.
- Plessner, H.* (1950): Lachen und Weinen. München: Leo Lehnen.
- Poland, W.S.* (1971): The place of humor in psychotherapy. *Amer. Journ. Psychiat.* 128, S. 635-639.
- Rapp, A.* (1949): A phylogenetic theory of wit and humor. *Journ. Soc. Psychol.* 30, S. 81-96.
- Reik, T.* (1929): Lust und Leid im Witz. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Reynes, R.L., Allen, A.* (1987): Humor in psychotherapy: A view. *Amer. Journ. Psychoth.* 41, S. 260-270.
- Rose, G.* (1972): Fusion states. In: *Giovacchini, P.* (ed.): *Tactics and Techniques in Psychoanalytic Therapy*. New York: Science House, S. 170-188.
- Rosenheim, E.* (1974): Humor in psychotherapy: An interactive experience. *Amer. Journ. Psychoth.* 28, S. 584-591.
- Rosenheim, E., Golan, G.* (1986): Patients' reactions to humorous interventions in psychotherapy. *Amer. Journ. Psychoth.* 40, S. 110-124.
- Rubinstein, H.* (1985): Die Heilkraft Lachen. Bern: Hallwag.
- Salameh, W.A.* (1983): Humor in psychotherapy: Past outlooks, present status and future frontiers. In: *McGhee, P., Goldstein, J.* (eds.): *Handbook of Humor Research, Vol. II*. New York: Springer, S. 61-88.
- , (1986a): Humor as a form of indirect hypnotic communication. In: *Yapko, M.* (ed.): *Hypnotic and Strategic Intervention: Principles and Practice*. New York: Irvington, S. 133-188.
- , (1986b): The effective use of humor in psychotherapy. In: *Keller, P., Ritt, L.* (eds.): *Innovations in Clinical Practice, Vol.V*. Sarasota: Professional Resource Exchange, S. 157-175.
- , (1987): Humor in integrative short-term psychotherapy (ISTP). In: *Fry, W.F., Salameh, W.A.* (eds.): *Handbook of Humor and Psychotherapy*. Sarasota: Professional Resource Exchange, S. 195-240.
- Schopenhauer, A.* (1819): Die Welt als Wille und Vorstellung, II, Kap. 8. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1980.
- Schwarz, D.* (1987): Gefühle erkennen und positiv beeinflussen. Landsberg: mvg.
- Seltzer, L.F.* (1986): *Paradoxical Strategies in Psychotherapy*. New York: Wiley.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, J.* (1977): *Paradoxon und Gegenparadoxon*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Shulman, B.H.* (1971): Confrontation techniques in Adlerian psychotherapy. *Jour. Indiv. Psychol.* 27, S. 167-175.
- Smith, R.E.* (1973): The use of humor in counterconditioning of anger responses: A case study. *Behavior Therapy* 4, S. 576-580.
- Spencer, H.* (1891): The physiology of laughter. In: *Essays, Scientific, Political, and Speculative, Vol. II*. New York: Appleton, S. 452-466.
- Strotzka, H.* (1976): Witz und Humor. In: *Eicke, D.* (Hg.): *Die Psychologie des XX. Jahrhunderts, Bd. II: Freud und die Folgen (1)*. Zürich: Kindler, S. 305-321.
- Titze, M.* (1977): Ist die „paradoxe Intention“ eine individualpsychologische Technik? *Zeitschr. Indiv. Psychol.* 2, S. 103-112.
- , (1979): *Lebensziel und Lebensstil*. München: Pfeiffer.
- , (1985): *Heilkraft des Humors*. Freiburg: Herder.

- , (1986): Affektlogische Bezugssysteme. *Zeitschr. Indiv. Psychol.* 11, S. 103-107.
- , (1987): The „Conspirative Method“: Applying humoristic inversion in psychotherapy. In: *Fry, W.F., Salameh, W.A.* (eds.): *Handbook of Humor and Psychotherapy*. Sarasota: Professional Resource Exchange, S. 287-306.
- , (1988a): Beziehung und Deutung in der Individualpsychologie. In: *Reinelt, T., Datler, W.* (Hg.): *Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozeß*. Berlin-Heidelberg: Springer, S. 39-56.
- , (1988b): Humor und Lachen: Spekulationen, Theorien und Ergebnisse der Lachforschung. *Praxis Spiel + Gruppe* 1, S. 3-12.
- , (1993a): Laughter groups. *Humor & Health Letter*, March/April 1993, S. 1-7.
- , (1993b): Die Bedeutung therapeutischen Humors in der Arbeit mit behinderten Kindern. *Zeitschr. Indiv. Psychol.* 18, S. 307-318.
- Ventis, W.L.* (1973): Case history: The use of laughter as an alternative response in systematic desensitization. *Behavior Therapy* 4, S. 120-122.
- , (1987): Humor and laughter in behavior therapy. In: *Fry, W.F., Salameh, W.A.* (eds.): *Handbook of Humor and Psychotherapy*. Sarasota: Professional Resource Exchange, S. 147-169.
- Vogel, T.* (Hg.) (1992): *Vom Lachen*. Tübingen: Attempto.
- Watzlawick, R., Weakland, J.H., Fisch, R.* (1974): *Lösungen. Theorie und Praxis menschlicher Kommunikation*. Bern: Huber.
- Weeks, G.R.* (ed.) (1985): *Promoting Change through Paradoxical Therapy*. Homewood: Jones-Irwing.
- Weiss, T., Haertel-Weiss, G.* (1991): *Familientherapie ohne Familie*. München: Piper.
- Whitehead, A.N., Russell, B.* (1910): *Principia Mathematica*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Witmann, J.M.* (1940): An analysis of humor and laughter. *Amer. Journ. Psychol.* 53, S. 70-85.
- Winnicott, D.* (1971): *Playing and Reality*, London: Tavistock.
- Wippich, J., Derra-Wippich, I.* (1991): *Frank Farrelly: Playing the Devil's Advocate - Des Teufels Advokat spielen*. Konstanz: Rößler & Partner.
- Wolfenstein, M.* (1954): *Children's Humor*. Chicago: Free Press.
- Wolpe, J.* (1972): *Praxis der Verhaltenstherapie*. Bern: Huber.
- Ziv, A.* (1984): *Personality and Sense of Humor*. New York: Springer.

#### **Anschriften der Verfasser**

Dipl.-Psych. Christof T. Eschenröder  
 Treseburger Str. 15  
 D-28205 Bremen

Waleed A. Salameh, Ph.D., ABPDC  
 1335 Hotel Circle South, Suite 207  
 USA-San Diego, California 92108-3401

Dr. Michael Titze  
 Wendelsgrundweg 12  
 D-78532 Tuttlingen