

Lachen verboten? Humor in der Psychotherapie

Dipl.-Psych. Micha Hilgers

Vortrag, 17. April 2008, im Rahmen der
58. Lindauer Psychotherapiewochen 2008 (www.Lptw.de)

Persönliche Vorbemerkungen oder Sozialisationsbedingungen für die Entwicklung professionellen Humors.

Als ich mich vor fast fünfundzwanzig Jahren an verschiedenen psychoanalytischen Ausbildungsinstituten bewarb, erlebte ich das als ein existentielles, meinen gesamten Lebensplan betreffendes Projekt - ganz zu schweigen von der ängstlich-nervösen Aufregung, die ein „Eignungsgespräch“ bei einem Lehranalytiker oder einer Lehranalytikerin in mir auszulösen die Macht hatte. Ich fand mich in extremer Abhängigkeit wieder, nicht nur angesichts meines schon sehr lange gehegten Berufswunsches, sondern auch, was noch peinlicher war, in Bezug auf meine so genannte persönliche Eignung: Meine Person stand zur Disposition.

Wie das so ist in solchen Lebenslagen, fühlte ich zwar mehr oder weniger bewusst Aufregung und Anpassungsdruck. Die oftmals bizarren Beziehungsformen, die ich einzugehen mich genötigt fühlte, wurden mir jedoch erst viel später und nach und nach klar: Eine Lehranalytikerin breitete gleich zu Beginn des Interviews ihre Beine auf einem gegenüber-liegenden Hocker zum Ruhen aus, derweil ich auf einem postmodernen, einem anorektischen Schlankheitsideal frönendem Stuhl mit phallischer Rückenlehne verzweifelt Haltung zu wahren versuchte. Derweil ging es um meine Beziehung zu meiner Mutter und irgendwie auch um Sex. Es wird Sie nun überraschen, dass ich das Gespräch weniger komfortabel fand als es augenscheinlich die Lagerung meiner Gesprächspartnerin war. Freundlicher Weise hielt mich die Lehranalytikerin hernach für persönlich geeignet – man könnte auch sagen, meine Identifikation mit dem Angreifer hatte zu ihrer Befriedigung funktioniert.

Doch was ich hier und wie ich es berichte, gehorcht der Dynamik des Treppenwitzes: Nach Demütigung, Niederlage oder der berühmten Zigarre überlegt man sich auf der Treppe nach unten, was man alles hätte sagen sollen oder können und was am mächtigen Gegenüber eventuell lächerlich gewesen sei mochte.

Jedenfalls gab es eingangs meiner Ausbildung wenig Raum für befreiendes Gelächter. Mein Start in die Psychotherapie besaß zweifellos zahlreiche komische, absurde, ja geradezu bizarre Momente – allein ich konnte sie in ihrer ganzen Monströsität oft erst Jahre später sehen – und noch viel später erst genießen, wenn Sie so wollen. Vielleicht mit einer Ausnahme, allerdings auch erst nach heilsamen Gesprächen mit Freunden. In meiner Naivität hatte ich mir seinerzeit überlegt, ganz einfach (!) den Vertreter der Ausbildungskandidaten eines der in Frage kommenden Institute anzurufen und mich sozusagen unter Betroffenen zu erkundigen, wie es denn so an seinem Institut zugehe. Zu der berühmten Zeit – kurz vor der vollen Stunde - rief ich den Kollegen also an. Es tutete zwei-, dreimal, es wurde abgenommen und eine tonlose Stimme erkundigte sich: „Was gibt es?“ Erschrocken legte ich sofort wieder auf. Nach Ablauf einer Stunde, wiederum in jenen heiklen 10 Minuten vor der vollen Stunde, bereits etwas gefasster und vorbereitet auf das, was mich erwartete, wählte ich ein weiteres Mal die Nummer, wie erwartet konfrontiert mit einer sprechenden Attrappe (Moser 1986). Bestürzt stellte ich hernach im Kreis meiner Freunde meinen Berufswunsch erstmals mit Hinweis auf die offensichtlichen Deformationen, die die psychoanalytische Ausbildung nach sich zu ziehen schien, ernsthaft in Frage. Doch schließlich wischte mein alter Sandkastenfreund alle Bedenken kurzerhand vom Tisch, indem er trocken feststellte, vielleicht sei der Vertreter der Ausbildungskandidaten vor Beginn seiner Lehranalyse noch viel schlimmer gewesen.

Für die Entwicklung Distanz schaffenden, gelassenen Humors in Einzel- oder Gruppenbehandlung sind die Eingangsbedingungen psychoanalytischer Ausbildung nach meiner Erfahrung nicht eben geeignet (vgl. Kernberg 1998). Ebenso wenig fördert das durch finanzielle Ausbeutung gekennzeichnete praktische Jahr angehender Psychologischer Psychotherapeuten jene Autonomie, die für Humor Voraussetzung ist. Pflichtunterwerfungen als Teil der Ausbildung von Ärzten und Psychologen in Kliniken und Ausbildungsgängen sind jedoch die gängigen Sozialisationsbedingungen, die Überanpassung, Ängstlichkeit und verdrückte Triebhaftigkeit – meist am Modell der Ausbilder und Chefs - herausbilden.

Obendrein erschweren eine Vielzahl von „Irrenwitzen“, Psychotherapiekarikaturen oder mehr oder weniger komisch gemeinten Filmen ein lockeres professionelles Verhältnis zu Humor.

Leider – oder vielleicht auch Gott sei Dank - müssen wir uns auch fragen, inwieweit wir nicht sehr zu Recht durch den Kakao gezogen werden, inwieweit bestimmte Betroffenheitsrituale, steife Feedbacks oder bizarre Missverständnisse über Abstinenz und technische Neutralität jede Satire rechts überholen und Witzeleien über Psychiatrie und Psychotherapie nicht nur Ausdruck von Vorbehalten, sondern auch umgekehrt (um vorgenannte Satire aufzugreifen könnte ich an dieser Stelle formulieren „ein Stück weit“) Spiegelung der Verhältnisse sind.

Wenn es im Folgenden um Humor geht, dann vor allem um jene Form des stillen oder lauten Gelächters, das emanzipatorisch wirkt, Bestehendes in Frage zu stellen die Kraft hat und das Ich befähigt, Konflikte mit sich selbst und anderen einzugehen. Nota bene: Das gilt natürlich auch für die eben erwähnten Witze über uns und unseren Berufsstand. Dabei konzentriere ich mich auf jene neurotischen oder Persönlichkeitsstörungen, bei denen Über-Ich-Strenge eine bedeutsame Rolle spielt. Denn gerade bei intra- oder intersystemischen Konflikten mit Über-Ich-Beteiligung kann Humor eine außerordentlich befreiende Wirkung haben – oder unreflektiertes Gelächter umgekehrt die Konflikte noch verschärfen.

Humor ist jedoch ganz sicher mehr als Gelächter: Oft geht es um eine fast liebevolle menschliche Geste, eine Form von Intimität zwischen zwei Menschen, die sich in den Behandlungsstunden begegnen und mit sich und einem Thema ringen. Humor kann dabei ein kleines Geschenk auf einem langen, steinigem Weg sein.

Was aber ist überhaupt unter Humor zu verstehen, was bedeutet Lachen in der Psychotherapie und welche Rolle spielen Witze innerhalb wie außerhalb einer psychotherapeutischen Behandlung?

Lachen, Witz und Humor

Lachen ist eine häufige mimisch-gestische Reaktion, die von leichtem Verziehen des Gesichts über Lächeln bis hin zu lautem, explosiven Ausbrechen reichen kann. Lachreaktionen haben sowohl eine sozial-kommunikative Funktion wie sie auch autoregulativ wirken. Doch Lachen muss nichts mit Humor zu tun haben - kann es aber. Umgekehrt kann Humor auch ohne jedes Lachen von statten gehen. Schallendes Gelächter kann Reaktion auf eine komische, absurde oder sonst wie skurrile Situation sein, ebenso kann jedoch Gelächter oder Grinsen eine respektlose Geste bedeuten, Verhöhnung und Demütigung zum Ziel haben, es kann Verlegenheit anzeigen oder sadistische Freude am Missgeschick anderer Personen ausdrücken. Ständiges Lächeln schafft relationale Distanz und steckt nicht unbedingt an, wie integratives Lächeln häufig ansteckende Wirkung hat. Wann haben wir es also in der psychotherapeutischen Behandlung mit emanzipatorischem Humor zu tun, wann mit der Abwehr von Konflikten und Spannungen, und lassen sich diese beiden Funktionen überhaupt trennen?

Kurzer Exkurs: Politischer Witz und Karikatur

In totalitären Systemen gibt es eine geradezu inflationäre Menge an politischen Witzen, die mangels zur Verfügung stehender freier Medien von Mund zu Mund weiter getragen werden. Und nichts fürchten die Machthaber so sehr wie ihre eigene Verhöhnepiegelung. Die Nationalsozialisten kreierten für ihren Führer den lobend gemeinten Titel „Größter Feldherr aller Zeiten“, bereits nach kürzester Zeit von der Berliner Schnauze in die Abkürzung „GRÖFAZ“ verwandelt, was wiederum unter strenger Strafe stand. Politische Witze haben etwas Zersetzendes, sie distanzieren die Teilhaber des Witzes vom herrschenden System. Ein typischer DDR-Witz: „Ein Mann sitzt im Café und fragt die Bedienung: Hamse keenen Zucker? Antwort: Wer ham keene Milch, keenen Zucker hamse im Café gegenüber.“

Die Brisanz der Karikatur wird durch die so genannten Mohammed-Karikaturen und die maßlosen, eben totalitären Hassreaktionen auf sie deutlich. Ich zeige Ihnen nur eine andere politische Karikatur, die den weiteren Verlauf der Lindauer Psychotherapiewochen nicht zu beeinträchtigen geeignet ist – hoffe ich.

Zudem bringen gelungene Karikaturen oder Witze komplizierteste Zusammenhänge in Sekundenschnelle auf einen kritischen Punkt. In der nächsten Abbildung sind es die strukturellen Gemeinsamkeiten im Denken oder sagen wir Erleben des George W. Bush und des Osama bin Laden:

Jede psychische Störung geht mit totalitären, nämlich extrem unflexiblen Verhaltens- und Erlebensweisen einher. Je instabiler eine Struktur, desto rigider die Versuche, der Instabilität Herr zu werden. Und je weniger falsifizierbar sind die Hypothesen über die Realität. Humor und Witze sind potentiell zersetzend. Sie haben die Kraft, ein System in Frage zu stellen, aus den Angeln zu heben. Demgegenüber stabilisierendes Lachen. Der kritische, das bestehende System oder Denken in Frage stellende Witz hat einerseits emanzipatorische Funktion. Er wirkt befreiend auf die Teilhaber des Witzes und ist geeignet, sie außerhalb bestehender Strukturen zu stellen – für einen Moment. Zugleich macht Humor aber auch das Unerträgliche leichter, hilft über Ohnmacht und Zorn hinweg, indem die Opfer des Witzes lächerlich gemacht werden. Witze, Karikaturen oder politisches Kabarett haben demnach eine entlastende Funktion hinsichtlich sich entwickelnder Ressentiments, können sie zugleich aber auch fördern, indem Klischees bedient werden oder man sich in seinem Zorn auf das Bestehende gegenseitig bestärkt. Kurz: Witz und Humor sind in ihren Funktionen ambivalent: Entscheidend ist, welcher Anteil überwiegt, jener, der das Bestehende erhält und zu Verfestigungen führt oder der, der emanzipatorisch zum Aufbruch motiviert.

Witz und Psychotherapie

Wer psychotherapeutische Hilfe aufsucht, befindet sich in aller Regel in peinlicher Lage – nicht nur, weil man ganz offensichtlich ohne professionellen Beistand seine Schwierigkeiten zu meisten nicht mehr im Stande ist. Sondern auch, weil man sich mitten in einer peinlich-komischen Situation wiederfindet, die Anlass zu unzähligen Witzen, Spott und Karikaturen liefert. Im Kern des schambesetzten Erlebens steht die Frage: Habe ich eine Macke?



Abb.

Außerdem melden sich meist Befürchtungen über die Länge der anstehenden Behandlung und die damit verbundene Abhängigkeit.



Abb.

Gelegentlich spielen auch für die Behandler Vorurteile über eine gewisse weltfremde Abgehobenheit der Psychotherapeuten eine wenig charmante Rolle.



Abb.

Man wird sozusagen selbst zur lebenden Witzfigur in jenen Karikaturen, die man bis eben noch urkomisch fand. Das Ärgste aber ist, dass es tatsächlich oft komisch zugeht und die Realsatire die Karikatur durch Situationskomik noch in den Schatten zu stellen geeignet ist. Kurze technische Anmerkung: Ich rate – bei aller Transparenz und Patientenaufklärung – zunächst von entsprechenden Hinweisen etwa im Erstkontakt ab. Nicht selten stellen sich bereits nach kurzer Zeit groteske Momente ein. Mir erscheint es prognostisch von Bedeutung, wie früh bereits gelacht werden darf – oder auch nicht.

Beispiel: Eine Patientin reist aus einer anderen Stadt an, um bei mir probatorische Sitzungen wahrzunehmen. Mit Verweis auf den beträchtlichen Aufwand, den sie doch damit betreibt, nicht zu einem Kollegen in ihrem Ort zu gehen, erkundige ich mich nach den Motiven, nun gerade mich aufzusuchen. Für den sehr unwahrscheinlichen Fall, dass diese Frage nicht der eigenen Eitelkeit frönt, kann die Antwort wichtige Hinweise auf Psychodynamik und Übertragung liefern. Die Patientin antwortete spontan: „Ich habe sie auf einer Tagung gesehen und als Sie mit Ihrem Vortrag geendet waren, kamen Sie an mir vorbei. Ich komme speziell zu Ihnen, weil ich mir in dem Moment ganz sicher war, dass Sie mich nicht mögen“.

Nach kurzer Latenz brachen wir beide in schallendes Gelächter aus. Sie können sich vorstellen, dass ein ganzer Strauss von Motiven zu diesem etwas speziellen Entschluss führte, zu mir zu kommen. Humor bleibt wirkungslos oder verstärkt gegebenenfalls die Abwehr, wenn man nicht hinter das Gelächter schaut: In diesem Fall – wie bei vielen Persönlichkeitsstörungen mit instabiler Emotionalität – war es die Überzeugung, wer die Patientin möge, müsse schon bescheuert sei. Und wer will schon einen bescheuerten Therapeuten? Daneben spiegelte sich in dem Übertragungsangebot auch die persönliche Lebensgeschichte mit Feindseligkeit, Ablehnung und Gewalt der Eltern. Lacht man einfach nur mit, so erklärt man sich mit der zugewiesenen sadistisch-feindseligen Rolle einverstanden – ohne es zu wissen. Bereits das eigene Lachen läuft dann Gefahr, Teil masochistisch-sadistischer Rollenkollusion zu werden.

Tatsächlich weiß man also nicht unbedingt, ob beide Beteiligten über das Gleiche lachen. Es empfiehlt sich demnach, das Lachen zu erkunden, denn tatsächlich mag der Behandler humorvoll reagieren, nicht aber sein Patient, obwohl auch dieser lacht. Außerdem könnte der Therapeut gegen ein allzu strenges Über-Ich anlachen, der Patient aber im Bunde mit dieser Strenge sich selbst verlachen. Die Frage, was nun eigentlich komisch war oder worüber der Patient lacht, hat jedoch den Charme von „erklären Sie einen Witz!“.

Unreflektiertes Lachen birgt demnach die Gefahr unerkannter Verstrickungen. Der Patient könnte via Externalisierungen seines Über-Ichs der Meinung sein, man lache ihn aus, lacht aber mit, weil er sich zu schwach fühlt, zu protestieren oder ihm – viel wahrscheinlicher – seine Über-Ich-Identifikation gar nicht bewusst ist. Der mitschwingende, jedoch unerkannte Affekt wäre somit Scham. Fragt man genau nach, begibt man sich als Behandler selbst in Verlegenheit, weil man sich haarklein eine Pointe erklären lässt. Um nicht als kreuzsteife Spaßbremse da zu stehen, könnte man etwa bemerken: „Ich frage mich gerade, ob wir beide über das Gleiche lachen“.

Lachen und Humor im Verlauf einer Behandlung

Mehrere Variablen bestimmen die Entwicklung von Humor beziehungsweise Gelächter im Verlauf der Behandlung:

- Die Art der Störung mit eventuellen narzisstischen Akzentuierungen.
- Die Fähigkeit zur Selbstdistanzierung oder Selbstreflexion.
- Das Ausmaß der Über-Ich-Strenge
- Die Zeitachse: Inwieweit lockert sich eine gewisse Strenge und Steifheit in der therapeutischen Beziehung im Laufe der Sitzungen?
- Wer darf lachen bzw. Witze machen?

Bei Akzentuierungen offenen oder latenten Narzissmus (Marneros 2006, S. 65ff) ist es lediglich der Patient, dem Lachen und humorvolle Bemerkungen erlaubt sind, die jedoch zumeist auf Kosten anderer, nämlich des Behandlers oder Dritter gehen. Eventuelle humorige Bemerkungen des Therapeuten werden demgegenüber nicht goutiert, wenig komisch gefunden oder als Majestätsbeleidigung erlebt. Allenfalls wird man sich im Laufe der Behandlung mit der Frage beschäftigen dürfen, warum eigentlich der Patient selbst nicht auch Ziel respekt- und liebevollen Humors sein darf oder wieso es dem Patienten ein großes Anliegen zu sein scheint, sich über andere lustig zu machen. Gegebenenfalls gelingt auch ein Hinweis auf das Erleben des Behandlers als Ziel von Spott mit dem Querverweis auf Dritte, denen es vermutlich ebenso wie dem Behandler gehen dürfte und ob hieraus nicht die eine oder andere soziale Schwierigkeit des Patienten erwachsen dürfte. Die genannten narzisstischen Akzentuierungen finden sich nicht nur bei narzisstischen Persönlichkeiten, sondern beispielsweise auch bei histrionischen, antisozialen oder manchen Borderline-Störungen. Charakteristisch für diese Persönlichkeiten ist ein Mangel an Empathie und Selbstdistanzierung (Cleckley 1941, Hilgers 2006). Emanzipatorischer Humor setzt jedoch genau jene Fähigkeiten voraus: Die Welt aus der Perspektive des (bedeutsamen) Anderen zu sehen, indem man sich in ihn einfühlt und plötzlich eine andere Sichtweise der eigenen Person erlebt, die das Eigene relativiert oder in seiner Absolutheit komisch werden lässt. Dies unterscheidet Humor, der die eigene Person oder Teile konstruktiv hinterfragt, von Belustigungen über andere, die der Selbstbestätigung oder –erhöhung dienen.

Kennzeichnend für diese Art von Humor ist die Fähigkeit des Ichs zwischen zwei grundsätzlichen Formen des Selbsterlebens hin- und her zu oszillieren: Das Selbst im Fluss des Erlebens und das Selbst in der Selbstdistanzierung. Diese Möglichkeit des raschen Wechsels im Selbsterleben macht nach Broucek (1982, 1991, vgl. auch Hilgers 2006) psychische Gesundheit entscheidend mit aus. Während bei histrionischen Persönlichkeiten sozusagen das Leben immer von vorne kommt, demnach Selbstdistanzierung nur minimal ausfällt, können etwa schizoide Persönlichkeiten nicht in den Fluss des Erlebens eintauchen. Im Laufe einer Behandlung wächst in der Regel die Fähigkeit des Patienten, sich zwischen diesen beiden Selbstorganisationen freier hin und her zu bewegen als Zeichen zunehmender psychischer Gesundheit. Gleichzeitig wächst demzufolge auch die Fähigkeit, sich vermittels Humor zu distanzieren und andere, neue Perspektiven einzunehmen – oder auch dauerhaft zu integrieren.

Die befreiende Wirkung von Humor gegenüber schweren Über-Ich-Konflikten

Eine Vielzahl psychotherapeutischer Patienten mit neurotischen oder Persönlichkeitsstörungen, nämlich zum Beispiel Borderline-Patienten oder depressive Patienten mit entweder schuld- oder schamzentrierter Depression (vgl. Will 1997) kämpfen mit rigiden, verfolgenden und sadistisch-strengen Über-Ich-Strukturen. Ähnliches gilt für Patienten mit Traumatisierungsstörungen. Allerdings: Zumeist sind diese inneren Konflikte den Patienten nicht bewusst. Je mehr der Patient mit seinem überstrengen Über-Ich identifiziert ist, desto mehr wird er sich mit jeder Art von Verurteilung seiner Person fraglos einverstanden erklären. Es geht also zunächst darum, einen Keil zwischen Ich und Über-Ich zu treiben (Wurmser), so dass die strenge Verurteilung ich-dyston erlebt wird. Solange jedoch Scham oder Schuld auslösende Urteile des Über-Ichs ich-synton erlebt werden, ist wenig bis keinerlei Platz für Humor. Wie bereits erwähnt, würde der Patient humorige Bemerkungen seines Therapeuten fraglos als weitere Verurteilung oder Demütigung im Sinne der Über-Ich-Verurteilung erleben und keineswegs mitbekommen, dass sich sein Behandler an die Seite seines bedrohten Ichs stellt. Erst wenn zahlreiche, oft langwierige und mühselige Bemühungen des Behandlers zu einer gewissen Distanzierung geführt haben, also der Keil erfolgreich zwischen Ich und Über-Ich getrieben ist, kann der Patient überhaupt mit Humor im Sinne einer Emanzipation etwas anfangen. Bevor der Patient also einen inneren Konflikt zwischen seinem im Zweifel sadistischen Über-Ich und seinem Ich erlebt, wird er jeden Witz, jede humorvolle Bemerkung potentiell gegen sich gerichtet erleben – als wäre der Therapeut im Bunde mit seinem strengen Gewissen.

Das bedeutet nun aber nicht, dass sich Psychotherapeuten jeder Art von Humor enthalten müssen, bis der Patient ein satireverträgliches Stadium erreicht hat. Leider verhalten sich ja viele Psychoanalytiker so, als sei Humor etwas für eitle Laffen – und liefern damit unbewusst ein Modell einer besonders strengen Über-Ich-Identifikation, die den Patienten sozusagen noch rechts zu überholen geeignet ist. Umgekehrt ist auch kontraphobisches Albern ebenfalls wenig hilfreich, das dem Patienten zeigen soll, wie es so recht locker zugehen kann. Das würde eher der Kunstfigur Hagenbuch des verstorbenen Kabarettisten Hans-Dieter Hüsch entsprechen. Hagenbuch ist ein Schuldirektor, der während der Pausen das Fenster zu öffnen pflegt und seinen auf dem Schulhof tollenden Schülern in die Hände klatschend zuruft: „Ungezwungen, Kinder, ungezwungen!“ Worauf diese natürlich augenblicklich erstarren.

Patienten mit rigiden Über-Ich-Strukturen können zwar sehr witzig ein, nicht selten, indem sie sich selbst aufs Korn nehmen. Allerdings muss diese Art von Humor keineswegs zu einer Lockerung des verfolgenden intrapsychischen Systems führen. Vielmehr kann der Humor lediglich entweder eine kurzfristige Entlastung ohne mutative Wirkung haben oder eine Identifikation mit dem Über-Ich abbilden. Patient, Umfeld und Behandler sind gefangen in einem System der Strenge, das weder erlaubt, dass es dem Patienten besonders gut geht, noch Veränderung gestattet. Insofern erinnert die Lage, in der man sich mit dem Patienten begibt an jene, die in totalitären Systemen herrschen: Witze sind verboten oder ziehen drakonische Strafen nach sich, Reformen sind nicht möglich und lediglich heimlich können bestimmte Freiheiten gelebt werden. Und genau wie in jenen Systemen viele seiner Untertanen ist auch der Patient weitgehend mit der Unterdrückung einverstanden.

Wenn es gelingt, dem Patienten ein ich-dystones Erleben seines strengen Über-Ich-Anteils anzubieten und er beginnt, sich über die Bestrafungen seines spontanen, autonomen, lustvollen oder einfach gelassenen Verhaltens und Erlebens zu wundern, so wächst die Chance der Empörung gegen die innere Unterdrückung, die oft einst eine äußere war. In diesem Kontext empfiehlt es sich, vorsichtig mit humorvollen, später auch schon mal mit freundlich ironischen Bemerkungen zu beginnen und den Patienten gelegentlich auf die Schippe zu nehmen. Passt die Intervention, so wird der Patient stutzen und dann – hoffentlich - befreit lachen. Tatsächlich bietet der Humor des Therapeuten ein Risiko, nämlich zum falschen Zeitpunkt die unpassende Bemerkung zu machen. Es bedarf einer gewissen Schamtoleranz zu antizipieren, dass man ins Fettnäpfchen tritt, den Patienten eventuell doch kränkt oder einfach einen blöden Witz macht, der nicht zieht. Allerdings bietet diese Gefahr gleichzeitig die Chance des Modelllernens: Der Therapeut scheint ein mildes Über-Ich zu haben, wenn er sich für seine unpassende Bemerkung zwar entschuldigt, ihre Intention erläutert, dabei aber im Unterschied zum Patienten nicht im Boden versinkt. Ich würde eine solche Situation noch einmal aufgreifen, indem ich beispielsweise bemerke: „Jetzt habe ich mir ja gerade einen Fauxpas geleistet. Wie haben Sie mich dabei erlebt?“ Das eröffnet die Möglichkeit, den Umgang des Therapeuten mit seinen Fehlern mit dem eigenen zu vergleichen.

Beispiel: Ein überangepasster Patient, der bis weit in das Erwachsensein hinein bemüht war, es Eltern und besonders der Mutter recht zu machen, Konflikte zu Lasten seiner Autonomieentwicklung vermied, nervte mich in der therapeutischen Beziehung durch sein bereitwilliges Entgegenkommen und durch seine Schilderungen artigen Verhaltens im Dort und Jetzt. Beachten Sie bitte, dass Sie als Behandler nunmehr external die sadistische Strenge repräsentieren. Anfangs missverstand der Patient jede ironische Bemerkung dergestalt, dass er sich beeilte, meiner Ironie auch noch recht zu geben, so dass ich gezwungen war, ihm mit zu teilen, dass ich ihn etwas hochgenommen hatte. Das führte dazu, dass er sich für sein Nichtverstehen eiligst entschuldigte. Ich muss also zugeben, dass meine vorgeblich witzigen Bemerkungen einzig der eigenen Entlastung dienten und keineswegs eine Emanzipation des Patienten von seiner rigiden Über-Ich-Struktur beförderten. Andererseits sah ich mir mein Verhalten etwas nach, weil es mir ermöglichte, ansonsten mit Geduld an die Aufgabe zu gehen, Über-Ich-Inhalte ich-dyston zu formulieren.

Nach weit mehr als 70 Stunden kam der Patient mit einem Konflikt mit seiner Frau in die Stunde und es war erstmals deutlich zu spüren, dass er die Vorhaltungen seiner Frau nicht mehr lückenlos zu akzeptieren bereit war. Mit einer gewissen Empörung schilderte er mir, dass seine Frau ihm vorhalte, er sei kaum für seine Familie da, vernachlässige seine Kinder und sei auch nicht zum Martinszug vor Jahren pünktlich erschienen. Tatsächlich wusste ich, dass der Patient zahlreiche Aktivitäten mit seiner Familie unternahm und Präsenz bei seinen Kindern zeigte. Doch alsbald verfiel der Patient erneut in Identifikation mit den Vorwürfen und seinem Gewissen, indem er einräumte, dass er ja tatsächlich nicht rechtzeitig zum Martinszug gekommen sei. Daraufhin teilte ich ihm trocken mit: „Herr X, Sie sind ein schlechter Hund!“ Erstmals lachte der Patient befreit, schwenkte wieder auf seine vorherige Linie ein und wies die Vorwürfe seiner Frau zurück – nicht ohne nach wenigen Minuten wieder mit sich zu hadern und Skrupel zu entwickeln. Daraufhin meinte ich: „Ich sage doch, Sie sind ein schlechter Hund!“ Noch deutlicher als vorher lachte der Patient aus vollem Herzen und stellte fest, sowohl die generalisierten Vorwürfe als auch seine übermäßige Kulanz seien wirklich verrückt. Der Patient blieb über den weiteren Verlauf der Stunde in einer Mischung aus Heiterkeit, Empörung und Kopfschütteln über seine bereitwillige Annahme von Vorwürfen.

Bisweilen ist es hilfreich, nicht nur über den Patienten eine humorvolle Bemerkung zu machen, sondern auch über sich selbst, die therapeutische Situation oder auch Angehörige des Patienten. In gewisser Weise fällt man durch solche Interventionen aus der Rolle: Der Patient erwartet eine technisch neutrale Haltung freundlichen Begleitens und Konfliktaufdeckens, nicht aber rasche Infragestellungen durch die Karikatur seiner selbst, des Therapeuten oder gewisser typischer Szenen seines Lebens. Die immanente Situationskomik lässt sich leider in einem Vortrag nicht wiedergeben, da sie stark kontextbezogen ist.

Von besonderer Bedeutung sind spontane heitere Bemerkungen des Patienten, besonders, wenn er beginnt, seinerseits seinen Behandler gelegentlich auf die Schippe zu nehmen. Auf der einen Seite beginnt Psychotherapie in der Regel bierernst, oft begleitet von Weinen, Schmerz und großer Not. Versagende Ich-Funktionen erfordern Hilfsich-Funktionen des Therapeuten, so dass sich der Patient naturgemäß in großer Abhängigkeit befindet – ganz unabhängig von rigiden Über-Ich-Strukturen. Das gibt weder besonderen Anlass zu Heiterkeit noch ist die Situation geeignet, Witze über den Behandler zu machen. Ausnahme sind die erwähnten Patienten mit sehr mangelhafter Über-Ich-Struktur, also antisoziale, narzisstische, histrionische und manche Borderline-Patienten. Beginnt der Patient im Laufe der Zeit, auch die Behandlungssituation oder seinen Therapeuten aufs Korn zu nehmen, bedeutet dies einen wesentlichen Autonomieschritt: Er selbst fühlt sich sicher und in der therapeutischen Beziehung geborgen genug, um spontanen Humor zu entwickeln, was fast immer auch Zeichen von konstruktiver Aggression ist. Mithin wächst der Patient buchstäblich auf Augenhöhe mit seinem Behandler heran und traut sich zu, ein bisschen „zu randalieren“.

Es ist von nicht zu unterschätzender Bedeutung, sich auf diese neue Beziehungsform einzulassen, statt steif und zurückhaltend zu reagieren – womöglich unter Verweis auf falsch verstandene therapeutische Zurückhaltung. Diese wäre in solchen Fällen Ausdruck einer professionellen Über-Ich-Verformung – man würde den Patienten mit seiner Strenge quasi noch rechts überholen.

Schlussbemerkungen

Humor fordert uns heraus. Die oftmals komisch-tragische Lebenslage des Patienten erfordert rasche Wechsel zwischen empathischem Mitschwingen, sicher auch einem Stück Betroffenheit und im nächsten Moment der Infragestellung dessen, was sich zunächst als unabänderlich zu erweisen scheint. Und da Humor immer auch etwas Anarchistisches hat, sich selbst genügen kann und sich dem rein zweckrationalen Einsatz entzieht, gibt es eben auch keine goldenen oder gar eisernen Regeln für seinen Einsatz. Zudem ist er in jeder therapeutischen Beziehung anders, einzigartig und spezifisch für zwei Menschen. Gleiches gilt für Gruppenpsychotherapien: Eine Gruppe entwickelt sehr rasch eine ihr eigene Form, mit Konflikten, Tragik und auch Komik umzugehen. Mehr noch: In Einzel- wie einer Gruppentherapie bildet sich eine Witzkultur heraus, mit der auf Vorhergehendes Bezug genommen wird, es gibt running gags und Auszeiten, in denen gefrotzelt wird. Damit ist Humor an sich ein Stück neu gewonnener Lebendigkeit, mit der der Patient am Ende seine Behandlung verlässt.

Die Vitalität, die der Patient gewinnt, mit der Fähigkeit, sich selbst immer wieder auch nicht ganz ernst zu nehmen, steht jedoch einer bleibenden Tragik, einer Tragik des Lebens schlechthin gegenüber. Trauer über das Vergangene mag mit einem gewissen Sarkasmus, mit Belustigung über frühere Verhältnisse einhergehen. Schmerz über das Unwiederbringliche wird vielleicht mit mehr Lebensmut begegnet. Unterdessen mögen wir Bemerkungen des Patienten hören: „Sie sahen auch schon mal frischer aus!“ Während der Bauphase meines Hauses äußerten verschiedene Patienten Vermutungen über durchzechte Nächte, Trauerfälle in meiner Familie oder auch ganz einfach Sorge um meine Gesundheit. Psychotherapeutische Behandlung ist für die Beteiligten nicht nur ein froher Wachstumsprozess, den alle jünger und kräftiger verlassen, als sie ihn eingingen. Einschränkungen und gesundheitliche Attacken begleiten uns alle, manche können wir mit Leichtigkeit, einem Achselzucken oder einer trockenen Bemerkung hinnehmen. Andere hingegen bedrohen Patient oder Behandler. Chronische Erkrankungen, sich einstellende Behinderungen oder Diagnosen mit infauster Prognose lösen Verzweiflung, Angst und Trauer aus. Die Attacke ist nicht mehr eine durch verfolgende Gewissensinstanzen. Ein mildes, förderndes Über-Ich im Bunde mit einem kreativen Ich wird jedoch die Akzeptanz der Erkrankung und ihrer Folgen nicht behindern oder schuldhaft verarbeiten.

Ein weiteres, letztes Mal sind wir mit den Möglichkeiten von Humor und Gelächter konfrontiert. Dort, wo das Unabänderliche des Lebens und die eigene Endlichkeit – sei es in Form von Alter, Gebrechlichkeit, nahendem Tod, oder sei es angesichts von Verlusten, verpassten Lebenschancen und zunehmend eingeschränkter Möglichkeiten – den therapeutischen Prozess zu dominieren droht, ist es erneut der anarchische Charakter von Humor, der das Unabänderliche zwar akzeptiert, sich ihm aber nicht unterwirft. Witze über das eigene Schicksal haben den Charakter einer emanzipatorischen Empörung, wenn es gelingt, sich jenseits von Krankheit und Behinderung, Verlust und Einschränkung zu erleben. Die Weigerung des Ichs, sich unter dem Eindruck der Endlichkeit vollständig aufzugeben, produziert den sarkastischen, ironischen oder tragischen Humor. Partiiell ist die eigene Lage hoffnungslos, aber nicht ernst.

Literatur:

Broucek, F.J. (1982): Shame and its relationship to early narcissistic developments. Int J Psychoanal 63, S. 369-378

Broucek, F.J. (1991): Shame and the self. The Guilford Press New York

Cleley, H. (1976) The mask of sanity: An attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality. 5th ed. St Louis Mosby (erste Ausgabe 1941)

Hilgers, M. (2006): Scham. Gesichter eines Affekts. Göttingen

Kernberg, O.F. (1998): Dreißig Methoden zur Unterdrückung der Kreativität von Kandidaten der Psychoanalyse. In: Psyche 52, 199-213

Marneros, A. (2006) Affekttaten und Impulstaten. Forensische Beurteilung von Affektdelikten. Stuttgart

Moser, T. (1986): Der Psychoanalytiker als sprechende Attrappe. Frankfurt/M.

Will, H. (1997): Depression. In: Ahrens, St., W. Schneider. Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin. Stuttgart, 281-294

Kontakt:

Dipl.-Psych. Micha Hilgers
Psychother. Praxis
Roonstr. 13 A, D-52070 Aachen