

# Kerbe



Forum für  
soziale Psychiatrie

**3** 2022 August  
September  
Oktober  
40. Jahrgang



THEMENSCHWERPUNKT

**Die Welt des  
therapeutischen Humors**

Komisch, wenn  
man trotzdem lacht

Schizoaffektive  
Störung adé

### 3 Editorial

#### 4 Themenschwerpunkt

🔵 **Humor ist, wenn man trotzdem lacht**

Nanni Glück, Seite 4

🔵 **Kann man Humor wirklich trainieren?**

Humorvoll kommunizieren – mit anderen und mit uns selbst, Eva Ullmann, Seite 7

🔵 **„Ein Humorzentrum gibt es nicht“**

Barbara Wild im Interview, Iris Maier-Strecker und Christiane Tilly, Seite 10

🔵 **Nichts zu lachen?**

Humor in Gesprächen über psychische Erkrankungen, Henrike Wiemer, Yvonne Ilg und Anke Maatz, Seite 13

🔵 **Das „Behandlungsspektakel“ kann beginnen**

Humor in der Akutpsychiatrie, Robin Voigt, Seite 16

🔵 **„Humor ist in allen Lebenslagen wichtig“**

Cartoons zu einem schwierigen Thema: Interview mit Peter Gaymann, Iris Maier-Strecker und Christiane Tilly, Seite 17



🔵 **Humor in der Gerontopsychiatrie: ein unverzichtbares Basis-Heilmittel**

Rolf Dieter Hirsch, Seite 20

🔵 **Verrückt gewordene Vernunft**

Die Welt des therapeutischen Humors, Michael Titze, Seite 22

🔵 **Humor als lösende Qualität**

David Gilmore, Seite 25

🔵 **Trotz allem ... Humor!**

Clowns in Medizin und Pflege – das Glück der spielerischen Begegnung, Christel Ruckgaber, Seite 28

🔵 **Die dunkle Seite des Humors**

Galgenhumor in der Behandlung von Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen, Ulrich Sachsse, Seite 30

#### 36 Spectrum

🔵 **„Anderssein ist das Normale“**

Interview mit Julia Lippert im Rahmen des Projektes «Hier bestimme ich mit! - Index für Partizipation», Katrin Grüber, Seite 36

🔵 **Schizoaffektive Störung adé**

Ralf-Gero C. Dirksen, Seite 38

🔵 **„Mir ist nämlich ein ganz gesunder Mensch noch nicht vorgekommen“**

Wie psychiatrische Fachpersonen und Peers voneinander lernen, Sandra Apondo und Benjamin Drechsel, Seite 40

🔵 **Immer und immer wieder**

Die DGSP fordert seit langem einen regelmäßigen Bericht zur Lage der Psychiatrie in Deutschland, Daniela Glagla und Patrick Nieswand, Seite 43

#### 45 Nachrichten

#### 47 Termine

Titelfoto: pixabay



## Liebe Leserin, lieber Leser

„Humor ist wenn man trotzdem lacht“, wie oft mögen viele von uns das im (sozialpsychiatrischen) Alltag schon gedacht haben. Im Redaktionsteam haben wir uns gefragt, ob es überhaupt angemessen ist in diesen schwierigen Zeiten ein Heft der Kerbe zum Thema Humor herauszubringen. Wir haben uns dazu entschieden, weil uns die Arbeit an dieser Ausgabe gezeigt hat, wie viel Ernst und Ernsthaftigkeit im Humor steckt und es keineswegs um Spaß ohne Grenzen oder Lachen pur geht. Humor im Feld Psychiatrie trägt vielleicht in besonderer Weise den Aspekt des „trotz allem“ in sich und hat unserer Beobachtung nach dennoch immer die Kraft nach vorne zu weisen, Beziehungen zu stärken und Handlungsfähigkeit zu ermöglichen. Das vielfältige, breite Spektrum des Themas Humor wollen wir in dieser Ausgabe der Kerbe ausleuchten.

Den Einstieg ins Thema geben verschiedene Beiträge zur Funktion und Wirkung von Humor. Die Humorberaterin und Psychologin Nanni Glück zeigt uns, wie wir mit Humor und Achtsamkeit das Lachen kultivieren können. Denn Humor ist eine wunderbare Ressource, die uns zum Beispiel hilft, gesünder mit Stress umzugehen. Die Humorexpertin Eva Ullmann beantwortet uns die Frage, ob wir Humor wirklich trainieren können und lädt uns ein, den eigenen Humor zu ergründen. Barbara Wild gibt in einem Interview grundlegende Einblicke in ihre vielfältige, langjährige Auseinandersetzung mit, um und über Humor in Behandlungskontexten und hat mit ihrem Buch „Humor in Psychiatrie und Psychotherapie“ wesentlich zur Themensetzung dieser Kerbe-Ausgabe beigetragen. Lachen kann man auch über sich selbst. Henrike Wiemer stellt ein Forschungsprojekt mit ihren Kolleginnen Yvonne Ilg und Anke Maatz aus Zürich vor, das sich mit der Bedeutung des Lachens als einer Form der Selbst-distanzierung auseinandersetzt.

Im zweiten Teil des Heftes wird an die Auseinandersetzung mit humorvollen Botschaften zwischen den Zeilen des Gesprochenen mit einer Beschreibung zu Humor in der Akutpsychiatrie angeschlossen. Die Bedeutung dieses Humors für die Beziehungen zwischen Patienten\*innen und Fachleuten wird im Beitrag von Robin Voigt eindrücklich sichtbar.

Ganz anders als die theoretischen Befassungen geht Peter Gaymann als Cartoonist mit der Thematik Demenz um. Mittels eines Interviews konnten wir ihn zu seiner Motivation, künstlerisch/kreativer Umsetzung sowie Reaktionen auf seine Cartoons befragen. Die Herstellung von Beziehung über Humor wird auch im Bereich Gerontopsychiatrie aufgegriffen. Rolf Dieter Hirsch spricht von Humor als „Trotzmacht“ in der Arbeit mit gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen. Denn „Wer lacht, dämmert nicht vor sich hin.“ Michael Titze führt uns ein in die Welt des therapeutischen Humors und beschreibt den strategischen Kontrollverlust und die Lust am Scheitern mit Humor. Aber wann wird Humor geschmacklos? David Gilmore setzt sich mit Risiken und Nebenwirkungen von Humor auseinander. Die vielen positiven Aspekte des Einsatzes spielfreudiger Klinikclowns und worauf es ankommt, damit dies gelingt stellt uns Christel Ruckgaber dar. Abschließend wird mit der Betrachtung der dunklen Seite des Humors im Beitrag von Ulrich Sachse noch einmal besonders deutlich, wie Humor im Sinne des „wenn man trotzdem lacht“ zur Bewältigung von Schwerem und Unerträglichem dienen kann.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre der Beiträge zu diesem nachdenkswerten Thema und trotz allem beim Lesen Momente des Schmunzeln und freuen uns über Ihre Rückmeldungen.

*Iris Maier-Strecker  
Irmgard Plöbl  
Christiane Tilly*



# Humor ist, wenn man trotzdem lacht

Von Nanni Glück

Haben Sie heute schon gelacht? Vielleicht denken Sie: „Was ist denn das für eine Frage?!“ Momentan gibt es doch kaum einen Grund zum Lachen. Das stimmt, und daher ist es gerade jetzt umso wichtiger, dass wir unseren Humor und das Lachen kultivieren. Humor ist eine elementare Ressource, wenn es darum geht, schwierige Situationen gut zu überstehen. Er gilt als die Begabung, den alltäglichen Schwierigkeiten des Lebens mit Leichtigkeit und heiterer Gelassenheit zu begegnen. Humorvolle Menschen können besser mit Stress umgehen, sind resilienter und kreativer. Sind das nicht genug Gründe, um sich etwas eingehender mit dem Thema Humor & Lachen zu beschäftigen?



**Nanni Glück**

M.A., Psychologin, Gesprächstherapeutin, Stuttgart. Kompetenz: Positive Psychologie, Humor als Mittel zur Stressbewältigung, Achtsamkeits- und Mediationspraxis, Lachen und Positive Körperarbeit, Struktur und Organisation, Führung und Motivation, Marketing, Eventorganisation

**D**as Glück kommt zu denen, die lachen, sagt ein japanisches Sprichwort. Tatsächlich kann Lachen als eine bewusste Reaktion auf bestimmte Lebenssituationen einen angenehmen Gemütszustand bewirken. Rick Hanson, Neurowissenschaftler und Begründer des Positive Neuroplasticity Training, kurz PNT, ist davon überzeugt, dass wir nachhaltig die neuronalen Strukturen unseres Gehirns zu verändern vermögen, um uns mental für die Herausforderungen des Lebens zu stärken und Stress unbeschadet zu überstehen.

Das ist auch nötig, denn unser Gehirn reifte in der Steinzeit – mit entsprechender Betriebsversion. Und die zielte nicht aufs Glücklichein! Unser Gehirn wurde dazu optimiert, unser Überleben in gefährlicher Umwelt zu sichern. Es kennt zwei Grundeinstellungen: den roten Modus bei drohender Gefahr und den grünen Modus für friedliche Zeiten zum Erholen und Entspannen. Im roten Modus setzt das Gehirn all die Prozesse in Gang, die notwendig sind, um zu kämpfen oder zu fliehen, angefangen bei der Ausschüttung von Stresshormonen bis hin zu gesteigerter Leistungsfähigkeit. Ist die Gefahr vorüber, schaltet das Gehirn um auf grün. Die Zeiten im roten Modus (Anspannung) waren meist kurz, gefolgt von langen Perioden im grünen Modus (Entspannung). Der Mensch war im natürlichen Gleichgewicht, in der sogenannten Homöostase.

## Ständig unter Strom?

In unserer gegenwärtigen Umwelt – und jetzt besonders – ist es eher umgekehrt. Nach zwei Jahren Corona und der Krieg in der Ukraine, quasi vor unserer Haustüre, scheinen die Menschen ständig unter Strom zu stehen. Es fällt ihnen schwer abzuschalten: Sie befinden sich fast permanent im roten Modus. Ihr Umfeld ist zwar nicht mehr permanent lebensgefährlich, den Platz des Säbelzahntigers nehmen heutzutage meistens Termin- und Leistungsdruck ein. Die Stressreaktionen aus der Steinzeit sind für den Umgang damit allerdings weniger gut geeignet. So entstehen aus chronischem Stress psychosomatische Störungen. Vielen scheint es unmöglich geworden zu sein, für längere Zeit in den grünen Modus zu gelangen. Das ist fatal, denn nur dort haben wir Menschen Zugriff auf unser gesamtes Potenzial.

Stattdessen plagen uns fast rund um die Uhr Sorgen, Ängste und Unzufriedenheit. Je häufiger wir auf bestimmte Herausforderungen mit solchen Gefühlen reagieren, desto tiefer wird dieses Reaktionsmuster in den Netzwerken unseres Gehirns verankert. Das Gehirn hat dann gelernt, mit Ärger, Unzufriedenheit und Druck auf unangenehme Situationen oder Stress zu reagieren. Die Fähigkeit, abzuschalten und zu entspannen geht damit nach und nach verloren.

Es gibt aber auch eine gute Nachricht:

Mutter Natur hat uns eine großartige Möglichkeit geschenkt, uns unserer Umwelt adäquat anzupassen: das unausgereifte Gehirn bzw. seine Fähigkeit, sich ein Leben lang zu verändern. So sind wir in der Lage, neuronalen Reaktionsmuster umzubauen – in Richtung innerem Frieden, Zufriedenheit und Glück. Ein Weg ist z.B. die Lenkung unserer Aufmerksamkeit, wie sie die Achtsamkeitspraxis lehrt. Schaffen wir es, unsere Gedanken und Gefühle präzise wahrzunehmen ohne sie zu bewerten, gelingt es uns auch, damit weise umzugehen. Indem wir z.B. den Raum zwischen einem Reiz (der stressauslösenden Situation) und unserer Reaktion wahrnehmen, diesen Raum ausdehnen und bewusst für ein Verhalten zu nutzen, das uns guttut und den grünen Modus aktiviert.

Die Ressource Humor ist für mich ein wunderbares Tool, um schneller wieder in den grünen Modus zu kommen und langfristig unsere (automatische) unheilsame Reaktion auf Stressoren in heilsame Reaktionsmuster umzuprogrammieren. Besonders in diesen wilden Zeiten ist es wichtig, uns immer wieder im Hier und Jetzt zu verorten und den Fokus auf das Gute zu richten, das – Gott sei Dank – ja noch genauso da ist. Vielleicht kommt Ihnen eine solche Situation bekannt vor: Ein Mensch, den Sie unterstützen und begleiten, fühlt sich verzagt und hoffnungslos. Es fällt ihm schwer, neue Denkansätze oder



Handlungsoptionen zu sehen, die eine Erleichterung seiner Situation versprechen könnten. Wie in einem Tunnel richtet sich sein Fokus nur auf das Problem, überall tauchen plötzlich Hindernisse auf, jeder Weg scheint eine Sackgasse. Gelingende Gedanken, Zuversicht und Optimismus werden unter all den aufsteigenden Sorgen und Ängsten immer tiefer begraben. Eine Negativspirale entsteht, in deren Strudel der Betroffene immer weiter in den Abgrund der Ausweglosigkeit gerissen wird. Was kann in einer solchen Situation helfen?

### Positive Emotionen erweitern das Blickfeld

Barbara Fredrickson, US-amerikanische Psychologin, hat mit ihren bahnbrechenden Erkenntnissen nicht nur die Entwicklung der Positiven Psychologie beeinflusst. Sie hat auch für Coaches, Berater, Therapeuten und alle Menschen, die andere dabei unterstützen, ihre Probleme und Schwierigkeiten zu bewältigen, eine Grundlage geschaffen, auf der sie ihre Klienten und Patienten schneller und nachhaltiger in ihre Selbstwirksamkeit bringen können. Die Grundlage, um die es hier geht, ist die **Broaden-and-Built-Theory of Positive Emotions**, deren Aussagekraft Fredrickson in vielen Studien nachgewiesen hat. Erlebt ein Mensch eine positive Emotion, dann erweitert sich sein Blickfeld und er wird offen für neue Denk- und Handlungsmöglichkeiten. Mit diesen neuen Perspektiven steigt die Wahrscheinlichkeit, dass der Mensch Lösungswege für Herausforderungen erfolgreich beschreiten kann, was wiederum ein positives Gefühl auslöst. Dadurch entsteht eine Aufwärtsspirale, in der sich der Mensch als wirksam, gestaltend und gelingend wahrnimmt – genau das, was wir bei den Menschen, die wir begleiten, erreichen möchten.

### Durch Humor erleben wir positive Gefühle

Die Aufgabe, die sich nun stellt, ist, den Klienten oder Patienten dazu zu bringen, eine positive Emotion zu erleben. Ich möchte an dieser Stelle klarstellen, dass es nicht darum geht, mit dieser positiven Emotion negative Gefühle zu überdecken. Im Gegenteil: Die negativen Gefühle und Gedanken müssen da sein dürfen, sie müssen akzeptiert und anerkannt werden. Das Erleben der positiven

Emotion dient „nur“ dazu, die Person zu stärken und ihr Blickfeld zu öffnen, um so den wichtigen Perspektivwechsel einzuläuten. Und hier kommt der Humor ins Spiel! Denn Humor hilft uns, eine andere Sichtweise einzunehmen und uns dabei gut zu fühlen. Erleben wir Humor, erleben wir ein positives Gefühl. Wenn wir in unserem Beruf gezielt Humor einsetzen, um unsere Klienten und Patienten zu ermuntern, ihre Situation aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten, tragen wir in diesem Moment dazu bei, dass sich dieser Mensch besser fühlt, weil er vielleicht lachen oder schmunzeln muss. Damit wird er offen für neue Sichtweisen und Handlungsmöglichkeiten und er erlebt sich als Mensch, der gestalten und einwirken kann.

### Wie ist es um Ihren Sinn für Humor bestellt?

Um Humor im beruflichen Umfeld sinnvoll einsetzen zu können, ist es zunächst einmal wichtig, den eigenen Sinn für Humor zu kennen. Fällt es Ihnen schwer, sich und Ihr eigenes Leben humorvoll zu betrachten oder nutzen Sie für sich selbst Humor nicht oder nur sehr selten als „natürliche“ Coping-Strategie, empfehle ich Ihnen nicht, ohne vorheriges Humortraining diese kraftvolle Ressource bei Ihren Patienten oder Klienten einzusetzen. Humor funktioniert nur, wenn er wertschätzend und authentisch ist. Damit dies gelingen kann, sollten Sie selbst damit vertraut sein. Paul McGhee, ebenfalls ein US-amerikanischer Psychologe, hat ein siebenstufiges Humortraining entwickelt, das sich gut in Eigenregie durchführen lässt und auch viele Anregungen bietet, wie Sie Ihre Patienten und Klienten zu einem humorvolleren Umgang mit dem Leben animieren können.

### Sieben Schritte, um den eigenen Humor zu kultivieren

1. **Bewusst mit Humor umgeben.** Woher können Sie lachen? Versuchen Sie, möglichst viel davon jeden Tag zu erleben. Treffen Sie sich mit Freunden, die Sie zum Lachen bringen, oder schauen Sie sich lustige Filme und Cartoons an.
2. **Spieleerische Haltung im Alltag.** Beobachten Sie Kinder und Tiere beim Spielen, seien Sie albern und überlegen Sie, was Sie einfach nur

so aus Spaß an der Freude tun, ohne dass es einen Sinn oder einen Zweck verfolgt. Ganz wichtig: Schaffen Sie sich einen Reminder, der Sie immer wieder freundlich daran erinnert, in den Spielmodus zu kommen.

3. **Lachen trainieren.** Versuchen Sie, wenn Ihnen danach zumute ist, laut und herzlich zu lachen. Halten Sie danach kurz inne und spüren Sie in sich hinein: Wie fühlt sich der Körper jetzt an? Was ist anders? Während Sie bewusst viel öfter kräftig und herzlich lachen, trainieren Sie auch Ihren Optimismus. Um dies zu unterstützen, möchte ich Sie dazu animieren, ein Glückstagebuch zu führen, in das Sie all die schönen, positiven und lustigen Dinge notieren, die Ihnen heute widerfahren sind.
4. **Wortwitz.** McGhee hatte eine besondere Vorliebe für Wortwitz. So dreht sich die vierte Stufe allein um dieses Thema: Wortspiele, Mehrdeutigkeiten, verdrehte Sprichwörter... alles, was paradox oder inkongruent ist, wirkt komisch.
5. **Humor im Alltag finden.** Werden Sie kreativ, brechen Sie Tabus oder schärfen Sie Ihren Sinn für Ironie. Selbst am grauesten Tag lässt sich einiges zum Schmunzeln und Lachen entdecken.
6. **Über sich selbst lachen.** Sie merken schon, langsam wird es anspruchsvoller. Über sich selbst zu lachen, erfordert etwas Mut, denn dafür müssen Sie sich all Ihre Schwächen, Fehler und „negativen“ Eigenschaften eingestehen. Lustig wird es, wenn Sie übertreiben, sich selbst nicht zu ernst nehmen und den Mut zum Scheitern beweisen!
7. **Die Königsdisziplin: Humor bei Stress.** Hier helfen Methoden der humoresken Reduktion, des Katastrophisieren, dem wohlwollenden und schmunzelnden Rückblick auf Vergangenes oder den Blick in die Glaskugel: Kann ich den morgigen Humor in der Krise von heute entdecken?

Besonders Punkt 3 – das Lachen trainieren – spielt für mich eine wichtige Rolle. Wenn wir lachen, führt uns das auf direktem Weg in den grünen Modus, also genau dorthin, wo wir Zugriff auf unser Potenzial, auf unser Wissen und auf unsere Fähigkeiten haben. Und genau das braucht es, um gut mit Herausforderungen zurecht zu kommen!



## Das Lachen kultivieren – mit Humor & Achtsamkeit

Wie können wir nun bewusst aus vollem Herzen lachen? Zumal wenn uns gar nicht danach zumute ist? Geht das auf Knopfdruck? Nein, nicht ganz. Lachen braucht, wie so vieles andere im Leben, Übung, damit es zu einer Gewohnheit wird.

Inspiriert von Fredrickson und McGhee entwickelte ich eine Theorie: Gelänge es, in stressigen Situationen, statt eines meist automatischen ne-

gativen Reaktionsmusters, erst einmal bewusst innezuhalten und dann – sozusagen als Erstreaktion – in sich selbst eine positive Emotion zu evozieren, würde sich der Horizont öffnen und neue Denkweisen und Handlungsmöglichkeiten würden leichter zugänglich. In meinem sechswöchigen Training, das ich vor diesem Hintergrund konzipiert habe und wissenschaftlich evaluiert habe, waren neben Humor auch Achtsamkeit und positive Körperarbeit wichtige Wirkfaktoren. Die Teilnehmenden meiner Trainings erlebten danach signifikant mehr positive Emotionen am Arbeitsplatz als davor. Besonders die Verspieltheit erhöhte sich – laut McGhee eine wichtige Voraussetzung, um zukünftig Humor noch besser als Coping-Strategie einsetzen zu können. Auch haben die Teilnehmenden das Training sehr genossen. Sie hatten alle den Eindruck, mehr Leichtigkeit und Zuversicht gewonnen zu haben und fühlten sich gestärkt und viel lebendiger als vor Trainingsbeginn.

Diesen Kurs habe ich ebenfalls als 8wöchigen Online-Kurs konzipiert, der bereits vielfach absolviert worden ist. Die Teilnehmenden lernen dabei nach und nach ihre automatisierten Reaktionsmuster kennen. Sie werden sensibilisiert, den Raum zwischen Reiz und Reaktion wahrzunehmen und diesen so zu nutzen, damit es ihnen gelingen kann, Lustiges, Kurioses oder Paradoxes an der Situation zu erkennen. Und dann darüber lachen zu können. Es ist eine bewusste Entscheidung, auf einen Stressreiz nicht in ein automatisiertes Verhaltensmuster zu fallen. Sondern sich gewissermaßen eine Kunstpause zu gönnen, in der ein Perspektivwechsel und der Blick auf Lustiges möglich werden. Und dann kann man auch lachen.

**Kinder lachen bis zu 400 Mal am Tag, Erwachsene im Schnitt 15 bis 20 Mal. Und in den 50er Jahren wurde noch häufiger gelacht als wir es heutzutage tun.**

Eine Kursteilnehmerin schrieb mir kürzlich ganz stolz, wie sie vor einem Parkautomaten stand, mit der EC-Karte bezahlen wollte, sie aber in den falschen Schlitz steckte. Die Karte wurde vom Automaten verschluckt, ohne Anzeichen, sie wieder auszuspuken. Statt nun in Panik, Ärger oder Selbstvorwürfe zu fallen, habe sie bewusst innegehalten, sich das Komische an der Situation bewusstgemacht und sie begann tatsächlich zu lachen. Dann drückte sie die Notruftaste, worauf sofort ein Mitar-

beiter des Parkhauses herbeieilte und ihre EC-Karte befreite.

Wir kommen tatsächlich leichter ins Lachen, wenn wir das Lachen – so absurd das auch klingen mag – regelmäßig trainieren und üben, wie man bei meiner

Kursteilnehmerin erfreut feststellen kann. Am besten übt man das Lachen, wenn man erst mal „so tut, als ob“!

## Lachyoga und Verspieltheit

Lachyoga bringt Menschen über die mechanisch-körperliche Ebene (statt über die kognitive oder emotionale) Ebene zum Lachen. Wird dies gemeinsam in der Gruppe praktiziert, dann entsteht aus einem zunächst einmal künstlich erzeugten Lachen ganz schnell ein echtes, herzliches Lachen. Nützlich ist dabei eine gewisse Verspieltheit. Die wirkt nachweislich neuroplastisch anregend, so dass die Teilnehmer während und nach der Lachyoga-Einheit sehr empfänglich für positive neuroplastische Veränderungen sind. Sowohl in meinen Präsenz-Trainings als auch in meinem Online-Kurs sind Übungen aus dem Lachyoga integriert. Es kostet am Anfang zwar ein wenig Überwindung, sich im wahrsten Sinne des Wortes „zum Affen“ zu machen, doch es wirkt – versprochen. Wenn Sie das selbst gleich mal ausprobieren möchten, dann klicken Sie einfach hier:

<https://vimeo.com/520915577>

Bei diesen Lach- und Humorübungen können Sie einen ersten Eindruck gewinnen und sich von der positiven Wirkung am eigenen Leib überzeugen.

*Ich möchte Ihnen an dieser Stelle noch zwei weitere Übungen mitgeben, die Sie gerne auch mit Ihren Patienten oder Klienten durchführen können:*

## 1-fix-3 zu Freude über Fehler

Eine ganz einfache Übung, um schnell aus dem rationalen Denken herauszukommen und das innere Kind zum Herumtollen zu animieren, ist folgende: Man steht sich paarweise gegenüber und beginnt abwechselnd von 1-3 zu zählen. Kommt man bei 3 an, beginnt man sofort wieder von vorne. Bei jedem „Fehler“ wird wieder bei 1 begonnen. In der Regel entsteht hier schnell eine ausgelassene und heitere Stimmung. Sollte das noch keine durchschlagende Wirkung erzielt haben, können Sie auch „Dick und Doof“ spielen: Auch hier steht man sich paarweise gegenüber, einer ist Dick und bläht die Backen ganz weit auf. Der andere ist Doof und macht einen entsprechend übertrieben dümmlichen Gesichtsausdruck. Ein Spielleiter klatscht rhythmisch und bei jedem Klatschen werden die Rollen getauscht. Ziel des Spiels ist es, nicht zu lachen!

## Perspektivwechsel leicht gemacht

Eine Übung, die auch im Eins-zu-Eins-Setting sehr gut funktioniert, sind Kontra-Assoziationen. Sie geben Ihrem Klienten oder Patienten Begriffe vor, zu denen er Gegenteiliges assoziieren soll – und zwar unmittelbar, ohne lange zu überlegen. Diese Übung kann sehr schnell zu großer Erheiterung führen und öffnet dem Gegenüber auf spielerische und lustige Art ganz neue Horizonte.

Durch Humor und solche kleinen, spielerischen Übungen können Sie Ihre Klienten oder Patienten darin unterstützen, positive Emotionen selbst zu induzieren und besser mit den Herausforderungen des (Berufs-)Alltags zurechtzukommen. Indem sie in Situationen, die unangenehm oder gar schmerzhaft sind, bewusst nach Dingen Ausschau halten, die absurd, verwunderlich oder zum Staunen sind, wechseln sie ihre Perspektive und ein neuer Horizont voller Möglichkeiten öffnet sich ihnen.

Kinder lachen bis zu 400 Mal am Tag, Erwachsene im Schnitt 15 bis 20 Mal. Und in den 50er Jahren wurde noch häufiger gelacht als wir es heutzutage tun. Gibt uns das zu denken? Oder zu lachen? Einen Grund gibt es immer!

„Nichts amüsiert mich mehr, als wenn ich über mich selbst lache.“ Das stammt von Mark Twain. Und der hätte heute bestimmt schon gelacht! ●



# Kann man Humor wirklich trainieren?

## Humorvoll kommunizieren – mit anderen und mit uns selbst

Von Eva Ullmann

Ergünden und erforschen Sie Ihren eigenen Humor und auch den ganz spezifischen Insider-Humor Ihrer Berufsgruppe. Probieren Sie verschiedene Humortechniken aus – bringen Sie Dinge zusammen, die keineswegs zusammengehören, übertreiben Sie, nutzen Sie humorvolle Spiegelungen. Halten Sie ein Schwätzchen mit Ihren Antreibern und Ihrem Inneren Team. Entdecken Sie Ihr inneres humorvolles Kind wieder! In diesem Artikel führt Eva Ullmann, Gründerin und Leiterin des Deutschen Instituts für Humor, Sie durch das wunderbare Universum des Humors.



Eva Ullmann

Humorexpertin, Gründerin des Deutschen Instituts für Humor: [www.humorinstitut.de](http://www.humorinstitut.de). Die Autorin hat bereits vor 20 Jahren als Sozialpädagogin ihre Diplomarbeit über die heilende Kraft der humorvollen Beratung und Therapie geschrieben.

Das hier ist gerade ein erster zauberhafter Moment, denn wir lernen uns kennen. Auch wenn ich Sie gar nicht sehen kann, weiß ich, dass Sie neugierig schauen. Sie sind über den Titel gestolpert und sind nun gespannt auf den Humor. Und ich bin neugierig auf Sie. Meinen Sie, Humor kann man trainieren? Was fällt Ihnen als erstes ein beim Wort Humor? Eine Freundin, die ein lustiges Foto über den Messenger schickt? Ein lustiger Spruch in den sozialen Medien: „Wie tragisch, wenn außer mir nichts Süßes im Haus ist.“ Der letzte Witz aus der Besprechung oder bei der Runde mit Freunden: „Ich habe visuellen Tinnitus, ich sehe dauernd nur Pfeifen.“ Oder eher eine ungewollt lustige Situation zwischen Supermarkt, Stau und Kita? Leichtigkeit bedeutet doch, wenn die Vierjährige sich selbst die Haare geschnitten hat und man anstatt zu schimpfen ein Erinnerungsfoto macht. Sinn für Humor bedeutet laut der Forschung: die Fähigkeit und Bereitschaft, etwas Lustiges zu machen oder Humor von Anderen zu genießen. Und mit dem Wissen über Humor sind wir in den letzten Jahren in der Psychologie, Pädagogik und Medizin viele Schritte vorwärts gegangen. Besonders, was das Wissen um die helfenden, tröstenden und therapeutischen Aspekte von Humor betrifft. Humor ist weder gut noch böse, nur eins ist er sicher nicht: neutral. Und

das macht ihn für manche Menschen so riskant und gefährlich. Humor ist immer eine Positionierung. Er übertreibt Offensichtlichkeiten, nimmt Fixierungen aufs Korn und wechselt von liebevoll bis deftig die Perspektive. Kann man Humor trainieren? Natürlich, das tun Sie schon längst und seitdem Sie ein Kind sind. Das erste Verständnis für Begriffe und Vorgänge entwickelt sich in den ersten Jahren: Der Löffel, den die Eltern zum Füttern benutzen, wird vom Kind ergriffen und kurz vor dem Mund weggezogen. Sobald man die Konzepte Bett und Schrank versteht, legt man sich zum Schlafen in den Schrank und die Kleidung ins Bett. Als Kinder haben wir alle Eltern, Erzieher und Lehrkräfte imitiert. Mit Gestik, Mimik und der absichtlich falschen Bezeichnung für Objekte. Unser erstes „Humortraining“. Und dann? Wird das Leben ernster. Einen Beruf lernen, Aufgaben übernehmen, die Eltern bisher hatten, und die einem als Kind eine sorglose Leichtigkeit verschaffen: Wohnung suchen und bezahlen, arbeiten gehen, Wäsche waschen, sauber machen. Damit sind wir mit den humorlosen Alltagsdingen noch nicht bei Scheitern, Trennung, Krankheit und Tod, sondern erst mal bei dem Bafög-Antrag, der Hausratsversicherung und der ersten Lohnbuchhaltung. Dem ersten Date und dem darauffolgenden Korb. Dein Date gibt Dir einen Korb und Du legst Äpfel

rein. Humor bedeutet im Alltag heitere Gelassenheit. Nicht 24 Stunden am Tag. Nicht in jeder Situation alles mit humorvollem Zuckerguss überziehen, sondern immer wieder Humor zulassen dürfen, nicht nur wenn alles sorgenfrei und verspielt ist. Wie das Salz in der Suppe. Wenn man Abschminkschwämmchen hat, auf denen „Back to reality“ oder „Schichtwechsel“ steht – dann hat man beim abendlichen Blick in den Spiegel schon eine Portion Humor zu Hause.

### Helfer-Profis trainieren Humor

Sie sind Profi im sozialen Bereich und möchten Ihren Humor wieder etwas aufleben lassen, er ist etwas zu kurz gekommen in den letzten Jahren, er ist verschüttet und bedarf einiger Ausgrabungsarbeiten? Drei einfache Reflexions-Aufgaben, um Ihren Humor zu trainieren:

1. Welche lustige Alltagssituation haben Sie zuletzt erlebt? Worüber haben Sie gelacht in den letzten Tagen, Monaten, Jahren? Schreiben Sie spontan drei Dinge auf. Notieren Sie abends täglich ein Wort, einen Satz oder ein Bild in einem Humorjournal. Im vollen Warteraum des Arztes steht das Wasser kniehoch. Der Installateur lächelt den Arzt an, gibt ihm einige Dichtungsringe in die Hand und sagt: „Wenn es in 8 Tagen nicht besser wird, rufen Sie mich bitte wieder an.“



2. Welchen humorvollen Blick haben speziell Sie? Das was Sie den ganzen Tag beruflich tun, beeinflusst natürlich Ihren Humor. Sitze ich als Kommunikationstrainerin in einem Zug und neben mir ein älteres Ehepaar, das stundenlang aneinander vorbei redet, ist es für mich natürlich eine komische Situation (wenn auch zugegeben eine körperlich schmerzhaft). Am liebsten würde ich hingehen und fragen, ob ich helfen kann, es gäbe ein paar einfache Techniken der Kommunikation, die nützlich wären... Natürlich mische ich mich nicht ein. Weder werde ich dafür bezahlt noch beauftragt. Das finde ich komisch im Sinne von lustig. Komisch im Sinne von seltsam wäre, wenn ich mich ungefragt einmische.

Reif für die Klinik?

*Ein Besucher einer psychiatrischen Anstalt fragt den Direktor, nach welchen Kriterien entschieden wird, ob ein Patient aufgenommen wird oder nicht. Der Direktor antwortet: „Wir füllen eine Badewanne, geben dem Kandidaten einen Teelöffel, eine Tasse und einen Eimer und bitten ihn, die Badewanne zu leeren.“ Der Besucher: „Ich verstehe. Ein normaler Mensch würde den Eimer nehmen, richtig?“ Der Direktor: „Nein, ein normaler Mensch würde den Stöpsel ziehen. Möchten Sie ein Zimmer mit oder ohne Balkon?“*

Übertreiben Sie Ihren Beruf. Mögen Sie Psychiater-, Sozialpädagogen, Mediziner- oder Therapeuten-Witze? Auf Therapie.de finden Sie reichlich Witze aus und über die Branche.

*„Mami, Mami, ich will nicht zum Psychiater!“ – „Ist mir egal, ich will jetzt wissen, warum du immer heulst, wenn ich dich schlage!“*

*Was sagt ein arbeitsloser Psychologe zu einem arbeitenden Psychologen? „Einmal Pommes mit Mayo!“*

Sie mögen keine Witze? Sie können sich keine merken? Das möchte ich gerne mit Ihnen trainieren, denn das ist oft eine faule Ausrede. Verzeihen Sie, wenn ich Ihnen damit zu nahe trete. Aber Sie müssen es gar nicht bei den üblichen Berufswitzen belassen. Übertreiben Sie Ihren Beruf oder eines Ihrer Hobbys. Was ist daran überdimensional großartig? Was ist daran

wirklich schrecklich? Darin liegt viel Witz. Das ist eine hervorragende Übertreibungsübung. Ich bin Trainerin und mein Beruf erfordert in Seminaren und Vorträgen Klarheit und konkrete Aufträge. Wenn ich das auch zu Hause machen würde, wird es lustig: „So Ihr Lieben, nach dem Essen hat jetzt jeder 10 Minuten Pause, da kann jeder machen, was er möchte. Und dann Lieb-ling, treffen wir uns im Schlafzimmer. Und im Bett hätte ich gerne nach 5 Minuten ein Ergebnis!“ Wenn ich die Komik der Situation bemerke, ist das lustig. Wenn ich diese Berufsmacke nicht mehr merke, wird es komisch. Im nicht-lustigen Sinn.

3. Bringen Sie Dinge zusammen, die auf den ersten Blick nicht zusammengehören. Zahnärzten fühlen wir vom Deutschen Institut für Humor humorvoll auf den Zahn, Kardiologen legen wir den Humor ans Herz und bei den Urologen geht er sowieso meistens in die Hose. Brauchen Sie noch einen stärkeren Perspektivwechsel? Was wird mal auf Ihrem Grabstein stehen? Wenn der Zahnarzt eine schmerzhaft Lücke hinterlässt, der Erzieher die letzte Laterne gebastelt hat, die Musikerin flöten geht und die Putzkraft sich aus dem Staub macht. Was machen dann Sie? Was würde auf Ihrem Grabstein stehen, wenn es lustig sein dürfte? Wenn ein Todgeweihter kurz vor dem Sterben eine Handvoll Maiskörner schluckt, weil er im Krematorium mit Pauken und Trompeten Abschied nehmen möchte – dann ist das Gelassenheit und er ist ein Schelm, selbst am Lebensende. Das müssen Sie nicht umsetzen. Das dürfen Sie einfach durchdenken und darüber schmunzeln. Auch am Lebensende geht es kaum um 24-Stunden-Humor-Dauer-Feuer, ebenso wenig wie im Alltag. Es geht beim Sterben immer um die Trauer, die Liebe und die Geborgenheit, die ein Hinterbliebener hinterlässt. Selbst in schwierigsten Beziehungen. Und Humor ersetzt nicht Trauer, sondern macht etwas Unerträgliches ein wenig erträglicher. Er nimmt nicht den Schmerz, sondern macht ihn irgendwie aushaltbar. Und damit schlagen wir den Bogen wieder vom Tod zum Leben. So feingefühlig wie Humor am Lebensende sein muss, benötigt er ein Feingefühl in der Arbeit mit Patienten und Klienten.

## Kann Humor unseren Problemen schaden?

Humor absichtlich einzusetzen bedeutet für Profis in der Arbeit mit Patienten und Klienten in erster Linie Zutrauen zur eigenen Humorfähigkeit und zur Empathie für Reaktionen des Gegenübers. Humor überrascht, schafft Distanz zur Problemfixierung und eröffnet neue Lösungswege. Und doch gibt es nie eine Garantie, dass eine humorvolle Intervention funktioniert. Humor einzusetzen ist mutig und bezaubernd. Wenn er beim Gegenüber ankommt, schafft er Vertrauen, Beziehung und ein wundervolles Grinsen, Schmunzeln, Lachen. Als Helfer-Profi kann man Humor mit allen klassischen Techniken der Kommunikation, mit systemischen Beratungstools und Persönlichkeitsmodellen kombinieren. Humorvolles Spiegeln ist eine Technik, die Sie aus Übertreibung und Spiegeln kombinieren können. Mit der klassischen Technik des Spiegeln nach Carl Rogers fassen Sie möglichst neutral und kurz zusammen, was das Gegenüber gerade gesagt hat. Wenn man spiegelt, nimmt man sein Gegenüber ernst und versucht, den Gesprächspartner zu verstehen. Beim Spiegeln gibt man in eigenen Worten den Inhalt der Äußerungen oder die Gefühle des Gegenübers wieder. Beim humorvollen Spiegeln kommt lediglich die Übertreibung des Gesagten hinzu. Der Kern des zugewandten und interessierten, möglichst wertfreien Zuhörens wird bei der humorvollen Spiegelung beibehalten. Man übertreibt diese nur zusätzlich, und zwar auf empathische, wertschätzende Art und Weise. Humorvolles Spiegeln ist weder sarkastisch noch abwertend. Beginnen wir mit der humorvollen Spiegelung in einer privaten Situation: *Ihr Partner sagt nach einem Familienstreit: „Dein Vater geht einfach unter die Decke!“ Sie antworten wohlwollend und zugewandt mit freundlichem Lächeln: „Du meinst also, dein Schwiegervater führt sich auf wie ein Rumpelstilzchen.“* *Die Partnerin regt sich zu Hause auf: „Hier sieht es unmöglich aus!“ Sie spiegeln humorvoll und liebevoll: „Für dich sieht's bei uns zu Hause aus wie nach einem Atombomben-Armageddon.“* Die humorvolle Spiegelung ist ein geeignetes Stilmittel, um im eigenen Team für etwas Leichtigkeit zu sorgen,



aber den Ärger nicht lächerlich zu machen sondern trotzdem ernst zu nehmen. *Bei der Dienstübergabe im Team: „Das ist ein verdammtes Chaos bei uns morgens!“*

Humorvolle Spiegelung: „Dir geht das ziellose Herumgewusele und planlose Gewurschtele morgens auf den Keks.“

Bitte lesen Sie die folgenden Beispiele mit Wohlwollen, Zugewandtheit und einem schelmischen Blick. Das oberste Interesse in dieser Gesprächssituation ist es, den Patienten oder Klienten ernst zu nehmen und gleichzeitig mit Leichtigkeit dem Widerstand zu begegnen und natürlich Compliance, also Zusammenarbeit zu erreichen.

*Skeptischer Patient: „Mal sehen, was das wird.“ Kollegin (lächelt leicht): „Herr Müller, Sie sind gespannt wie ein Flitzebogen. Lassen Sie sich ruhig Zeit mit der Prüfung der Situation.“*

*Teilnehmer im Sozialen-Kompetenz-Training: „So ein blödes Training... Was soll das? Das wird sicher künstlich und langweilig.“ Mitarbeiterin (zugewandt, schmunzelnd, schaut gelangweilt aus der Wäsche): „Sie befürchten einen Horror-Trip der Langeweile. Das werden zwei schreckliche Tage.“*

*Ein Besucher kommt in die Klinik, mit verschlossener Mimik. Der Mitarbeiter am Empfang begrüßt zugewandt, mit leichtem Lächeln, und sagt liebevoll: „Sie freuen sich überaus, unsere Klinik zu betreten. Ich nehme an, Sie sorgen sich oder sind skeptisch, was Sie hier erwartet.“*

In Situationen voller Ärger und Anspannung kann man auch erst spiegeln und dann humorvoll spiegeln. Denn das auf Steinzeit gepolte Gehirn muss aus der Anspannung erst herausfinden. Nach einer Spiegelung kann man einen humorvollen Schmunzler hinterher-schieben. Auch das kann erste Skepsis und Widerstände gegenüber einer Praxis, Klinik oder Behandlung bereiten senken.

## Dem Inneren Team humorvoll begegnen

Neben der interpersonellen Kommunikation beschäftigen sich Persönlichkeitsmodelle wie das Antreiber-Modell von Eric Berne oder das Innere Team von Friedemann Schulz von Thun mit

der intrapersonellen Kommunikation, also mit der Pluralität unserer eigenen Person. Den sogenannten Selbstgesprächen. Neben den wohlwollenden und stärkenden Stimmen gibt es auch die inneren Antreiber oder Quatschies, wie ich sie gerne nenne. Quatschies sind innere Stimmen, die einem manchmal nervig das Ohr vollquatschen. Antreiber, die die eigene Arbeit perfektionistisch oder mit Schnelligkeit prägen und eben „antreiben“. Eric Berne hat mehrere Antreiber in der Arbeit identifiziert: Sei perfekt, Beeil Dich, Streng Dich an, Mach es allen Recht und Sei stark. Warum lohnt sich die Beschäftigung mit den inneren Antreibern? Weil auch Patienten und Klienten diese schnell entdecken und gerne nutzen, um eigene

Ziele noch besser durchzusetzen. Unreflektierte innere Antreiber können einen ganz schön durchs Leben hetzen. Welche inneren Bemerkungen oder Kommentare zu Ihrer eigenen Arbeit kommen Ihnen in den Sinn? *Das interessiert doch eh keinen. Da warst Du zu forsch. Du hast Dir wieder zu viel vorgenommen. Das Klärungsgespräch hätte besser laufen sollen. Dein Timing war schon mal besser. Du wolltest doch nein sagen. Ist da ein passender Quatschie dabei?*

Antreiber haben immer auch einen positiven Anteil, denn, wie der Name schon sagt: Sie treiben uns an, sie bringen uns in Bewegung und lassen uns Ziele erreichen. STRENG DICH AN ist mir als Trainerin z. B. ein nützlicher Helfer, wenn ich ein neues Trainingsformat zur Umsetzung bringen oder mich bei einer schwierigen Gruppe durchsetzen will. MACH ES ALLEN RECHT macht mir das Leben in Gruppen oder in Gesprächen oftmals leicht. Diese Antreiberin hat gute Antennen für Stimmungen und für die Bedürfnisse anderer Menschen. Man baut rasch einen guten Draht zum Gegenüber auf und in Verhandlungsgesprächen gewinnt man Menschen für sich. Wenn Antreiber zu stark werden, fangen sie an, uns zu blockieren und zu stressen und andere Lebensbereiche zu besetzen, und zwar vorzugsweise in Momenten, in denen man sie nicht gebrauchen kann oder in Situationen, in denen sie nicht angebracht sind. Wenn SEI EFFEKTIV ständig dabei ist, während man mit seiner Familie Urlaub macht, wird es anstrengend für alle Beteiligten. Wenn man als Pflegekraft oder

Ärztin den Antreiber BEEIL DICH hat, ist das sehr effektiv für den Case-Mix-Index und den Umsatz der Klinik, aber nicht sonderlich hilfreich bei einem sehr langsamen Patienten. Dann setzt der eigene Antreiber alle nur unnötig unter Druck. Wenn man ein wichtiges Verhandlungsgespräch führt, hat SEI GEFÄLLIG nichts dabei zu suchen. Wenn man eine Fortbildung gemacht hat und etwas Neues in die Arbeit integrieren will, muss man seinen Antreiber SEI PERFEKT erst mal auf die Reservebank setzen, ehe er wieder mitspielen darf. Das Nervige an Antreibern ist: Sie gehen nicht einfach weg. So wie man kaum Urlaub von sich selbst hat, sind auch Antreiber bzw. innere Stimmen stets Teil unseres Alltags. Egal ob wir

**Das Nervige an Antreibern ist: Sie gehen nicht weg. So wie man kaum Urlaub von sich selbst hat, sind auch Antreiber Teil unseres Alltags.**

Helfer-Profi sind oder nicht. Deswegen kann man auch genauso gut anfangen, sich mit den eigenen Antreibern zu amüsieren. So bleiben Sie in einer guten und handlungsfähigen Ver-

fassung. Stellen Sie sich vor, Sie stehen Samstagmorgen im Supermarkt, die Einkaufsliste in der Hand und die Antreiberin BEEIL DICH drängt schon zum Tempo. Sie bemerken sie, lächeln breit und sagen: „Na, hallo schöne Dame. Heute brauch' ich Dich gar nicht, denn ich bin nicht im Job. Also geh Du doch einfach zur Sekt-Theke und genieß' den Prosecco. Ich gehe mal in Ruhe einkaufen und gesell' mich dann zu Dir.“ Schon bringen Sie Leichtigkeit in den inneren Dialog. Man kann seinen Antreibern also mit humorvollem Mitgefühl begegnen, ihnen imaginär über den Kopf streicheln: „Na, kleiner Antreiber, wieder mal da? Hab' Dich ja lange nicht gesehen! Willst Du auch einen Tee? Ist grad wirklich anstrengend!“ Man kann ebenso ernsthafte wie auch amüsante Dialoge mit seinen inneren Antreibern führen.

Der Psychologe Schulz von Thun ist mit dem Modell des Inneren Teams in den 90er Jahren noch einen Schritt weiter gegangen. Er denkt die inneren Stimmen als komplett eigenständiges Team. Seine Arbeit wurde von vielen Praktikern in die Anwendung gebracht und weiter entwickelt. Profis nutzen das Innere Team z. B. zur Beantwortung einer eigenen herausfordernden Lebenssituation. Man kann als Trainerin, Beraterin oder Therapeutin das Innere Team von zwei Menschen in einem Konflikt

beleuchten. In der Klinik wird das Innere Team bei Patienten auch genutzt, um die somatische Erkrankung besser zu bewältigen. Und natürlich wird das Modell des Inneren Teams in der klinischen Arbeit für die Therapie genutzt, um eine Problemsituation intensiver zu beleuchten und einen Knoten aufzulösen. Es ist spannend und höchst unterhaltsam, mit seinem eigenen Inneren Team in den Dialog zu gehen, von manchen Teammitgliedern überrascht zu werden, bei manchen Teamkollegen die Augen zu verdrehen und sein eigenes Team zum Lachen zu bringen. Und natürlich geben Sie jetzt zu bedenken, dass bei Hilfesuchenden mit schizophrener Erkrankung krankhafte Selbstgespräche zur Symptomatik gehören. Völlig richtig. Und doch scheint so ein Gespräch mit dem Inneren Team bei depressiven, schizophrenen Erkrankungen aber auch rein somatischen Erkrankungen, die selbstabwertenden oder destruktiven Gesprächsschleifen zu unterbrechen. Wie man Humorfähigkeiten bei Patienten und Klienten trainieren kann, beschreibt Prof. Barbara Wild mit ihrem Team in mehreren Büchern ganz hervorragend. Den verloren gegangenen Humor in psychischen, psychiatrischen

aber auch somatischen Arbeitskontexten bei sich selbst zu reflektieren und bei Patienten bzw. Klienten humorvoll zu aktivieren ist in den letzten Jahren eine wichtige und ernst zu nehmende Ressource in der Gesundung von Menschen geworden.

Wie ging es Ihnen mit diesem kurzen Date? Mit diesem schriftlichen Treffen über diesen Artikel? Mit der kurzen Zeit, die wir zusammen hatten? Ich fand es wundervoll, dass wir diesen Moment miteinander verbracht haben. Aufregend. Und wunderschön! Vielleicht war es nur eine kurze Verführung. Oder wir sehen uns wieder und lernen uns näher kennen.

Wir alle werden als Humorprofis geboren. Wir haben Spaß am Ausprobieren, am Experimentieren und am Spiel. An Scherzen, Pointen, Witzen und lustigen Geschichten. Wir haben große Freude daran, andere zum Lachen zu bringen. Einfach so. Ohne Nutzen und Gewinn. Als Erwachsene benötigen wir manchmal logische und gute Gründe, um uns wieder auf Humor einzulassen. Im Fall einer psychischen Erkrankung gibt Humor Macht zurück. Er ermöglicht Distanz zur Problemfixierung und eröffnet

damit wieder neue Lösungen. Humor ist bei Kindern ein lästiger Nebeneffekt oder wertvoller Schatz. Kinder nehmen Lineale mit ins Bett, um zu messen, wie lange sie schlafen. Sie sagen zu Pflastersteinen auf der Straße, dass dieses Pflaster keine große Hilfe bei einer Schramme am Knie ist. Sie sprechen von grünem Blumenkohl, wenn sie Brokkoli meinen und können Witze entwickeln: Was sagt eine Katze, die zwei Sprachen kann? – Nihau. (Das heißt auf Chinesisch Hallo.) Behalten Sie sich diesen großen Schatz aus der Kindheit und zahlen Sie bitte unbedingt weiter auf Ihr Humorkonto ein. Denn nur wenn Sie Humor in guten Zeiten „einzahlen“ haben Sie in schlechten Zeiten auch etwas zum „abheben“. ●

#### Literatur

**Schulz von Thun, Friedemann (2010)**, Miteinander reden, Band 1 bis 3. Hamburg.

**Ullmann, Eva und Katrin Hansmeier (2020)**, Humor. Das Manifest für verzögerte Schlagfertigkeit. Leipzig.

**Ullmann, Eva (2020)**, Humor ist Chefsache. Besser führen, verhandeln und präsentieren – so entwickeln Sie Ihren humorvollen Fingerabdruck. Wiesbaden.

**Wild, Barbara et al. (2016)**, Humor in Psychiatrie und Psychotherapie. Neurobiologie – Methoden – Praxis. Stuttgart.

# „Ein Humorzentrum gibt es nicht“

Das Interview führten Iris Maier-Strecker und Christiane Tilly

Prof. Dr. Barbara Wild ist Fachärztin für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie. Sie arbeitet in eigener Praxis in Herrenberg und hat eine Professur an der Hochschule Nürtingen-Geislingen inne. Dort unterrichtet sie Kunst- und Theatertherapeut\*innen in therapeutischer Gesprächstechnik und psychodynamischen Grundlagen. Ihr Buch „Humor in Psychiatrie und Psychotherapie“ ist in der zweiten überarbeiteten und erweiterten Auflage 2016 beim Schattauer-Verlag erschienen. Ein Gespräch.



**Barbara Wild**  
Fachärztin für  
Psychiatrie, Psychotherapie  
und Neurologie  
aus Herrenberg.

*Redaktion Kerbe: Wie sind Sie auf das Thema Humor gekommen?*

Barbara Wild: Ein bisschen ist mein Sohn daran schuld. Er ist 1997 auf die Welt gekommen und ich war erstmal total fasziniert, wie es klappt, dass man als Mutter die ganzen Emotionen seines Babys mitbekommt. Das Phäno-

men, Emotionen des Gegenübers erkennen zu können, fand ich sehr spannend und habe mich dann dafür interessiert, was im Gehirn passiert, wenn wir durch Mimik emotional angesteckt werden. Darüber habe ich auch habilitiert. Das mit dem Humor war dann eigentlich ein Nebenprodukt. Ein Kollege hatte die Idee einmal etwas zum Thema

Humor zu machen. Zuerst sind wir da sehr naiv herangegangen und haben überlegt, wie wir unsere Versuchspersonen zum Lachen bringen. Wir haben ihnen Cartoons gezeigt und sind dann in der weiteren Auseinandersetzung mit dem Thema dazu gekommen, dass Lachen allein oder auch Cartoons anzugucken noch nicht Humor ist.

*Was ist Humor für Sie?*

Für mich ist Humor schon etwas Größeres. Zu Humor gehören unterschiedliche Facetten. Wir haben untersucht, was passiert, wenn sich jemand über einen Witz oder über etwas Witziges erheitert. Uns ist sehr schnell klar geworden, dass dies auch im Zusammenhang mit Patienten sehr interessant sein kann. Wenn jemand depressiv ist oder Angst hat, dann ist es ganz schwer für die betroffene Person, sich überhaupt auf Humor einzulassen oder eben humorvoll zu reagieren. Dann kam die Frage auf, ob man das fördern, stärken und im therapeutischen Kontext einsetzen kann.

*War das denn für Sie ein natürlicher Folgeschritt?*

Ich fand es immer wichtig auch zu überlegen, inwiefern ich an etwas mit Humor herangehen kann. Humor ist für mich eine Ebene, die es leichter macht und auf der ich mich mit Menschen, die ich mag, auch gut verständigen kann. Im Umgang mit Patienten und Patientinnen erfahre ich, dass es auch oft deren Bedürfnis ist auch mal etwas mit Humor sagen zu dürfen. Meist kommen die Menschen, wenn etwas Problematisches oder Ernstes geschehen ist - also oft in Notsituationen. Heute war zum Beispiel eine Patientin bei mir, die über ihre Belastungen berichtete und viel weinte. Wir überlegten, wie sie damit umgehen kann. Am Ende sagte sie dann, ach das sei gut, jetzt könne sie doch wieder lächeln. Und genau das meine ich. Es geht nicht darum irgendeinen blöden Witz zu erzählen, sondern einen Raum dafür zu eröffnen, die Probleme auch mit Humor sehen zu dürfen.

*Gibt es eine „Anleitung“, ein „Rezept“, wie Humor in der Therapie genutzt werden kann? Was würden Sie empfehlen?*

Man muss schon ein bisschen hinhören, wenn Patienten oder Patientinnen etwas in eine humorvolle Richtung sagen. Dies lässt sich aufnehmen und verstärken. Ich kann auf das einsteigen, was problematisch ist und dort bohren. Das mache ich auch manchmal. Aber ich kann eben auch Manches vielleicht ironisch aufgreifen oder mal die Augenbrauen hochziehen, den Kopf

schief legen oder probeweise lächeln. Oft ist es auch etwas Nichtsprachliches. Die Patientin erzählte beispielsweise von ihrem Sohn in der Pubertät, der ein Selbstwertproblem habe, das auch schon in der Kinder- und Jugendpsychiatrie thematisiert worden sei. Sie erzählte, dass er ihr widerspreche und gegen sie aggressiv sei. Daraufhin sagte ich, wenn er ihr jetzt Schwierigkeiten mache, ihr widerspreche, gegen sie aggressiv sei, dann sei es vielleicht ja doch eine Stärkung für seinen Selbstwert, also dass das zumindest erreicht worden sei. Sie lächelte und sagte: „Naja, so kann man's auch sehen“. So wie in diesem Beispiel ist es meist. Es sind nicht immer die großen Witze, sondern ein Umdeuten, ein Hinweis darauf, dass man es auch noch von einer anderen Seite betrachten kann.

*In Ihrem Buch geht es auch um das Humorzentrum. Wo ist denn das Humorzentrum?*

Ja, das Humorzentrum gibt es nicht. Das war eine vergebliche Suche und inzwischen ist auch klar warum. Humor hat sehr viele Facetten. Humor ist eine übergeordnete Fähigkeit, wie zum Beispiel die Konzentrationsfähigkeit. Es gibt auch kein Konzentrationszentrum, das anspringt und plötzlich können wir uns konzentrieren. Zu Humor gehört vieles. Die ganz banalen Dinge, wie die visuelle Wahrnehmung, Hören und Sprache verstehen zu können. Humor erfordert auch, dass man Gedächtnisinhalte aktivieren kann und die Fähigkeit hat sich ein bisschen in andere hinein zu versetzen. Bei meiner Patientin heute bedeutet dies, dass sie versteht, dass es für sie kränkend ist, wenn ihr Sohn mit ihr schimpft, aber dass es für den Sohn gut sein könnte, wenn er es schafft seiner Mutter zu widersprechen. Das erfordert eine Theory of Mind entwickeln zu können. Also eine Theorie darüber, was im Kopf eines anderen vor sich geht. Und es erfordert auch, entsprechend emotional reagieren zu können und ein soziales Verständnis zu haben. Also einschätzen zu können, ob es adäquat ist, wenn ich darüber lache oder nicht. Auf einer Beerdigung gelten andere Regeln, worüber man lachen darf, als

beim Karneval. Auf Beerdigungen wird häufig am Ende beim Leichenschmaus gelacht. Dort gehört es fast dazu - zur liebevollen Erinnerung und Erleichterung. Es ist oft auch ein bisschen das Weglachen der Traurigkeit und die Rückkehr in den Alltag.

*Wer darf denn über was lachen und wer vielleicht auch nicht?*

Ich glaube da gibt es eine Menge Regeln. Das hat auch etwas mit dem Gender zu tun. Bei gemischtgeschlechtlichen Paaren ist es eher die Frau, die lacht und der Mann muss die Frau zum Lachen bringen, zumindest bei traditionellen Paaren. Wenn es einen Statusunterschied gibt, nicht in Bezug auf das Einkommen, sondern wenn einer Chef und der andere der Untergebene ist, dann darf eher der Chef lachen. Wobei es dann auch wieder so ein subversives Lachen oder einen subversiven Humor gibt. Dies spielt dann aber eher in Abwesenheit des Chefs eine Rolle, wenn die Kollegen unter sich sind und anfangen Bemerkungen zu machen. Man lacht leichter in einer Gruppe von Menschen, die einem vertraut sind. In einer Runde von Freundinnen und Freunden geht es schneller als mit eher unbekanntem Kolleginnen. Menschen sind dann eher vorsichtig. Humor hat also etwas mit Vertrautheit zu tun. Es ist auch bei Patienten und Patientinnen so, dass es in der Therapie ein bisschen Zeit braucht. Wenn wir uns länger kennen kommt ein gemeinsames Lachen häufiger vor als am Anfang. Zu Beginn, wenn Menschen mit wirklich großen Problemen kommen, wäre es inadäquat zu lachen.

*Sie haben akute und chronische Wirkung von Humor unterschieden. Wie müssen wir uns das vorstellen?*

Mit akuten Wirkungen ist gemeint, dass es in sozialen Situationen erstmal entspannend sein kann, wenn es gelingt die Situation mit Humor ein bisschen zu entschärfen. Mit Kritik zum Beispiel humorvoll umzugehen, kann dann schon ein akuter, positiver Effekt sein. Oder gemeinsam in einer Gruppe zu lachen, das hat etwas Verbindendes. Wenn man merkt, man lacht über

dieselben Dinge, dann bringt einen das näher und man fühlt sich verstanden und die Verbindung wird enger. Das ist die akute Wirkung von Humor. Das andere ist die chronische Wirkung. Man muss hingehen und schauen, was ist mit den Menschen, die viel Humor haben, den Menschen, die ihren Humor generell einsetzen. Bei diesen scheint es offensichtlich chronische Effekte zu geben, dergestalt, dass sie resilienter sind. Wenn Schwierigkeiten auftauchen und jemand dann seinen Humor aktivieren kann, dann kommt er leichter über die Schwierigkeiten hinweg und hat nicht so viele negative Effekte, wie zum Beispiel körperliche Beschwerden. Dies zeigte sich für depressive Syndrome.

*Wenn es so positive Wirkungen gibt, gibt es auch negative Wirkungen? Welche Nebenwirkungen hat Humor?*

Ja, Nebenwirkungen gibt es auch. Es kann sein, dass jemand etwas nicht ernst nimmt, was ernst genommen werden sollte. Es gibt aus den USA eine Untersuchung an College-Studenten aus der hervorgeht, dass diejenigen, die Dinge weniger ernst nehmen häufiger den Partner oder die Partnerin wechseln. Das kann sowohl positiv als auch negativ sein. Es kann sein, dass sich das Gegenüber nicht richtig ernst genommen fühlt, dass vielleicht einmal zu viel gelacht wird und die Person sich daraufhin jemand Neues suchen muss. Wahrscheinlich findet diese Person auch leichter jemand Neues. Es gibt auch Beobachtungen, die darauf hindeuten, dass Jugendliche mit mehr Humor in der Pubertät ein bisschen risikoreicher leben und deshalb eine etwas geringere Überlebenswahrscheinlichkeit haben - wahrscheinlich durch Motorrad- oder Skiunfälle oder dergleichen. Es geht also einerseits darum, dass etwas weggelacht wird, was in einer Partnerschaft, wenn es immer wieder passiert, nie befriedigend sein kann. Andererseits korreliert die Lust sich erheitern zu lassen auch mit Extrovertiertheit. Extrovertiertheit wiederum korreliert auch mit "risk seeking behaviour", also Menschen, die einfach gerne einen Kick haben und das kann schief gehen.

*Das beschreibt den Humor von extrovertierten Menschen. Wie ist der Humor bei introvertierten Menschen?*

Diese zeigen ihren Humor nicht so stark. Ich würde nicht sagen, dass sie weniger Humor haben, aber sie sind generell vom Emotionsausdruck zurückhaltender.

*Was ist Ihre wichtigste Botschaft an Mitarbeitende im psychosozialen Bereich im Hinblick auf Humor?*

Ich würde eher ein bisschen mehr als weniger wagen. Die Tradition ist meist, dass alles erstmal problemfokussiert ist und man die Defizite beachtet - das gehört natürlich auch dazu - aber ich finde so eine Prise Humor, das darf wirklich sein.

*Hat sich Ihr Blick auf das Thema Humor in der Auseinandersetzung über die Zeit hinweg verändert? Würden Sie das Buch heute anders angehen?*

Das Buch ist inzwischen in der zweiten Auflage. Ich habe auch Dinge geändert. Was ich erst nach Erscheinen des Buches überlegt habe, war meine eigene Theorie zur Entstehung von Humor. Es gibt alle möglichen Theorien. Oft ist die Rede von einem evolutionären Vorteil. Wenn ich überlege, was der evolutionäre Vorteil sein könnte, denke ich, dass Humor etwas mit der Entwicklung unserer Sprachfähigkeit zu tun hat. Mit der Sprache ist ein sehr hohes Risiko von Missverständnissen entstanden. Dinge zu tun oder nicht zu tun, ist viel besser zu erkennen und viel klarer. Wenn ich den Stinkefinger zeige oder jemanden anlächle, dann ist die Botschaft jeweils ziemlich klar. Wenn ich aber spreche und womöglich ironisch bin, oder mehrdeutige Ausdrücke verwende, dann wird das alles sehr kompliziert. Wenn ich nur einen einfachen Begriff wie Tisch sage, dann entsteht bei meinem Gegenüber im Kopf ein Bild und schon das ist unterschiedlich. Für den einen ist der „Tisch“ weiß und für den anderen schwarz. Vielleicht können wir uns noch darauf einigen, dass der Tisch vier Beine hat. Ich mache manchmal eine Achtsamkeitsübung mit Patien-

tinnen, bei der sie auf ihr Kopfkino achten sollen. Ich nenne nacheinander verschiedene Begriffe. Es kommt zum Beispiel der Begriff „Zug“ im Zusammenhang mit etwas Positivem, zum Beispiel „Strand“ und einmal kommt der Begriff „Zug“ in Zusammenhang mit was Negativem. Wer da achtsam merkt, dass bei der einen Kombination wirklich positive Bilder entstehen, beispielsweise von einer Reise. Bei der anderen Kombination entstehen negative Bilder wie „Zugunglück“ oder „Zugfahrt ins KZ“. Der Begriff „Zug“ kann ganz unterschiedliche Assoziationen triggern. Das ist ein Problem, das wir haben, wenn wir Sprache gebrauchen. Um mit diesen Problemen umzugehen, ist Humor wirklich gut, weil man sich dann nicht nur darüber streiten kann, sondern auch darüber lachen kann. Mehr noch, man kann sich sogar darüber freuen, dass es eine Mehrdeutigkeit gibt und kann sich dann über Missverständnisse freuen. So kann man mit all den Schwierigkeiten, die uns im Leben immer wieder begegnen, auch ein bisschen anders umgehen. Das passiert, wenn es über Slapstick und über Schadenfreudehumor hinaus geht und das hat viel mit Sprachentwicklung zu tun.

*Ironie ist eine besondere Form von Humor, wieviel davon ist denn empfehlenswert in der therapeutischen Arbeit?*

Da muss man auch wieder vorsichtig sein. Ironie kann gut funktionieren, aber sie kann auch völlig schief gehen. Es gibt Patientengruppen, zum Beispiel Menschen, die akut psychotisch sind und die formale Denkstörungen haben. Diese verstehen Ironie oft überhaupt nicht. Auch Menschen mit Autismus verstehen Ironie nicht so gut. Andererseits sind Menschen mit Borderline oft sehr ironisch und schätzen das auch. Für sie ist es eine Ebene, auf der man sich gut verständigen kann.

*Frau Prof. Wild, vielen Dank für das schöne Interview!*

Das Interview wurde Online geführt



# Nichts zu lachen?

## Humor in Gesprächen über psychische Erkrankungen

Von Henrike Wiemer, Yvonne Ilg, Anke Maatz

Um über psychisches Erleben zu kommunizieren, belastende Erfahrungen in Gesprächen zu teilen und sie so zu verarbeiten, stehen dem Menschen verschiedene Strategien zur Verfügung, sodass selbst schwer beschreibbare und tabuisierte Inhalte im Gespräch geäußert werden können. Eine solche Strategie ist der Humor, der als Ressource verstanden werden kann, um negative und fremdartige Erfahrungen aus einer neuen, distanzierten Perspektive zu betrachten und das Erlebte mit positiven Emotionen zu verknüpfen. In Gesprächen über psychische Erkrankungen wird Humor einerseits metadiskursiv als Strategie thematisiert, andererseits auch auf vielfältige Arten praktiziert.

### Über psychisches Erleben kommunizieren und Krankheitserfahrungen bewältigen – Humor als Ressource

In der Psychotherapie ist das Reden seit langem ein wichtiger Bestandteil der Behandlung, aber auch außerhalb des klinischen Kontextes wird das Sprechen über die psychische Gesundheit zunehmend als gesundheitsfördernd beworben, beispielsweise in Kampagnen wie „Reden kann retten“ (<https://www.reden-kann-retten.ch>). Allerdings ist es gar nicht so einfach, über eine psychische Erkrankung zu sprechen: Erstens unterscheidet sich das Erleben von der gewöhnlichen, alltäglichen Erfahrungswelt und ist daher oft nur schwer beschreibbar, da sprachliche Ausdrucksmöglichkeiten fehlen. Zweitens wird die Kommunikation über die psychische Gesundheit oft durch Gefühle wie Scham und Angst vor Stigmatisierung erschwert. Um die Erfahrung einer psychischen Erkrankung dennoch mit anderen zu teilen, stehen dem Menschen unterschiedliche Strategien zur Verfügung, die als Ressourcen verstanden werden können, um schwer kommunizierbare Inhalte zu vermitteln (vgl. auch Brünner und Gülich, 2002). Eine wichtige Ressource, um den oben genannten Schwierigkeiten zu begegnen und um schwierige Erfahrungen im Gespräch zu verarbeiten, ist der Humor. Humor ist dabei zu verstehen als eine innere Haltung, die eine distanzierte Perspektive auf das Erlebte ermöglicht,



**Henrike Wiemer**  
Expertin aus Erfahrung,  
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich



**Yvonne Ilg**  
Seminar-Oberassistentin,  
Abteilung Linguistik,  
Deutsches Seminar der Universität Zürich



**Anke Maatz**  
Ärztin, Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich

aus der selbst schwierige und belastende Erfahrungen mit heiterer Gelassenheit betrachtet werden können und die Erfahrung so ihre Bedrohlichkeit verliert (vgl. Münzel und Zinsli, 2011). Dabei scheint ein gewisser Verarbeitungsgrad des Erlebten sowohl Voraussetzung für als auch Folge von Humor zu sein.

### „Ich bin eine, die sich selbst gern auf die Schippe nimmt“ – Humor in Gesprächen über psychische Erkrankungen

Wie äußert sich nun Humor in Gesprächen über die Erfahrung einer psychischen Erkrankung? Wir sind dieser Frage anhand der Daten aus unserem Forschungsprojekt „Drüber reden! Aber wie?“ ([www.drueberreden.ch](http://www.drueberreden.ch)) nachgegangen. Dieses partizipative Projekt (vgl.: Bergold, 2013) untersucht ge-

meinsam mit Expertinnen und Experten aus Erfahrung anhand narrativer Interviews und Fokusgruppensprechungen (vgl. u. a. Schäffer, 2018 und Ziebland, 2013), wie Menschen über ihre psychische Gesundheit sprechen und welche kommunikativen Strategien sie dabei verwenden (Zum Forschungsprojekt „Drüber reden! Aber wie?“ vgl. Maatz, Ilg, und Wiemer, 2021). Für den vorliegenden Artikel haben wir das Datenmaterial, das aktuell 13 narrative Interviews und drei Fokusgruppengespräche mit insgesamt 33 Teilnehmenden umfasst, nach Gesprächsausschnitten durchsucht, in denen Humor praktiziert oder metadiskursiv, das heißt im Sinne einer Kommunikation *über* Humor, thematisiert wird. Dabei haben wir für die Analyse Lachen als Indikator für das Vorhandensein von Humor verwendet, wobei betont werden muss, dass Humor auch



unabhängig von einem Lachen stattfinden kann und umgekehrt, dass nicht jedes Lachen im Kontext von Humor steht. So kann ein Lachen auch aus Verlegenheit oder Verzweiflung heraus entstehen oder nicht mit dem inneren Zustand der Betroffenen übereinstimmen, wie etwa, wenn jemand in einem psychotischen Zustand lacht, obwohl er sie Angst hat oder über etwas Trauriges spricht. Oft kommt es auch vor, dass Menschen lachen, wenn sie sich selbst abwerten. Dabei scheint die Grenze zwischen Humor auf der einen sowie Sarkasmus und Zynismus auf der anderen Seite fließend zu sein, und alle genannten Formen können mit Lachen verbunden sein.

Betrachten wir im Folgenden einige Datenbeispiele, in denen Humor praktiziert (Datenbeispiel 1 und 3) oder metadiskursiv thematisiert wird (Datenbeispiel 2). Sämtliche Gesprächsausschnitte stammen aus Fokusgruppendifkussionen, da sich bemerkenswerterweise bei unserer Analyse zeigte, dass in den bisher erhobenen narrativen Einzelinterviews kaum Indikatoren für den Einsatz von Humor vorhanden sind.

**Datenbeispiel 1:**

124 PART2: und ICH habe:-  
 125 ahm e sammelSURium an an ähm (-) psYchischen erkrankungen;  
 126 ( ) ich nicht WUSSte:-  
 127 nach und NACH (.) entwckelt;  
 128 und ah ursprünglich depressiONen-  
 129 <<p> das isch so der ANfang aller sachen->=  
 130 =die mich schon Ewig begleiten;  
 131 °hh äh die in SCHÜben kommt auch;  
 132 besonders im wlnter isch immer SCHLIMM, (.)  
 133 ah denn habi a ESSstörung;  
 134 ä:hm und war deswegen AUCh-dreimal STationär; (-)  
 135 ä:h und äh im rAhmen DIEser aufenthalte-  
 137 isch dann noch a BÖRderline <<lachend> störung diagnostiziert worden.>  
 138 ja MEI;  
 139 also es isch so o Oberpsycho;  
 140 [aber ähm (.) ich komm] ganz guet durchs LEben (.) ja.  
 141 Alle: [((lachen)) ]

(Datenkorpus „Drüber reden! Aber wie?“, Fokusgruppe2\_000000-001707)

Dieser Gesprächsausschnitt stammt aus der Vorstellungsrunde einer Gruppendiskussion zum Thema psychische Erkrankung und Gesundheit. Im Vorfeld berichtet die Teilnehmerin, was sie zur Teilnahme an der Veranstaltung veranlasst hat.

In dem vorliegenden Ausschnitt wird über eine Depression berichtet, die besonders im Winter «immer SCHLIMM» sei (Z. 132), über eine Essstörung, die auch schon zu stationären Aufenthalten geführt habe (Z. 133-135), und über eine Borderlinestörung (Z. 137) – alles „sachen“, die die Sprecherin „schon Ewig“ begleiten (Z. 129f.). Dabei erfolgt die Darstellung der als schlimm benannten Erfahrungen auf eine humorvolle Art: Durch die Verwendung von Formulierungen wie „SammelSURium an [...] psYchischen erkrankungen“ (Z. 125) und „Oberpsycho“ (Z. 139) sowie durch das Lachen der Sprecherin (Z. 137) wird der Bericht auf eine Art inszeniert, die verdeutlicht, wie eine „SCLIMM(e)“ Erfahrung mit Humor betrachtet werden kann. Laut Peter Schneider, einem Schweizer Psychoanalytiker, ist „Humor (...) eine bestimmte Haltung zu sich und der Welt“ (Schneider 2011, S. 29, zit. nach Münzel und Zinsli, 2011, S. 5) und der Duden bezeichnet Humor als Begabung, um Missgeschicken und Schwierigkeiten zu begegnen (vgl. Duden, 2007) und nimmt damit das Vorliegen einer Schwierigkeit in die Definition mit auf. So scheint die Sprecherin in unserem Ausschnitt eine Haltung eingenommen zu haben, die ihr ermöglicht, über die schlimmen Erfahrungen lachen zu können, und die sie letztlich zu der Aussage veranlasst, sie komme „ganz guet durchs LEben“ (Z. 140).

Humor wird hier vor allem durch die Verwendung ungewöhnlicher und überraschender Formulierungen erzeugt. Nach der Inkongruenz-Theorie, einer Humorthorie, die u.a. auf Cicero zurückgeht, lachen wir immer dann, wenn ein überraschender Wechsel zu einer anderen, meist trivialeren Sichtweise stattfindet (vgl. Cicero, 2021). In unserem Gesprächsausschnitt sehen wir, wie durch die Verwendung von Begriffen wie „Sammelsurium an psychischen Erkrankungen“ und „oberpsycho“, die recht salopp daherkommen und angesichts der Bedeutung und Schwere der Erfahrung („Ewig“ (Z. 130), „ANfang

aller sachen“ (Z. 130)) durch ihre Banalität unerwartet sind, ein solch überraschender Wechsel hergestellt wird, der die Zuhörerinnen und Zuhörer zum Lachen bringen soll.

Bemerkenswert ist übrigens auch der Kontext des gewählten Ausschnitts: Das Datenbeispiel stammt aus der Vorstellungsrunde einer Gruppendiskussion. Die Teilnehmerin beginnt die Vorstellungsrunde und scheint sich hier gleich zu Beginn als ein bestimmter Sprecherintertyp zu positionieren, als „die Humorvolle“ (Zur Positionierung vgl. auch Lucius-Hoene und Deppermann, 2004).

Kurze Zeit später entsteht in derselben Fokusgruppe eine Metadiskussion zum Thema Humor. Die Teilnehmerin, die wir bereits aus dem ersten Datenbeispiel kennen, äussert sich dazu wie folgt:

**Datenbeispiel 2**

097 PART2: es gibt lüt wo auch drauf ANsprechen auf sowas;  
 098 PART4: ja.  
 099 PART2: und andere NED.=  
 100 =also ich bin zum beispiel Elne-  
 101 wo ich mich selber gerne auf\_d SCHIPP nehme;  
 102 [also] ich hab da kein proBLEM damit;  
 103 PART4: [ja. ]  
 104 PART2: [und i LACH auch über mich selbst:] ((lacht))  
 105 Mehrere: [((lächeln/lachen)) ]

(Datenkorpus „Drüber reden! Aber wie?“, Fokusgruppe2\_010249-011708)

Durch die Formulierung „ich bin zum beispiel Elne“ (Z. 100) erfolgt erneut eine Positionierung der Person der Sprecherin. Sie stellt sich als humorvoll dar, als jemand, der sich selbst gern „auf\_d SCHIPP“ (Z. 101) nimmt. Schneider nennt den „Humor eine Mischung aus Selbstironie und souveräner Resignation“ und verdeutlicht dadurch, dass auch bzw. vor allem die eigene Person zum Gegenstand des Humors werden kann (Schneider 2011, S. 29, zit. nach Münzel und Zinsli, 2011, S. 5). Natürlich kann auch eine andere Person zum Gegenstand des Humors werden, was wir im folgenden Gesprächsausschnitt sehen. Hier äußert sich ein Diskussionsteilnehmer über eine Fachperson und sagt:



**Datenbeispiel 3**

- 042 PART7: <<fährt mit linker Hand auf Brusthöhe und zeigt mit Zeigfinger> und das isch en ARZT gsi; **und das war ein Arzt**
- 043 aso mediziner und (.) psychoLOG. **also Mediziner und Psychologe**
- 044 und DÄ het mich> – **und der hat mich**
- 045 <<hält Hand vor den und> ((hustet))>
- 046 ~<<fährt mit linker Hand auf Brusthöhe> e\_!SO! guet verstande; **so gut verstanden**
- 047 will de psychoLOG,> **weil der Psychologe**
- 048 er isch mit sim läbe <<schüttelt den Kopf> AU nöd> z\_gang cho. **er ist mit seinem Leben auch nicht zurecht gekommen**
- 049 er het au KNÖRZ und knöpf gha; **er hat auch Probleme und Schwierigkeiten gehabt**
- 050 RES1: [((lacht)) ]
- 051 Mehrere: [((Gelächter und Kommentare von verschiedenen Personen))]

(Datenkorpus „Drüber reden! Aber wie?“, Fokusgruppe2\_004608-010249)

Er berichtet hier von einer Behandlungserfahrung bei einem Psychologen, der selber mit seinem Leben nicht zurechtgekommen sei („er isch mit sim läbe <<schüttelt den Kopf> AU nöd> z\_gang cho.“, Z. 48) und der selber Schwierigkeiten gehabt habe („er het au KNÖRZ und knöpf gha“, Z. 49). Der Sprecher macht sich hier also über eine dritte Person lustig, wobei Humor praktiziert wird, indem eine unerwartete Wendung hergestellt wird, die dann auch den gewünschten Effekt hat, nämlich dass von verschiedenen anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmern Kommentare und Lachen erfolgen. Das unerwartete, überraschende Moment besteht in diesem Beispiel darin, dass das übliche Machtgefälle, die Rollenverteilung zwischen Fachperson und Patient, hier durchbrochen wird, indem die Fachperson, von der Professionalität und Kompetenz erwartet wird, als jemand dargestellt wird, der sein Leben selbst nicht im Griff hat und somit quasi selbst zum Betroffenen wird. Dies wird jedoch nicht als Mangel, sondern im Gegenteil als etwas äußerst Positives dargestellt, was wiederum gängigen Erwartungen entgegen läuft. Pointiert wird der Humor durch die Alliteration, einem gleichen, betonten Anlaut aufeinanderfolgender Ausdrücke, in der Formulierung „Knörz und Knöpf“.

### „Das Leben ist zu wichtig, um es ernst zu nehmen“ (Oscar Wilde) – Schwierigkeiten mit Humor begegnen und die Erfahrungen aus einer neuen Perspektive erleben

In Gesprächen über psychische Erkrankungen gibt es – wie wir an den Ausschnitten gesehen haben – also durchaus etwas zu lachen: Berichte über das psychische Erleben werden auf unterschiedliche Arten so inszeniert, dass Humor in den Gesprächen selbst praktiziert wird, was durch das Lachen der Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmer offenbar wird. Letzteres macht dabei deutlich, dass die sprachliche Interaktion – und somit auch der in dieser Form gestaltete Humor – eine *gemeinsame* Handlung der Beteiligten ist. Daneben wird der Humor in unseren Datenbeispielen aber auch metadiskursiv als Strategie thematisiert, um mit der Erkrankung umzugehen.

Allerdings ist es oft nicht ohne weiteres möglich, eine humorvolle Sichtweise auf die eigenen Schwierigkeiten einzunehmen. Viele Erfahrungen, die im Rahmen der Erkrankung gemacht werden, werden von den Betroffenen – oder auch Angehörigen, wie die in den ersten beiden Datenbeispielen zitierte Teilnehmerin mehrfach betont – als zu schlimm empfunden, um sie mit Humor betrachten zu können, und sie empfinden das, was als Humor gemeint ist, womöglich als eine Art, sich über sie lustig zu machen und ihr Leiden nicht ernst zu nehmen. So berichten auch viele Fachpersonen, dass sie Humor im Gespräch mit Betroffenen in der Regel zurückhaltend und eher dann verwenden, wenn bereits eine gute therapeutische Beziehung etabliert ist.

Um ein belastendes Ereignis humorvoll betrachten zu können, scheint bereits ein gewisses Maß an Verarbeitung des Erlebten stattgefunden haben zu müssen. So berichten viele Betroffene, dass eine gewisse zeitliche Distanz nötig war, um über schwierige Erfahrungen lachen zu können.

Distanzierung ist also sowohl Voraussetzung als auch Folge einer humorvollen Betrachtungsweise: Steht Humor als Ressource im Repertoire der betroffenen Person zur Verfügung, so hat bereits eine Distanzierung stattgefunden. Durch das Praktizieren von Humor im Gespräch findet eine weitere Bewältigung des Erlebten statt: Was ursprünglich als fremd und bedrohlich wahrgenommen wurde, wird nun mit positiven Emotionen verknüpft, und die eigene Geschichte wird aus einer

neuen Perspektive wahrgenommen. Zuletzt sei angemerkt, dass Humor im Kontext psychischer Erkrankungen oft wirkungslos ist, weil er in klinischen Settings in der Interaktion zwischen der Fachperson und dem Patienten bzw. der Patientin oft unverstanden bleibt. Hierzu folgende Anekdote: Ich, die Erstautorin dieses Artikels, befand mich wegen einer Psychose auf der geschlossenen Station einer psychiatrischen Klinik. Eine Freundin, die mich dort besuchte, brachte mir eine Packung Kekse mit. Diese vergaß ich im Aufenthaltsraum und als ich kurze Zeit später zurückkehrte, fand ich auf dem Tisch eine leere Kekspackung und einige Krümel. Zu der Pflegefachfrau, die anwesend war, bemerkte ich schmunzelnd, dass es auf der Station wohl ein Krümelmonster gebe, woraufhin sie mir ein Beruhigungsmittel anbot und erwiderte: „Nein, nein, Sie sind hier in Sicherheit.“

Humor hat immer einen Adressaten oder eine Adressatin. Er bezieht sich auf ein Gegenüber, bei dem eine bestimmte Wirkung, zum Beispiel ein Lachen, erzielt werden soll. Zwar kann es – vor allem, wenn es um Themen wie psychische Erkrankungen geht – zu Unsicherheiten und Missverständnissen kommen, doch wenn die beabsichtigte Wirkung eintritt, so schafft ein geteiltes Lachen neben dem Erleben positiver Emotionen auch Gemeinschaft und Zusammengehörigkeit. 🌟

### Danksagung

Wir danken Prof. Dr. Elisabeth Gülich und Dr. Christiane Tilly für die wertvollen Beiträge während unserer gemeinsamen Datensitzungen. Außerdem danken wir allen Gesprächsteilnehmerinnen und Gesprächsteilnehmern, die sich bereit erklärt haben, uns im Rahmen unseres Projektes ihre Geschichte zu erzählen.

### Literatur

**Bergold, J.B. (2013)**, Partizipative Forschung und Forschungsstrategien., in: eNewsletter Wegweiser, Bürgergesellschaft, S. 1–10.

**Brünner, G., Gülich, E. (2002)**, Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation, in: Brünner, G., Gülich, E. (Hrsg.): Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen, Aisthesis, Bielefeld, S. 17–93.

**Cicero, M.T. (2021)**, How to Tell a Joke. An Ancient Guide to the Art of Humor, selected, translated and introduced by Michael Fontaine, Princeton University Press, Princeton Oxford.

**Duden (2007)**, Das Herkunftswörterbuch, Duden Verlag, Mannheim

Lucius-Hoene, G., Deppermann, A. (2004), Narrative Identität und Positionierung, in: Gesprächsforschung 5(1), S. 166–183.

Maatz, A., Ilg, Y. & Wiemer, H. (2021), Sprechen über psychische Erkrankungen: Drüber reden! Aber wie?, in: Leading Opinions Neurologie & Psychiatrie 2021(2), S. 6–7.

Münzel, G., Zinsli, M. (2011), Editorial Psychische Krankheit und Humor, in: Pro Mente Sana Aktuell, S. 4–5.

Schäffer, B. (2018), Gruppendiskussion, in: Bohnsack, R., Geimer, A., Meuser, M. (Hrsg.): Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung. 4., Aufl., utb, Leverkusen-Opladen, S. 101–107.

Schnieder, P. (2011), Kann man Humor lernen?, in: Tages-Anzeiger 28.09.2011, S.29

Ziebland, S. (2013), Narrative Interviewing, in: Ziebland, S., Coulter, A., Calabrese, J.D., Locock, L. (eds.): Understanding and using health experiences: improving patient care, Oxford University Press, Oxford, S. 38–48.

**Verwendete Transkriptionskonventionen (Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2, GAT 2; Selting et al. 2009)**

- [ ] Überlappungen und Simultansprechen
- [ ] = schneller, unmittelbarer Anschluss neuer Sprecherbeiträge oder Segmente
- (.) Mikropause, bis ca. 0.2 Sek. Dauer
- (-) kurze Pause (ca. 0.2–0.5 Sek.)
- (--) mittlere Pause (ca. 0.5–0.8 Sek.)
- (---) längere Pause (ca. 0.8–1.0 Sek.)
- (2.0) gemessene Pause in Sek.
- und\_äh Verschleifungen von Einheiten
- :: ::; ::: Dehnung, Längung, je nach Dauer
- akZENT Fokusakzent
- akzEnt Nebenakzent
- ak!ZENT! extra starker Akzent
- ? hoch steigende Intonation, Frageintonation
- , mittel steigende Intonation
- ; mittel fallende Intonation
- . tief fallende Intonation
- gleichbleibende Intonation
- (solche) /(das/was) vermuteter Wortlaut; mögliche Alternativen
- <<p> na ja> Veränderte Lautstärke mit Reichweite: piano, leise
- <<lachend> na ja> sprachbegleitende para- und außersprachliche Handlungen und Ereignisse mit Reichweite
- ((schnauft)) para- und außersprachliche Handlungen u. Ereignisse
- ((...)) Unverständlicher Passage ohne weitere Angabe
- °h / °hh / °hhh Einatmen, je nach Dauer
- h° / hh° / hhh° Ausatmen, je nach Dauer

Nach: Selting, M., Auer, P., Barth-Weingarten, D. et al. (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). Gesprächsforschung 10, S. 353–402.

# Das „Behandlungsspektakel“ kann beginnen

## Humor in der Akutpsychiatrie

Von Robin Voigt

Die Psychiatrie und besonders der Umgang mit Menschen, die unter akuten psychischen Erkrankungen leiden, kann auf Außenstehende, die wenige Berührungspunkte mit diesem Feld haben leider häufig befremdlich, bedrückend oder gar furchteinflößend wirken. In den Köpfen vieler besteht nach wie vor das Bild von aggressiven Patient\*innen oder von Zwangsmaßnahmen, die den Alltag der Psychiatrie beherrschen. Die Zusammenarbeit von behandelndem Team und Patient\*innen bedeutet jedoch vielmehr einen gemeinsamen Weg aus schwierigsten Lebenslagen, hin zur besserer Gesundheit, weniger Leidensdruck und mehr Lebensqualität für Patient\*innen. Die Beziehungsarbeit zwischen Behandler\*innen und Patient\*innen stellt dabei einen wesentlichen Behandlungsbaustein dar. Dass diese Zusammenarbeit auf vielen Ebenen vielschichtiger ist als so manches Stereotyp vermuten lässt, wird schnell deutlich sobald man in dem Arbeitsfeld der Psychiatrie, zum Beispiel in der Pflege, tätig wird. Da Situationskomik bekanntlich schnell in Vergessenheit gerät und viele Erlebnisse im Behandlungsteam im Laufe der Zeit nicht mehr erinnert werden, entstand die Idee einer digitalen Sammlung dieser. Dazu wurde eine Datei auf dem Stationsrechner angelegt, in der alle Mitarbeiter\*innen einige dieser Momente anonymisiert aus erster Hand verschriftlichen und festhalten konnten. Um hier die Chance zu ergreifen ein differentes Bild von Psychiatrie abzuzeichnen, möchten wir Ihnen einen seltenen Einblick auf die emotionale Ebene dieser Zusammenarbeit ermöglichen. Diese bietet neben Höhen und Tiefen immer wieder auch ein durchaus humoristisches Potential für alle Beteiligten.

Selbst in schwierigen Situationen wie der stationären Aufnahme in eine psy-



**Robin Voigt**

Der Autor hat nach den Ausbildungen zum Tischler und Gesundheits- und Krankenpfleger, einen BA in Pflegewissenschaft an der EVH Bochum und den MA Public Health an der Universität Bielefeld gemacht. Er arbeitet derzeit in einer fakultativ geschlossenen psychiatrischen Akutstation.

chiatrische Abteilung, bewahren sich manche Patient\*innen ihren Humor. Sei es, um dem Behandlungsteam lauthals herzlichst zu verkünden, das „Behandlungsspektakel“ könne nun beginnen oder dem diensthabenden Arzt auf originelle Weise deutlich zu machen, dass man mit seinem Zimmer nicht zufrieden ist: „Sie haben ja wohl ’nen Triller unter’m Pony!“.

In einigen Fällen kommt es vor, dass sich Behandler\*innen und Patient\*innen, gerade im Bereich von chronifizierten Störungen, bereits seit längerer Zeit und mehreren Aufenthalten kennen. Dabei finden nicht alle Klinikaufenthalte eines Patienten zwangsläufig im selben Krankenhaus statt. Eine Patientin beschrieb uns auf welche Art sie einer anderen Klinik ihre Unzufriedenheit kundgetan hatte:

*Patientin: „Dort wurde ein EEG bei mir gemacht. Sie müssen wissen, ich beherrsche Gehirnschrift. Das heißt ich kann die Zacken und Ausschläge vom EEG beeinflussen. Da habe ich natürlich direkt ‚Hallo ihr Arschlöcher‘ geschrieben. Die haben geguckt!“.*

Unzufriedenheit und Skepsis können gerade in den Anfängen der Behand-



lung sowohl ein Teil der Stimmung als auch Reaktion auf die stationäre Aufnahme sein. Die offen geäußerte Meinung zu den jeweiligen Behandler\*innen und Professionen bieten ebenfalls Anlass für humorvolle Äußerungen:

*Patient: „Was ist ein Konsil?“  
Gesundheits- und Krankenpfleger:  
„Wenn ein Arzt einen anderen Arzt  
fragt, weil er selbst keine Ahnung hat.“  
Patient: „Dann stellen Psychiater aber  
sicher viele Konsile!“*

In einigen Fällen kann es dazu kommen, dass Patient\*innen sich in Ausnahmesituationen befinden und sich auf eine Art und Weise verhalten, in der sie mit ihrer Umwelt in Konflikte geraten. Betroffenen aufzuzeigen, dass manche Äußerungen oder Verhaltensweisen als problematisch aufgefasst werden können, ist Bestandteil der therapeutischen Arbeit. Es kann gerade zu Beginn einer Behandlung vorkommen, dass ein solcher Versuch Realitäten zu spiegeln eher mäßig gelingt.

*Gesundheits- und Krankenpfleger: „Sie sind aber manchmal schon ein etwas schräger Typ, oder?“  
Patient: „Ja! Wegen meiner Skoliose.“*

Diese direkte Konfrontation kann auch zu klaren Aussagen über die eigene Person führen. Um damit umgehen zu können kann ein wenig Humor nicht schaden. Die sich zum Teil wiederholenden wahnhaft anmutenden Äußerungen mancher Patient\*innen führen teilweise zu humorvollen Beschreibungen der eigenen Wahrnehmung.

*Patient: „Ich glaub' ich habe Sehstörungen. Ich sehe Pünktchen... Wenn ich Sie ansehe, sehe ich einen Affen!“*

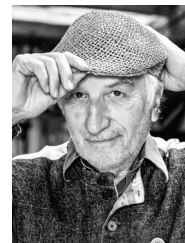
Die Zusammenarbeit mit Patient\*innen ist oft ein langwieriger Prozess, häufig geprägt von zahlreichen Behandlungen. Demnach bauen die Mitarbeiter\*innen in der Psychiatrie eine tragfähige Beziehung zu den jeweiligen Patient\*innen auf, was die Kommunikation untereinander erheblich beeinflusst. Das Ziel dabei ist eine wertschätzende Kommunikation, die durchaus auch humorvolle Situationen und Äußerungen umfassen kann. In diesem Sinne: „Das war ein Akt, der die Oma packt!“ ●

# „Humor ist in allen Lebenslagen wichtig“

## Cartoons zu einem schwierigen Thema

Das Interview führten Iris Maier-Strecker und Christiane Tilly

Der Cartoonist, Grafiker und Schriftsteller Peter Gaymann lebt heute am Starnberger See in Oberbayern. Das folgende Online-Interview hat er mit uns aus seinem Dachstuhlatelier geführt.



**Peter Gaymann**  
Cartoonist, in Freiburg geboren. Er hat dort Sozialpädagogik studiert. Er bezeichnet Freiburg als seinen Heimathafen. Seit zehn Jahren veröffentlicht er mit Prof. Klie den DEMENSCH-Postkartenkalender. ([www.gaymann.de/demensch/](http://www.gaymann.de/demensch/))

*Iris Maier-Strecker (IM): Sie haben in ihrem Erstberuf Sozialpädagogik studiert? Peter Gaymann (PG): Ja, an der Fachschule für Sozialwesen. Ich bin dann aber immer mehr zum freien, kreativen Arbeiten mit Zeichenstift übergegangen.*

*Christiane Tilly (CT): Gezeichnet haben Sie aber vorher wahrscheinlich auch schon immer?*

PG: Ich habe schon als Kind gern gezeichnet. Vielleicht auch ein bisschen mehr als das Kinder üblicherweise tun.

*IM: Daraus ist dann etwas Großes geworden. Sie begegnen einem ja an ganz, ganz vielen Stellen insbesondere durch Postkarten, Poster, Kunstdrucke und Bücher.*

PG: Ich konnte mir natürlich nicht vorstellen, wie sich mein Zeichnen entwickeln wird. Nach dem Abitur dachte ich, ich könnte Soziale Arbeit mit Kreativität verbinden. Ich hatte keine Vorstellung davon, was es bedeutet als Künstler zu leben. Andererseits hatte ich nie viel Angst davor, dass es schief gehen könnte. Ich wollte es einfach ausprobieren.

*CT: Wie sind Sie auf die Idee des DEMENSCH Kalenders gekommen?*

PG: Es war eine Anfrage des Gerontologen Professor Dr. Klie. Wir haben uns bei einer Weinwanderung in Freiburg kennen gelernt. Bei einem Glas Wein fragte er mich, ob ich mir vorstellen könnte etwas zum Thema Demenz zu machen. Ich war überrascht, weil ich mich bis dato mit

diesem Thema nicht befasst hatte. Natürlich wusste ich um was es geht, hatte aber noch nie dazu gezeichnet. Ich habe gedacht, geht das überhaupt? Kann man denn zu solch einem schwierigen Thema humorvolle Bilder machen?

Durch meine Arbeit als Botschafter im Bundesverband Kinderhospiz e.V. war ich ein bisschen angeteas, denn ich hatte für diesen auch Weihnachtskarten und Poster gezeichnet. Dabei habe ich gemerkt, dass selbst bei ganz schwierigen Themen Humor gefragt, vielleicht sogar manchmal erwünscht ist, wenn man sich nicht immer nur betroffen und ängstlich und schmerzhaft fühlen möchte.

Prof. Klie habe ich damals nichts versprochen, aber gesagt, ich würde darüber nachdenken. Und so habe ich dann mit den ersten Entwürfen begonnen.

Aber als ich die ersten zwölf Blätter gezeichnet hatte und dieser erste Kalender erschien, war ich immer noch etwas unsicher und angespannt. Bei einer Vernissage haben wir die Zeichnungen vorgestellt. Das Thema wurde sehr gut auf- und angenommen.

Als ich gemerkt habe, dass es einen Bedarf und eine Aufmerksamkeit für dieses Thema gibt, wusste ich, ich bin auf dem richtigen Weg. Dies hat sich in den letzten zehn Jahren bewahrheitet. Ich bekam sehr viele Anfragen zum Thema Demenz.

*IM: Gab es Reaktionen von Angehörigen oder von Menschen, die selbst an Demenz erkrankt sind?*

PG: Ich habe immer wieder verschiedene Rückmeldungen bekommen. Wie vom Vater des Regisseurs und Schauspielers David Sieveking, der die bewegende Dokumentation "Vergiss mein nicht" über seine Mutter gedreht hat. Dieser Vater hat zu mir gesagt, dass er sehr gut findet, dass ich das Thema mit Humor angehe. Er hätte bei allem Schlimmen auch immer wieder komische Situationen im Zusammenleben mit seiner Frau erlebt. Er sei einmal von einer Reise zurückgekommen, als seine Frau ihn gefragt hätte: Wer sind Sie denn? Darauf hätte er zu ihr gesagt: Ich bin dein Mann. Worauf sie geantwortet habe: Schön wär's. Das sind Situationen mit überraschenden Wendungen, die auch für meine Cartoons typisch sind. Ich kenne die Situation im geschlossenen Pflegeheim durch meine Schwiegermutter. In diesem Heim habe ich immer wieder Dinge erlebt, die mich animiert haben. Da kam zum Beispiel eine Frau auf mich zu, die mich als Besucher wahrnahm und sagte: Junger Mann, wo geht's denn hier zu den Normalen? Ich habe darauf geantwortet: Gute Frau, wenn ich das selber wüsste?

CT: Das eigene Erleben wird somit zur Inspirationsquelle?

PG: Ja, das ist so. Mir hat einmal eine Frau bei einer Veranstaltung erzählt, sie hätte mit ihrer dementen Mutter im Rollstuhl an einem Sonntag einen Ausflug am Hamburger Hafen gemacht. Beim Anblick des Hafens hätte die Mutter dann gesagt: Kann Wien schön sein! Beim Erzählen hat sie selbst dabei gelacht, obwohl es ja auch um ihre demente Mutter ging. Als Reak-



tion auf meine Cartoons sagen Leute oft, dass sie das Gefühl hätten, ich sei bei ihnen in der Küche gesessen, weil ich kleine Dialoge aufzeichne, die sie auch kennen. Ich glaube diese Nachvollziehbarkeit, dass man nicht so ganz schwer, superkritisch oder satirisch mit den Situationen umgeht, macht die Situationen auch erträglich. Mit DEMENSCH will ich niemanden angreifen, schon gar nicht demente Menschen oder deren Angehörige. Mir geht es darum, menschenfreundlich zu bleiben, die Krankheit, die Menschen nicht zu benutzen, sondern ihnen in der Zeichnung ihre Würde zu lassen.

IM: Bekommen Sie auch kritische Rückmeldungen?

PG: Es gibt immer kritische Geister, zu DEMENSCH aber erstaunlich wenig. Wenn wir viel Ablehnung zum Kalender erfahren hätten, dann würden wir den Kalender nicht seit 10 Jahren herausgeben. In den DEMENSCH-Kalendern bringe ich meist etwas Kritisches unter. Einmal hab ich etwas zum Thema Fixierungen gezeichnet. Über einen Menschen, der im Bett fixiert wird, kann man eigentlich nicht locker etwas machen. Ich hab's dann trotzdem in einem Bild versucht. Aber das sind Dinge, bei denen ich dann auch wieder an Grenzen stoße.

IM: Sie beschreiben damit auch eine Verantwortung der Gratwanderung.

PG: Ich merke als Zeichner, wo für mich Grenzen sind. Ich habe ja auch viele andere Themen, die jetzt nicht so schwierig sind. Aber es gibt Grenzen, die ich nicht ausreize, weil manches mit einem lustigen Bild nicht auf zu lösen ist. Da sind Auseinandersetzungen anderer Art gefragt. Mit Prof. Thomas Klie habe ich einen Partner, mit dem ich die Entwürfe absprechen kann. Gerade beginne ich mit dem Kalender für 2023 und habe erste Ideen und Skizzen entwickelt. Wenn ich einen Stapel beieinander habe, setze ich mich mit ihm zusammen. Er hat manchmal auch eigene Ideen oder Geschichten, die ich aufgreife. So entwickeln wir den Kalender gemeinsam.

IM: Lässt sich dieser Umgang, den sie mit Demenz entwickelt haben, auf andere Themen in der Psychiatrie übertragen?



PG: Das kann ich nicht so einfach beantworten, denn ich muss immer auch eine gewisse Ahnung haben, Beobachtungen gemacht oder mich am Thema gerieben haben. Wenn ich gefragt werde, warum machst Du nicht ein Buch zum Golfen, dann sag ich: Ich habe noch nie gegolft, weiß zwar, dass der Ball ins Loch muss und kann vielleicht zwei, drei Zeichnungen machen. Aber das ist es dann auch schon. Wenn ich öfters etwas in der Psychiatrie zu tun hätte, dann könnte ich mir schon vorstellen, dass mir etwas dazu einfällt.

CT: *Wir sind in der Psychiatrie sehr um den Dialog bemüht. Können Sie sich vorstellen, sich gemeinsam mit betroffenen Menschen dem Thema Psychiatrie anzunähern?*

PG: Es ist ein Prozess. Vorstellbar wäre es schon. Aber auch hier gilt, ich brauche zuerst die richtige innere Resonanz. Angenommen, Sie schicken mir ein Heft der Kerbe und ich sehe mit was sie sich auseinandersetzen, dann könnte vielleicht daraus etwas entstehen.

IM: *Wir möchten mit dieser Ausgabe zu Humor unserer Überzeugung nachgehen, dass es grundsätzlich förderlich ist, wenn Menschen miteinander lachen können, auch wenn es schwierig ist.*

PG: Eben! Ich behaupte immer, Humor ist in allen Lebenslagen wichtig. Wenn alles gut läuft, dann kann man über Dinge lachen. Aber auch wenn es schwierig wird, dann löst es manchmal einen Konflikt oder entkrampft und kann damit auch heilsam sein. Humor hilft heilen, das kennen wir. Ein Freund hat mir einmal erzählt: „Ich schicke einem Freund, der jetzt gerade sehr krank im Bett liegt jeden Samstag eine Postkarte von Dir, damit er was zum Lachen hat und das nenne ich Gaymann-Therapie“. Oder es schreiben mir Leute, dass sie im Krankenhaus lagen und Bücher von mir geschenkt bekommen haben und eben diese Bücher und das Lachen beim Lesen ihnen geholfen haben. Wie es sich auf die Heilung auswirkt, kann ich nicht beurteilen, aber immerhin haben sie es mir geschrieben. Da geht schon was und das ist mir viel wert.

CT: *Wir haben gefragt, wie funktioniert der Humor eigentlich? Sie haben vom Überraschungseffekt gesprochen. ...*

PG: Man muss beim Humor immer ein bisschen quer denken, Überraschungsmomente einbauen, Sachen aus der Wirklichkeit heraus filtern und umdre-

hen oder von einer anderen Seite anschauen. Wenn ich Zeichenkurse gebe, sage ich bspw. zu meinen Schüler:innen: Ihr könnt jetzt hier einen Schneemann zeichnen. Das ist ja ganz einfach, drei Kugeln und eine Nase, aber macht nun etwas Lustiges draus. Dann müssen sie anfangen, umzudenken und dem Schneemann statt einer Rübe eine Pistole ins Gesicht setzen oder den Schneemann als Engel fliegen lassen. Oder sie legen ihn in ein Bett und da schmilzt er.

Es geht darum, Dinge, die nicht zusammen gehören miteinander zu verknüpfen. Sie kennen sicher meinen Cartoon mit dem Elefanten, der auf einem dünnen Ast auf einem Baum sitzt und den zwei Hühnchen drunter, die sich unterhalten: „Ich denke es ist eine Frage der Atemtechnik.“ (Abbildung unten)

Es ist absurd, dass dieser Elefant überhaupt auf dem Baum sitzt. Auf so einem dünnen Ast und dass das mit der Atemtechnik in Zusammenhang gebracht wird. Da muss man im Kopf die Dinge miteinander verknüpfen, sozusagen Fallhöhen entwickeln.

Es entwickelt sich die Komik, indem man über etwas stolpert und gar nicht anders kann, als zu lachen. Als Cartoonist muss man schnell etwas auf den Punkt bringen. Es muss überraschend sein, ohne Nachdenkzeit. Es wäre seltsam, wenn Leute eine halbe Stunde vor einem Bild stehen würden, um sich zu überlegen, was ich damit gemeint habe. Natürlich hat trotzdem nicht jeder den gleichen Humor .... Und auch der Betrachter muss gewissermaßen in den Zusammenhang eingeweiht sein. Wenn ich z.B. im Zusammenhang



mit dem DEMENSCH-Kalender das Wort „fixieren“ benutze, dann gibt es viele Leute, die nichts damit anfangen können.

IM: *Ihre Verknüpfungen gelingen ihnen sehr gut, denn sie erreichen sehr viele Menschen mit der Umsetzung.*

PG: Auch das ist wirklich Training. Ich denke seit 50 Jahren darüber nach, was Menschen bewegt und stelle Querverbindungen her.

Mittlerweile geschieht dies ganz spontan in Gesprächen, wenn irgendeiner etwas sagt. Mir fällt sofort eine Ergänzung oder ein Wortspiel, eine Wortverdrehung ein und das Ganze bekommt eine andere Bedeutung.

Manchmal weiß ich selbst nicht, woher die Ideen kommen. Beim Einschlafen oder Aufwachen, wenn die Gedanken noch nicht richtig sortiert sind oder oft beim bewussten Nachdenken am Arbeitstisch oder beim Spazieren gehen. Über den Elefanten habe ich tagelang nachgedacht.

CT: *Es ist also tatsächlich ein Trainingsprozess? Das überrascht mich ein bisschen, weil ich gedacht habe, man kann es oder man kann es nicht.*

PG: Es muss ja noch nicht perfekt sein. Es geht darum, die Angst zu nehmen, indem man einfach einen Stift in die Hand nimmt und ausprobiert - auch unter Anleitung. Die Kursteilnehmer:innen sind oft begeistert, weil sie nicht gedacht haben, dass sie ein paar gelungene Zeichnungen mit nach Hause bringen. An sich muss man, wie bei vielen anderen Dingen - ob man gerne kocht oder etwas anderes macht - eine gewisse Leidenschaft mitbringen.

IM: *Manches bleibt immer aktuell wie „Ich bin ein Adler“, Ihr Buch mit den Hühnercartoons.*

PG: Stimmt. Das bleibt aktuell. Mir hat einmal ein Paartherapeut gesagt, er lege meine Zeichnungen ins Wartezimmer. Wenn die Paare in den Büchern blättern und darüber lachen, hat er einen direkten Ansatzpunkt, indem er fragt: Worüber haben sie jetzt eigentlich gelacht oder wer hat über was gelacht. So ist meine Arbeit auf eine gewisse Art nach wie vor auch eine sozialpädagogische Arbeit, denn in vielen meiner Bilder geht es um Begegnungen, Zwischenmenschliches, Hochs und Tiefs, Liebe, Partnerschaft und Ausgrenzung.

Vielen Dank für das schöne Interview! ●

# Humor in der Gerontopsychiatrie: Ein unverzichtbares Basis-Heilmittel

Von Rolf Dieter Hirsch

Lebensqualität und Wohlbefinden sind für ältere Menschen von großer Bedeutung. Humor kann hierzu einen wichtigen Beitrag leisten. Er unterstützt den Heilungsprozess von psychisch kranken alten Menschen. Humor-Interventionen können effizienter als manche Medikamente sein. Besonders wirksam sind therapeutische Humorgruppen in Institutionen und der Einsatz von Geri-Clowns. Für die Gestaltung eines angstfreien und sinnvollen Lebens ist der Humor so wichtig, dass er unverzichtbar ist.



**Rolf Dieter Hirsch**  
Prof. Dr.phil.Dr.med.  
Dipl.-Psych., Arzt für  
Nervenheilkunde,  
Psychotherapeutische  
Medizin, Psychoana-  
lyse und Gerontologie,  
in privatärztlicher  
Praxis: Moselstr. 28,  
53332 Bornheim,  
r.d.hirsch@t-online.de

Lachen ist gesund und „Lachen ist die beste Medizin“: Volksweisheiten, die von einer auf Evidenz basierten modernen wissenschaftlichen Medizin nicht ernst genug genommen werden können. Wie ist das bei alten Menschen mit einer psychischen Störung? Wichtig ist, den einzelnen Menschen wahrzunehmen, seine Not zu fühlen und eine wohlwollende Beziehung herzustellen. Nicht nur die psychische Störung sondern auch vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten sind Ansatzpunkte für eine Behandlung.

## Psychische Störung im Alter

Spricht man über das Alter, wird mit diesem häufig pauschal „Abbau“, häufiger auftretenden Erkrankungen, Gebrechlichkeit, Hilfsbedürftigkeit, Abhängigkeit und Fremdbestimmung verbunden. Altersdiskriminierende Vorurteile prägen oft die Einstellung zum Alter bei Jüngeren und verhindern oft, vorhandene Ressourcen wahrzunehmen und mögliche effektive Therapien einzusetzen (Hirsch 2016). Eine Anekdote zur Verdeutlichung:

*Eine 80jährige Frau kommt zum Hausarzt. Sie klagt unter starken Schmerzen am rechten Knie. Der Hausarzt untersucht sie, findet nichts und meint: „Liebe Frau, Sie sind doch schon 80 Jahre alt. Ihre Schmerzen hängen mit dem Alter zusammen. Da kann man nichts mehr machen“. Die alte Frau*

*sieht ihn an und meint: „Ja, das kann schon sein. Doch was ich nicht verstehe: mein linkes Knie ist genauso alt und dem fehlt nichts“.*

Psychiatrische Diagnosen fundieren auf pathologischen z.T. messbaren Phänomenen, auf Defiziten. Mit vielen überwiegend aggressiven und von Nebenwirkungen behafteten Mitteln versuchen wir diese quasi als Feinde zu bekämpfen oder abzutrainieren. Wir suchen nach psychopathologischen Symptomen, um diese zu behandeln. In Institutionen haben wir „strategische Milieus“ aufgebaut, die Kranken zu ihrer Gesundheit verhelfen sollen. Alle diese „Heilmittel“ sind mehr oder weniger sinnvoll. Könnten sie aber durch eine Dosis Humor im Rahmen einer Beziehungsarbeit vielleicht effizienter wirken, Medikamente eingespart und Klinikaufenthalte verringert werden? Humor als Basistherapeutikum?

## Humor eine Kraft des Gemütes

Humor ist eine Form von Lebens- und Überlebensstrategie, die auf Selbstvertrauen und einer eher optimistischen Lebenshaltung aufbaut. Gefördert werden können damit auch im Alter Kreativität, spielerischer Umgang mit dem Unbill des Lebens, Förderung des Sinnes für Humor und heitere Gelassenheit. Ist Humor auch kein verbrieftes Grundrecht, so ist es doch ein Grundbedürfnis und ein „Lebensmittel“. Er

ist eine lebensfrohe Quelle, verringert Vorurteile und „Schubladendenken“. Humor ist mal ein stiller, mal lauter oder komischer Triumphator über eine Erkrankung und ein lebensbejahender Förderer. Er kann spontan entstehen oder gezielt in der Kommunikation eingesetzt werden. Auch wenn nur wenige Menschen den Sinn für Humor bewusst lebenslang gefördert haben, heißt das nicht, dass im Alter eine „Nachhumorisierung“ nicht möglich wäre. Befragungen ergeben, dass alte Menschen Humor noch lernen können, diesen im Rahmen einer Behandlung für wichtig halten und als eine Verbesserung der Lebensqualität einschätzen (Hirsch 2019).

Voraussetzung zur Förderung von Humor bei alten Menschen mit einer psychischen Erkrankung ist, nach deren mehr oder weniger ausgeprägten „Humor-Ressourcen“ zu fahnden und diese gezielt zu fördern. Es gilt, einen Perspektivenwechsel anzustreben, an Situationen oder Bemerkungen Komisches zu finden und spielerisch „ernstheiter“ anzugehen. Zur Verringerung von Angst, Verzweiflung, Hilflosigkeit und Scham ist Humor ein gutes Heilmittel!

## Eine Dosis Humor fördert den Heilungsprozess

Jeder Mensch verfügt mehr oder weniger über einen Sinn für Humor. Humor

kann bei einer schweren depressiven Erkrankung verschüttet oder gestört, bei einer Demenz verzerrt oder bei anderen psychischen Störungen (z.B. posttraumatische Belastungsstörung oder bei Angstzuständen) tief verborgen sein. Wer in seiner Erkrankung gefangen ist, dem ist auch sein Sinn für Humor verloren gegangen.

Humor lässt sich nicht „krankheits-“ oder „situationszentriert“, sondern nur „patienten-“ bzw. „personenzentriert“ einsetzen. Er ist keine Pille, die verschrieben werden kann. Humor muss vom Arzt oder Therapeuten selbst „verabreicht werden“ als wäre es „ein Stück von ihm“. Jede humorvolle Bemerkung, die im Rahmen einer Behandlung gemacht wird, sollte die gegenwärtige Situation, sowie das aktuelle Stimmungsbild und die Auffassungsgabe eines Patienten genauso berücksichtigen wie dessen kognitiv-emotionale Reife. Voraussetzung ist eine tragfähige partnerschaftliche Beziehung. In „irren“ (wahnhaften/psychotischen) Situationen sollte - trotz aller Tragik - die Komik des Geschehens erkannt werden, um sie dann spielerisch und heiter mit Respekt zu bewältigen. Nonverbales Verhalten (Mimik, Gestik, Haltung) fördert diese Interaktion. Mit Humorinterventionen (Umdefinition, Gelassenheit u.a.) lässt sich diese Einstellung zumindest hinterfragen und eine innere Bereitschaft für Neues entwickeln.

### Humor für Menschen mit Depression

Depressive Störungen sind die häufigste psychische Erkrankung im Alter. Depressive verharren in ihrer Erkrankung. Mit Lachen zur rechten Zeit kann man manchmal wenigstens „einen Fuß in die Tür zur Depression bekommen“. Begleitende Schlafstörungen, verbunden mit Grübeln, verunsichern manchen Kranken so, dass er fast verzweifelt. Ein verkürztes Beispiel:

*Einer vom Grübeln geplagten Patientin sage ich: „Grübeln ist doch Unsinn oder?“ „Ja, aber ich grübele trotzdem.“ Ich erwidere: „Das ist ja wie ein Hamster im Rad, der ständig läuft, aber nicht herauskommt. Was würden Sie als Hamster machen, um herauszukommen?“ Die Pat. ist irritiert, abgelenkt und sinniert, wie sie das machen würde. Dabei wird ihr Gesichtsausdruck lockerer, sie beginnt zu lächeln*

*und dann zu lachen. Wir lachen beide und sie meint dann:“ So blöd will ich mich nicht mehr anstellen“. Der Bann ist gebrochen und wir können nun gemeinsam Schritte zur Besserung besprechen.*

Neben gezielten Einzelinterventionen hat sich eine Humorgruppe für depressive alte Menschen ergänzend zu anderen Interventionen als sehr effizient bewährt (Hirsch et al. 2010). In ihr wird nicht von Krankheit, Leid und Trauma gesprochen, sondern von Kreativität, Lebendigkeit, Fröhlichkeit und wie man schamvolle Ereignisse, Unveränderliches oder Missgeschicke trotzend und humorvoll bewältigen kann. Eingesetzt werden Rollenspiel, Aspekte des Improtheaters, Tanz und Musik. Hilfreich sind „Humorprothesen“ wie z.B. eine Clown-Nase, Spielsachen, Luftballons, Zerrspiegel und Berichte von erlebten Anekdoten. Natürlich bedarf es Mut, Neugier, Kreativität, provokative Impulse und Humor des therapeutischen Teams. Wichtig ist eine Humoraufklärung von Angehörigen sowie Ärzten und Pflegepersonen über dieses „Humor-Heilmittel“. Eine Humorgruppe sollte es in jeder gerontopsychiatrischen Klinik geben!

### Humor für Menschen mit Demenz

Demenz, eine der häufigsten psychischen Störungen im Alter ist nicht nur eine organische Erkrankung, sondern hängt auch mit psychosozialen Faktoren zusammen. Daher besteht auch hier eine Vielzahl von Möglichkeiten, Humor als Lebenselixier oder Therapeutikum einzusetzen.

*Ein Beispiel: Eine 80jährige Frau mit einer mittelschweren Demenz fragt mich: „Meine Tochter will immer so viel von mir wissen. Sie stellt mir so viele Fragen, die ich gar nicht beantworten kann. Ich verstehe manche auch gar nicht. Ich weiß oft gar nicht, was sie will. Muss ich das?“. Sie blickt mich fragend an. Auf meine Antwort „Alles muss man nicht verstehen. Die Welt ist ja auch ganz schön kompliziert“, lächelt sie erst, dann lachen wir gemeinsam und sie ist sehr erleichtert.*

Der Sinn für Humor bleibt bei den meisten Kranken noch lange erhalten: Kognitionen vergehen, Emotionen bleiben! Daher sind humorvolle Interventionen besonders im nonverbalen Bereich (Gebärden, Mimik, Gestik, Stimme u.a.) hilfreicher als verbale Äußerungen. Herzhaftes Lachen, das zudem ansteckt, ist keine Seltenheit.

Humor ist eine „Trotzmacht“! Wer lacht, dämmert nicht vor sich hin. Mögliche Interventionen sind in *Tabelle 1 (unten)* zur Anregung dargestellt.

### Gerri-Clowns als Humor-Mediatore

In Institutionen verändern Clinic-Clowns, auch „Gerri-Clowns“, oft in erstaunlicher Weise das Verhalten von alten Menschen mit einer psychischen Störung, insbesondere mit einer Demenz (Hirsch 2019). Herausforderndes Verhalten verringert sich, Aufmerksamkeit und Interesse an der Umwelt erhöhen und depressive Symptome nehmen ab. Das Klima in einer Institution wird offener und heiterer. Auch Mitarbeiter

*Tabelle 1: Arten von Humorinterventionen bei Menschen mit Demenz*

Interventionen	Möglichkeiten
äußere	- „Humorreize als Orientierungshilfen“ (Bilder, Sprüche, Vorlesen, Spielen, Button, Smiley, Puppen, Luftballon, Musik-CD) - bunte Kleidung, Hüte, rote Nase - Zirkusmusik, Tanz, fröhliche Liederrunden, Gemeinschaftsspiele u.a.
innere	- Wortspiele, Übertreibungen, Aufdecken von Absurditäten, komische Situationen als mögliches Handeln erleben und spielerisch gestalten
spontane	- Situationskomik erfassen, Verwechslungen, gemeinsames Lachen, Übertreibungen mit heiteren Gesten begleiten
geplante	- Zielgerichtete (individuelle und gruppenbezogene) Interventionen unter Einbeziehung von Humorprothesen (z.B. Luftballon, Seifenblasen, Spielsachen) - Förderung von Sinn für Komisches und von Lachen - Fokussierte Erinnerungstherapie (Anekdoten, Witze, Lieder, Erlebnisse) - Tafel/Pinnwand mit heiteren Sprüchen, Cartoons, Gesichtern
betreuen	- Diffuse, „komische“ Handlungen und Bemerkungen als Ausdruck von Kreativität und Kompetenz erleben, Smileys und Button anstecken, - Musikinstrumente (z.B. Orffsche Instrumente, Trommeln, Rasseln) einsetzen - „Rechthaberei“ mit Humor auflösen - „Humortage“, Gerri-Clown-Visiten - Angehörige und Mitarbeiter fördern (z.B. Humorzeitschrift für sie erstellen u.a., - Humorschulungen)





profitieren davon. In keinem Pflegeheim und keiner Gerontopsychiatrischen Klinik sollte ein Clinic-Clown fehlen. Diese Künstler des Scheiterns verbünden sich in kreativer Weise mit den Menschen mit Demenz – so gesehen auch „Scheiterer“- und fördern so ein freundliches fröhliches aufgeschlossenes Klima. Menschen mit Demenz singen und tanzen gern! Demenzforscher sollten Clinic-Clowns unbedingt einmal begleiten. Sie könnten diese Krankheit vielleicht besser kennenlernen als aus dem Reagenzglas!

### Ausblick

Es nützt nichts, nur mit Karl Valentin zu klagen: „Mögen hätten wir schon wollen – aber trauen haben wir uns nicht dürfen!“ Humor ist eine heitere Chance, alten Menschen mit psychischen Störungen ihr Leid erträglicher, ihre Stimmung positiver und ihre Lebensqualität deutlich verbessern zu können. Um dies zu ermöglichen braucht es Mitarbeiter, die selbst „eine Portion Humor haben“ und eine Institution, die ein heiteres freundliches Milieu schafft. Es lohnt sich und wie es heißt: „A bisserl was geht immer!“

### Literatur

**Hirsch RD (2016)**, Humor in der Behandlung von kranken alten Menschen. In: Wild B (Hrsg.) Humor in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart, Schattauer-Verlag, S. 244–267.

**Hirsch RD (2019)**, Das Humor-Buch – Die Kunst des Perspektivenwechsels in Theorie und Praxis. Stuttgart, Schattauer-Verlag.

**Hirsch RD, Junglas K, Konradt B, Jonitz MF (2010)**, Humorthherapie bei alten Menschen mit einer Depression. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 43 (1): 42–52.

# Verrückt gewordene Vernunft

## Die Welt des therapeutischen Humors

Von Michael Titze

**H**at ein humoriger Nonsens in der Psychiatrie seinen Platz? Lange Zeit war das kaum denkbar, da sich die traditionelle Seelenheilkunde am Ideal des rationalen Erwachsenen orientiert, der sich die objektive Wirklichkeit erschließt. Darin unterscheidet er sich von kleinen Kindern, aber auch jenen Erwachsenen, die Wahrheit und Fiktion nicht unterscheiden können.

Das Konzept einer einzig wahren Wirklichkeit hat der Konstruktivismus<sup>1</sup> inzwischen revidiert. Als „wirklich“ erscheint dem normalen Erwachsenen demnach nur das, was von der Mehrzahl der Mitmenschen als glaubhaft eingeschätzt wird. Weil kleine Kinder noch nicht über den entsprechenden Gemeinsinn verfügen, folgen sie weitgehend ihrem individuellen Eigensinn. Damit können sie die Gegebenheiten ihrer Lebenswelt nach Lust und Laune auslegen. Eine ähnlich lockere Auslegung der Realität finden wir bei humorigen Menschen, surrealistischen Künstlern, spirituellen Sehern und nicht wenigen Psychiatrie-Erfahrenen. Sie alle zeichnen sich durch einen exzentrischen Lebensstil aus, der von Rollenzuweisungen der Gesellschaft abgekoppelt ist. Vor mehr als hundert Jahren hat der berühmte Karikaturist Alfred Arnold dies so veranschaulicht (*siehe Seite 23 rechts oben*)<sup>2</sup>: Das heißt: Der Humorist bedarf weder eines besonderen komischen Talents noch einer fulminanten Witzigkeit. Was ihn aber in jedem Fall auszeichnet, ist seine eigensinnige Haltung!

### Die komische Lebenswelt des Kindes

Die Welt des Kindes ist viel kleiner und bescheidener als die Welt der Erwachsenen, in die es allmählich hineinwachsen muss. Kinder brauchen sich schon deshalb nicht viele Gedanken über das Leben zu machen, weil sie weder über ein umfangreiches Wissen noch über besondere Fähigkeiten des Verstands verfügen. So können sie auch nicht zu jenen



**Michael Titze**

Dr., Dipl.-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Humor-Coach (HCDA). Buch-Autor, Beiträge in Printmedien, Hörfunk, Fernsehen. Gründungsvorsitzender HumorCare Deutschland-Österreich; Leiter HCDA-Akademie; Initiator der Gelotophobie-Forschung. ([www.michael-titze.de](http://www.michael-titze.de))

Schlussfolgerungen gelangen, die den „Ernst des Lebens“ definieren. Die Lebenswirklichkeit des Kindes unterscheidet sich vor allem in emotionaler Hinsicht von derjenigen eines Erwachsenen. In der Regel empfinden psychisch gesunde Kinder weit mehr Spaß, Spielfreude und Heiterkeit. Eine statistische Erhebung hat ermittelt, dass Vorschulkinder bis zu 400 Mal am Tag lachen – mindestens zehn Mal mehr als Erwachsene! Die Erklärung ist eigentlich naheliegend: Das Leben des Kindes entspricht einer affektiven Kür, die von den rationalen Pflichten des Erwachsenenlebens wenig beeinflusst wird. Denn Kind sein heißt, einfach im Hier und Jetzt zu leben.

Mittlerweile interessiert sich auch die Psychologie für die Lebensführung des (inneren) Kindes. Ein Grund könnte die Grenzöffnung der Postmoderne<sup>3</sup> zur Lebenswelt eines (im selbstbestimmten Sinne) unangepassten Kindes sein. (Astrid Lindgren hat ihm mit ihrer „Pippi Langstrumpf“ ein Denkmal gesetzt!) Dieses unmanierliche Kind hat sich einen Zugang in die normale Alltagswelt verschafft, in der inzwischen viele jener gesellschaftlichen Vorschriften relativiert werden, die einst allgemein verbindlich waren. Dies bezieht sich ebenso auf den Sprachgebrauch wie die Bekleidung. Das was früheren Generationen noch als unmöglich erschienen wäre, gilt heutzutage als zeitgerecht. So werden

**Komödiant**

vulgäre Slangbegriffe<sup>4</sup>, gepaart mit grammatisch fehlerhaftem Deutsch, ebenso akzeptiert wie ein schlampiges Outfit. Diese gezielte Abweichung von traditionellen Normen wird von unangepassten Jugendlichen vorangetrieben, die sich zum Beispiel tätowieren und piercen lassen, sich ihr Haar auffällig färben und die kunterbunte Socken, Sonnenbrillen sowie zerrissene oder anderweitig veränderte Kleidung tragen.

Dieser normwidrige Trend müsste eigentlich befremden bzw. komisch wirken. Da die Abweichung von der überkommenen Ordnung aber gewollt ist und aus einer sozialen Gruppe heraus geschieht, kann das eigentlich „Unmögliche“ nicht als peinliche bzw. lächerliche Entgleisung bewertet werden. Sobald aber erkennbar ist, dass diese allgemeine Akzeptanz fehlt, erweist sich ein von der Norm abweichendes Verhalten sofort als eine (unfreiwillig) komische Fehlleistung. Das ist z. B. der Fall, wenn ein ...

- Opersänger nach Luft ringt
- Prediger einen Schluckauf bekommt
- Fernsehmoderator von Gesichtszuckungen überwältigt wird
- Festredner stottert

Vor dem gleichen Problem stehen Menschen, denen es nicht gelingt, ihre Vitalfunktionen in einer sozial angemessenen Weise zu beherrschen. Beispiele sind:

- Zittern der Hände, Zuckungen im Gesicht
- Erröten des Gesichts, übermäßiges Schwitzen oder stockender Atemfluss
- Stottern, Stammeln, Poltern

**Witzeerzähler**

Kleinen Kindern werden derartige Verhaltensweisen erst dann zum Problem, wenn Erwachsene dies zu korrigieren versuchen oder ältere Kinder sie diesbezüglich verspotten. In solchen Augenblicken wird den betreffenden Kindern schmerzhaft bewusst, dass sie sich als unfreiwillige Komiker präsentieren! Wenn sie dann versuchen, die peinlichen Verhaltensweisen willentlich zu korrigieren, gelangen diese erst recht in den Fokus der Aufmerksamkeit und werden – paradoxer Weise – schließlich als eine „symptomatische Störung“ wahrgenommen. Dabei wird ein Teufelskreis von Hyperreflexion<sup>5</sup> und misslingender Selbstkontrolle in Gang gesetzt, der häufig die Quelle von entmutigenden Schamgefühlen ist. Den Betroffenen vergeht dabei sprichwörtlich das Lachen!

### Wie therapeutisch ist Humor?

Inzwischen hat sich gezeigt, dass der Humor eines ungenierten Kindes und eines närrischen Clowns<sup>6</sup> den Zugang zu einer kreativen, emotional bunten und in vielfacher Hinsicht leichtlebigen Welt eröffnet: Genau dies ist auch die Voraussetzung für die Wirksamkeit therapeutischen Humors. Pionierarbeit haben diesbezüglich Klinik-Clowns geleistet, die im Gesundheitswesen ihr Betätigungsfeld gefunden haben. Sie konzentrieren sich – ebenso wie Psychotherapeuten – auf die emotionalen Unwägbarkeiten des Lebens. Während letztere die Patienten dazu anregen, sich ihrer emotionalen Konflikte bewusst zu werden, leben Clowns diese von vorn herein aus – nach dem Prinzip des „Wenn schon, denn schon ...“:

**Humorist**

- „Wenn es schon kracht, dann aber richtig!“
- „Wenn ich schon hin falle, dann aber mit allem Drum und Dran!“
- „Wenn ich schon als blöd hingestellt werde, dann will ich mich als wirklicher Vollidiot zeigen!“

Diese „Lust am Scheitern“ ist spielfreudig. Sie kann nur gelingen, wenn das selbstkontrollierende Denken (vorübergehend) außer Kraft gesetzt wird. Indem Clowns ungehemmt und lustvoll eben das tun, was ein wohlzogenes Kind und ein vernünftiger Erwachsener niemals tun würden (weil sie sich sonst schämen müssten!), treten sie von einem Fettnäpfchen ins andere. Damit verhalten sie sich nicht anders als typische Psychotherapiepatienten. Allerdings mit einem großen Unterschied: Während letztere darunter leiden und zerknirscht nach Wegen suchen, ihr Fehlverhalten zu überwinden, tun Clowns dies bewusst und mit einem lachenden Gesicht!

So folgt der Clown konsequent der Strategie des Humors, die all das bejaht, was in der logisch geregelten Welt der Erwachsenen „nicht möglich“ ist.<sup>7</sup> Dadurch werden originelle Denkweisen und ausgefallene Ideen beflügelt, die dem „gesunden Menschenverstand“ des Erwachsenen widersprechen. Daher definierte der Komiker Groucho Marx Humor als „verrückt gewordene Vernunft“.

### Ein strategischer Kontrollverlust

Viele Probleme des täglichen Lebens entstehen erst, wenn wir meinen, die Kontrolle verloren zu haben. Nehmen wir als Beispiel einen, der seine Vi-

talfunktionen nicht zu beherrschen glaubt. Dieser Mensch wird sich in der Regel angestrengt bemühen, *nicht* zu erröten, zu stottern, kurzatmig oder verkrampt zu sein. Wenn er dabei scheitert, sind dem völligen Kontrollverlust – paradoxer Weise! – Tür und Tor geöffnet. Nun kann der düstere „Ernst des Lebens“ seine volle Wirkung entfalten: Selbstzweifel, Ängste und Depressionen können sich ausbreiten, so dass das Leben schließlich zu einer qualvollen Mühsal wird.

In dieser Not kann der Humor Wege auf tun, die aus der Mühsal unumstößlicher Vorschriften hinausführen. Das starre Reglement konventioneller Normen (*Man muss unbedingt! Man darf keinesfalls!*) wird dabei „bedenkenlos“ aufgeweicht, so dass aus der starren „Pflicht“ eine spielerische „Kür“ wird (*Ich muss keineswegs! Ich darf durchaus!*). So werden die vielen normativen Kunstgebilde, aus denen sich der „Ernst des Lebens“ zusammensetzt, ungeniert beiseite geräumt.

## Die paradoxe Intention

Der berühmte Psychiater Viktor Frankl<sup>8</sup> erklärte, es sei am allervernünftigsten, nicht allzu vernünftig sein zu wollen. Weshalb sollte es da nicht möglich sein, normwidrige Spontanäußerungen des Körpers (z.B. Erröten, Stottern oder Kurzatmigkeit) nicht nur gutzuheißen, sondern zusätzlich kreativ auszugestalten? Wie das geht? Frankl schlug schon vor Jahrzehnten vor, all das hemmungslos zu übertreiben, was bislang schamhaft kontrolliert bzw. unterdrückt wurde. Deshalb forderte er seine Patienten auf, dem „schrecklichen Symptom“ einfach ins Gesicht zu lachen! So sollen diejenigen, die Angst vor Ansteckung durch Bakterien haben, sich immer wieder vorsagen: „Heute habe ich schon fünf Millionen von diesen niedlichen Tierchen geschluckt. Mal sehen, ob ich noch ein paar weitere Millionen zu fassen kriege!“ Jemand, der Angst hat, in der Öffentlichkeit zu zittern, soll bewusst versuchen zu zittern und sich dabei sagen: „Jetzt will ich den Leuten mal so richtig zeigen, was für ein Weltmeister im Zittern

ich bin!“ Und ein anderer, der vor Angst fast vergeht, auf offener Straße zu stürzen (welch eine Blamage!), soll sich fest vornehmen, „den Leuten mal ein richtiges Spektakel zu bieten und für einen Auflauf zu sorgen, wie ihn die Stadt noch nicht erlebt hat!“ Die paradoxe Botschaft lautet: *Behalte und verstärke dein scheinbar unkontrollierbares Symptom willentlich!*

Therapeuten müssen dabei das Terrain der Normalität verlassen. Indem sie sich humorvoll in die unbewussten Bedürfnisse, unreflektierten Absichten und Zielvorstellungen der Patienten einleben, können sie die entsprechenden Verhaltensstrategien bald augenzwinkernd spiegeln. Viktor Frankl erklärte, dass Patienten dabei lernen, ihrer scheinbaren Minderwertigkeit ins Gesicht zu lachen. Hierzu bedarf es eines „Mutes zur Lächerlichkeit“, den Therapeuten unbedingt vorleben sollen. Unter dieser Voraussetzung lassen sich alle Symptome als Ausdruck einer effizienten Lebensstrategie bewerten. Zum Beispiel können Therapeuten erklären:

- „Ich an Ihrer Stelle würde die Leute in dem Glauben lassen, dass es mir sehr schlecht geht. Damit könnte ich sie einwandfrei zwingen, sich mehr um mich zu kümmern!“
- „Wenn ich mich meiner Partnerin unterlegen fühlen würde, würde ich mich über meine Impotenz freuen – weil sie mein Machtmittel ist, mit dem ich ihr beweise, dass sie mich keineswegs ‚schwach machen‘ kann!“
- Ich würde an Ihrer Stelle ständig weinen. Damit könnte ich allen zeigen, dass ich fähig bin, schmerzhaft Gefühle authentisch auszudrücken.
- Ich wäre bewusst widerspenstig, weil dies die beste Möglichkeit ist, meinen eigenen Weg im Leben zu suchen.

Aus diesem paradoxen Sichtwinkel heraus offenbaren sich viele Symptome als Ausdruck eines heimlichen Könnens. Dabei rufen derartige Deutungen gewöhnlich einen „Erkennungsreflex“ hervor, der sich in einem befreiten Lachen äußert.

Unter dieser Voraussetzung kann der therapeutische Prozess ein kreativer

Prozess werden. Denn alles, was Patienten tun (oder nicht tun), kann so als die authentische Inszenierung eines geheimen „Drehbuchs“ aufgefasst werden, das einen tieferen Sinn besitzt. Dieses „gekonnte Spiel“ mag aus der Perspektive der sozialen Welt als eine Ansammlung von Defiziten und Fehlleistungen erscheinen, doch wie der Clown ein (freiwilliger) Experte im Scheitern ist, so erweist sich auch der Patient als eine (unfreiwilliger) Koryphäe in eben dieser widersinnigen Kunst.

## Anmerkungen

<sup>1</sup> Diese philosophische Theorie geht davon aus, dass sich jeder Mensch eine subjektive Wirklichkeit erschafft. Das ist bei kleinen Kindern und bestimmten Psychotikern offensichtlich. Doch auch der normale Alltagsmensch ist in einer (inter)subjektiven Wirklichkeit verfangen, die nicht „objektiv“ ist, sondern lediglich durch soziale Übereinkunft definiert wird.

<sup>2</sup> Die ursprüngliche Karikatur, die 1906 im Satiremagazin „Simplicissimus“ erschienen war, wurde von Stefan Stutz 2018 aktualisiert.

<sup>3</sup> In der Philosophie der „Postmoderne“ gelten tradierte Ansichten, Ideologien und Werte als gescheitert. Ihre Vertreter können sich somit frei äußern und sich als Person beliebig definieren.

<sup>4</sup> Zum Beispiel waren „geil“ und „porno“ früher rein zotige Begriffe, in der heutigen Jugendsprache haben sie aber die Bedeutung von „hochinteressant“. Wer eine Sprache benutzt, die von den üblichen Konventionen deutlich abweicht, gilt insgesamt als „cool“, weil er/sie „krass“ daherkommt!

<sup>5</sup> Übermäßige Selbstbeobachtung.

<sup>6</sup> Im Germanischen Nationalmuseum zu Nürnberg befindet sich ein aus dem frühen 17. Jahrhundert stammender Kupferstich, der die „Ständetreppe“ darstellt. Zuoberst thronet der Papst, zu seiner Rechten und Linken Kaiser und König, darunter folgen Kardinal, Herzog, Kurfürst und Graf usw. Ganz unten befinden sich Kind und Narr. Die Inschrift unter dem Bildnis des Narren (dem Vorläufer des Clowns) lautet: „Den Kindern klein gleich ich allein.“

<sup>7</sup> Grock, der als „König der Clowns“ galt, hatte dieses Markenzeichen: ein unendlich staunendes „Nit mööööglich!“

<sup>8</sup> Frankl gilt als „Vater des therapeutischen Humors“.



# Humor als lösende Qualität

Von David Gilmore

Humor ist ein komplexes Phänomen, gerade weil er scheinbar einfach, gar selbstverständlich daher kommt. Wer lacht nicht gerne? Lachen allein ist aber für mich noch kein Humor. Es wird vieles daraus gemacht, Lachen sei gesund. Als Beleg dafür wird oft auf die sogenannten „Glücks“-Hormone hingewiesen, die das Lachen ausschütten. Das umgeht die Frage, wieso wir überhaupt lachen: Um Hormone auszulösen oder gar um gesund zu bleiben? „Trotzdem lachen“ beschreibt nur einen Aspekt des Humors, den man oft als „schwarzen Humor“ bezeichnet. Die Aussage aber: „Mir ist das Lachen vergangen“ kommt der Sache vielleicht näher. Denn wenn einem das Lachen – gemeint ist in diesem Fall der Humor – vergehen kann, müsste man davon ausgehen, dass ein Lachen vorher vorhanden war. Ich gehe davon aus, dass hier der Ursprung unseres Humors liegt.

Wenn Humor also eine Fähigkeit ist, die sonst vorhanden ist, aber „verloren“ gehen kann, dann müsste er eine grundsätzliche Fähigkeit sein, die zwar über die Jahre verschiedene Formen annehmen kann, aber im Grunde da ist. Ich verstehe ihn als Ausdruck unserer Lebendigkeit und unseres Grundvertrauens im Leben, das uns verhilft, lebendig und froh zu sein und zu bleiben und jedem Menschen gegeben ist. So kommen wir ins Leben. Beide können tatsächlich „verloren“ gehen oder gemindert werden, wenn sie nicht erwidert und bestätigt werden oder unser Vertrauen verletzt wird. Aus diesem Grundzustand entsteht eine Grundhaltung, aus der wir die Welt sehen, erleben und verstehen. Insofern leitet sich die Fähigkeit zum Witz und zur Komik von diesem Grundzustand ab und das Lachen, das jeweils entsteht, ist entweder eine Bestätigung oder Wiederherstellung von diesem Zustand oder ein bedauernder, bitterer, resignierter oder auch zorniger Ausdruck als Ergebnis, verletzt geworden zu sein, das sich in Ironie, im Zynismus und Sarkasmus zeigt. Das eine Lachen wirkt

dann lösend, öffnend und froh. Das andere Lachen bestätigt den inneren Missmut und den Mangel an Liebe und Anerkennung und bestärkt die Verletzung. Man lebt dann trotzig weiter und verschiedene Formen der Schadenfreude versuchen eine Art „Lebensfreude“ wiederherzustellen. Man sucht nach Ersatzbefriedigungen, die eine verlorene Lebensfreude nicht ersetzen können. Welche Art Humor in einer Person sich tatsächlich zeigt, kann ja zwischen diesen beiden Polen pendeln. Entscheidend ist aber welche Seite mehr Gewicht hat oder was die Waage hält.

Aus diesem Grund suchen Menschen Therapeuten auf. So kann ich die Skepsis dem Humor gegenüber verstehen, die vielerorts gerade im therapeutischen Bereich oft zum Ausdruck kommt. Sie hat schon oft genug ihre Berechtigung, wenn man davor warnt, dass Humor geschmacklos sein könnte, Witze als Kränkung empfunden und dass man sich leicht ausgelacht fühlen kann, wenn andere „ihren Humor“ haben. Das ist so. Humor ist eben keine feststehende Größe oder eine Art Paket, das man

zur Persönlichkeit nach Bedarf hinzufügen kann. Es kommt immer darauf an, aus welcher Quelle er entsteht und welche Absicht er hat. Er ist eine Qualität, die in der Struktur und im Umgang einer Person mit sich und mit anderen begründet

ist. Humor kann genauso etwas wie eine Waffe sein, die man entwaffnend oder tödlich führen kann. Er kann eine Klinge sein, mit der man verletzt oder kitzelt, je nachdem wie man sie führt. Es kommt darauf an, wer am Ende lacht.

1938 schrieb der Holländer Prof. Johan Huizinger in seinem Buch: „Homo ludens“: „Der Ernst schließt das Spiel aus; Das Spiel schließt den Ernst ein.“ Nachdem ich aus eigener Erfahrung beide Seiten des Humors kenne, ist die Erschaffung von einem Spielraum, in dem TeilnehmerInnen sich wohl fühlen und sich zeigen dürfen, ohne sich verstellen zu müssen, zum Grundstein meiner



David Gilmore

Der Autor hat seine Arbeit als „humorvolle Null“ 1983 in der Psychiatrie in Freudenstadt angefangen und seither im Rahmen seines Projektes „Moving Stages“ in psychosomatischen Kliniken, Tageskliniken und Heimen, in allen Schulklassen und Schulformen wie auf der Bühne weitergeführt. Er ist heute mit einem eigenen Seminarprogramm unterwegs, im sozialen und therapeutischen Bereich wie auch im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung und beruflichen Weiterbildung und als Regisseur tätig. Sein Buch „Der Clown in uns – Humor und die Kraft des Lachens“ ist 2007 beim Köselverlag, München erschienen und bei ihm zu beziehen.

Arbeit mit Humor, Theater und Improvisation geworden. Mir geht es um den Humor, der löst und die ursprüngliche Lebensfreude bestätigt und möglichst dauerhaft wieder herstellt. Meine Mittel gehen auf das Spiel der Clowns und die Haltung des Lebensnarren zurück. Beide sind in meiner Sprache „Nullen“, die einen Spielraum schaffen, in dem die lebensfrohe Spielfreude und das freie Lachen gedeihen können. Ein Clown will, dass Leute lachen und sich freuen. Dafür schafft er mit seinem Spiel den Raum. Ein Narr „prüft“ die Wahrhaftigkeit dessen, was er wahrnimmt. Seine Frage lautet: „Was stimmt hier und was stimmt hier nicht?“ Für unsere seelische Gesundheit ist dies eine entscheidende Frage, die auch lauten kann: „Worauf kann ich mich verlassen?“ Dafür ist ein Narr bereit zu provozieren und die Dinge auf den Kopf zu stellen. Aus meiner Sicht entsteht heilsamer Humor aus dem inneren

Bezug zu unserer Lebendigkeit und zu dem inneren Freiraum in uns allen. Dort stammt unsere Lebensfreude her. Von dieser Warte aus können wir einen mitfühlenden Abstand zu den alltäglichen Widersprüchen, Missverständnissen, Missgeschicken und Verletzungen einnehmen. Wir können gar zu uns selbst eine Art „teilnehmender Beobachter“ sein. Von dort aus können wir auch „über uns selbst lachen“.

Aus dieser Sicht repräsentieren Witz, Komik und der Sinn für Humor die Fähigkeit zu einem

spielerischen Umgang mit dem Leben und mit sich selbst. Sie geht von der Annahme aus, dass Menschen im Grunde frei, spielerisch und kreativ sind. Ein Clown im Zirkus gibt sich durch

sein „Stolpern“ der Lächerlichkeit preis, damit das Publikum lacht. Er freut sich darüber und gibt sich der Lächerlichkeit noch weiter hin, damit das Publikum noch mehr lacht. Darüber freut er sich noch mehr. Er fühlt sich im Lachen sicher, frei, geliebt und mit seinem Publikum verbunden. Das Publikum mag über den Clown lachen, solange es sicher sein kann, dass kein echter Schaden entsteht und dass dem Clown nicht nur nichts passiert, sondern dass er sich auch gerade in dem Augenblick darüber freut. Wir müssen sicher sein, dass ihm nichts Schlimmes passiert. Dann kann er sich alles erlauben, was sonst Angst und Missfallen auslösen könnte. Wer sich nicht als Clown versteht, hütet sich davor, als lächerlich da zustehen.

So ist meine erste Aufgabe, um den Raum für einen heilsamen Humor zu schaffen, dafür zu sorgen, dass Menschen „sie selbst sein“ können – im Spiel, versteht sich. Das gilt sowohl für die Ausbildung zum Clown und für die Verbesserung des eigenen Humors. Das gilt für Fortbildungen zur Teambildung oder Persönlichkeitsentwicklung wie auch in der Psychiatrie und in den psychosomatischen Kliniken, in denen ich gearbeitet habe. Die rote Nase ist mein ständiger Begleiter und Werkzeug. Mit der roten Nase stellt sich der Mensch erst einmal außerhalb der sonst angenommenen Bewertungen und Meinungen. Clown und Narr stehen in der Tradition nicht als „gesellschaftsfähig“ zu gelten, gerade weil sie lebensfroh und wahrhaftig sind! Oft genug scheinen die Normen der Gesellschaft sowohl

Lebensfreude und Wahrhaftigkeit im Namen der „Vernunft“ und der „Realität“ entgegenzuwirken. Gerade deshalb lebten sie „außerhalb“ im Zirkuszelt, auf dem Jahrmarkt oder während des Karnevals in der „fünften Jahreszeit.“

Zum Aufziehen einer roten Nase gehört eigentlich das Beiseite-Stellen solcher Normen, um sich auf den Freiraum des Spiels einzulassen und das Spiel zum bestimmenden Faktor zu machen. Ich leite dazu an, beim Aufziehen einer roten Nase „den Alltag“ auszuatmen und

gleichzeitig eine Geste des Beiseite-Schiebens auszuführen, als würde man eine Schiebetür öffnen und dadurch den Weg zum Spielraum frei machen. Mit dem Aufziehen der roten Nase ist die Aufmerksamkeit auf körperliche, stimmliche und

emotionale Anregungen gelenkt. Der Körper darf sprechen. Worte und Erklärungen entfallen, es sei denn als Spielmaterial. Die Begegnung miteinander wird dadurch vereinfacht und Spielraum kann entstehen. Im Spielraum herrscht die Gegenwart. Der Raum für Humor wird dadurch erweitert, weil die rote Nase erlaubt, Einschränkungen, „Schwächen“ und gar negative Prägungen und hinderliche Lebenseinstellungen als Spielmaterial anzusehen. Sie können ins Spiel, in die Gegenwart gebracht werden. Es geht dabei nicht darum, ob sie „gut oder schlecht“ sind, sondern um ihre Ausdruckskraft und um die Qualität des Spiels, die dadurch entsteht.

Humor entsteht hier gerade dadurch, dass sowohl eine vollständige Identifizierung als auch eine spielerische Distanz entsteht.

Das geschieht gleichzeitig und es erstaunt Spieler wie Spielerinnen immer wieder, dass dies möglich ist. Denn ein oft geübter Umgang

mit dem, was einem unangenehm ist, ist dies nicht sehen zu wollen, zu leugnen und von sich zu weisen. Das Spiel eines Clowns geht aber gerade darum, zu umarmen, direkt zu erleben und zu genießen. Wenn es mir möglich ist, auch meine Ablehnung, auch die tatsächlichen Gefühle zuzulassen, die ich sonst abwehre, zu „umarmen“ – also willkommen zu heißen und als Teil von mir anzunehmen – ist dies ein Weg, mich zu lösen und mich wieder zu freuen.

Aus diesem Grund sage ich, dass Humor

(in diesem Sinne) ein Ausdruck wahrer Freiheit ist.

Dabei gibt es für Clowns drei Grundbegegnungen: Man kann sich mit dem Gegenüber „sympathisieren“ nach dem Motto: „Mir geht es genau wie Dir“. Das nenne ich „angleichen“ und unterscheidet sich vom „Spiegeln“ insofern dass es das ist, was wir automatisch miteinander im Alltag erleben, wenn wir im Einklang mit jemand sind. „Spiegeln“ findet entweder im therapeutischen Rahmen statt mit Einverständnis des „Gespiegelten“. Wenn dies ohne Einverständnis geschieht, was oft genug passiert, ist dies für den ungefragt „Gespiegelten“ ein Grund zum Ärger. Dabei sind wir in der Haltung und im Ton und im Gestus ähnlich. Wir gleichen uns an. Das baut auf der Erfahrung auf, dass wir uns wohl fühlen, wenn wir mit Menschen zusammen sind, die uns ähnlich sind und uns bestätigen. Es ist oft zum Lachen, wenn ich mit TeilnehmerInnen vorführe, wie wir beide „grantig“ miteinander umgehen und merken, wie wir uns sofort verstehen. Wir erleben es als Freude, wenn uns jemand versteht, weil er oder sie auch gerade „so drauf“ ist und witzig oft, wenn es über die „Norm“ hinausgeht. So ist es im Alltag ja auch. Sowohl für die Begleitung von und die Zusammenarbeit mit Menschen ist es wichtig, wenigstens innerlich nachvollziehen zu können, wie sie „ticken“. Sich körperlich und stimmlich in sie einfühlen zu können, ist dafür eine Grundvoraussetzung.

Man kann aber auch auf den Anderen emotional gegensätzlich oder unerwartet reagieren. Wenn wir immer wieder auf die gleiche Person oder Situation auf dieselbe Weise reagieren, befinden wir uns in einem

„Lebensmodus“, den ich „Lebensmodus“, den ich „Teufelskreis“ nenne. Oft genug fühlen wir uns darin gefangen und es vergeht uns dabei das Lachen. Bei einem Teufelskreis lautet die Dynamik: „Aktion/Reaktion“. Das ist das, was unser Leben zu einem „Drama“ macht. Es fällt schwer, nicht darauf oder anders auf den gleichen Reiz zu reagieren. Wenn wir aber durch Spiel immer mehr darin „Spielmaterial“ erkennen, bekommen wir den Freiraum, neu zu entscheiden und das Ganze auch im Alltag als Spiel zu sehen. Im Clownspiel sehen wir die

**So ist meine erste Aufgabe, um den Raum für einen heilsamen Humor zu schaffen, dafür zu sorgen, dass Menschen sie selbst sein können – im Spiel, versteht sich.**

**Wenn wir immer wieder auf dieselbe Weise reagieren, befinden wir uns in einem „Lebensmodus“, den ich „Teufelskreis“ nenne. Oft genug fühlen wir uns darin gefangen.**

Fähigkeit, mit derselben Reaktion auf einen Impuls zu reagieren, eben als Spielfähigkeit an, auf die wir uns verlassen können. Das ist so wie bei Kindern, die immer wieder von Mama oder Papa „nochmal!“ verlangen, wenn ihnen eine Reaktion der Eltern gut gefällt und dies als Spiel ansehen.

Dadurch können sonst dramatische Begegnungen, Vorurteile und Ablehnungen gar witzig wirken. Dem liegt der Satz zugrunde: „Du bist der Grund, weshalb ich so sein muss. Nochmal, bitte!“ Dies wirkt nicht nur komisch, sondern es kann zu denken geben und zum Teil eines heilsamen Prozesses werden, wenn wir erkennen, welches „Theater“ wir sonst mit PartnerInnen und KollegInnen spielen. Dies erweitert den Spielraum dadurch, dass jemand lernt, den Witz und das Spiel in Reaktionen zu finden, die sonst eine verstörende oder ablehnende Reaktion auslösen, weil sie auf uns als unangenehme Überraschung wirken.

Die dritte Variante ist schlicht, aus dem Augenblick heraus, jeden Impuls als Spielangebot anzusehen und solange zu spielen, wie man Lust hat, um dann – wenn das Spiel vorbei ist – die Nase gemeinsam abzuziehen und gemeinsam darüber zu lachen und zu merken, wie viel Lebensfreude im Spiel steckt, egal ob durch „Angleichen“ oder „Aktion/Reaktion“.

Je mehr man sich daran gewöhnt, so mit Impulsen umzugehen, um so mehr erweitert man den eigenen Spielraum. Wir fühlen uns frei, die eigenen Prägungen und gar die von anderen in ein Spiel einzubeziehen. Umso mehr wir dies tun, umso mehr lösen wir uns von Prägungen und betonen die ursprüngliche und gelöste Lebensfreude. Unsere Spielräume erweitern sich und dies stärkt wiederum unseren Humor. Je mehr wir dies üben, hören manche Prägungen auf, uns zu behindern und werden gar zu Fähigkeiten und Stärken, mit denen wir gut umgehen können. Wir fangen an, die Anderen auch besser zu verstehen und nicht gleich auf sie mit Bewertungen, Vorurteilen und automatischen Gegenreaktionen zu reagieren. Übung macht bekanntlich den Meister.

Je mehr wir dies üben, um so mehr können wir mit der Hartnäckigkeit spielerisch umgehen, mit der wir manche grundsätzlichen und hinderlichen Prägungen verteidigen. Ich nenne diese

Neigung, den „Esel“. Er entsteht aus der Fähigkeit, uns zur Wehr zu setzen und unseren Freiraum, unsere Würde zu verteidigen wie auch aus der Neigung, das, was uns unangenehm ist, nicht sehen zu wollen, zu leugnen und von sich zu weisen. Es ist die Neigung, sofort mit Flucht, Kampf oder mit dem Totstellreflex zu reagieren, bevor wie überhaupt entscheiden können. Diese Art kann zu einer dauerhaften Grundabwehr werden, bis sie zur gewohnten Lebensart wird. Damit verteidigen wir auch Haltungen und Einstellungen, die uns gar nicht guttun, auch wenn sie auf Kosten unserer Lebendigkeit gehen. Manchmal verstehen wir selbst nicht, warum wir Dinge noch tun, die sich eigentlich gegen uns wenden. Manche Menschen beharren darauf, sich zu weigern oder auf ein Verhalten, das ihnen selbst

**Je mehr wir üben, hören manche Prägungen auf, uns zu behindern. Wir fangen an, die Anderen zu verstehen und nicht gleich auf sie mit Vorurteilen und Gegenreaktionen zu reagieren.**

schadet. Der „Esel“ hat viele Gesichter. Wenn wir zu aggressivem Humor neigen, zu Zynismus und Sarkasmus, zur Verteidigung von Zorn und Bitterkeit, dann hat der „Esel“ die Oberhand über uns. Viele therapeutische Formen gibt es, die gerade mit diesem Aspekt von uns umgehen, ob es sich um systemische Familientherapie, Gestalt- oder verschiedene Formen der Körper- und Atemtherapie handelt. Gerade die provokative Therapie von Frank Ferelly, die Hypnotherapie von Milton Erickson und die Logotherapie von Viktor Frankl beziehen den Gesamtkontext mit ein, wie wir etwas auffassen und arbeiten durch Verstärkung und Paradoxie auf ein lösendes Lachen hin.

Techniken wie Verstärkung und paradoxe Intervention führen aber nicht von sich aus immer zu einem heilsamen und lösenden Humor. Die Technik alleine ist es nicht. Denn der Humor, den ich „aggressiv“ nenne, bedient sich genauso dieser Techniken. Es kann nicht darum gehen, beim Humor den eigenen Status oder die eigene Position zu verteidigen und damit zu „beweisen“, dass wir „besser“ sind oder Recht haben. Es reicht nicht zu behaupten, dass ein Angriff „eigentlich satirisch“ oder „als Witz“ gemeint war und dass das Gegenüber wohl mehr Humor haben müsste.

**Für mich bietet das Spiel von Clown und Narr einen Zugang zu einem heilsamen Humor, indem wir den Freiraum aufmachen, das „Theater des Alltags“ umarmen zu können.**

Dies ist eine andere Form das Machtspiel zu leugnen, das hier stattfindet und ist eine Form des „Esels“.

Wenn es um „lösenden“ Humor geht, braucht es gerade von einem Therapeuten oder von einem begleitenden Gegenüber die spielerische Flexibilität und Betonung eines annehmenden Spielraums. Witz und Komik bieten sich fast von alleine an. Gegensätze und Widersprüche werden offenbar und es fällt leicht und selbstverständlich, sie zu verstärken, wenn eine gegenseitige wohlwollende Beziehung besteht. Frank Ferelly zeichnete aus, dass er spürbar automatisch eine solche Beziehung zu Patienten und Patientinnen – auch mit schwer wiegenden Symptomen – herstellen konnten. Nur aufgrund einer Gegenseitigkeit konnte seine leisen oder stärkeren Provokationen wirken, bis ein Patient lachen musste, weil die Verstärkungen ihm übertrieben wirkten bzw. bis er/sie sagen oder andeuten konnte: „So schlimm, wie Sie das sehen, ist es nicht.“

Lösender Humor entsteht aus einer gemeinsam geteilten Erfahrung aufgrund einer Übereinstimmung. Er kann auch zu einer Perspektive führen, die man bis dahin nicht geteilt oder gesehen hat, zum Beispiel in Bezug auf die eigene Lebensführung. Ein Narr akzeptiert beispielsweise, dass wir alle sterblich sind und hat keine Angst, dies anzusprechen, wenn ihm das wichtig und angebracht erscheint. Sein Witz entsteht aus seiner Bereitschaft, den Spielraum zu erweitern. Ein Clown sieht das lebendige Spiel als zentral an. Durch das Spiel des Clowns und die Haltung des Narren kann eine neue Perspektive auf das eigene Leben entstehen. Über die gelernten Prägungen findet man nach und nach zu einem Lachen, das befreit.

Für mich bietet das Spiel von Clown und Narr mit der roten Nase einen Zugang zu einem heilsamen Humor, indem wir den Freiraum aufmachen, das „Theater des Alltags“ zusammen mit dem Esel „umarmen“ zu können. Dadurch betonen wir die Lebensfreude in uns

und nutzen gar das, was uns behindert, als Ressource für den Alltag. Humor heißt dann die Fähigkeit, sich und das Leben zu umarmen und den lebendigen Spielraum in den Mittelpunkt unserer Begegnungen und Entscheidungen zu stellen und die Würde eines jeden Menschen zu respektieren. ●

# Trotz allem ... Humor!

## Clowns in Medizin und Pflege – das Glück der spielerischen Begegnung

Von Christel Ruckgaber

Seit über 30 Jahren ist die Entwicklung eines neuen Berufsbildes in Pflegeeinrichtungen zu beobachten. Klinikclowns auf Kinderstationen gibt es in den meisten Kinderkliniken, und in vielen Pflegeeinrichtungen für Senioren sind Geriatrie- oder Pflegeheimclowns im Einsatz. Die Clowns sind nicht als Therapeuten, nicht als Seelsorger und nicht als Pädagogen tätig – aber was tun sie eigentlich und was ist das Geheimnis ihres Wirkens und ihres Erfolges? Im Folgenden möchten wir aus der Erfahrung von über 20 Jahren in diesem Berufsfeld berichten.



**Christel Ruckgaber**  
Dipl. Päd., Clownlehrerin, Gründerin und künstlerische Leitung Clowns im Dienst e.V., Dozentin, Leitung Clownschule Tübingen.

### Warum eigentlich Clowns?

Die Figur des Clowns, wie wir sie für die Tätigkeit in Medizin und Pflege verstehen, ist eine besonders geeignete Figur für die Suche nach Begegnung, für die Suche nach Positivem, nach Bedeutendem im scheinbar Unbedeutendem, die Suche nach den „Wundern“ des Alltags. Diese Suche nach Begegnung unterscheidet Klinikclowns von Zirkus- oder Bühnencloawns, die zwar auch Kontakt mit dem Publikum herstellen aber meist ein festes Repertoire vorspielen.

Die Grundlagen der Klinikclowntätigkeit sind Improvisation, sich Einlassen auf den Augenblick, Zeit haben und Zeit lassen, Wertschätzung und dem Gegenüber Raum geben, sich auszudrücken. So kann die Möglichkeit einer unmittelbaren Begegnung entstehen und nicht selten auch eine herzliche Verbundenheit.

Clowns, die in sozialen Einrichtungen arbeiten, entwickeln ihre Komik und das Lachen aus den eigenen Besonderheiten oder Schwächen, dem eigenen „Stolpern“, und nicht aus den Schwächen der anderen.

Clowns begegnen ihren eigenen Unzulänglichkeiten und denen der anderen Menschen mit freundlicher Akzeptanz und Offenheit. Dinge und Situationen werden durch das Spiel der Clowns in ein anderes Licht gerückt und es kann ein Perspektivenwechsel entstehen. Wir sprechen sogar vom *Glück des Stolperns* - Clowns inszenieren ein

heilsames Chaos und spielen mit den Tücken der Objekte. Der Unzulänglichkeit der Welt setzen Clowns eine heitere Gelassenheit entgegen.

Auch durch ihr symbolisches Tun können Klinikclowninnen und Klinikclowns inspirieren, trösten, Distanz zur eigenen Situation ermöglichen, Mut machen, und so Phantasie und Selbstheilungskräfte anregen.

*„(..) gerade Kinder fühlen sich oft den diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen hilflos ausgesetzt. Nach der Begegnung mit den Klinikclowns beobachten wir, dass sie aus einem Gefühl hilfloser Unterlegenheit zu einem Erleben souveräner Überlegenheit und neuem Vertrauen kommen. Das bedeutet natürlich, dass die Klinikclowns über ein besonderes Maß an Einfühlungsvermögen und auch über eine besondere Ausbildung verfügen müssen(..)“*

Dr. Jan Vagedes, Leitender Arzt Kinder und Jugendmedizin, Filderklinik (Referenzschreiben 02/2022)

### Kompetenzkriterien: Was müssen professionelle Klinikclowns können?

Seit über 20 Jahren bilden wir Klinikclowns für ihre Tätigkeit aus (Clownschule Tübingen). Mit dem von uns 2020 gegründeten Verein Clowns im Dienst e.V. verwirklichen wir eine Konzeption für die Clowntätigkeit, die der besonderen Situation von erkrankten

Menschen in Kliniken und Pflegeeinrichtungen gerecht wird.

Die langjährige Erfahrung in der Praxis zeigt, dass nicht nur für kranke Kinder sondern gerade auch für schwerkranke ältere Menschen die Besuche der Clowns bereichernd, entlastend und Angst abbauend sein können.

Wir stellen fest, dass es den Clowns, leichter als jeder anderen Berufsgruppe in der sozialen Institution gelingt, Humor und Freude in Klinikalltag oder Heimalltag zu bringen.

Unser Verein ist Teil eines deutschlandweiten Netzwerkes (Dachverband Clowns in Medizin und Pflege Deutschland e.V.) Als zertifiziertes Mitglied wirken wir gemeinsam mit den anderen Vereinen an Qualitätsstandards, Kompetenzkriterien und dem Leitbild mit. Die Vereine verpflichten ihre Clowns zu respektvollem Tun.

*„Im Zentrum der Arbeit von Clowns in Medizin und Pflege steht die Begegnung mit pflegebedürftigen Menschen und ihrem Umfeld. Ziel ist die Förderung der Genesung und des physischen und psychischen Wohlbefindens. Durch die ausgebildeten künstlerischen, psychosozialen und kognitiven Kompetenzen des Clowns entsteht eine Begegnung, die getragen ist von Humor, Respekt, Unvoreingenommenheit und Aufrichtigkeit.“*

Leitsatz des Dachverbandes (Website Dachverband)

Um die sensible Arbeit als Klinikclown

professionell auszuführen, benötigt es die Ausbildung unterschiedlicher Kompetenzen: künstlerische Kompetenzen wie die der eigenen individuellen und authentischen Clownfigur und Improvisationsfähigkeit sind wichtige Bestandteile, Musik, Gesang, Zaubern, Jonglage, Handfigurenspiel, persönliches Repertoire u.a. sind notwendige Grundlagen. Weitere wesentliche Bestandteile jeder qualifizierten Fortbildung sind die Ausbildung psychosozialer Kompetenzen wie Empathie, Spielfreude, Selbstreflexion, Teamfähigkeit und Kommunikationsfähigkeiten ebenso wie die Ausbildung von kognitiven Kompetenzen wie Grundlagenwissen in Entwicklungspsychologie, vor allem kindliche Entwicklung, Medizin, Pflege, Hygiene, Bedeutung von Krankheit und Demenzerkrankung u.a..

### Ohne Kooperation gelingt es nicht

Nach über 20 Jahren Erfahrung in der Begleitung von professionellen Clowns in medizinischen Einrichtungen ist für mich eine der wichtigsten Grundlagen erfolgreicher Clowneinsätze die Zusammenarbeit mit den Pflegenden und den Einrichtungen. Nur durch eine gelingende Zusammenarbeit ist es möglich, dass Clownbesuche für die Patienten und die Pflegenden zu einer entlastenden Bereicherung werden. Um in der hochsensiblen Situation, die eine schwere Erkrankung immer bedeutet, hilfreich wirken zu können, benötigen die Clowns in den Übergabegesprächen viele Informationen, betreffend der Individualität, der Diagnose, des Krankheitsbildes und –verlaufs und der momentanen Befindlichkeit der Patient\*innen. Eine wesentliche Maxime der Clownbesuche und der Humorinterventionen ist es, die Würde des Gegenübers zu stützen und das Selbstwertgefühl des Einzelnen zu stärken. Kinderklinikclowns vermögen diesem gerecht zu werden durch genaue Kenntnis der Befindlichkeit und Individualität des Kindes und einer respektvollen und wertschätzenden Haltung gegenüber dem kranken Kind oder Jugendlichen. Den Pflegeheim/Geriatriecloowns gelingt dies durch achtsam liebevollen Umgang, durch die genaue Kenntnis der Biografie der HeimbewohnerInnen und durch den professionellen Einsatz einer humorvollen Kommunikations-

form, die gegebenenfalls auf intellektuell verbale Anteile verzichten kann. Eine Voraussetzung, dass Wertschätzung gelebt wird ist, dass jeder Besuch mit der Frage beginnt: „Dürfen wir hereinkommen?“ Durch die Möglichkeit, selbst zu bestimmen, ob ein Clownbesuch gewünscht ist oder nicht, entsteht Offenheit und Vertrauen.

Wenn professionelle Klinikclowns in enger Absprache mit der Pflege, den Patient\*innen in ihrer seelischen Not beistehen, werden sie von Mitarbeiter\*innen der Pflegeeinrichtungen als Entlastung im Klinik- oder Pflegealltag erlebt. Durch den gemeinsamen Austausch in den Übergabegesprächen vor den Einsätzen und das Wahrnehmen der gegenseitigen Kompetenzen und der Situation in der Pflege können die Clowneinsätze auch für Pflege-mitarbeitende inspirierend sein. Die Clowns beziehen neben den Begegnungen mit den Patient\*innen und ihren Angehörigen auch die Mitarbeitenden in die humorvolle Kommunikation mit ein. Die Tage, an denen die Clownbesuche stattfinden, werden von den Pflegemitarbeiter\*innen als besonders positive Tage benannt, obgleich die Faktoren Stress und Zeitmangel wie an den anderen Tagen gleich existent sind.

### Und was brauchen die Clowns?

Unser Anfangsziel vor 22 Jahren war es, Heiterkeit und Lachen und ein respektvolles und sensibles Umgehen mit Patienten zu verbinden. Neben vielen positiven, berührenden Erfahrungen erleben die Klinikclowns auch extreme Situationen, sie begegnen Kindern, die sterben müssen, Kindern, die mit großen Kompetenzverlusten umgehen müssen und deren Eltern, sie begegnen Erwachsenen, die gravierende Persönlichkeitsveränderungen durch Demenzerkrankungen erleben, überlasteten Pflegemitarbeitenden, akuten Stresssituationen in der Pflege... Bei aller Leichtigkeit und Humor, dem sich Clowninnen und Clowns verschrieben haben müssen auch sie diese Erfahrungen verarbeiten lernen und ringen in manchen Situationen um

professionelle Haltung und Distanz. Klinikclownvereine ermöglichen regelmäßige Proben, Austausch, Coaching, Supervision und Fortbildungen, denn diese bieten eine wichtige Unterstützung und Begleitung der professionellen Clowninnen und Clowns.

### Clowns in der Psychiatrie?

Deutschlandweit gibt es nur wenige Vereine, die Erfahrungen mit Clowninterventionen in psychiatrischen Einrichtungen haben.

In Tübingen wurden unsere ersten Einsätze auf einer geriatrischen Station der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie durch eine Studie begleitet. (*Clowns in der Psychiatrie, Petra Wetzel, Dipl. Arbeit, 2002*)

Diese ersten Erfahrungen und die Ergebnisse der Studie bestärkten uns noch einige Jahre auf der geriatrischen Station Clowneinsätze zu ermöglichen.

Zuvor hatten wir eine Fortbildungsreihe mit dem Fokus auf erkrankte ältere Menschen für die Clowns unseres Vereins ermöglicht. Den letzten Lebensabschnitt eines Menschen und die Beeinträchtigungen durch demenzielle Erkrankungen waren wesentliche Themen.

Heute sind wir in den Kliniken für Kinder und Jugendmedizin regelmäßig in den psychosomatischen Abteilungen im Einsatz. Kinder und v.a. Jugendliche mit sehr unterschiedlichen Krankheitsbildern sind hier stationär oft über viele Wochen. Die Clowns bekommen bei den Übergabegesprächen einen guten Einblick in die individuelle Befindlichkeit und momentane Situation der Kinder und Jugendlichen.

Durch die längere Verweildauer und durch die kontinuierlichen Begegnungen entstehen neben neuen Herausforderungen, auch viele Anknüpfungsmöglichkeiten, ein gutes Kennenlernen und Vertrauen. Über dieses Vertrauen entsteht durch die besondere Sichtweise und die feine Komik der Clowns auch eine besondere Art von humorvoller Beziehung. Humor und Lachen stecken auch Jugendliche an und befördern deren humorvolle Sichtweise. Unlängst bekamen die Clowns von der

Gruppe der Jugendlichen der psychosomatischen Abteilung eine Karte:

„Liebe Clowns wir wünschen euch ein frohes Fest und hoffen, dass ihr bald wiederkommt! Ihr seid ne heftige Crew XD! Liebe Grüße eure „Psychos ;)“ unterschrieben mit den Namen der Jugendlichen.

Die Schreibweise und die Gestaltung der Karte zeigen die besondere Art von jugendlichem Humor, der sich in manchen Situationen durchaus auch über die eigenen Krankheitssymptome ausdrückt.

Durch diese Erfahrungen in unserem Verein, könnten wir uns Clowneinsätze auch in psychiatrischen Kliniken mit Vorbereitung und einer guten Zusammenarbeit mit den Stationen vorstellen. Allerdings wäre es notwendig, die Einsätze gut zu reflektieren, um aus den gemachten Erfahrungen auch neue Formen und Ansätze zu entwickeln, die auf die besonderen Herausforderungen eingehen können.

Nach meiner langjährigen Praxis in der Fortbildung von Clowns und der Leitung und Begleitung der Klinik- und PflegeheimclownInnen der *Clowns im Dienst e.V.* können gut ausgebildete Clowns für Menschen, die sich in einer schwierigen Situation befinden, an Krankheit oder Institutionalisierung leiden, bedeutende Begleiter, humorvolle Vertraute sein und heilsame Lichtblicke und Perspektivenwechsel ermöglichen, das Gefühl der Ohnmacht in Gestaltungsmöglichkeiten umwandeln und für einige Momente der Krankheit und der Angst die Macht nehmen. Klinikclowninnen und -clowns können auch als Modell für wertschätzende Kommunikation und heitere Gelassenheit in einer gestressten und belastenden Situation fungieren. Unsere Erfahrungen zeigen, dass wir auch Menschen erreichen, die sonst nur schwer zu erreichen sind, dass Kompetenzen, die verloren geglaubt waren, wieder auftauchen können, dass die Clowns erwünscht sind, dass ihr Lächeln ankommt und Lächeln zurückkommt. Freude, Zuversicht und Lachen sind besonders dann wichtig, wenn es schwer wird, eine Situation zu ertragen. Ich denke Humor ist „erlernbar“ und gerade in einer Pflegeinstitution ist die „Pflege des Humors“ eine wertvolle und wichtige Bereicherung. ●

# Die dunkle Seite des Humors

## Galgenhumor in der Behandlung von Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen

Von Ulrich Sachsse

Ist bei einer Lebensgeschichte voller Deprivation, emotionaler Invalidation, sexualisierter Gewalt und körperlicher Gewalttätigkeit Humor in der Psychotherapie nicht einfach geschmacklos? Verbietet es der Takt nicht geradezu, mit solchen Menschen Witze zu machen, humorvoll, spöttisch, ironisch oder sarkastisch zu sein? Erstaunlicherweise habe ich die Erfahrung gemacht, dass meine Patientinnen selbst meist über einen sehr feinen, oft auch sehr bissigen Galgenhumor verfügen. Sie sind spöttisch, können mit Zynismus und Sarkasmus gut umgehen, sehr viele haben große Freude am Makabren und schätzen viele Formen von Schwarzem Humor.

### Humor als Differenzialdiagnostikum

Für mich ist die Fähigkeit, mit Humor umzugehen, das wichtigste Differenzialdiagnostikum bei der Frage, ob eine meiner Patientinnen eher dissoziativ oder eher psychotisch ist. Heute wird nach DSM-V-Checkliste abgehakt, welche Kriterien erfüllt sind, um die Diagnose Schizophrenie zu stellen. Danach werden dann viele Patient:innen fälschlich als schizophren diagnostiziert, weil sie innere Stimmen hören, die ihre Handlungen bewerten oder kommentieren. Ich habe in meiner Ausbildung zum Psychiater noch eine andere Diagnostik gelehrt bekommen. Ich sollte Menschen eine Fabel erzählen, um zu prüfen, ob sie eine schizophrene Basisstörung haben, beispielsweise die Fabel vom Fuchs im Weinberg: „Ein Fuchs geht durch den Weinberg. Über sich sieht er leckere Weintrauben. Er springt hoch, kann die Weintrauben aber nicht erreichen. Ärgerlich wendet er sich ab und brummt vor sich hin: ‚Die sind bestimmt noch sauer!‘“ Wenn ich nach der Bedeutung dieser Fabel frage und ein Patient mir antwortet: „Füchse können nicht sprechen“, dann



Ulrich Sachsse

Prof. em. Dr. med. FA Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin, Psychoanalyse, Katathym Imaginative Psychotherapie KIP, Psychotherapeutische (DeGPT, EMDR). Medizinaldirektor aD, Wissenschaftlicher Berater Asklepios Fachklinikum Göttingen. Gründungs-Herausgeber der Zeitschrift „Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie PTT“ Schattauer. Preisträger der Dr. Margrit Egner Stiftung Universität Zürich 2004 für seine Leistungen im Feld der Psychotraumatologie, Preisträger des Hamburger Preises Persönlichkeitsstörungen 2006, Träger des Bundesverdienstkreuzes am Bande der Bundesrepublik Deutschland.

habe ich einen Menschen vor mir, der konkretistisch denkt, nicht mit Metaphern, Anspielungen, Assoziationen und Konnotationen umgehen kann. Dann ist es möglich, dass dieser Mensch eine schizophrene Basisstörung hat. Eine Borderline-Patient:in würde auf die Frage nach der Bedeutung dieser Fabel vielleicht antworten: „So mach ich das auch immer, wenn ich mal wieder keinen Job gekriegt habe.“

Eine Erfahrung werde ich mein Leben lang nicht vergessen: Wir haben unsere Station 9 für traumazentrierte Psychotherapie am 17. Juni 1996 eröffnet. Unsere Stationsfeier machen wir meistens im Sommer, weil im Dezember alle, aber auch alle, zum Gänseessen gehen. 1998 oder 1999 haben wir unseren Patientinnen gesagt: „Wir sind eine Spezialstation, und deshalb machen wir auch eine Spezial-Weihnachtsfeier.“

Wir feiern im Juni. Am nächsten Don-

nerstag werden von 18 bis 23 Uhr Vertretungskräfte anderer Stationen auf Station sein.“ Wir haben uns dann einen schönen Stationsabend gemacht. Als ich am nächsten Morgen die Stationstür aufmachte, hatte ich spontan die Auswahl, ob ich träume oder haluziniere: Die ganze Station war adventlich geschmückt. Überall standen frisch gebastelte Weihnachtssterne, es war Tannengrün verteilt, und mitten im Juni verbreitete die Station Weihnachtsatmosphäre. Einige Patientinnen saßen gegenüber der Eingangstür und grinsten mich breit an: „Ihr habt doch gesagt, jetzt ist Weihnachten. Da habt Ihr Weihnachten!“ Die Schwestern haben geschworen, dass sie nichts mitbekommen haben. Die Patientinnen der Station müssen eine gute Woche lang in aller Heimlichkeit auf ihren Zimmern den Weihnachtsschmuck hergestellt und vor uns verborgen haben.

So etwas passiert auf einer Behandlungsstation für chronisch schizophren erkrankte Patienten nicht. Die sind zu einem solch virtuosen Spiel mit Realitäten nicht in der Lage.

Die Fähigkeit zu Humor ist also ein wichtiges Differenzialdiagnostikum bei schweren psychischen Störungen. Menschen, die zu humorvollen Interaktionen in der Lage sind, haben wahrscheinlich keine ausgeprägte schizophrene Basisstörung, sondern sind eher dissoziativ gestört oder haben eine Borderline-Persönlichkeitsstörung.

## Humor als Mentalisierung

Um den Wert und den Mechanismus humorvoller Interaktionen zu verdeutlichen, mache ich einen Ausflug in die Kindheitsentwicklung. Nach der Ausbildung einer hoffentlich sicheren Bindung in den ersten beiden Lebensjahren ist ein wichtiger Entwicklungsschritt erforderlich, damit das Kind sich aus der symbiotischen Bindung heraus individuieren kann: die Fähigkeit zur Mentalisierung.

Stellen wir uns vor, ein Kind isst einige Scheiben Wurst und wird dabei von den beiden Hunden des Hauses beobachtet. Beide Hunde gehen mit diesem inzwischen etwa achtzehn Monate alten Kind freundlich um. In dem Moment, in dem das Kind seine Wurstscheiben in der Hand hat, wird es von diesen Hunden überraschend unfreundlich behandelt. Die beiden

versuchen, dem Kind die Wurst wegzuschnappen und werden dabei aufdringlich. Wenn das Kind noch sehr klein ist, wird es nicht verstehen können, warum die Hunde plötzlich unfreundlich werden. Es wird erschrocken weinen und damit Mutter herbeirufen, damit die diese undurchschaubare und beängstigende Situation beendet. Sollte das Kind inzwischen alt genug

dazu sein, wird es in dieser Situation eine entscheidende Entdeckung machen. Das Kind wird nämlich die Idee entwickeln, dass die beiden Hunde motiviert handeln. Das Kind entdeckt in dieser Situation das wichtige Gesetz: „Hunde essen auch gerne Wurst. Die Engländer haben

dafür eine etwas hochgestochene Formulierung: Das Kind entwickelt zu den Hunden „Theory of mind“, und es macht bei den Hunden „mind reading“. Auf gut deutsch: Das Kind unterstellt den Hunden Motive, entwickelt in ersten Ansätzen die Idee von Gesetzmäßigkeiten in der Welt und versucht, die Motive und Gesetzmäßigkeiten von Hunden zu verstehen.

Mit der Unterstellung, dass Hunde motiviert handeln, eröffnet sich dem Kind die Möglichkeit zur Selbstwirksamkeit: Das Kind kann reagieren, es kann ebenfalls handeln, es kann sogar gezielt auf die Situation Einfluss nehmen. So kann es etwa auf einen Tisch klettern, auf den die Hunde nicht

### Buch-Publikationen des Autors

Ulrich Sachsse (Hg) Traumazentrierte Psychotherapie. Schattauer 2004. Birger Dulz, Sabine Herpertz, Otto F. Kernberg, Ulrich Sachsse (Hg) Handbuch der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Schattauer 2011. Willy Herbold, Ulrich Sachsse: Das sogenannte Innere Kind. Vom Inneren Kind zum Selbst. Schattauer 2. Aufl. 2012. Ibrahim Özkan, Ulrich Sachsse, Annette Streeck-Fischer (Hg) Zeit heilt nicht alle Wunden. Kompendium Psychotraumatologie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2012. Martin Sack, Ulrich Sachsse, Julia Schellong (Hg): Komplexe Traumafolgestörungen. 2. Aufl. Schattauer 2022. Kirsten Stang, Ulrich Sachsse: Trauma und Justiz. Juristische Grundlagen für Psychotherapeuten – psychotherapeutische Grundlagen für Juristen. Schattauer 2. Aufl. 2014. Ulrich Sachsse: Proxy – dunkle Seite der Mutterschaft. Schattauer. 2016

**Den Umgang mit sozialen Systemen erlernt man nie so ganz. Mit der Entwicklung eines Innenraumes gibt es einen inneren Spielraum, einen Raum des Durchprobierens und der Alternative zur Außenrealität.**

hinaufkommen, oben genüsslich seine Wurst mümmeln, und die Hunde stehen unten und bellen enttäuscht. Es kann dann, wenn es noch etwas älter ist, im Wohnzimmer die Hunde scheinheilig streicheln, aus dem Wohnzimmer gehen, die Tür schließen, sich in der Küche zwei Scheiben Wurst schnappen und dort essen, ohne dass die Hunde das mitbekommen. Allen-

falls werden sie die Finnger und das Gesicht des Kindes noch ablecken, wenn es aus der Küche wieder ins Wohnzimmer kommt. Das Kind kann aber auch sozial handeln und den Hunden etwas abgeben. Damit rechnen die Hunde: Wenn der Rudelführer Beute gemacht hat, dann gibt er

den anderen im Rudel etwas ab. Jetzt hat das Kind also schon drei verschiedene Reaktionsmöglichkeiten, und natürlich gibt es noch viel mehr.

Und spätestens dann, wenn es im Kopf diese Möglichkeiten durchspielen kann, zum Probehandeln in der Fantasie in der Lage ist, hat das Kind nicht mehr nur zwei Hunde, sondern vier: Zwei draußen im Zimmer und zwei drinnen im Kopf. Damit entstehen zwei Welten. In der Außenrealität gelten die Gesetze der Naturwissenschaft, der Logik (wenn auch nicht immer) und der sozialen Interaktionssysteme. In der Innenwelt gelten die Gesetze des Zaubers, der Fantasie, des Traumes und der Magie. Den Umgang mit der Innenwelt kann man in den sieben Bänden „Harry Potter“ oder in der Trilogie „Der Herr der Ringe“ erlernen.

Den Umgang mit sozialen Systemen erlernt man nie so ganz. Mit dieser Entwicklung eines Innenraumes gibt es einen inneren Spielraum, einen Raum des Durchprobierens und der Alternative zur Außenrealität. In diesem Innenraum gibt es ein „Als-ob“, ein „Pretend“.

In der Therapie brauchen wir genau diesen sogenannten „Pretend-Modus“ ständig. In den meisten Interventionen regen wir dazu an, mit dem Als-ob-Modus eine alternative Wahrnehmung oder Bewertung durchzuprobieren. Und wir spielen in der Therapie alternative Bewertungen der Reaktionen anderer durch: „Ich habe jetzt verstanden, was Ihr Chef Ihnen gesagt hat und wie Sie den erlebt haben. Sie haben den

eingestuft als sturen, herzlosen, blöden, gefühllosen und brutalen Typen. Möglicherweise sehen Sie ihn richtig. Erstaunlicherweise haben Sie aber auch festgestellt, dass er sich Ihnen gegenüber anders verhält als bei den meisten anderen Mitarbeitern. Haben Sie eine Ahnung, wie das kommt?“ Damit rege ich den Patienten an, auf die Metaebene zu gehen, ein „mind-reading“ des Chefs vorzunehmen, sich in ihn hineinzusetzen und über die Außenperspektive „Chef“ im eigenen Inneren eine Bewertung der eigenen Person zu versuchen. Dieser Ablauf ist ein Hauptwirkfaktor jeder Psychotherapie, gleichgültig welcher Schule. Akzentuiert wird er in der Mentalisierungs-basierten Therapie MBT nach Peter Fonagy (Allen et al. 2008), aber auch in der Interaktionell-psychoanalytischen Psychotherapie in der Nachfolge von Heigl-Evers und Heigl (Heigl-Evers u. Ott 1994; Streeck u. Leichsenring 2009). Diese Arbeit auf der Metaebene im Pretend-Modus ist leider sehr stressanfällig. Im Rahmen eines heftigen Streits werden wir immer unausgewogener und unreflektierter, immer holzschnittartiger, rechthaberischer und heftiger. Wir insistieren darauf, dass unsere Wahrnehmung richtig ist und der andere so, wie wir ihn wahrnehmen: „Ich weiß ganz genau, was Du denkst und was Du willst. Mach mir nichts vor!“ In diesem sogenannten Äquivalenz-Modus insistiere ich darauf, dass die Welt so ist, wie ich sie wahrnehme. Wenn der Stress nur heftig genug wird, verfallen wir alle in den Äquivalenz-Modus, weil wir uns in einer Kampf-/Flucht-Situation des Stresses und der Bedrängung einfach auf unsere Wahrnehmung verlassen müssen. Die gelassene Arbeit unter Einbeziehung der Metaebene, des Dritten, bedarf einer gewissen Stabilität und Gelassenheit. Borderline-Patient:innen verlieren genau diese Fähigkeit wesentlich schneller als Menschen ohne gravierende psychische Störungen. Aber auch Borderline-Patient:innen haben prinzipiell die Fähigkeit zum Mentalisieren. Humor und gemeinsames Lachen ist eine Form der Mentalisierung. Wenn ich humorvoll etwas betrachte, bin

ich in der One-up-Position, betrachte die Situation von außen oben. Ich bin überlegen und gelassen. Wer etwas humorvoll mitteilt, wer den anderen zum Lachen bringt oder mit ihm gemeinsam lachen kann, ist nicht mehr in einer ohnmächtigen Position. Er steht darüber, ist nicht Gefangener von posttraumatischen Intrusionen oder unkontrollierbaren Spontanregressionen in Kind-Zustände, nicht mehr nur Opfer eines unerträglichen Lebensschicksals, sondern gelassen-selbstsicherer Akteur.

### Humor-Postkarten als Vermittler von Doppel-Botschaften

Wer durch eine Stadt geht, findet leicht Geschäfte, in denen Humor-Postkarten angeboten werden. Mit solchen Postkarten haben mir meine Patientinnen stets zweierlei signalisiert: „Ich habe Ihre Intervention verstanden, und ich fühle mich von Ihnen verstanden; das merken Sie an dieser Postkarte.“ Die andere Botschaft lautete: „Sie haben mir eine Einsicht vermittelt, die für mich nicht so ganz einfach ist. Aber ich versuche trotzdem, sie anzunehmen und in mir zur Wirkung kommen zu lassen.“ Gerade die Möglichkeit, mit solchen humorvollen Postkarten doppelbödige Botschaften

**Wer durch eine Stadt geht, findet leicht Geschäfte mit Humor-Postkarten. Mit solchen Postkarten haben mir meine Patientinnen stets zweierlei signalisiert: „Ich habe Ihre Intervention verstanden, und ich fühle mich von Ihnen verstanden.“**

an den Adressaten zu bringen, macht dieses Medium so interessant. Therapeutisch ist es immer wieder eine Entscheidung, inwieweit ich die Doppelbotschaften explizit mache, oder inwieweit ich durch eine humorvolle Antwort meinerseits verdeutliche, dass ich die komplex-paradoxe Botschaft verstanden habe, aber jetzt nicht weiter „bearbeite“. Solche Postkarten sind Beziehungsregulatoren, und sie ermöglichen eine Kommunikation auch über Themen und Inhalte, über die schwer zu kommunizieren ist. So hatte ich mit einer Patientin ausführlich diskutiert, inwieweit ihre Symptomatik wirklich auf Traumatisierungen zurückzuführen ist. Das nächste Mal brachte sie mir eine Post-

karte mit, auf der eine Frau gezeichnet ist, die ihrem Arzt gegenüber sitzt. Die Frau hat ein blaues Auge und Heftpflaster auf der Wange, ihre Haare sind zerrupft und ihr Blick ist traurig. Sie schaut den Arzt an und stellt die Frage „Es stimmt: mein Mann schlägt mich. Aber können meine Depressionen nicht doch vom Amalgam kommen?“ Ich glaube, meine Intervention bei dieser Patientin lautete „Schön wär's!“ Diese Postkarten ver-

wende ich meinerseits bei Seminaren, um ein Behandlungsproblem zu verdeutlichen. Eine Psychotherapie wird dann unwirksam bleiben, wenn Patientin und Therapeut unterschiedliche Entstehungs- und Behandlungskonzepte verfolgen.

Schon Jerome Frank hat in seinem Buch „Die Heiler“ 1961 verdeutlicht, dass ein Mythos zur Entstehung und Behandlung der Problematik für eine Psychotherapie unverzichtbar ist. Der Entstehungs- und Behandlungs-Mythos von Patientin und Therapeutin müssen aber so nahe beieinander liegen, dass beide nicht in ganz unterschiedlichen Feldern agieren. Wenn der Therapeut an den Mythos „Trauma“ glaubt und die Patientin an den Mythos „Amalgam“, dann wird diese Therapie nicht erfolgreich sein. Mit einer anderen Patientin hatte ich im Rahmen einer Traumaexposition an der Schwierigkeit gearbeitet, traumatische Inhalte in Worte zu fassen. Die Wirksamkeit von Traumaexpositionsbearbeitungen ist nicht daran gebunden, dass alle traumatischen Inhalte in Worte gefasst werden. Eine Desensibilisierung etwa mit Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR, Hofmann 1999) kann auch gelingen, ohne dass alles explizit ausgesprochen wird.

Trotzdem ist der Schritt der Trauma-Integration nur dann möglich, wenn das Geschehen ins verbale deklarative Wach-Bewusstsein integriert ist und damit der Erinnerung und dem verbalen Diskurs zugänglich (Seidler et al. 2003).

Von dieser Patientin bekam ich dann eine Postkarte von Uli Stein. Darauf ist ein Vogel zu sehen, gekleidet als Arzt oder Krankenschwester, der eine Maus auffordert „Sie müssen schon ein biss-





chen deutlicher sprechen!“ Die Maus kann aber nicht deutlicher sprechen, weil ihre Schnauze in einer Mausefalle steckt. Mit dieser Postkarte signalisierte mir die Patientin: „Sie haben leicht reden! Sie überfordern mich.“ In diesem Fall habe ich mit einem verständnisvoll-bedauernden Gesichtsausdruck gefragt: „Überfordere ich Sie in der Therapie gerade?“

## Humor als Regulativ der therapeutischen Beziehung

Humor halte ich für eine der besten Möglichkeiten, eine therapeutische Beziehung fein zu regulieren. Humorvoll ist es möglich, am Patienten Kritik zu äußern oder Entwicklung zu fordern. Humorvoll ist es möglich, den Therapeuten zu kritisieren und ihn zu selbstkritischer Reflexion anzuregen.

In der traumazentrierten Psychotherapie wird aktuell gefordert, dass die therapeutische Beziehung stets so erwachsen wie irgend möglich gestaltet werden soll (Sachsse u. Faure 2006). Gerade bei schwer gestörten Patienten mit Mentalisierungsstörungen gibt es keine Indikation, die therapeutische Beziehung selbst auf ein kindliches oder jugendliches Niveau regredieren zu lassen. Da diese Beziehungsmuster von den Patienten oft nicht gut reflektiert und darum auch nicht so einfach wieder verlassen werden können, etablieren sich diese Muster zwar oft rasch, chronifizieren dann aber und sind bearbeitungsresistent.

Dieses Problem diskutiere ich am Anfang jeder Therapie, um zu verdeutlichen, warum wir mit Methoden wie der „Arbeit mit dem Inneren Kind“ behandeln (Herbold u. Sachsse 2007) und warum diese Formulierung eher irreführend ist: Schließlich arbeiten wir an einer Förderung der Inneren Eltern, wir arbeiten gerade nicht mit den Inneren Kindern. Wir machen eine Mütterberatung für Mütter mit schwierigen Inneren Kindern. Das leuchtet fast allen Patientinnen ein. Probleme mit dieser Beziehungsgestaltung haben nur jene mit suchtähnlichen Beziehungserwartungen.

Eine Patientin reagierte besonders reif

und reflektiert, indem sie im Termin nach unserem Gespräch sagte: „Ich sehe das ein, wie Sie die Therapie gestalten wollen. Hat mich überzeugt. Ist aber auch irgendwie schade.“ Und damit überreichte sie mir eine Postkarte, auf der ein großer, sitzender Elefant zu sehen ist. Daneben steht ein Hocker mit einem kleinen Mädchen, das sich an den Elefanten anschmiegt und ihm die Hand auf den Rücken gelegt hat. – Auch diese Postkarte verwende ich in Seminaren. Ich kann mich fest darauf verlassen, dass ein Teilnehmer die Frage stellt: „Wer ist denn da Patient und wer ist Therapeut?“ Diese Frage ist ein sicherer Lacher.

Patienten informieren sich umfangreich über ihre Therapeuten. Das geht durch persönliche Fragen auf einer Station natürlich besonders leicht. Es stehen inzwischen auch im Internet viele Informationen zu Therapeut:innen zur Verfügung, nicht selten weit mehr als diese selbst wissen. Nachdem eine wissenschaftliche Arbeit erschienen war, an der ich mitgewirkt hatte, schenkte mir eine Patientin eine Postkarte mit einem Foto von Albert Einstein. Darauf steht der Text: „Bemühungen: Manche Männer bemühen sich ein Leben lang, das Wesen einer Frau zu verstehen. Andere befassen sich mit weniger schwierigen Dingen, zum Beispiel der Relativitätstheorie!“

Ich habe schallend gelacht. Manche dieser Postkarten grenzen allerdings an Unverschämtheit. Nicht mehr nur lustig fand ich die Postkarte mit einem Spruch von Friedrich Nietzsche: „Keiner ist so verrückt, dass er nicht einen noch Verrückteren findet, der ihn versteht.“

Ich habe meine Zwiespältigkeit gleich gemerkt, als mir diese Karte gegeben wurde, und habe erst mal reagiert mit der Antwort: „Das muss ich mir mal durch den Kopf gehen lassen.“ Diese Postkarte enthielt eine Botschaft, die mich spontan befremdete.

Es hat etwas gedauert, bis ich das Problem bemerkt habe. Eigentlich war es eine ähnliche Problematik wie in dem Spruch von Graucho Marx: „Ich würde niemals Mitglied in einem Verein werden, der Menschen wie mich als Mitglieder aufnimmt.“ Das ist eine vertrackt doppelbödig Verarbeitung einer narzisstischen Problematik: Wer mich

bestätigt, wer mich in einem Verein aufnimmt, muss dumm sein, ignorant sein, weil er nicht erkennt, wie wertlos ich bin; mit so jemandem will ich nichts zu tun haben.

Wenn ein Therapeut einen solchen Menschen zu bestätigen versucht, wird er Verachtung

ernten, weil nur ein inkompetenter Therapeut übersehen kann, wie wertlos dieser Patient doch im Grunde genommen ist. So eine Botschaft enthielt diese Nietzsche-Postkarte von dieser Patientin. Die Patientin hat natürlich wie alle Menschen Sehnsucht danach, verstanden zu werden und angenommen zu werden.

Wer werde ich als Therapeut dann aber, wenn ich das versuche? Kann nicht nur ein noch Verrückterer einen so Verrückten wie die Patientin verstehen?

In subtiler Form wurde hier ein double-bind inszeniert. Verstand ich die Patientin nicht, war sie zu Recht enttäuscht, weil meine Empathie und mein therapeutisches Wissen ungenügend waren. Wenn ich die Patientin verstand in ihrer Verrücktheit, dann konnte ich allerdings selbst nicht ganz dicht sein. Verständnis wie Nicht-Verständnis waren beide falsch, ich konnte es also nur falsch machen. Als mir klar war, was für eine destruktive Botschaft diese Postkarte enthielt, konnte ich gar nicht darüber lachen. Die Botschaft dieser Postkarte bedurfte einer therapeutischen Bearbeitung. Sehr wachsam wurde ich auch, als eine Patientin fast nebenbei den Spruch äußerte:

„Ihr Therapeuten holt Eure Patienten da ab, wo sie stehen. Und Ihr führt sie dann dahin, wo sie nicht mehr stehen können.“

Auch diese treffende Bemerkung gebe ich in Seminaren gerne weiter, damit möglichst viele Kollegen davon profitieren. Die Patientin habe ich gleich

Sehr wachsam wurde ich auch, als eine Patientin fast nebenbei den Spruch äußerte: „Ihr Therapeuten holt Eure Patienten da ab, wo sie stehen. Und Ihr führt sie dann dahin, wo sie nicht mehr stehen können.“

gefragt: „War das jetzt ein Witz, oder was?“ Ich reagiere also bei unterschiedlichen Patientinnen in unterschiedlichen Therapie-Situationen sehr unterschiedlich auf sehr unterschiedliche Humor-Postkarten.

## Gute Spiele, böse Spiele

Mit Humor-Postkarten kann ich meinerseits den Patientinnen etwas signalisieren. Wir machen auf der Station für traumazentrierte Frauen keine Visite. Die Patientinnen tragen sich in die wöchentlich zweimal stattfindende „Medizinische Sprechstunde“ ein, wenn sie somatische Probleme haben oder eine Veränderung ihrer Medikation diskutieren möchten. Neben das Blatt „Medizinische Sprechstunde am ...“ habe ich eine Postkarte gehängt, auf der ein offenkundig intoxizierter Mann mit elektrisierten Haaren, spiralförmigen Augen und Schaum vor dem Mund auf einem Tisch liegt, über ihm die Sprechblase: „3 Aspirin, 4 Thiampyrin, 2 Spalt, 2 Pilz und 1 Korn, 1/2 Röhrchen Melabon und ein paar Tassen Kaffee. Aber glauben Sie etwa, mir geht's einen Deut besser?!“ Viele Patientinnen kamen dann schon mit der Einleitung in die Medizinische Sprechstunde „Vielleicht verspreche ich mir von Medikamenten ja zu viel, aber ...“ Dann waren wir in einem fruchtbaren Dialog zu Möglichkeiten und Grenzen von Medikamenten. Die Posttraumatische Belastungsstörung heißt auf Englisch Posttraumatic Stress Disorder PTSD. Stress-Management ist Zentrum unserer therapeutischen Bemühungen. Psychoedukative DBT-Gruppen zentrieren darauf, mit Übererregung durch Stress angemessen umzugehen (Bohus 2002; Unckel 2004). Besonders verstanden fühlte ich mich durch eine Postkarte, auf der ein Rentier den Nikolaus durch den vorweihnachtlichen Schnee zieht. Über dem sichtlich gehetzten Rentier ist die Sprechblase „Stress! Stress! Stress!“ In der Kutsche sitzt gelassen der Nikolaus und ruft dem Rentier zu „Du atmet falsch!“ Besser kann man unseren Behandlungsansatz nicht zusammenfassen. Das Behandlungsangebot „Arbeit mit

**Ich hatte mit einer Patientin erarbeitet, dass die Inneren Kinder von komplex Traumatisierten keine lieben, netten und niedlichen Repräsentanten einer heilen Welt sind, sondern Problemkinder, die abweisend, widerborstig, undankbar und verletzt sind.**

Inneren Kindern“ ist natürlich geradezu eine Einladung, sich mit Humor, Spiel, Verspieltheit und Lachen auseinanderzusetzen und zu identifizieren (Herbold u. Sachsse 2007). Ich hatte mit einer Patientin erarbeitet, dass die Inneren Kinder von komplex Traumatisierten keine lieben, netten und niedlichen Repräsentanten einer heilen Welt sind, sondern Problemkinder, die abweisend, widerborstig, undankbar und verletzt sind. Ihr war sehr schnell klar, dass die Arbeit mit ihren inneren Kindern gleichbedeutend war damit, Problemkinder zu adoptieren oder zumindest in Pflege zu nehmen. Von ihr bekam ich eine Postkarte, auf der ein Kleinkind seinen ersten Geburtstag feiert, denn die Kindertorte wird geschmückt von einer Kerze. An dieser Kerze steckt das Kleinkind sich eine Zigarette an. Pränanter kann man den frühen Beginn von Suchttendenzen nicht darstellen. Vor Kurzem ging allerdings durch die Presse, dass diese Postkarte kein Witz ist. In einem südamerikanischen oder asiatischen Land hatte man ein Kind gefunden, dass mit drei Jahren bereits Kettenraucher war.

## Gute Miene zum bösen Spiel: die dunkle Seite des Humors

Humor ist ein Spiel innerhalb der therapeutischen Beziehung. Dabei gibt es sehr lustige Spiele, und es gibt ausgesprochen böse Spiele. Manchmal eröffnet der gelassen-humorvolle Umgang mit einer Unverschämtheit oder Kränkung den Einstieg in eine zentrale Problematik bei traumatisierten Patientinnen: in die Problematik „Ist doch lustig! Ist doch alles nur Spiel!“. Viele dieser Patientinnen sind Opfer von sehr bösen Spielen geworden. Und sie mussten lachen zu Erfahrungen, über die sie wahrlich nicht lachen konnten. Es gibt eine Art von Humor, die ist eine unverhohlene Form von Sadismus. In der angloamerikanischen Literatur gibt es eine viel umfangreichere

Auseinandersetzung mit dem „Teasing“ von Kindern durch Erwachsene. Der beste deutsche Begriff dafür ist meines Erachtens „Triezen“. Es handelt sich dabei um Spiele von Erwachsenen mit Kindern, bei denen die Erwachsenen den Kinder ihre Unterlegenheit und Hilflosigkeit demonstrieren und sich so über die Kinder lustig machen. Kinder spüren das sofort und fangen fast reflexhaft an zu weinen. Dann reagieren die Erwachsenen mit einem fröhlichen Lachen und dem Spruch „Musst doch nicht weinen, ist doch nur ein Spiel!“ So etwas ist natürlich kein Spiel, sondern eine Gemeinheit. Hier gilt es für mich als Therapeuten, sehr wachsam zu registrieren, ob das auch humorvoll ankommt, was ich humorvoll und spaßig gemeint habe.

In der direkten Begegnung mit dem Trauma betreten wir mit Humor und Lachen natürlich eine Zone, die zu Recht als „grenzwertig“ bezeichnet wird. Witze, humorvolle Bemerkungen und Comics zu traumatischen Erfahrungen können nur geschmacklos, bizarr und perfide sein. So gibt es eine belgische Comic-Serie mit dem schönen Titel „Papas Sturmtruppen“. In den Comics geht es um den ersten Weltkrieg. Ein Teil der Comics beschäftigt sich auch mit Halluzinationen.

*So fragt ein Landser einen anderen „Hat Fritz seine Halluzinationen endlich auskuriert?“ Die Antwort „Nein! Er fängt an, sie zu lieben!“ Auf dem Comic ist ein Panzer zu sehen, der von einer halluzinierten nackten Frau umarmt wird. Lustig, nicht?*

So, wie die Arbeit mit Humor in der Therapie ein wichtiges Mittel sein kann, Mentalisierung zu fördern, Distanz zu schaffen, eine Metaebene aufrechtzuerhalten und sich im gemeinsamen Lachen spielend zu verbünden, genauso kann Humor zur Gefahr werden. Viele traumatisierte Patientinnen haben in der Kindheit die Erfahrung gemacht, dass Gemeinheit und Sadismus als lustig, als Spiel und als Humor verkauft wurden. Erich Fried fasst das in seinem Ge-

**In der direkten Begegnung mit dem Trauma betreten wir mit Humor und Lachen natürlich eine Zone, die „grenzwertig“ ist. Witze, humorvolle Bemerkungen und Comics zu traumatischen Erfahrungen können nur geschmacklos, bizarr und perfide sein.**

„Humorlos“ so zusammen: „Die Jungen werfen zum Spaß mit Steinen nach Fröschen. Die Frösche sterben im Ernst.“ Darüber hinaus haben die Patientinnen und Patienten auch noch gute Miene zum bösen Spiel machen müssen, weil die Täter ihre rudimentären Gewissensregungen dadurch besänftigen wollten, dass sie ihre Perversionen als Spaß darstellten. Das bedurfte natürlich der Bestätigung durch die kindlichen Opfer. Denen blieb gar nichts anderes übrig, als gequält mitzulachen und manchmal wie eine Platte mit Sprung selbst zu wiederholen: „Ist ja nur Spaß! Ist ja nur Spaß! Ist ja nur Spaß!“

Insofern muss ich als Therapeut genau darauf achten, ob mein Humor nicht überdosiert ist, mich nicht zum Täter macht, nicht ein Gegenübertragungsagieren darstellt oder die Inszenierung von Täterverhalten. Mit etwas Empathie und Selbstkritik sollte es leicht möglich sein, mit der Tatsache gelassen umzugehen, dass manches lustig gemeint ist, aber gar nicht lustig ankommt. Kommunikation wird validiert durch ihre Wirkung, nicht durch ihre Intention. Der Spruch von Theodor W. Adorno: „Kunst ist das Gegenteil von gut gemeint“ gilt auch für die Kunst der Psychotherapie.

In einer solchen Situation habe ich mich als Therapeut zu entschuldigen. Wenn ich etwas intendiere, aber die gegenteilige Wirkung hervorrufe, dann habe ich etwas falsch gemacht. Dafür muss ich mich entschuldigen, und dann muss ich mit dem Patienten gemeinsam zu verstehen versuchen, warum ich an dieser Stelle diesen Fehler gemacht habe. Stelle ich fest, dass ich mit meinem Verhalten das Verhalten eines wichtigen inneren Objektes des Patienten inszeniert habe, hilft das beim gemeinsamen Verständnis; eine Entschuldigung ist aber auch dann angemessen.

Denn mit Sicherheit habe ich unreflektiert interveniert. Problematisch wird es spätestens dann, wenn ich mich durch Witze und Humor der Patientin entziehen oder gar mich über sie erheben will. Spiel erfordert faire, angemessene Spielregeln. Das heißt:

**Humor stellt eine Metaebene her. Humor ist eine Mentalisierungshilfe und befreit kurzfristig vom Gefühl der Ohnmacht. Die inneren Bilder werden beherrscht, der Patient und der Therapeut können mit ihnen spielen.**

Ich muss als Therapeut mindestens so gut einstecken wie austeilern können. Sonst wird Witzeln zur Machtausübung.

## Zusammenfassung

Humor und Lachen sind im therapeutischen Dialog ein Signal, dass jetzt ein Spiel beginnt. Beide gemeinsam begehen sich in den Spielraum, den Übergangsraum, den Mentalisierungsraum, den Raum des Alsob, des Pretend-Modus. Humor ist eine Dosierungshilfe für beide Seiten. Signale, Kommentare und Kritik können in einer Form vermittelt werden, die sie leichter annehmbar macht. Humor stellt eine Metaebene her. Wer humorvoll ist, ist One-up. Humor ist eine Mentalisierungshilfe und befreit kurzfristig vom Gefühl der Ohnmacht. Die inneren Bilder werden beherrscht, der Patient und der Therapeut können mit ihnen spielen.

*Erstveröffentlichung in Wild, Barbara (2012), Humor in Psychiatrie und Psychotherapie, Schattauer-Verlag, S. 121-133. Nachdruck der gekürzten Fassung mit freundlicher Genehmigung des Klett-Cotta Verlags (Nachfolger)*

## Literatur

- Allen JG et al. (2008).** Mentalisierungs-gestützte Therapie: Das MBTHandbuch – Konzepte und Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bohus M (2002).** Borderline-Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Dulz B et al. (2011).** Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Furst SS (1967).** Psychic Trauma. New York, London: Basic Books.
- Heigl-Evers A, Ott J (1994).** Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Theorie und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Herbold W, Sachsse U (2007).** Das so genannte Innere Kind. Vom Inneren Kind zum Selbst. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Hofmann A (1999).** EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Stuttgart, New York: Thieme.
- Hüther G (1997).** Biologie der Angst: Wie aus Streß Gefühle werden. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüther G, Sachsse U (2007).** Angst- und stressbedingte Störungen. Auf dem Weg zu einer neurobiologisch fundierten Psychothe-

rapie. Psychotherapeut; 52: 166–179.

**Irlle E (2005).** Reduced size and abnormal asymmetry of parietal cortex in women with borderline personality disorder. Biol Psychiatry; 57: 173–182.

**Kirsch A. (2008).** Mimisch-affektive Beziehungsregulation von frühversus akuttraumatisierten Patienten unter Berücksichtigung amnestischer Tendenzen und Derealisation. Z Psychosom Med Psychother; 54: 277–284.

**Panksepp J (1998).** Affective Neuroscience. The Foundations of Human and Animal Emotions. New York, Oxford: Oxford University Press.

**Reddemann L (2004).** Eine Reise von 1 000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt. Seelische Kräfte entwickeln und fördern. Freiburg: Herder Taschenbuch.

**Sachsse U (2003).** Distress-Systeme des Menschen. Persönlichkeitsstörungen PTT; 7: 4–15.

**Sachsse U (2004).** Traumazentrierte Psychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer.

**Sachsse U, Faure H (2006).** Von der therapeutischen Gemeinschaft zum Patienten-Coaching – Zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung in Psychiatrie und Psychotherapie. In: Forensische Psychiatrie – Entwicklungen und Perspektiven. Ulrich Venzlaff zum 85. Geburtstag.

**Duncker H, Koller M, Foerster K (Hrsg).** Lengerich, Berlin, Bremen, Miami, Riga, Viernheim, Wien, Zagreb: Pabst Science Publishers; 33–57.

**Sachsse U, Roth G (2008).** Die Integration neurobiologischer und psychoanalytischer Ergebnisse in der Behandlung Traumatisierter. In: Psychoanalyse – Neurobiologie – Trauma. Leuzinger-Bohleber M, Roth G, Buchheim A (Hrsg). Stuttgart, New York: Schattauer; 69–99.

**Schore AN (2001).** The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. Infant Ment Health J; 22: 201–269.

**Seidler GH (2003).** Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Theorie – Krankheitsbilder – Therapie. Gießen: Psychosozial-Verlag.

**Spangler G, Zimmermann P (1999).** Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta.

**Streack U, Leichsenring F (2009).** Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. Behandlung von Patienten mit strukturellen Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

**Unckel C (2004).** Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT). In: Traumazentrierte Psychotherapie. Sachsse U (Hrsg). Stuttgart, New York: Schattauer; 178–183.

**Weniger G. (2008).** Amygdala and hippocampal volumes and cognition in adult survivors of childhood abuse with dissociative disorders. Acta Psychiatr Scand: 1–10.

**Weniger G (2009).** Reduced amygdala and hippocampus size in trauma-exposed women with borderline personality disorder and without posttraumatic stress disorder. J Psychiatry Neurosci; 34: 383–388.

# „Anderssein ist das Normale“

## Interview mit Julia Lippert im Rahmen des Projektes „Hier bestimme ich mit! – Index für Partizipation“

Das Interview führte Katrin Grüber

Das folgende Interview wurde im Rahmen der Abschlussveranstaltung des Projektes "Hier bestimme ich mit! – Index für Partizipation" im Januar 2021 mit Julia Lippert, einer Teilnehmerin, geführt. Das Projekt setzt sich für mehr Partizipation von Menschen mit Lernschwierigkeiten, aber auch für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ein. Im Rahmen des Projektes ist die Fragensammlung entstanden. In einem partizipativen Prozess wurde die Fragensammlung mitbestimmen erarbeitet. Ihr Grundprinzip: Menschen werden durch Fragen im gemeinsamen Gespräch angeregt, sich vertieft mit der Situation vor Ort zu befassen, diese einzuschätzen, Verbesserungsbedarf zu identifizieren und Vereinbarungen über Veränderungen zu treffen. Das Projekt Index für Partizipation wurde vom Bundesverband der evangelischen Behindertenhilfe (BeB) gemeinsam mit dem Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft durchgeführt. Gefördert wurde das Projekt durch Aktion Mensch Stiftung, Ecclesia Versicherungsdienst GmbH, EB Consult Partner der Sozialwirtschaft und CURACON Wirtschaftsprüfungsgesellschaft.



**Katrin Grüber**

Dr., Leiterin des Instituts für Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW), E-Mail: grueber@imew.de

36

*Katrin Grüber (KG): Im Folgenden geht es um die Fragensammlung des Projektes „Hier bestimme ich mit! – Index für Partizipation“. Wir führen das Interview mit Julia Lippert, weil sie sich mit der Fragensammlung beschäftigt hat. Julia Lippert ist Mitglied bei dem Verein Kellerkinder e.V. Kannst du den Verein kurz vorstellen?*

Julia Lippert (JL): Kellerkinder e.V. ist eine Selbstvertretungsorganisation von Menschen mit seelischen Hindernissen. Manche sagen auch psychische Behinderung, Beeinträchtigung oder Krankheit. Wir setzen uns seit vielen Jahren für die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention ein. Für uns ist Partizipation wichtig. Wir arbeiten gerade an einem Projekt, das der partizipative Landschaftstrialog heißt <https://landschaftstrialog.de/>.

*KG: Was gefällt Dir an der Fragensammlung besonders gut?*

JL: Die Fragensammlung macht besonders deutlich, dass Partizipation nicht nur ein wichtiger Prozess für Menschen mit Behinderungen selbst ist, sondern auch Fachkräfte in Ein-

richtungen oder Behörden den Prozess mitgestalten müssen. Mit dem Fragenkatalog kann die Bedeutung großer Begriffe wie Teilhabe, Partizipation und Selbstbestimmung in den konkreten Organisationen, Gruppen, Behörden und Einrichtungen gemeinsam erarbeitet und mit Leben gefüllt werden. Über offene Fragen wird ein Zuhören und Kennenlernen auf Augenhöhe möglich. Mir ist es wichtig, dass Menschen mit Behinderungen gehört und ernst genommen werden. Ich als Mensch mit seelischen Hindernissen habe auch dadurch Abwertungen erfahren, dass mir abgesprochen wurde, Entscheidungen selbst treffen zu können. Menschen mit Behinderungen müssen aber mit einbezogen werden.

*KG: Danke schön. Du hast Haltung als Barriere für die Partizipation von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung genannt. Wir unterscheiden in Barrieren für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung, für Menschen mit Lernschwierigkeiten oder für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf. Ist das nach deiner Erfahrung sinnvoll? Oder kann man sagen, die Barrieren gibt es für alle?*

JL: Ich würde nicht sagen, dass die Barrieren immer gleich sind. Menschen mit Behinderungen haben natürlich unterschiedliche Unterstützungsbedarfe. So auch Menschen mit seelischen Hindernissen oder psychischen Erkrankungen. Eine meiner Beeinträchtigungen, wenn man es so bezeichnen möchte, besteht darin, dass ich mir viele Gedanken mache und es mir manchmal zu kompliziert mache. Aber ich finde es auch schwierig mit der Diagnose und Vorurteilen umzugehen. Aus meiner Erfahrung werden Menschen mit psychischer Krankheit oft anders bewertet als andere Menschen. Das Anderssein ist oft schon Teil einer Stigmatisierung. Deswegen haben wir den Spruch: "Anders sein ist das Normale".

Das bedeutet auch, dass Menschen, die mit ihrer Seele zu tun haben oder in Krisen geraten, nicht immer Unterstützung brauchen. Und wenn, ist es sicher eine andere Unterstützung als z.B. bei Menschen mit einer Sehbeeinträchtigung. Das sind dann andere Themen. Das ist wichtig, dass darüber gesprochen wird. Vor allem psychische Erkrankungen sind nicht immer sichtbar und es ist

nicht immer einfach, die Bedarfe, Präferenzen und Probleme der Personen zu erkennen. Dafür ist die Fragensammlung besonders wichtig. Dadurch können Themen gemeinsam besprochen werden und sich gegenseitig zugehört werden. Ich habe mir die besonderen Barrieren für Menschen mit psychischen Behinderungen aus dem Fragenkatalog durchgelesen und fand sie wirklich sehr, sehr gut zusammengefasst. Oft sind es tatsächlich Haltungsfragen. Die Fragensammlung kann helfen, Ängste und Vorurteile abzubauen, indem man gemeinsam miteinander und voneinander lernt und Menschen verstehen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen vielleicht auch nicht so anders sind.

*KG: Danke schön. Du hast von dem Lernen gesprochen, von der Haltung, von Stigmatisierung. Wir haben in der Fragensammlung Empowerment stark gemacht. Warum ist aus Deiner Sicht Empowerment wichtig? Und was kann man dafür tun?*

JL: Vielleicht erzähle ich einfach von mir: Ich möchte das Gefühl haben, dass mein Willen und meine Wünsche berechtigt und weder „komisch“ noch krank sind. Ich habe in Tageskliniken die Erfahrung gemacht, dass ich nicht über das Tagesprogramm entscheiden konnte. Ich habe einen Tages- oder Wochenplan an die Hand bekommen mit festgelegten Uhrzeiten für die Therapien. Wenn ich nicht mitgemacht habe, wurde ich als nicht willig hingestellt. Das ist wirklich sehr schwierig. Ich wäre gerne persönlich gefragt worden, was ich gern machen würde. Es hätte auch geholfen, wenn Räume zum Basteln oder mit Musikinstrumenten zu verschiedenen Uhrzeiten zugänglich gewesen wären und ich mir selber hätte aussuchen können, wann und ob ich dorthin möchte. Das hat natürlich etwas mit Empowerment, also mit Selbstermächtigung zu tun. Das bedeutet, dass ich selber entscheiden kann, wann mir was gut tut und was für mich gerade wichtig ist. Und natürlich brauche ich dafür manchmal Unterstützung. Ich möchte nicht, dass mir gesagt wird,

für dich ist es gerade wichtig z.B. in eine Musiktherapie zu gehen. Viele andere machen das sehr gerne, aber ich habe mich da nicht wohl gefühlt. Ich bin kein musikalischer Mensch und fühlte mich da nur noch schlechter und schräger. Oft haben psychische Beeinträchtigungen damit zu tun, dass man sich ohnmächtig und traurig fühlt oder oft nicht weiß, was einem gerade wichtig ist. Und wenn man dann in so etwas reingezwängt wird, macht es das nicht besser. Selbst entscheiden zu dürfen, ohne die Grenzen der anderen zu überschreiten, ist wichtig.

*KG: Danke schön. Eine Frage habe ich noch. Wem würdest du die Fragensammlung empfehlen? Also welche Gruppen oder welche Organisationen könnten/sollten deiner Ansicht nach damit arbeiten? Also wer hat davon am meisten?*

JL: Alle Organisationen können von der Fragensammlung profitieren. Speziell aus meiner Erfahrung würde ich mir vor allem wünschen, dass sie in der psychiatrischen Klinik eingesetzt wird. Da war sehr viel fremdbestimmt, es gab sehr wenig eigene Wahlmöglichkeiten. Oder auch in tagesklinischen Einrichtungen. Meine Erfahrung war wirklich, dass mir jegliche Entscheidung abgenommen wurde, wann ich wie viel esse, wann ich wo bin und was ich machen oder nicht machen soll. Wenn ich mal nicht dorthin kam, ging das sogar so weit, dass die Polizei und meine Familie angerufen wurden, weil ich zwei Stunden nicht dort war. Ich finde es auch wichtig die Fragensammlung

**„Speziell aus meiner Erfahrung würde ich mir wünschen, dass sie in der psychiatrischen Klinik eingesetzt wird. Da war sehr viel fremdbestimmt, es gab wenig eigene Wahlmöglichkeiten. Meine Erfahrung war wirklich, dass mir jegliche Entscheidung abgenommen wurde.“**

in Behörden einzusetzen, zum Beispiel dort, wo über Unterstützungsbedarfe entschieden wird. Zum Beispiel in den Jobcentern oder den Sozialämtern, dort, wo Leistungen bereitgestellt werden. Wir erleben, dass das sehr kompliziert ist, zum Beispiel Assistenzleistungen zu bekommen. Die Antragsverfahren sind oft nicht einfach. Häufig muss man immer wieder beschreiben, wie krank oder wie komisch man ist oder was für Diagnosen man hat und sich offenbaren. Das ist wirk-

lich nichts Schönes. Gerade in solchen Behörden sehen mich die Leute allein unter der Krankheit. Ich musste auch einen Berufstauglichkeitstest machen, also, wie taugte ich für etwas. Das war keine schöne Erfahrung. Da würde ich mir wünschen, dass weniger die Krankheit gesehen wird und wie man damit umgeht, sondern dass ich als Mensch gesehen werde und ein Gespräch möglich wird. In Behörden und Einrichtungen und Kostenträgern fände ich die Fragensammlung also wichtig.

*KG: Ganz herzlichen Dank. Ich hoffe, dass deutlich geworden ist, wie wichtig die Fragensammlung ist und dass man sie an ganz vielen Orten einsetzen kann. Wir haben ursprünglich insbesondere an Organisationen der Eingliederungshilfe und Kommunen gedacht. Du hast aber aufgezeigt, sie kann von viel mehr Organisationen genutzt werden.* ●

## Wollen Sie mehr über das Projekt und die Fragensammlung wissen?

Sie können sich informieren auf der Website:  
[www.beb-mitbestimmen.de](http://www.beb-mitbestimmen.de)

Hier finden Sie: die Fragensammlung Mitbestimmen! in Leichter und in Schwerer Sprache zum Download, zur Bestellung und als Online-Version sowie zusätzliche Arbeitsmaterialien, wie eine Broschüre „Zusätzliche Informationen für Mitbestimmung“, einen „Werkzeugkoffer“ mit Prüflisten, Arbeitsblättern und Arbeitshilfen, mehrere Filme und Vorträge, zahlreiche Praxisbeispiele aus ganz Deutschland, sowie eine aktualisierte Netzwerklandkarte zum Austausch und zur Vernetzung.

Sie können uns aber auch einladen zu einem virtuellen Workshop. In zwei Stunden erfahren Sie, wie man gut mit der Fragensammlung arbeiten kann, welche Materialien es dafür gibt und was Sie tun können, damit es in Ihrer Organisation und in der Kommune mehr Mitbestimmung gibt.

Wir bieten den Workshop in schwerer und in einfacher Sprache an.

Dr. Katrin Grüber, Leiterin des IMEW, Jörg Markowski, Mitarbeiter des BeB, Yvonne Dörschel, Mitarbeiterin des IMEW. Schreiben Sie uns eine E-Mail: [grueber@imew.de](mailto:grueber@imew.de) und [markowski@beb-ev.de](mailto:markowski@beb-ev.de)

# Schizoaffektive Störung adé

Von Ralf-Gero C. Dirksen

Wie leben zwei ehemalige Patienten heute? Sie haben die schmerzhaften Erfahrungen aus der Psychiatrie hinter sich gelassen. Im Alltag holt sie aber immer noch die gesellschaftliche Stigmatisierung ein. Psychiatrische Einrichtungen müssten auch weiterhin ihren Auftrag zur Entstigmatisierung „Psychiatrieerfahrener“ ernstnehmen.



**Ralf-Gero C. Dirksen**  
Gesundheitsökonom  
und Sozialwissenschaftler /  
Wissenschaftsjournalist,  
Dr. Dirksen Büro für  
Hochschulschriften,  
Gesundheitswirtschaft  
und -politik in Schleswig,  
ralf.dirksen.67@gmail.com

## Krankheitsgeschichte

Sie begegneten sich auf dem Vorhof der Helios Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Schleswig. Kaum einen Blick füreinander, selbst beschäftigt mit den Symptomen der eigenen schizoaffektiven Erkrankung. Das war 2015. Heute, fünf Jahre später und nach unzähligen Treffen sind sie enge Freunde geworden. Was hat sich geändert? Mit welchen Problemen sind Katrin Thiele und Ralf-Gero Dirksen heute (immer noch) konfrontiert?

Die aus Depression und Psychose kombinierte Krankheit hatte bei beiden einen jahrelangen Platz im Leben eingenommen: der 53-jährige Schleswiger wurde erstmalig 1991 im Studium in Kiel von einer schizoaffektiven Krise heimgesucht. Nach insgesamt neun Monaten Behandlung in der Fachklinik Schleswig war er wiederhergestellt. Fünf Jahre später eine weitere kurze Episode und zehn Jahre darauf – nachdem er schon berufliche Karriere in Gesundheitsunternehmen gemacht hatte, begann dann die Odyssee durch die psychiatrischen Kliniken. Immer besserte sich der Zustand ein wenig, bis er sich wieder verschlechterte und der nächste Aufenthalt in der Psychiatrie notwendig wurde. Aber er schaffte schließlich seine Promotion im Fach Organisa-

tionsentwicklung mit „summa cum laude“. Nach dem letzten beruflichen Engagement in München verschlechterte sich der Gesundheitszustand erneut und über eine Privatklinik im badischen Bad Säckingen und das Uniklinikum Freiburg ging es zurück nach Schleswig in die Klinik, weil seine Eltern dort leben. Seine Ehe war an der Krankheit zerbrochen.

Die 49-jährige studierte Soziologin und Sozialpädagogin wurde ebenfalls aufgrund der Erkrankung von ihrem Ehepartner verlassen. Noch mehr schmerzte es aber, dass sie ihren damals neunjährigen Sohn zurücklassen musste, als sie sich in stationäre Behandlung begab.

## Schritte in ein neues Leben?

Beide beziehen heute Erwerbsminderungsrente. Der Begriff „Frührentner“ passe aber nicht, weil beide sich nach wie vor im Unruhezustand befänden. Um die bescheidene Rente aufzubessern arbeitete Thiele auf 450,-Euro-Basis als Aushilfe in einem Altenpflegeheim. Ihr Wunsch, eine Ausbildung zu einer allseits benötigten Altenpflegerin zu machen, wurde von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) mit der Begründung abgelehnt, dass Ausbildung und Arbeit für sie „nicht leistungsgerecht“ sei. Für die DRV stehe in

diskriminierender Weise die Erkrankung im Vordergrund und nicht der Mensch. „Ich bin seit vier Jahren wieder weitgehend beschwerdefrei und hätte mir eine Altenpflegeausbildung durchaus zugetraut“, so Thiele. Mittlerweile wacht die Sozialpädagogin nachts über traumatisierte Kinder im Kleinkindalter. Daneben unterrichtet und betreut sie seit über vier Jahren ehrenamtlich Flüchtlinge.

Fünf Jahre nach ihrem letzten Aufenthalt im Krankenhaus der DIAKO in Flensburg wurde sie von einer Angestellten des Hauses zweimal gefragt, als sie einen Entlassungsbericht und ein Protokoll erbat, wer ihr gesetzlicher Betreuer sei bzw. in welcher Klinik sie sich jetzt wieder befände. Anscheinend ist keinerlei Vorstellung vorhanden, dass es ehemaligen Patientinnen und Patienten wieder gut gehen könne und diese dann wieder unabhängig und geschäftsfähig seien. In ihrem aktuellen Job habe Thiele sich einmal gegenüber einer Kollegin geoutet und zugegeben, dass sie selbst einmal psychisch krank gewesen sei. Die Kollegin, die die Erfolgchancen in ihrem eigenen früheren Arbeitsbereich, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, selbst als gering einschätzte, habe sie daraufhin fortan von Kopf bis Fuß skeptisch gemustert.

## Berufliche Reintegration?

„In meiner höchsten Funktion war ich Kommunikationsdirektor in einem privaten Gesundheitskonzern in der Schweiz. Gerne würde ich auch heute

einer qualifizierten Aufgabe auf Leitungsebene nachgehen“, sagt Dirksen. Er habe sich 2018 sogar erfolgreich zum Master of Laws (LL.M.) und 2019 zum Social Media Manager (IHK) weitergebildet, um potentiellen Arbeitgebern zu signalisieren, dass er an bisherige Erfolge aktuell anknüpfen könne.

Doch erwähne er in einer Bewerbung, dass er krank gewesen sei, werde die Bewerbung meist aussortiert und er bekomme eine Absage. Oder man werde als überqualifiziert eingestuft. „Das ist ungerecht!“, schließlich habe man mehr als andere geleistet und dabei noch eine schwere Krankheit vollständig überwunden. Denn der Krankheitsbegriff definiere sich durch das Vorhandensein von Leiden, das ja nun nicht mehr vorhanden sei. Umgekehrt bedeute psychische Gesundheit ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen sowie produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann. Anspruch auf Erwerbsminderungsrente habe er aber dennoch, weil er angeblich nicht mehr in einem höherwertigen Job arbeiten könne bzw. dadurch wieder erkranken könnte, wenn er über sein „festgestelltes Restleistungsvermögen“ hinaus arbeitete.

Die Agentur für Arbeit sei in dieser Situation auch keine Hilfe gewesen, weil sie sich an der gesellschaftlichen Diskriminierung noch beteiligte: Dirksen wollte sich arbeitssuchend melden, um an der Jobvermittlung teilzunehmen. Dies wurde von der Behörde mit der Begründung abgelehnt, dass er eine Erwerbsminderungsrente beziehen würde. Die Androhung einer Klage vor dem Verwaltungsgericht wegen Verstoßes gegen das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) führte zwar ganz schnell zum Einlenken der Behörde. Allerdings sei dies ein „Papyrussieg“ gewesen, weil nach dem Beratungsgespräch kein einziges Arbeitsangebot gekommen sei, was einer Retourkutsche gleichkam. Ein „seeli-

cher Krüppel“ habe schließlich nicht zu arbeiten. Dabei würden seit dem 1. Juli 2017 die Hinzuverdienstregelungen des Flexirentengesetzes gelten. Nach den Krankenhausaufenthalten habe Dirksen zunächst Asylsuchenden ehrenamtlich Deutschunterricht gegeben und in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe zwei Familien auf 450,-Euro-Basis betreut. Heute nutze er seine Berufserfahrungen und sein interdisziplinäres Wissen, um freiberuflich als Wissenschaftsjournalist in Fachjournalen zu schreiben. „Das ist aber eher ehrenamtlich – verdienen tue ich damit nichts“, so Dirksen.

### „Man kann da wieder herausfinden“

Beide ehemalige Patienten sind wieder fit, aber die Gesellschaft schein noch nicht auf solche Biografien vorbereitet zu sein. „In Sachen Entstigmatisierung ehemals psychisch erkrankter Menschen bleibt noch viel zu tun“, sind sich die beiden einig. Dabei solle man nicht nur verstorbene Persönlichkeiten wie den ehemaligen Nationaltorhüter Robert Enke oder DJ Avici würdigen, sondern auch an die Lebenden denken.

Für Thiele sei es wichtig, auf Folgen des hinzuweisen: „Menschen mit psychischen Erkrankungen sind wie Du und Ich. Es kann jeden treffen! Man ist nicht daran schuld. Und man kann da auch wieder herausfinden.“ Oft hätten Betroffene ihr Leben nach einer Akutphase wieder schnell im Griff. Allerdings gebe es immer noch Mediziner, Angestellte und auch

Angehörige mit dem weit verbreiteten Vorurteil „Einmal psychisch krank, immer psychisch krank.“

Wenn die Therapie in der Klinik dann doch nicht so schnell greife wie erwartet, werde man als therapieresistent abgestempelt und krank entlassen, anstatt dass der Arzt selbst die Wirksamkeit

**Es lasse sich feststellen, dass die Gesellschaft auch heute noch nicht besonders proaktiv auf das Thema seelische Erkrankungen reagiert, auch wenn die Anzahl der Erkrankten steige und psychiatrische Kliniken Reformen in Angriff genommen hätten.**

seiner Therapie hinterfragt. Das habe Dirksen in der Helios-Fachklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Schleswig am eigenen Leib erfahren: „Die Leitende Oberärztin gab mir die Schuld daran, dass es mir nicht besser ging – das war purer Zynismus und mein anschließender Rauswurf genau genommen ein Akt der unterlassenen Hilfeleistung!“

### Fazit

Es lasse sich feststellen, dass die Gesellschaft auch heute noch nicht besonders proaktiv auf das Thema seelische Erkrankungen reagiert, auch wenn die Anzahl der Erkrankten, gerade in Corona-Zeiten, stetig steige und psychiatrische Kliniken in den letzten Jahrzehnten Reformen und Veränderungsprozesse in Angriff genommen hätten. Psychiatrische Einrichtungen müssten aber auch weiterhin den Auftrag zur Entstigmatisierung ihrer Patientinnen und Patienten übernehmen. Dazu gehöre nach wie vor auch Selbstreflexion und Compliance, weil in der Psychiatrie immer noch viel Verbesserungspotenzial brach liegt.

Der dunkle Schatten der gesellschaftlichen Stigmatisierung hänge einem auch heute noch nach! Über seine Krankheitserlebnisse und den Weg aus dem „Seeleninferno“ hat Dirksen in seinem Buch geschrieben: Wenn die Seele brennt. Leben mit schizoaffektiver Störung – ein Erfahrungsbericht, erschienen bei neobooks München als eBook. Für die gedruckte Version seines Ratgebers suche er noch einen Verlag. ●

# „Mir ist nämlich ein ganz gesunder Mensch noch nicht vorgekommen“

## Wie psychiatrische Fachpersonen und Peers voneinander lernen

Von Sandra Apondo und Benjamin Drechsel

Betroffene, die auf Augenhöhe mit dem psychiatrischen Fachpersonal arbeiten? Noch vor einigen Jahrzehnten waren sie in Deutschland undenkbar, hätten selbst in den Hochzeiten sozialpsychiatrischer Reformen wie eine realitätsferne Vision geklungen und sind bis heute eine Ausnahme von den professionellen Regeln des Betriebs – zumindest auf den ersten Blick. Doch die Psychiatrie verändert sich derzeit grundlegend – und wir sind mittendrin. Als Psychiaterin, die Genesungsbegleitende ausbildet, sowie als Genesungsbegleiter, der in einem multiprofessionellen Team mitarbeitet, erleben wir an jedem Arbeitstag, welche Dynamiken entstehen, sobald psychiatrienerfahrene Menschen ihr Erfahrungswissen aktiv in den Behandlungsprozess einbringen dürfen. Große Teile der Fachöffentlichkeit stehen dieser Entwicklung freundlich gegenüber, sehen aber noch zu wenig, dass sie den psychiatrischen Triolog zwischen Fachpersonal, Betroffenen und Angehörigen neu ausbalancieren wird. Dabei stehen die Chancen für alle drei Gruppen sehr gut auf lange Sicht von diesem Wandel zu profitieren. Vor allem dann, wenn sie sich reflexiv zu ihm verhalten, wenn sie ihn konstruktiv begleiten und gemeinsam mit Leben füllen. Im Grunde handelt es sich dabei um eine gesamtgesellschaftliche (nicht nur tria-, sondern multilogische) Aufgabe mit enormem Entstigmatisierungs-, Emanzipations- und Empowerment-Potenzial. Einem ersten Schritt zu ihrer Bewältigung möchten wir uns im Folgenden näher widmen.



**Sandra Apondo**  
Dr. med., MHBA, BA,  
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, EX-IN Trainee, Klinik für Allgemeine Psychiatrie am Universitätsklinikum Heidelberg



**Benjamin Drechsel**  
Dr. rer. soc., EX-IN Genesungsbegleiter, Klinik für Allgemeine Psychiatrie am Universitätsklinikum Heidelberg

### Voneinander lernen? Unsere Fragestellung

„Nicht alles ist zu allen Zeiten möglich.“ Diese Weisheit des Kunsthistorikers Heinrich Wölfflin (Wölfflin 1915, S. 11) dient uns als Leitsatz, oft auch als Leidsatz, der gut 100 Jahre später dabei hilft, die historisch gewachsene Beschränktheit des psychiatrischen Systems zu akzeptieren, ohne sie als unabänderlich zu verstehen. Das Wünschenswerte ist auch in der Psychiatrie des 21. Jahrhunderts noch nicht immer das (aktuell) Machbare. Da ist es um so wichtiger, dass wir uns einen „Möglichkeitssinn“ (Musil 1999, S. 16) bewahren, also ein Gespür dafür, was jenseits des aktuell Vorhandenen und Realisierten noch machbar sein könnte, sein sollte. Im Falle von psychiatrischer Peerarbeit und Erfahrungswissen müssen wir diesen „Möglichkeitssinn“ heute nicht mehr allzu strikt gegen un-

seren „Wirklichkeitssinn“ (ebd.) ausspielen, weil Genesungsbegleitende ohnehin zunehmend in psychiatrischen Kliniken, in Beratungsstellen und an anderen Einrichtungen des psychosozialen Hilfesystems aktiv mitwirken. Der offenkundige Erfolg des Vereins Experienced Involvement (EX-IN) Deutschland, der sich die Qualifizierung dieser Erfahrungsexpertinnen und -experten seit einem Jahrzehnt zur Aufgabe gemacht hat, steht zeichenhaft dafür: „Die Peer-Idee ist in Deutschland weitflächig angekommen“ (Ackers, S. 9). Das gilt momentan vielleicht noch etwas weniger, aber doch zunehmend, auch für die psychiatrierelevante Forschungslandschaft, in der partizipative Ansätze künftig an Bedeutung gewinnen werden (vgl. PartNet et al 2020). Kurz und gut: Erfahrungswissen wird wichtiger. Diese Entwicklung nimmt an Fahrt auf. Unsere Chance besteht jetzt darin, sie zu gestalten.

Die einschlägige Literatur hat bisher vorwiegend die Beziehung von Genesungsbegleitenden und Betroffenen in ihrer Rolle als Patientinnen und Patienten fokussiert. Wir hingegen möchten den Blick an dieser Stelle auf ein dazu komplementäres Verhältnis richten, weil dieses genauso wichtig ist, wenn wir Erfahrungswissen und -expertise ernsthaft in unser psychiatrisches Behandlungssystem integrieren möchten: Wie begegnen sich Fachpersonen und Peers bei der gemeinsamen Arbeit? Was können, was sollten beide Gruppen voneinander lernen?

Diese Frage ist aus unserer Sicht deshalb so wichtig und hilfreich, weil sie den Blick auf die wechselseitigen Gemeinsamkeiten, Stärken und Chancen lenkt; davon gibt es einige, wie die folgenden Beobachtungen, Thesen und Vorschläge schlaglichtartig erhellen sollen. Sie basie-



ren auf unserem jeweiligen Erfahrungswissen als Fachperson, als Betroffene sowie als psychiatriepolitische Akteure – und nicht zuletzt auf unserem wechselseitigen Lernprozess.

### **Blick zurück: Voneinander Lernen als Konsequenz der Psychiatriegeschichte**

Zunächst eine vielleicht überraschende Erkenntnis: Wir (Fachpersonen und Peers) können vor allem voneinander lernen, wie viel wir gemeinsam haben. Dabei hilft paradoxerweise ausgerechnet der Blick zurück in jene Vergangenheit, die den Gegensatz zwischen Fachpersonen und Psychiatrieerfahrenen am schärfsten betont und am unerbittlichsten zementiert hat. Denn das ist die Geschichte, von der sich die maßgeblichen Akteure unseres psychiatrischen Systems heute allesamt absetzen wollen; Betroffene, Angehörige und Fachpersonen gleichermaßen. Gemeint ist die Geschichte der Psychiatrie als Gefängnis, die Geschichte der „gesprächslose[n] Psychiatrie“ (Buck 2004), die Geschichte der vermeintlich unmündigen Patientinnen und Patienten, die Geschichte so vieler nicht gelebter Leben – mit ihrer wohl markantesten Ausprägung in der NS-Psychiatrie. Genau diese Geschichte erklärt zugleich auch, warum Genesungsbegleitung lange Zeit nicht möglich war und warum etwas so Simples wie Erfahrungsexpertise bis heute so umständliche Wege in die psychiatrische Realität finden muss.

Wir-Gefühle und kollektive Identitäten entstehen regelmäßig durch die Abgrenzung von gemeinsamen Gegnern. Obwohl dieser Mechanismus immer wieder zu heftigen Krisen führt (beispielsweise in multikulturellen Gesellschaften oder auch in der internationalen Politik), ist er für das wechselseitige Lernen von Peers und Fachpersonen ein Glücksfall: „Wir“ haben mit „unserer“ oben erwähnten Gegen-Geschichte nämlich ein mächtiges Feindbild, gegen das gemeinsam zu kämpfen sich lohnt. Auch diese Kämpfe haben wiederum bereits eine lange, Identitätsangebote stiftende Geschichte, mit wichtigen Leit- und Leidfiguren auf beiden Seiten; prominente Betroffene sind in diesem Zusammenhang beispielsweise Dorothea Buck oder die US-Amerikanerin Mary Ellen Copeland. Ein demokratisierender Reformkurs hat in Deutschland spätestens im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts eingesetzt, als die gesellschaftli-

che Dynamik eine Veränderung der Psychiatrie zwingend erforderlich machte. Das geschah dann beispielsweise durch den Prozess der Deinstitutionalisierung, die Abschaffung der „Verwahranstalten“ oder den Anschluss an die Gemeinden und war immer begleitet von sehr viel persönlichem Einsatz der jeweiligen Akteure.

Fachpersonen können sich durch die Begegnung mit den Erfahrungsexpertinnen und -experten daran erinnern lassen, dass diese Psychiatriereformen (d.h. die Stärkung des Sozialen in der Psychiatrie) weiter wirken und sogar voranschreiten können. Wenn es in einem so ausgeprägt hierarchischen System wie der deutschen Psychiatrie-Betroffene als Mitarbeitende gibt, ist das eine große Errungenschaft der oben erwähnten Kämpfe. Umgekehrt können die Peers vom Fachpersonal lernen, wie viel sich auch auf deren Seite des Tisches in der Post-68er-Zeit getan und bewegt hat, wie viel Mühe, Geduld und Frustrationstoleranz dafür nötig waren – und dass die Betroffenen mit ihrem Wunsch nach mehr Emanzipation, Empowerment und Menschlichkeit keineswegs alleine sind. Beispielhaft dafür ist etwa der Einsatz ungezählter, seit den 1990ern in Psychose-Seminaren und anderen trialogischen Formaten engagierter „Profis“.

### **Blick nach vorn: Voneinander Lernen als Aufhebung von Gegensätzen**

Die Beschäftigung von Psychiatrieerfahrenen als ebenbürtige Teammitglieder wird künftig zur Aufweichung tradierter Rollenbilder und damit verbundener Grenzen führen. Dass Erfahrungsexpertise nun gleichrangig mit evidenzbasierten Formen psychiatrischen Wissens sein soll, ist ja in der Logik des tradierten psychiatrischen Geschehens eine unerhörte Neuerung, eine Grenzüberschreitung sondergleichen. Alte Sicherheiten gehen verloren: *Woher wissen wir eigentlich noch, wer hier wer ist? Wer ist krank? Wer ist gesund? Jetzt ist jeder kranke Mensch also plötzlich auch so eine Art Fachperson?* Nur in der Begegnung, nur im gemeinsamen Ringen können wir Antworten entwickeln – und dabei lernen. Zum Beispiel sollten wir uns auch darüber verständigen, ob und inwiefern die Erfahrungsexpertise auf Dauer in die Logik der Evidenzbasierung psychiatrischen Wissens einzufügen ist. Ein ebenso simpler wie enorm wichtiger

Lerneffekt, den die Genesungsbegleitenden auslösen können, ist folglich die Entlarvung des Gegensatzes von Krankheit und Gesundheit als Konstrukt. Hier die Kranken, da die Gesunden; hier die Hilfsbedürftigen, da die Helfenden; hier alle Defizite, da alle Lösungen – so einfach ist es eben nicht. Als Hans Castorp, Hauptfigur in Thomas Manns Roman „Der Zauberberg“, durchblicken lässt, dass er, „gottlob, ganz gesund sei“, antwortet ihm Dr. Krokowski, im Sanatorium zuständig für Seelenzergliederung der Patienten: „Wahrhaftig? [...] Aber dann sind sie eine höchst studierenswerte Erscheinung! Mir ist nämlich ein ganz gesunder Mensch noch nicht vorgekommen.“ (Mann o.J., S. 39) Und Krokowski, als Fachperson, weiß hoffentlich, dass er damit auch von sich selbst spricht. Es gibt nicht nur „ganz krank“ und „ganz gesund“: Vielen Psychiatrieerfahrenen ist das ohnehin intuitiv oder aus Erfahrung völlig klar. Die bekannte WHO-Definition aus der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg, die Gesundheit als „Abwesenheit von Krankheit“ sowie als „vollkommenes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden“ bestimmt, sollte aber auch in Fachkreisen längst überholt sein (vgl. dazu Finzen 2018, S. 40–54). Angemessener scheint uns die Annahme, dass Krankheit und Gesundheit lediglich die äußersten Pole eines Kontinuums sind und dass die mit ihnen verbundenen Normen stets historisch gewachsen und kulturell überformt sind.

Genesungsbegleitende können symbolisch und kommunikativ klar stellen, dass ein solchermaßen veränderter Gesundheitsbegriff, ein umfassenderes Verständnis für Krise und Wachstum ganz lebenspraktisch Sinn ergibt. Sie haben während der EX-IN-Qualifizierung nicht nur ihr persönliches Erfahrungswissen in besonderer Tiefe ergründet, sondern sich auch ein oft allgemein übertragbares „Wir-Wissen“ angeeignet. Damit oder auch ganz einfach durch ihre Mitwirkung im Team halten sie vielen Fachpersonen *no-lens volens* einen Spiegel vor: Beispielsweise der Psychiaterin, die nicht ausreichend auf ihren eigenen Schlaf achtet, dem Pfleger, der keine Pausen einbaut, der Therapeutin, die in Sachen Selbstfürsorge (die sie beständig predigt) eine echte Niete ist. In weiten Bereichen der Bewältigung extremer psychischer Krisen haben viele Fachpersonen noch keine praktische Lebenserfahrung gesammelt und deshalb einiges zu lernen von den

Peers – da geht es ihnen kaum anders als ihren Patientinnen und Patienten. Der hoch betagte US-amerikanische Psychotherapeut Irvin D. Yalom hat jüngst ganz offen darüber geschrieben, wie sehr die persönliche Erfahrung mit Zwangsgedanken nach dem Tod seiner Frau noch am Ende eines Jahrzehnte langen Arbeitslebens seine Sichtweise verändert hat: „Ich habe unzählige Stunden mit zwanghaften Patienten verbracht, aber nun, in diesem Moment, empfinde ich ein sehr viel lebhafteres und tieferes Verständnis für ihre Kämpfe.“ (Yalom & Yalom 2021) Genau dieses Verständnis steht den Peers in reflexiv durchgearbeiteter Form zur Verfügung – und deshalb kann jede nicht-betroffene Fachperson viel von ihnen lernen.

### Blick nach innen: Voneinander Lernen als Haltungsfrage

Und dann gibt es da noch jene Fachpersonen, die selbst Erfahrungswissen haben und tief in ihrem Innersten einen ganz persönlichen Dialog austragen; weil sie nämlich „Profis“, Betroffene und in aller Regel auch Angehörige zugleich sind. Tragischer Weise ist die (Selbst-)Stigmatisierung ja ausgerechnet im psychiatrischen System besonders ausgeprägt. Deshalb stecken betroffene Fachpersonen häufig in einer Schweigespirale fest. Peers können an dieser Stelle einen Bewusstseinswandel anstoßen, weil sie unter anderem deutlich machen, dass persönliche Betroffenheit auch für die Arbeit des Fachpersonals keine Schwachstelle im Panzer der professionellen Distanz sein muss, sondern ganz im Gegenteil sogar eine Stärke sein kann – und jedenfalls nichts sein sollte, wofür wir uns schämen müssten.

„zeige deine Wunde“ heißt ein Werk des neuerdings wieder viel diskutierten Künstlers Josphe Beuys, entstanden Mitte der 1970er Jahre. Diese drei dünnen Worte genügen im Grunde, um die selbstreflexive Haltung der Peers zu erklären, „weil man die Krankheit offenbaren muß, die man heilen will“, wie Beuys in einem Interview dazu gesagt hat (zitiert nach Tomberger 2002). Ganz ähnlich klingt C.G. Jung mit Bezug auf den mythischen Heiler Chiron, wenn er meint, nur wo der Arzt selbst getroffen sei, wirke er (vgl. dazu Hofmann/Rösler 2010). Was Beuys dem Rezipienten seines Werks vorschreibt, was Jung der therapeutischen Beziehung einschreibt, damit

ist auch die entstigmatisierende Haltung der Peers treffend beschrieben: „zeige deine Wunde“.

Das ist übrigens leichter gesagt als getan – auch und gerade für psychiatrienerfahrene Menschen. In den EX-IN-Qualifizierungsmaßnahmen arbeiten die angehenden Genesungsbegleitenden deshalb sehr intensiv an ihrer Haltung und üben sie ein. Im Zentrum steht dabei aber nicht einfach nur das Zeigen bzw. Erzählen der eigenen Krisenerfahrung. Vielmehr startet das EX-IN-Curriculum mit einem wohl durchdachten Theorieblock, der Recovery, Empowerment und Salutogenese zur Grundlage der praktischen Peearbeit macht. Zwischen einem relevanten Teil des Fachpersonals und den Peers dürfte es deshalb große Überschneidungen geben, was ihre theoretische Fundierung und ihre damit eng verbundene praktische Haltung betrifft: Auf der fachlichen Seite sind das therapeutische und pflegerische Konzepte, die auf Personenzentriertheit, Beziehungsarbeit und dem Zeigen der persönlichen Seite, auf Erfahrung, ja, auch auf Darstellung eigener Schwäche oder persönlichen Nicht-Wissens, auf dem Aushalten von Ambiguität und auf Unsicherheitstoleranz fußen. Hier lässt sich also ganz bestimmt wieder einiges über die Gemeinsamkeiten von Peers und vielen Fachpersonen lernen – sowie selbstverständlich über ihre Differenzen, die im Rahmen multiprofessioneller Teams ihre Berechtigung haben und sogar wertvoll sein können.

### Blick nach außen: Voneinander Lernen in der Psychiatrie und darüber hinaus

Für die Patientinnen und Patienten geht es in der Psychiatrie regelmäßig um alles. Häufig steht ihr Leben auf dem Spiel, immer steht ihr Leben auf dem Prüfstand. Deshalb geben sie am Empfang der Klinik so ziemlich *alles* ab und auf, was ihnen eigentlich lieb und teuer ist. Arbeit und Alltag, Freunde und Familie, Freiheit und Selbstbestimmung, Ruhe und Intimsphäre, soziale Rolle und Status. Für die Menschen, die gegen ihren Willen untergebracht und behandelt, dabei vielleicht sogar fixiert werden, gilt diese Erfahrung am radikalsten. Aber auch die anderen PatientInnen und Patienten können solche Freiheitsverluste in verschiedensten Abstufungen erleben und diese können ihr seelisches Leid noch verstärken. Wer die Auswirkungen einer solchen Identitäts-

tätskrise am eigenen Leib erfahren hat, wird nie mehr vergessen, wie sie sich in einen Menschen einschreibt. Das kann entsetzlich sein, mag sich geradezu vernichtend anfühlen.

Das Bezaubernde an der Peearbeit ist nun die Aufladung genau dieser Erfahrung mit sozialem Sinn. Was zeitraubend, verunsichernd und destruktiv schien, entpuppt sich als Chance zum Wachstum, als wertvoller Erfahrungsschatz, als Zugang zu ganz neuen Ressourcen. Diese Metamorphose ist auch nach außen hin mächtig: Genesungsbegleitende authentifizieren Hoffnung. Sie beweisen durch ihre bloße Anwesenheit in der Psychiatrie, dass Hoffnung Sinn macht (in Anlehnung an den bekannten Slogan „Hoffnung – Macht – Sinn“, vgl. Amering/Schmolke 2006). Adressiert sind damit in erster Linie die Betroffenen. Zweitens bieten die Peers auch den Angehörigen dieser Menschen Hoffnung. Sie werden ohnehin stiefmütterlich behandelt in unserem System, allerdings ist das hier nicht unser Thema. Aber drittens sind die Peers auch Mutmacher für ihre Kolleginnen und Kollegen. Das ist uns erst richtig klar geworden, als wir es wirklich erlebt haben. Der Bedarf an Hoffnung ist auch beim Fachpersonal immens. Die Peers können dazu beitragen, dass diese Hoffnung bei einigen Menschen wieder wächst. Das gilt in der Psychiatrie, aber auch weit darüber hinaus.

In Sally Rooneys gefeiertem Debütroman „Gespräche mit Freunden“ fällt die Ich-Erzählerin ein harsches Urteil: „Kranke Menschen waren in der Bibel einzig dazu da, um von gesunden Menschen geheilt zu werden.“ (Rooney 2020, S. 322f) Überspitzt oder nicht: Schlaglichtartig erhellt diese Kritik zentrale Probleme der Psychiatrie, wie wir sie bisher kannten. Auch dort waren die Betroffenen nämlich vorwiegend passiv anwesend, um vom Personal (bestenfalls) geheilt zu werden. Gefordert war von ihnen primär *Compliance*, also die Umsetzung des von Fachleuten Vorgegebenen.

Eingangs hatten wir allerdings bereits festgestellt, dass diese Psychiatrie, wie wir sie kannten, sich derzeit grundlegend verändert. Denn Menschen treffen heute (zumindest nach unserer Vorstellung) idealerweise in der Psychiatrie aufeinander, und voneinander zu lernen. Anders als früher gilt diese Wechselseitigkeit nun für uns

alle: seien wir Betroffene, Angehörige, Fachpersonen oder all dies zugleich. Darum wird dieser wechselseitige Zuwachs an Genesungskompetenz auch nicht an den Stationstüren Halt machen können und dürfen. Nehmen wir den Gedanken des voneinander Lernens wirklich ernst, dann werden Recovery, Empowerment und Salutogenese sowie das damit verbundene Erfahrungswissen künftig immer tiefer in unsere Gesellschaft wirken. Für alle Menschen, die momentan direkt oder indirekt unter (Selbst-)Stigmatisierung und Tabuisierung leiden, ist das eine gute Nachricht: Manches ist zu manchen Zeiten eben doch möglich. ●

### Literatur

- Ackers, S. (2021)**, EX-IN Deutschland. Eine Bilanz zehn Jahre nach der Gründung, in: sozialpsychiatrische Informationen, Heft 3, S. 9–11
- Amering, M./Schmolke, M. (2006)**, Hoffnung – Macht – Sinn, in: Managed Care, Heft. 1, S. 20–22, online unter <http://wordpress.genesungswerkstatt.de/wp-content/uploads/2017/02/Recovery-Amering-SchmolkeText-1.pdf> (letztmals eingesehen am 11. August 2021).
- Buck, D. (2004)**, Der dialogische Erfahrungsaustausch – Unsere Antwort auf die gesprächslose Psychiatrie, die zu den Ausrottungsmaßnahmen von 1933–45 führte, in: Bombosch, J. et al, Dialog praktisch. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie, Neumünster, S. 23–28.
- Finzen, A. (2018)**, Normalität. Die ungezähmte Kategorie in Psychiatrie und Gesellschaft, Köln.
- Hofman, L/Rösler, C. (2010)**, Der Archetyp des verwundeten Heilers, in: Transpersonale Psychiatrie und Psychotherapie, Heft 1, S. 75–90, online unter [https://www.palliativpsychologie.de/wp-content/uploads/2010\\_Hofmann-Roesler\\_Archetyp-d-verwundeten-Heilers.pdf](https://www.palliativpsychologie.de/wp-content/uploads/2010_Hofmann-Roesler_Archetyp-d-verwundeten-Heilers.pdf) (letztmals eingesehen am 4. August 2021).
- Mann, T. (o.J.)**, Der Zauberberg, Stuttgart (erstmalig 1924 erschienen).
- Musil, R. (1999)**, Der Mann ohne Eigenschaften. Erstes und Zweites Buch, Reinbek (erstmalig 1930 erschienen). PartNet et al (2020), Partizipative Gesundheitsforschung in Deutschland – quo vadis?, in: Das Gesundheitswesen, Heft 4, S. 328–332.
- Rooney, S. (2020)**, Gespräche mit Freunden, München (englische Originalausgabe 2017).
- Tomberger, C. (2002)**, Zeige deine verwundete Männlichkeit: Heilsversprechen im Werk von Joseph Beuys, online unter [https://www.fkt2.tu-dortmund.de/cms/ISO/Medienpool/Archiv-Alte-Dateien/arbeitsbereiche/soziologie\\_der\\_geschlechterverhaeltnisse/Medienpool/AIM-Beitraege\\_zweite\\_Tagung/tomberger.pdf](https://www.fkt2.tu-dortmund.de/cms/ISO/Medienpool/Archiv-Alte-Dateien/arbeitsbereiche/soziologie_der_geschlechterverhaeltnisse/Medienpool/AIM-Beitraege_zweite_Tagung/tomberger.pdf) (letztmals eingesehen am 4. August 2021).
- Wöflflin, Heinrich (1915)**: Kunstgeschichtliche Grundbegriffe, München, online unter <https://digi.ub.uni-heidelberg.de/diglit/woefflin1915> (letztmals eingesehen am 4. August 2021)
- Yalom, I. D./Yalom, M. (2021)**, Unzertrennlich. Über den Tod und das Leben, München (amerikanische Originalausgabe ebenfalls 2021).

# Peers in der Akutversorgung

Von Jenny Ziegenhagen

Stell Dir vor, es geht Dir schlecht. Du hast seit Tagen zu wenig geschlafen, bist auch nachts die ganze Zeit herum gerannt. Eine Stimme sagte, Du müsstest alle diese Gebäude aufsuchen und dann davor stehen und die Menschen ansehen, damit sie endlich verstehen, was vor sich geht. Und dabei in ihren Kopf das alles hineindenken müssen. Manche antworten auch. Es gibt niemanden sonst, der das machen kann. Nur Du allein. Und Du kannst es auch keinem sagen, weil sonst geht das schief. Ich spreche Dich als Person an, als Mensch. Nicht als Funktion oder Rolle. Obwohl das in der Psychiatrie ja schon oft so ist: auf der einen Seite die, die bestimmen können und auf der anderen Seite die, die folgen sollen. Die einen haben die Problemrolle, sie haben ein Defizit und sie bekommen dann eine Nummer aus ICD 10 und Behandlung. Die anderen haben Funktionen und Leitlinien und machen Behandlung. Manchmal holen sie einen Richter, der Rechte nimmt und gibt, je nach Situation und abhängig von Kapazitäten, Überzeugungen, dem Grad der Angst oder Wut der anwesenden Personen. Stell Dir vor, Du wirst in eine Klinik gebracht. Notaufnahme. Du verstehst nicht, was hier vor sich geht. Du musst doch zurück zu diesen Gebäuden. Aber dann fällt eine Tür hinter Dir zu. Ein Mann spricht mit Dir in einem Zimmer und er schreibt alles auf. Du weißt nicht, wer das ist. Er hat sich nicht vorgestellt, aber er will ganz genau wissen, wer Du bist und was Du gemacht hast. Das ist verdächtig. Du springst vom Stuhl auf und willst weg. Aber das wird nichts. Irgendwann wachst Du auf. Du hast sehr lange geschlafen. Du sollst Dich in den Stations-Alltag einpassen. Essen gibt es, wenn es auf

Jenny Ziegenhagen

Die Autorin ist Genesungsbegleiterin und war einige Jahre in einem Home-Treatment-Team tätig. Sie ist Vorstand des Vereins „exPEERienced – erfahren in seelischen Krisen e.V.“ und arbeitet als Peer-Forscherin an der Medizinischen Hochschule Brandenburg sowie als EX-IN Trainerin.

dem Tisch steht. Medikamente immer danach. Nachts still sein. Andere sind auch manchmal laut! Gut ist, wenn es etwas zu tun gibt. Aber manche Sachen sind gefährlich. Das darf man aber nicht sagen, weil es sonst noch mehr Medikamente gibt – vielleicht.

Mit der Zeit wirst Du ruhiger. Manchmal fragt jemand, wie es Dir geht. Dann sagst Du was über Müdigkeit oder, dass es so weich geworden ist in Deinem Kopf. So komisch irgendwie. Du hast keine Lust, etwas zu tun. Die hier drinnen haben keine Ahnung, worum es eigentlich geht. Immer wenn

Du etwas mehr erzählst, merkst Du, dass sie so ungeduldig werden. Es passt manchmal nicht zusammen, wie sie reden – so beruhigend – und dann diese Nervosität. Woher kommt die eigentlich? Irgendwas stimmt hier nicht. Aber Du bekommst nicht raus, was

es ist. Du denkst: Ich will raus. Ich bin müde. Ich habe Angst. Ich bin allein. So allein. Immer mehr allein in diesen Wänden.

Mittwochs und Freitags kommt diese Frau mit dem Zopf. Sie sitzt im Aufenthaltsraum. Erst denkst Du, es ist eine neue Patientin. Aber dann verschwindet sie im Schwesternzimmer. Da dürfen Patient\*innen ja nicht rein. Sie unterhält sich mit den Leuten. Manchmal geht sie auch mit in den Garten oder zum Einkaufen. Einmal spricht sie Dich an, da stehst Du unten

und rauchst. Du bist vorsichtig, sagst erst mal nicht viel. Dann erzählt sie, dass sie auch mal in so einem Krankenhaus war und fragt Dich, ob es das erste Mal ist. So kommt ihr ins Gespräch. Sie kann gut zuhören. Sie sagt eigentlich gar nicht so viel. Ist einfach da. Und manchmal lächelt sie sogar. Für Freitag habt ihr euch zum Tischtennis spielen verabredet. Du freust Dich darauf.

Zunehmend stellen auch Kliniken Peers als Genesungsbegleiter\*innen ein. Was erhofft man sich dort von ihnen? Was erhoffen sie sich? Wie kann das funktionieren?

Insbesondere Kliniken, die grundsätzlich daran interessiert sind, neue Wege in der Behandlung von Menschen in psychischen Krisen zu suchen, denken auch daran, Peers einzustellen. Manchmal klappt das ganz gut. Ein Peer kommt gut in einem Team an, es passt menschlich und er hat die Möglichkeit, seine spezifischen Kom-

petenzen einzubringen. Er schafft den Spagat zwischen den Erwartungen der Kolleg\*innen, den Erwartungen der Nutzer\*innen. Er hält auch innere Widersprüche aus, kann sich aus-

reichend abgrenzen, lässt aber auch Nähe zu – nicht nur in der Interaktion mit den Nutzer\*innen. Manchmal sind nicht alle zufrieden. Manchmal trifft ein Peer auf ein Team, welches Vorbehalte hat oder Ängste. Der Peer könnte z.B. eine Stelle besetzen, die dann in der Pflege fehlt oder er könnte das Vorgehen der Mitarbeiter oder sogar die Gegebenheiten der Psychiatrie grundsätzlich in Frage stellen. Und dieser Peer hat vielleicht keine Vorstellung von seiner Rolle in dieser Einrichtung oder eine sehr genaue, die mit den Aufgaben, für die er vorgesehen ist, so gar nicht zusammen passt. Oder aber die Kolleg\*innen sehen zunächst vor allem den ehemaligen Patienten oder die ehemalige Patientin in ihm oder ihr. Haben wir jetzt mehr Arbeit? Ist das ein Kollege oder ein Patient? Wer bin ICH dann für ihn eigentlich? Ärztin? Krankenpfleger, Psychotherapeut, Sozialarbeiter\*in? Oder doch einfach Kolleg\*in?

Die meisten Peers haben viel Erfahrung, nicht nur mit Krisen. Erfahrung aus früheren Leben, aus einem Beruf, als Kolleg\*innen, Angehörige, Eltern,

Kinder, Freunde. So, wie alle anderen Mitarbeiter\*innen auch. Auf ihrem Weg durch Krisen und aus diesen heraus waren sie mit Problemen konfrontiert, mit denen viele Nutzer\*innen auch konfrontiert sind. Diese betreffen auch Themen wie Stigma, Armut, Exklusion, Behandlung und Betreuung, Verlust und Wiedererlangen von Gesundheit, von Kontakten und Aktivitäten. Sie haben sich Gedanken darüber gemacht, wie psychische Probleme entstehen, was sie mit der Lebensgeschichte oder auch mit gesellschaftlichen Gegebenheiten zu tun haben und wie man sie verhindern kann. Wenn sie in der Selbsthilfe tätig waren oder eine Genesungsbegleiter-Ausbildung gemacht haben, wissen sie auch viel durch andere. Gerade dies macht ihre Kompetenz aus. Aus diesem Fundus können sie schöpfen. Es kommt darauf an, Bedingungen zu schaffen, die dazu geeignet sind, dies zu ermöglichen. Peers sollten

**Wenn Peers mitarbeiten, kann es passieren, dass auch andere Kolleginnen anfangen, bestimmte Vorgehensweisen im Arbeitsalltag mit anderen Augen zu betrachten.**

nicht als Aushilfe eingesetzt werden, da wo auf Stationen Engpässe auf Grund mangelnder Kapazitäten entstehen. Sie sollten die Möglichkeit bekommen, eigene Angebote zu schaffen, Gruppen zu konzipieren und zu leiten, Beratungs- und

Entlastungsgespräche zu führen, zu begleiten. Peers können erklären, was für Unerfahrene in Sachen Krise sonst meist unverständlich bleibt: wie es sich anfühlt, wenn etwas „verrückt“ ist, wie es erlebt wird, wenn Mitarbeiter\*innen sich so oder so verhalten oder dies oder jenes geschieht. Sie können Ideengeber für Kolleg\*innen sein und sehen manchmal vielleicht einen nächsten Schritt, an den bis jetzt noch niemand gedacht hat.

Doch Peers in den Kliniken stehen auch oft vor einem Dilemma. Es gibt Aufträge durch die Klinik und diese sind eingepasst in Methoden oder eine Strategie, mit der dort mit bestimmten Phänomenen umgegangen wird. Aus eigener Erfahrung wissen Peers jedoch, dass ein anderer Umgang mit einer Person oder einem Problem möglicherweise bessere Erfolge erzielen könnte. Sie haben Ideen, die manchem langjährigen Mitarbeiter möglicherweise sogar verrückt erscheinen. Es mag möglich sein, dass Kolleg\*innen bereit sind, etwas Neues zuzulassen. Und wenn dies Erfolg zeigt, wächst vielleicht

auch der Mut im ganzen Team. Aber, wenn man grundsätzlich Dinge ändern möchte oder einen anderen Blick auf das Thema psychische Erkrankungen einbinden will – und das scheint häufig auch ein Motiv zu sein, wenn Peers in Kliniken beschäftigt werden sollen – sind vereinzelte Peers keine gute Idee. Denn die Erwartung, dass diese Veränderungen anstoßen – egal ob diese von ihnen selbst kommen oder von außen an sie herangetragen werden – ist deutlich zu hoch. Eine gewisse Mindestanzahl von Peers in einer Institution ist notwendig, allein um die Belastung durch die spezielle Rolle auf die Peers zu reduzieren und Kompetenzen zu bündeln. Wer erwartet, dass Peers zu spürbaren Veränderungen beitragen, sollte darüber nachdenken, was „kritische Masse“ hier bedeuten kann und welche Barrieren abgebaut werden müssen, um Peers eine langjährige und zeitlich umfangreiche Tätigkeit in einer Klinik überhaupt zu ermöglichen.

Eins möchte ich noch sagen: Wenn Peers mitarbeiten, kann es passieren, dass auch andere Kolleginnen anfangen, bestimmte Vorgehensweisen im Arbeitsalltag mit anderen Augen zu betrachten und möglicherweise fangen sie auch an, sich selbst – mit ihrem Verhalten als Person, als Mensch mit ihren ganz eigenen Berufs-, Lebens- und vielleicht sogar Krisenerfahrungen – als wirksamen Teil eines ganzen Systems zu sehen.

In einiger Zeit werden wir Genauerer darüber erfahren, welche Bedingungen notwendig sind, um Peers sinnvoll in die Arbeit in Kliniken zu integrieren. Die Studie impPEER beschäftigt sich partizipativ-kollaborativ mit dem Thema Peerbegleitung. Sie betrachtet die aktuelle Situation von Peerbegleitung und erkundet Möglichkeiten der Weiterentwicklung der Peer-Begleitung in der durch die Krankenkassen finanzierten psychiatrischen Versorgung. Das Forschungsprojekt wird von Mitarbeitenden der Medizinischen Hochschule Brandenburg, des Universitätsklinikums Hamburg und des Interessenverbandes EX-IN Deutschland e. V. durchgeführt und aus dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses finanziert.

Nach Abschluss der Studie, Mitte 2023 werden wir möglicherweise Genauerer über die notwendigen Bedingungen für Peerbegleitung in Deutschland erfahren. ●



# Rechtslage für Geflüchtete aus Ukraine vergisst Menschen mit Behinderung

Die Vereine Handicap International e.V., Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB), Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. (bvkm), Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. - CBP, Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. und Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. kritisieren die neuen Regelungen der Bundesregierung für den Leistungszugang geflüchteter Menschen aus der Ukraine und befürchten, dass der Zugang zu Leistungen für Geflüchtete mit Behinderung aus der Ukraine künftig schwierig bleibt. Menschen mit Behinderung wurden in dem neuen Gesetz an entscheidender Stelle vergessen. Damit wurde die Chance verpasst, Bedarfe geflüchteter Menschen mit Behinderung angemessen zu berücksichtigen.

In Folge des Kriegs in der Ukraine erreichten zwischen Ende Februar und 11. Mai 2022 rund 727 200 Personen aus der Ukraine Deutschland. Unter ihnen befinden sich zahlrei-

che Menschen mit Behinderung. Sie sind den Belastungen der Flucht in besonderer Weise ausgesetzt. Ab 1. Juni 2022 erhalten geflüchtete Menschen aus der Ukraine Zugang zu Leistungen wie in den Gesetzen SGB II und SGB XII geregelt. Der Zugang zur Eingliederungshilfe nach SGB IX bleibt hingegen unklar. Doch gerade die vielen wichtigen Teilhabeleistungen nach dem SGB IX sind für Menschen mit Behinderung von hoher Bedeutung.

**Der Paragraph 100 Abs. 2 SGB IX schließt geflüchtete Menschen von Leistungen der Eingliederungshilfe größtenteils aus. Mit seiner Streichung können Ausschlüsse über die Gruppe der Menschen aus der Ukraine hinaus beendet werden**

Künftig kommt § 100 Abs. 1 SGB IX zum Tragen. Dort heißt es: „Ausländer, die sich im Inland tatsächlich aufhalten, können Leistungen nach diesem Teil erhalten, soweit dies im

Einzelfall gerechtfertigt ist.“ Geflüchtete Menschen mit Behinderung aus der Ukraine erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe so nur über eine Ermessensentscheidung. Zwar existiert ein theoretischer Rechtsanspruch auf Leistungen, ein Informationsschreiben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) vom 29.04.22 stellt das klar. In der Praxis ist aber

mit langen Wartezeiten und großem Verwaltungsaufwand zu rechnen. Es muss davon ausgegangen werden, dass viele Anträge auf Eingliederungshilfe für geflüchtete Menschen auch abgelehnt werden und so wichtige Leistungen versagt bleiben oder erstritten werden müssen.

Gemeinsam fordern deshalb Handicap International e.V., Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB), Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. (bvkm), Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. - CBP, Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. und Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V.

- eine verbindliche Klarstellung des Leistungsanspruchs für geflüchtete Menschen aus der Ukraine zu Leistungen der Eingliederungshilfe und
- die Aufhebung von § 100 Abs. 2 SGB IX. Der Paragraph schließt geflüchtete Menschen von Leistungen der Eingliederungshilfe größtenteils aus. Mit seiner Streichung können Ausschlüsse über die Gruppe der Menschen aus der Ukraine hinaus beendet werden (vgl. Gemeinsames Schreiben der Fachverbände vom 05. April 2022).

## In eigener Sache: Herzlich willkommen in der Redaktion!

### In der Kerbe-Redaktion gibt es einen Neuzugang: Jonas Kabsch.

Jonas Kabsch, BA, Jugend- und Heimerzieher, Sozialarbeiter/Sozialpädagoge und systemischer Berater ist neues Mitglied der Redaktion. Er leitet das Geschäftsfeld Sozialpsychiatrie der BruderhausDiakonie, Stiftung Gustav Werner und Haus am Berg in Reutlingen. Sein Studium der Sozialen Arbeit wurde von der Stiftung Begabtenförderung des BMBF gefördert. Als Landesreferent war er im Landesverband der Lebenshilfe BW

und anschließend im Diakonischen Werk Württemberg tätig. Dabei hatte er die Geschäftsführung des Fachverbandes Psychiatrie des DWW inne, in der er nun im erweiterten Vorstand



Jonas Kabsch von der Bruderhaus-Diakonie in Reutlingen

sitzt. Seit 2011 ist er zudem in verschiedenen Funktionen an der DHBW Stuttgart Fakultät Sozialwesen tätig. Er engagiert sich in unterschiedlichen Gremien auf der Landesebene für die LIGA der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg zu den Themen in der Sozialpsychiatrie, insbesondere zu dem Schwerpunkt zur Schnittstelle Eingliederungshilfe und Pflege. Dabei ist er in den Rahmenvertragsverhandlungen SGB IX eng involviert. Ihm ist eine kooperative, personenzentrierte und partizipativ ausgerichtete Versorgungslandschaft wichtig sowie auch passgenaue und aufeinander abgestimmte Hilfen an den Übergängen der Leistungsarten.

Jürgen Armbruster

# Corona-Bonus für Mitarbeiter\*innen in der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie

Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen erhalten einen einmaligen Corona-Pflegebonus, um die besonderen Belastungen in der Corona-Zeit zu honorieren. Mitarbeiter\*innen in der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie wurden bei diesem Pflegebonus nicht berücksichtigt. Dabei ist eine Gleichbehandlung dringend geboten. Der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) macht deutlich: Mitarbeiter\*innen in der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie verdienen Wertschätzung und Anerkennung ihrer Arbeit. Genauso wie Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen haben sie während der schon über zwei Jahre

andauernden Corona-Pandemie erhebliche Mehrarbeit geleistet und zahlreiche zusätzliche Belastungen gehabt. Dazu gehören ständiges Einspringen in anderen Arbeitsbereichen, Überstunden, die Entwicklung von neuen Angeboten für die Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen. Auch die emotionale Begleitung stellte eine Herausforderung dar. „Wir sehen diesen Corona-Bonus für die Mitarbeiter\*innen in der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie als notwendige gesellschaftliche Anerkennung für die besondere Mehrbelastung“, fordert Pfarrer Frank Stefan, BeB Verbandsvorsitzender. Am 23. Juni startete der BeB eine Social Media Kampagne, um auf die Gleichbe-

handlung der Mitarbeiter\*innen in der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie hinzuweisen. Mit dieser Forderung steht der BeB nicht alleine. Viele der 600 bundesweit tätigen Mitgliedseinrichtungen beteiligen sich an der Social Media Kampagne. Außerdem setzen sich die behinderten- und teilhabepolitischen Sprecher\*innen der Bundestagsfraktionen für eine Ausweitung des Pflegebonus auf die Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie ein. Jens Beeck, MdB, FDP, Takis Mehmet Ali, MdB, SPD und Sören Pellmann, DIE LINKE unterstützen die Kampagne mit einem Videostatement. Sie können auf der BeB-Webseite alle Videostatements nachsehen.



## Schneller zur Kerbe? Mit dem ePaper für Teams!



Die Kerbe Print-Ausgabe braucht zu lange, bis sie in Ihrer Einrichtung ist?  
Das geht jetzt schneller: Mit den ePaper-Abos speziell für Teams!  
Damit können Sie die Kerbe sofort nach dem Erscheinen digital lesen.

Im „Team-Kombi-Abo M“ können bis zu 10 Nutzer die Kerbe-Ausgabe digital lesen –  
auf dem Desktop-PC, dem Tablet oder dem Smart Phone.  
Und eine gedruckte Ausgabe gibt es noch dazu - für nur 38 € pro Jahr.

**Rufen Sie uns gleich an oder schreiben Sie eine E-Mail.**

kerbe.info  
Tel. 0711/60100 - 40  
vertrieb@evanggemeindeblatt.de

Evangelischer Verlag Stuttgart - Kerbe  
Postfach 10 02 53  
70002 Stuttgart

## TERMINE

### TANDEM e.V.

#### Kunstpreis EIGENART

Der „EIGENART Kunstpreis seelische Gesundheit“ geht 2022 auf Initiative des „TANDEM e.V. - soziale Teilhabe gestalten“ erstmals an den Start und wird künftig alles zwei Jahre ausgebaut. Die Ausschreibung richtet sich an Künstler\*innen, die in Deutschland leben und denen das Thema seelische Gesundheit am Herzen liegt. 2022 lautet das Thema: „Mal bin ich leise, mal bin ich laut, mal bin ich Seele, mal bin ich Haut.“

Eingereicht werden können eigenständig entwickelte Werke aus dem Bereich Malerei, Zeichnung, Druckgrafik, Fotografie und Bildhauerei. Für eine Vorauswahl sollten die Exponate zunächst als Fotodatei verschickt werden. Unter den Beiträgen ermittelt die Jury dann die, die als Originale eingereicht werden müssen. In der Folge werden die dann für eine an die Preisverleihung anschließende Ausstellung in der Zeit von 28. Oktober bis 25. November 2022 in Bremervörde kostenfrei zur Verfügung gestellt. Preisverleihung und Vernissage finden am 28. Oktober 2022 statt.

Dotiert ist der Preis mit 1000 Euro (1. Preis), jeweils 500 Euro gibt es für die Plätze zwei und drei.

Einreichung bis 1. September 2022 über E-Mail an:  
eigenart@tandem-brv.de

#### Bundesakademie für Kirche und Diakonie

#### Mehrteilige Weiterbildungen:

Systemisches Arbeiten in der Psychiatrie/Sozialpsychiatrie 2023-2024  
23. Zertifizierte Sozialpsychiatrische Zusatzqualifikation  
01.03.2023 - 07.09.2024, Berlin

#### Fortbildungen

„So kann man doch nicht leben!?“  
Vermüllt und verwahrlost – Was tun?  
26.-27.09.2022, Essen

Selbstmanagement mit dem Zürcher Ressourcen Modell®. Zertifizierter ZRM®-Grundkurs  
10.-12.10.2022, Berlin

Partizipation umsetzen - Gestaltung von Partizipationsprozessen in Organisationen der Eingliederungshilfe. Anwendungsmöglichkeiten der Fragensammlung Mitbestimmen!  
18.10.2022, Online

Keine Krise mit der Krise - Hilfreich bleiben auch in Ausnahmesituationen  
03.-04.11.2022, Berlin

Traumapädagogische Ansätze im Umgang mit jungen psychisch erkrankten Erwachsenen  
02.-03.11.2022, Stuttgart

Psychopharmaka verstehen  
07.-08.11.2022, Hannover

Und plötzlich in Leitung! - Gut vorbereitet von der Fach- zur Führungskraft  
08.11.2022 - 10.02.2023, Berlin

Implementierung von Peerarbeit in Organisationen und Teams der Sozialpsychiatrie  
22.-23.11.2022, Hamburg

Die Schnittstelle Eingliederungshilfe - Pflege gestalten  
22.-23.11.2022, Hannover

Das operative Geschäft: Steuerung und Controlling in der Eingliederungshilfe  
28.-29.11.2022, Berlin

Umgang mit psychisch kranken alten Menschen  
26.-27.01.2023, Online

Die aufgeführten Veranstaltungen stellen nur eine Auswahl unseres Programms dar. Weitere Informationen und die Möglichkeit zur Anmeldung finden Sie unter [www.ba-kd.de](http://www.ba-kd.de). Alle Veranstaltungen können auch als Inhouse-Fortbildung durchgeführt werden.

Bundesakademie für Kirche und Diakonie, Tel. 030-488 37 488, E-Mail: [info@ba-kd.de](mailto:info@ba-kd.de), Ansprechpartner: Frank Rosenbach, Tel. 030-488 37-478; [Frank.Rosenbach@ba-kd.de](mailto:Frank.Rosenbach@ba-kd.de)

## Impressum

#### Herausgeber und Redaktionsadresse:

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Invalidenstraße 29, 10115 Berlin  
E-Mail: [kerbe@beb-ev.de](mailto:kerbe@beb-ev.de)  
Internet: [www.kerbe.info](http://www.kerbe.info)

#### Redaktion:

Prof. Dr. Jürgen Armbruster, Stuttgart (Redaktionsleitung); Dr. Sandra Apondo, Heidelberg; Benjamin Drechsel, Heidelberg; Jonas Kabsch, Reutlingen; Iris Maier-Strecker, Stuttgart; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Dr. Irmgard Plöb, Stuttgart; Dr. Christiane Tilly, Bielefeld; Dr. Stefan Weinmann, Berlin; Sabine Wetzels-Kluge, Halle; Andreas Steidel, Calw.

#### Verlag und Bestelladresse:

Evangelischer Verlag Stuttgart GmbH, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart  
Telefon (07 11) 60100-0  
Adressenänderungen bitte an:  
[vertrieb@evangemeindeblatt.de](mailto:vertrieb@evangemeindeblatt.de)

#### Bezugspreis:

Jahresabonnement für vier gedruckte Hefte 30 Euro (einschließlich ePaper und Versandkosten), Einzelheft 8 Euro. ISSN 07245165; ePaper vier Ausgaben 20 Euro

#### Anzeigen:

Anzeigengemeinschaft Süd  
Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart  
Telefon (0711) 60100-41, Fax -76.  
E-Mail: [kerbe@anzeigengemeinschaft.de](mailto:kerbe@anzeigengemeinschaft.de)  
Internet: [www.anzeigengemeinschaft.de](http://www.anzeigengemeinschaft.de). Es gilt die Preisliste Nr. 31 vom 1. Januar 2019.

**Layout:** Atelier Reichert, Stuttgart

**Druck:** Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart

#### Erscheinungstermine:

1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

**Diakonie** 

Bundesverband  
evangelische  
Behindertenhilfe **BeB**



## Psychiatrie-Jahrestagung am 8./9. Dezember in Berlin

### BeB und Diakonie Deutschland: Erfahrungswissen als Weg und Ressource

Nach drei Jahren Corona-Pause gibt es wieder eine **Psychiatrie-Tagung** in Kooperation mit der Diakonie Deutschland und der Bundesakademie für Kirche und Diakonie (bakd) sowie dem EX-IN Deutschland e.V unter dem Titel **„Erfahrungswissen als Weg und Ressource - Haltungen, Konzepte und Visionen“**. Sie findet in Präsenz am 8. und 9. Dezember 2022 in Berlin stattfindet.

Hochkarätige Referent\*innen konnten für vier spannende Hauptvorträge gewonnen werden. Dazu gehören unter anderem Dr. Susanne Ackers, Vorstand EX-IN Deutschland e.V.. Sie wird mit einem Vortrag „Ich fahre, Du fährst – wir erfahren!“ starten. Anschließend wird Prof. Dr. Martin Heinze, Immanuel-Klinik, Abteilung für Psychiatrie,

**Diakonie** 

Bundesverband  
evangelische  
Behindertenhilfe 

Psychotherapie und Psychosomatik über die Dialektik des Erfahrungswissens, individuelles, fachliches und kollektives Wissen in der Gesellschaft referieren. Der ersten Tag wird mit einem Improvisationstheater zum Tagungsthema beendet.

#### Vier hochkarätige Referente\*innen

Der zweite Tag beginnt mit dem Morgendialog „Erfahrungswissen als Änderungsmotor in der Psychiatrie“,

ein Dialog mit Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Thomas Bock, Gwen Schulz; Genesungsbegleiterin, N.N. Abschließend starten die Arbeitsgruppen mit der Frage, wie Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige sowie Profis Denken und Handeln in der sozialpsychiatrischen Praxis beeinflussen können?

Zum Abschluss berichtet Prof. Dr. Michael Opielka, Institut für Sozialökologie, über gesellschaftliche Partizipationsformen und Partizipationsbewegungen.

Anmeldung bis 3. Oktober 2022 unter dem Link:

<https://beb-ev.de/7bz7>

Allgemeine Auskunft:  
[www.beb-ev.de](http://www.beb-ev.de)