

Aus der Abteilung für Psychosomatik  
und Psychotherapeutische Medizin  
Der Universität Ulm  
Leiter Prof. Dr. med. Horst Kächele

## **Lachen als Symptom?**

Eine Untersuchung des Lachens in der Funktion der Abwehr von Frustration,  
Intimität und Traurigkeit und der Sicherung der Selbstkonstanz  
anhand von Luborskys Symptom- Kontext- Methode

Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin (Dr. med.)  
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Vorgelegt von  
Andreas Gottfried Leitenberger  
Geboren in Lörrach

Rostock, 2004

Amtierender Dekan: Prof. Dr. med. Reinhard Marre

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Horst Kächele

2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Klaus Schmeck

Tag der Promotion:

Für Tanja

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>0. Einführung .....</b>	<b>8</b>
<b>Teil A: Theorie.....</b>	<b>9</b>
<b>1. Lachen.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Lachen in den Grundlagenwissenschaften.....</b>	<b>9</b>
1.1.1 Biologie .....	9
1.1.2 Physiologie und Pathologie .....	13
1.1.3 Entwicklungspsychologie.....	15
<b>1.2 Lachen in der Menschheitsgeschichte .....</b>	<b>17</b>
1.2.1 Philosophie .....	17
1.2.2 Theologie.....	24
1.2.3 Soziologie und Ethnologie .....	26
<b>1.3 Lachen in Psychologie und Psychotherapie .....</b>	<b>28</b>
1.3.1 Psychologie .....	28
1.3.2 Psychotherapie .....	38
<b>2. Symptombildung.....</b>	<b>44</b>
<b>3. Qualitative Psychotherapie- Forschung .....</b>	<b>49</b>
<b>3.1 Allgemein.....</b>	<b>49</b>
<b>3.2 Symptom- Kontext- Methode.....</b>	<b>51</b>
3.2.1 Ergebnisse mit der Symptom- Kontext- Methode.....	55
3.2.1.1 Allgemeine Ergebnisse.....	55
3.2.1.2 Weitere Einzelergebnisse .....	56
3.2.1.3 Ergebnisse anderer Forscher .....	57
3.2.1.4 Ergebnisse zum Lachen.....	58
<b>4. Fragestellung und Untersuchungshypothesen .....</b>	<b>62</b>
<b>4.1 Entwicklung der Fragestellung .....</b>	<b>62</b>
<b>4.2 Konkretisierung auf den Fall .....</b>	<b>64</b>
<b>4.3 Hypothesen zum Lachen.....</b>	<b>65</b>
<b>4.4 Hypothesen zur Symptom- Kontext- Methode.....</b>	<b>67</b>

---

<b>Teil B: Empirie .....</b>	<b>69</b>
<b>5. Methodik.....</b>	<b>69</b>
5.1 Entwicklung und Konzeption der Studie/ Material .....	69
5.2 Klinische Beurteilung.....	72
5.3 Erhebung der Themen .....	89
5.4 Ausgewählte Themen .....	92
5.5 Auswahl der Rater .....	94
5.6 Statistik.....	95
<b>6. Ergebnisse der Untersuchung.....</b>	<b>100</b>
6.1 Vergleich der Lach- versus Kontrollsegmente .....	100
6.1.1 Beurteilungen durch die Ratergruppe.....	100
6.1.2 Beurteilungen durch den psychoanalytisch geschulten Rater .....	109
6.1.3 Zusammenfassung .....	118
6.2 Verlaufsanalysen der Themen.....	119
6.2.1 Verlaufsbeurteilungen der Ratergruppe .....	119
6.2.2 Verlaufsbeurteilungen des psychoanalytisch geschulten Raters .....	131
6.2.3 Zusammenfassung .....	142
6.3 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse .....	144
<b>7. Diskussion .....</b>	<b>147</b>
<b>8. Zusammenfassung .....</b>	<b>162</b>
<b>9. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>164</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>172</b>
I. Zitate.....	172
II. Einschätzung nach OPD .....	173
III. Korrelationen der Themen .....	176
IV. Vorgaben zur Beurteilung des Symptom- Kontextes.....	178
V. Beurteilungsbogen.....	181
VI. Eidesstattliche Erklärung .....	182
VII. Lebenslauf .....	183

*Vorwort*

Das Lachen näher zu untersuchen, ist mir eine Freude, die seit der Vergabe der Arbeit bis zu ihrem Abschluss uneingeschränkt anhält. Das Lachen ist ein höchst zwielichtiges Phänomen und dieser Eindruck wächst weiter und weiter mit meinem Eintauchen in die Materie. Es wäre sicher ein großes Vergnügen, sich eingehender mit dem Lachen zu beschäftigen und die philosophischen Hintergründe tiefer zu studieren, um sie dann mit der aktuellen psychologischen Wissenschaft zu verknüpfen. Schon jetzt schlägt die Beschäftigung mit diesem Thema Wellen: Ich beobachte meine Patienten und mich genauer, registriere die Mimik und reflektiere sie. Dabei wird die nonverbale Interaktion mehr zu meinem Handwerkszeug.

Während der Durchführung der Arbeit fragte ich mich oft, ob meine Gedanken und Erkenntnisse sachlich richtig und objektiv seien, weil ich empfand, dass die Themen des Patienten auch für mich wesentliche Themen sind, dass ich persönlich involviert bin. Um so wichtiger sind mir die Theoriegeleitetheit des Vorgehens und die Möglichkeiten der Objektivierung durch die Forschungsmethode. Ich freue mich, dass es gelungen ist, die Arbeit mit, wie ich meine, recht überzeugenden Ergebnissen abzuschließen.

*Abkürzungsverzeichnis:*

ZBKT	Zentrales Beziehungs- Konflikt- Thema
W	Haupt- Wunsch aus dem ZBKT
RO	Reaktion des Objekts aus dem ZBKT
RS	Reaktion des Selbst aus dem ZBKT
FACS	Facial Action Coding System
OPD	Operationalisierte psychodynamische Diagnostik
EKG	Elektrokardiogramm
H-	Hypothese
GE	Gedankeneinheit
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
Raterdatei RG	Datei der Ratergruppe
Raterdatei P	Datei des psychoanalytisch geschulten Raters

Das Verzeichnis der in den Transkripten verwendeten Bezeichnungen und Abkürzungen findet sich unter dem ersten wiedergegebenen Transkript im Kapitel 5.2.

## 0. Einführung

In dieser Arbeit soll untersucht werden, welche Funktionen Lachen des Patienten in Psychotherapie haben kann. Speziell von Interesse ist hier das Lachen, welches nicht aus Freude auftritt, sondern jenes, das beim Gegenüber Unverständnis und Irritation hervorruft, bei dem man als Beobachter stutzt und nicht sofort nachvollziehen kann, warum der Patient lacht. Die Frage, ob das Lachen ein Symptom sein kann, ein typisches Zeichen für einen speziellen psychopathologischen Ablauf, für einen bestimmten Abwehrmechanismus, soll näher beleuchtet und, wenn möglich, beantwortet werden. Die Zusammenhänge des Lachens mit den relevanten Lebensthemen des Patienten, erhoben mit der Methode des zentralen Beziehungskonflikts und der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD), sollen untersucht werden. Die Forschungsmethode, mit der gearbeitet wird, ist die Symptom- Kontext- Methode, mit welcher der Zusammenhang des „Symptoms“ Lachen mit dem Kontext des therapeutischen Gesprächs hergestellt wird.

Ferner soll erforscht werden, ob sich die Symptom- Kontext- Methode, bisher nur beim Monolog des Patienten angewandt, ausweiten lässt auf den Dialog und auf das Auftreten des „Symptoms“ Lachen direkt nach einer Interpretation des Therapeuten. Weiterhin werden spezielle Fragen in Zusammenhang mit der Symptom- Kontext- Methode untersucht, zum Beispiel, ob ungeschulte Personen zur Beurteilung der Themen grundsätzlich geeignet sind (bisher wurden diese Beurteilungen von den Forscherteams durchgeführt). Die oben erwähnte Ergänzung der Methode durch Hinzunahme von Themen aus der OPD soll ebenfalls im Hinblick auf einen Informationsgewinn geprüft werden.

Das praktische Vorgehen erfolgte durch Aufzeichnung einer Psychotherapie durch den Doktorvater, in welcher der Patient häufig in einer auffälligen Weise lachte. Nach Luborskys Vorgaben zur Symptom- Kontext- Methode und eigenen Erweiterungen wurde das Material bearbeitet, was im Methodenteil beschrieben wird.

Um das Phänomen des Lachens im hier vorgestellten Zusammenhang zu erfassen, wird im Theorieteil der Wissensstand zum Lachen zunächst allgemein, dann spezieller werdend umfassend dargestellt. Nach Darstellung der relevanten Symptombildungs- Theorien und Hinweisen zur qualitativen Psychotherapieforschung wird dann die Symptom- Kontext- Methode einschließlich ihrer Ergebnisse allgemein und mit der Verhaltensweise des Lachens vorgestellt. Darauf folgen die Formulierung der Hypothesen, die Darstellung der angewandten Methoden, die Ergebnisse und die Diskussion.



## **Teil A: Theorie**

Im Theorieteil soll das Lachen in seinen Funktionen im Allgemeinen, und im Speziellen im Kontext der Psychotherapie, aus den Erkenntnissen der Wissenschaft erörtert werden. Dem folgt die Theorie der Symptombildung, die Darstellung einiger hier wesentlicher Ansätze der qualitativen Psychotherapieforschung, die Entwicklung der Symptom- Kontext- Methode und die mit ihr gewonnenen allgemeinen und speziellen Ergebnisse.

### **1. Lachen**

Um das Lachen in der angenommenen Funktion der Abwehr von Frustration und Intimität und der Sicherung der Selbstkonstanz zu untersuchen, soll das Lachen in seinen verschiedenen Bedeutungs- Facetten beleuchtet werden. Dabei soll von den Wurzeln des Lachens im Tierreich wie in der individuellen Entwicklung und in der Menschheitsgeschichte ausgegangen und vom Allgemeinen auf die spezielle Situation des Lachens in der Psychotherapie hin fortgeschritten werden. Im Versuch einer „chronologischen“ Darstellung soll das Gebiet zunächst von den biologischen Wurzeln im Tierreich als ältesten Vorläufern angegangen werden. Nach den folgenden Ergebnissen zu den körperlichen Vorgängen beim Lachen aus Physiologie und Pathologie wird dann das Lachen im Säuglings- und Kindesalter betrachtet. Das Verständnis des Phänomens in der Menschheitsgeschichte wird präsentiert, um schließlich zum Lachen in der Sicht der Psychologie und endlich in der Psychotherapie zu kommen.

#### **1.1 Lachen in den Grundlagenwissenschaften**

##### **1.1.1 Biologie**

Einige Biologen haben die Vorläufer der menschlichen Verhaltensweisen im Tierreich beschrieben. Hier ist an erster Stelle Darwin (2000) zu nennen, der beobachtete, dass verschiedene Affenarten eine grinsende Mimik zeigen und kichernde Geräusche machen, wenn sie gekitzelt werden oder wenn sie eine geliebte Person wiedersehen. Nach Eibl-Eibesfeldt (1984) gehen Lachen und Lächeln auf die Beißintention zurück und sind als stummes Zähne-

zeigen auch bei nicht-menschlichen Primaten zu beobachten. Das freundliche submissive Lächeln ist vielfach angstmotiviert, das Lachen dagegen draufgängerisch- freundlich aggressiv. Die Lautäußerung des Lachens leitet sich von einer alten Verhaltensweise sozialen Drohens ab, bei der mehrere Gruppenmitglieder gleichzeitig einen gemeinsamen Feind bedrohen, also um eine Art des "Hassens". Lorenz (1974) gibt an, dass im Tierreich viele Begrüßungs- und Befriedungszeremonien existieren, welche zum Teil mit Lautäußerungen auftreten, jedoch nicht mit Lachen. Bei unseren nächsten Verwandten, Schimpanse und Gorilla gebe es keine dem Lachen formal und funktionell entsprechende Grußbewegung, wohl aber bei vielen Makaken, die als Befriedungsgebärde die Zähne fletschen und zwischendurch lippenschmatzend den Kopf hin- und herwenden, wobei sie die Ohren stark zurücklegen. Als Hauptfunktion dieser Riten nimmt Lorenz das Verhindern von Kämpfen an. Er beschreibt aber auch den Eindruck, dass Wiedersehensfreude bei der Begrüßung zwischen Stockerpel und Ente eine Rolle zu spielen scheinen, was bei der höher ritualisierten Form des Triumphgeschreis der Gänse noch deutlicher zu erkennen sei.

Das Lachen wurde von Darwin (1872) ursprünglich als Ausdruck bloßer Freude oder reinen Glücks betrachtet. Er nahm an, dass sich eine abgestufte Reihe von heftigem übermäßiges Lachen über verschiedene Grade des Lächelns bis zur heiteren Stimmung nachweisen lasse (zitiert nach Ruch 2000). Dieser These widersprach van Hooff (1972), und schilderte Studienergebnisse mit Primaten, nach denen Lachen und Lächeln als Ausdrucksformen verschiedenen Ursprungs gesehen werden müssen, die sich beim Menschen in einen Bereich von Emotionsausdruck mit mehr quantitativen als qualitativen Unterschieden zusammenfügen. Van Hooff beschreibt das lautlose und das von Vokalisation begleitete Zähnezeigen der Primaten, letzteres ist bei fast allen Säugetieren zu beobachten. Phylogenetisch handelt es sich dabei um einen der ältesten Gesichtsausdrücke, der bei vielen niedrigeren Tieren der einzige Gesichtsausdruck ist. Das lautlose Zähnezeigen ist bei den meisten höheren Primaten eine Unterwerfungsgeste, der Kontext seines Auftretens legt aber auch seine Funktion als Bestätigungs- oder Bindungssignal nahe.

In der aufsteigenden Reihe der Primaten bis hin zum Menschen ist eine zunehmende Erweiterung der Bedeutung des Zähnezeigens zu sehen (van Hooff 1972). Vom ursprünglichen Verteidigungs- oder Schutz- Verhaltensmuster wird dieses Element ein Signal der Unterwerfung und Zugewandtheit, das sich bis zu einem Signal der Freundlichkeit entwickeln kann. Die Verhaltensweise der Primaten, den entspannt offenen Mund zu zeigen, oft begleitet von Vokalisation, tritt typischerweise beim Spiel und bei gespielten Kämpfen auf und ist ein metakommunikatives Signal, dass das gezeigte Verhalten nicht ernst gemeint ist. Beim

Schimpansen kann dieser Gesichtsausdruck leicht durch Kitzeln hervorgerufen werden, und viele Autoren waren über die Ähnlichkeit in Form und Kontext mit menschlichem Lachen sehr erstaunt.

Das lautlose Zähnezeigen betrachtet van Hooff (1972) als analog zum menschlichen Lächeln und die Mimik des entspannt offenen Mundes als analog zum Lachen. Beide Phänomene sieht er als ineinander übergehend, beim Lächeln stärker die Zähne zeigend und beim Lachen mit stärkerer Mundöffnung. Das Gesicht spielt bei Primaten die wichtigste Rolle für die Kommunikation von Bedrohung, Beunruhigung, Unterwerfung, Schreck und Beschwichtigung (Marler und van Hooff zitiert nach Izard 1994).

Die Vorläufer des menschlichen Verhaltens von Lachen und Lächeln wurden von Preuschoft (1992) an halbfrei lebenden Berberaffen untersucht. Dabei wurde das "relaxed open- mouth display", der phylogenetische Vorläufer des Lachens, vor allem bei spielenden jugendlichen Tieren beobachtet, es trat in Partner- bezogenem Verhalten auf und führte oft zur gleichen Mimik des Partners, und es wurde häufig von Vokalisation begleitet. Dieses Verhalten zeigte sich in hohem Maße bei beiden Interaktionspartnern symmetrisch und synchron. Das "silent bared- teeth display", Vorläufer des Lächelns, wurde typischerweise begleitet von unterordnenden Körperbewegungen, trat primär in dyadischen Interaktionen auf und wurde hauptsächlich vom rangniedrigeren Tier gezeigt. Diese Verhaltensweise ist eine häufige Antwort auf aggressives Verhalten. Nach diesem Verhalten tritt eine Verminderung der Asymmetrie des Verhaltens beider Tiere auf, verbunden mit einer Zunahme an Körperkontakt. Van Hooffs These, dass Lachen und Lächeln unterschiedliche phylogenetische Wurzeln haben, bestätigt sich somit: das "silent bared- teeth display" ist ein Signal der Unterwerfung, während das "relaxed open- mouth display" ein Spielgesicht ist, mit dem Ausdruck der Freude und des Genießens (Preuschoft 1992). Lachen als ein Ausdruck emotionaler Intonation zeigt Parallelen bei Menschen und Affen (Jürgens 1986), die sich ebenfalls nachweisen ließen für Zanken, Lamentieren, Versorgen, Jubilieren, Weinen, Stöhnen und Kreischen. Dies konnte mit spektrografischen Untersuchungen der nichtsprachlichen vokalen Äußerungen von Totenkopffaffen und Menschen gezeigt werden.

Eine Zusammenfassung der Verhaltensforschung bei Tieren zeigt also, dass phylogenetische Vorläufer des Lachens und auch des Lächelns im Tierreich bei verschiedenen Primaten, aber auch bei Vögeln gefunden werden können. Die Wurzeln der beiden Verhaltensweisen unterscheiden sich deutlich. Das lautlose Zeigen der Zähne, Vorläufer des Lächelns, scheint vor allem eine Unterwerfungsgeste zu sein, während der entspannte offene Mund ent-

sprechend Lachen vor allem beim Spiel anzeigt, dass ein Angriff nicht ernst gemeint ist. Die Mimik des Lachens dient also der Kommunikation.

Somit kommen wir zu den Verhaltensbeobachtungen beim Menschen. Nach Izard haben mimische Ausdrucksformen des Menschen eine große Ähnlichkeit mit Tierreaktionen, die ursprünglich einer Funktion dienten, die sich auf die Verteidigung verletzlicher Bereiche, auf heftige Atmung und auf Putzen bezogen (Izard 1994). Eibl-Eibesfeldt (1984) beschreibt, dass von der Gruppennorm Abweichende gehänselt und ausgelacht werden. „Das Auslachen dürfte eine stammesgeschichtlich recht alte Form des Hassens sein. Die rhythmischen Lautäußerungen erinnern an die Droh- und Hasslaute niederer Primaten; das Entblößen der Zähne kann von Beißintentionen abgeleitet werden. Dem widerspricht nicht, dass Lachen auch verbindet. Es verbindet allerdings nur diejenigen, die gemeinsam lachen- der Ausgelachte lacht selten mit. Er interpretiert sein Ausgelacht- Werden als aggressiven Akt. Man lacht jemanden aus, weil er sich ungeschickt oder normabweichend verhält. Das Auslachen macht den Ausgelachten auf sein Anstoß erregendes Verhalten aufmerksam und gibt ihm eine Chance, sich der Norm anzugleichen, so dass er nicht mehr auffällt" (Eibl-Eibesfeldt 1984, S. 448). Er beobachtete diese Verhaltensweisen unter anderem bei den Buschleuten: Buschleute lachen einander oft aus, sie lachen über Ereignisse der Vergangenheit, in denen sie eine Schwäche zeigten. Buschleute lachen viel bei gemeinsamen Spielen, und zwar meist dann, wenn einer bei den Geschicklichkeit erfordernden Spielen einen Fehler macht. Hier wird das Auslachen deutlich zu einer Art der Bestrafung für das Ungeschick, und der Ausgelachte droht oft scherzhaft oder schlägt sogar nach dem Lachenden (Eibl-Eibesfeldt 1972). Menschliches Lachen war nach Lorenz (1974) in seiner ursprünglichen Form eine Befriedungs- oder Begrüßungszeremonie, die aus einer neuorientierten Drohgebärde entstanden war. Lorenz beobachtet weiter, dass gemeinsames Lachen viel Aggression gegen nicht zur Gruppe Gehörende enthalten kann und innerhalb einer Gruppe neben einer aggressions- ablenkenden Wirkung ein merkliches Gefühl der Verbundenheit schaffen kann. Das Lachen zeigt sich in mehrerer Hinsicht ähnlich der Begeisterung (Lorenz 1974), sowohl in seiner Eigenschaft als Instinktverhalten als auch in seiner stammesgeschichtlichen Herkunft aus der Aggression, vor allem aber in seiner sozialen Funktion. Das Lachen über dieselbe Sache schaffe ein Gefühl brüderlicher Zusammengehörigkeit. Das Lachen habe sich formal und funktionell über die Drohgebärde hinausentwickelt und es bestehe keine Gefahr, dass die ursprüngliche Aggression durchbricht und zum tätlichen Angriff führt. "Hunde, welche bellen, beißen immerhin manchmal, aber Menschen, welche lachen, schießen nie!" (Lorenz 1974, S. 145). Lachen sei spontaner und instinkthafter als die

Begeisterung, aber es sei in seiner Auslösung selektiver und mache nie unkritisch. Lachen sei eine grausame Waffe, die bösen Schaden stiften kann (Lorenz 1974).

Insgesamt stellt sich in der Biologie das Lachen als Verhaltensweise dar, die gemeinsam mit dem Lächeln ihre ursprünglichen Wurzeln im Zähne Zeigen hat, in der Beiss- Intention, die spielerisch- freundlich umgeleitet wird, aber im Auslachen und Hassen ihre aggressive Komponente zeigt. Bei den Primaten tritt der phylogenetische Vorläufer des Lachens vor allem beim Spiel in Erscheinung und signalisiert, dass das gezeigte Verhalten nicht ernst gemeint ist. In der Entwicklung bis zum Menschen entstand aus der Drohgebärde eine Befriedungs- und Begrüßungszeremonie, die an Komplexität und Bedeutungsvarianz zunahm.

Im Folgenden sollen die körperlichen Vorgänge beim Lachen betrachtet werden.

### 1.1.2 Physiologie und Pathologie

Das muskuläre Phänomen des Lachens besteht aus spasmodischen Kontraktionen der kleinen und großen Zygomaticus- Muskeln und plötzlichen Entspannungen des Zwerchfells, begleitet von Kontraktionen des Larynx und der Epiglottis. Der Unterschied zum Lächeln ist, dass dieses die Atmung nicht unterbricht. Lachen kann durch elektrophysiologische Reizung, durch physikalische Stimuli wie Kitzeln oder Lachgas hervorgerufen werden (Holland 1982).

An der cerebralen Steuerung des Lachens sind im Wesentlichen drei Hirnstrukturen beteiligt. Dies sind Teile der frontalen und temporalen Hirnrinde sowie der vordere Hypothalamusanteil, der Thalamus, hintere Anteile des Dienzephalons und das limbische System und die Fazialiskerne, der motorische Vaguskern und die motorischen Vorderhornzellen der Atemmuskulatur (Müller und Müller 1980). Dabei konnte eine hierarchische Struktur der zerebralen Kontrolle emotionaler vokaler Äußerungen mittels elektrischer Stimulationen des Gehirns der Totenkopffaffen nachgewiesen werden (Jürgens 1986). Da zwischen dieser Spezies und den Menschen viele Parallelen der Gehirne und der emotionalen vokalen Äußerungen festgestellt wurden, kann angenommen werden, dass die gefundene Hierarchie der Hirnstrukturen auch für die Menschen gilt. Über den Motoneuronen steht die Ebene der reticulären Formation der lateralen Pons und Medulla, wo die motorische Koordination der laryngealen, respiratorischen und artikulatorischen Bewegungen stattfindet. Darüber liegt die Ebene des periaquadratischen Graus und des lateral angrenzenden Tegmentums des caudalen Mittelhirns, wo spezifische motivationale Zustände den korrespondierenden vokalen Expressionen zugeordnet werden. Dies ist eine notwendige Relaisstation für alle Stimuli, die Vokalisation auslö-

sen. Diese Region wird teils von motivations- kontrollierenden Anteilen des limbischen System aus angesteuert, teils von sensorischen Bahnen und teils vom anterioren cingulären Cortex. Dieser letzte repräsentiert die höchste Ebene und scheint für die willentliche Kontrolle von emotionalen vokalen Äußerungen verantwortlich zu sein.

Studien zur neurohormonellen Aktivität beim Lachen ergaben nach Ruch (2000) bisher wenige Ergebnisse, wie z. B. einen Anstieg der natürlichen Killerzellen bei Probanden, deren Ausgangswerte unter oder über dem Standard lagen.

Nach den physiologischen sollen nun die pathologischen Abläufe des Lachens und die organische Pathologie des Lachens beschrieben werden. Als Dysfunktionen des Lachens aus dem Gebiet der neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen werden die folgenden Formen des Lachens bezeichnet (Askenasy 1987; Holland 1982): Das psychotische und das hysterische Lachen, das spastische Lachen bei emotionaler Labilität beim Lacunarsyndrom, Multipler Sklerose, Pseudobulbärsyndrom etc. sowie das Lachen vom extrapyramidalen Typ bei Morbus Parkinson, das konvulsivische Lachen, das nach Lennox und Lennox (zitiert nach Askenasy 1987) erstmalig beschrieben wurde von Dostojewsky in "der Idiot". Weitere Kategorien pathologischen Lachens seien das durch Lachgas induzierte, die Lach- Kataplexie, der Lachschlag, bei dem ein narkoleptischer Anfall mit Lachen beginnt und die Lach- Inkontinenz (Enuresis risoria). Als pathologisches Lachen bezeichnet Göbel (1998) ein impulsives, unwillkürliches, ohne adäquate situative Auslösung auftretendes Lachen, das eine Entkoppelung des mimischen Verhaltens von der affektiven Stimmungslage darstellt und bei neurologischen und psychiatrischen Krankheiten beobachtet wird. Es stellt eine Enthemmung basaler Strukturen von der kortikalen Kontrolle dar und ist von der Parathymie und der Affektlabilität zu unterscheiden. Bei der Katatonie sollen die mimischen Äußerungen als Pseudoexpressiv- Bewegungen aufgefasst werden und von "physiologischen" Reaktionen auf optische oder akustische Halluzinationen im Rahmen psychotischer Prozesse abgegrenzt werden.

Beim pathologischen Lachen und Weinen wird traditionell strikt zwischen Affektinkontinenz und Affektlabilität unterschieden (Kratz und Wallesch 2001). Bei der Affektinkontinenz wird das pathologische Lachen und Weinen als Enthemmungsphänomen motorischer Synergismen gesehen, ein kongruenter Affekt liege anders als bei der Affektlabilität nicht vor. Klinische und elektromyografische Befunde sprechen dafür, dass es sich um ein Enthemmungsphänomen handle. 1924 postulierte Wilson (zitiert nach Kratz und Wallesch 2001) ein supranukleäres pontobulbäres Zentrum für affektive Ausdruckshandlungen, das unter kortikaler und thalamischer Kontrolle steht. Die pathoanatomische Grundlage der Affektinkontinenz besteht in einer kombinierten Läsion thalamischer oder Hirnstammstrukturen

und motorischer Projektionsbahnen. Neuere Arbeiten berichten über ein gehäuftes Vorkommen von Affektinkontinenz bei Schlaganfällen und Morbus Alzheimer und stehen damit im Widerspruch zur klassischen Theorie. In den untersuchten Studien vermuten die Autoren eine Konfundierung von Affektinkontinenz und -labilität. Das bei neurologischen Krankheiten auftretende pathologische Lachen oder Weinen verläuft nach stereotypem Muster, beginnt abrupt und entwickelt sich anfallsartig oder stufenförmig zum Maximum, dabei wird kein Spektrum unterschiedlicher Intensitäten beobachtet, das pathologische Innervationsmuster tritt immer in voller Ausprägung auf. Danach bildet es sich rasch zurück.

Zusammenfassend werden von der Physiologie die zentralnervösen und muskulären Vorgänge beim Lachen beschrieben. Pathologische Formen des Lachens als symptomatische Verhaltensweisen werden bei vielen psychiatrischen und neurologischen Krankheiten gefunden, die jedoch die vorliegende Fragestellung nur in Form der Erwähnung des hysterischen Lachens streifen.

Nach der Physiologie und Pathologie soll nun die Entwicklung des Lachens ab der Geburt betrachtet werden.

### 1.1.3 Entwicklungspsychologie

Lächeln und Lachen treten einige Wochen nach der Geburt erstmalig auf. Die Reaktion des Lächelns ist angeboren und universell (Izard 1994). Das Lächeln des Säuglings wird nach Izard als Reaktion auf die Anwesenheit eines anderen Menschen aufgefasst, das ab der ersten Lebenswoche beobachtet werden kann. Weiter wird das Lächeln als Ausdruck der Freude selbst von sehr jungen Kleinkindern sowohl geäußert als auch erkannt (Izard 1994). Spitz (1967) und Mahler (1980) dagegen betrachten Lächeln als reflexartigen Ausdruck einer körperlichen Bedürfnisbefriedigung. Als soziales Lächeln zeigt sich im dritten Lebensmonat zunächst das unspezifische soziale Lächeln und wandelt sich zwischen dem 5. und dem 8. Monat in das spezifische soziale Lächeln. Säuglinge reagieren auf viele Reize mit Lächeln, am stärksten jedoch auf das menschliche Gesicht. Nach etwa 5 Monaten beginnt das Baby, die Mutter von anderen zu unterscheiden und lächelt in der Folge weniger, wenn es fremde Gesichter sieht.

Das Lachen sei bei Säuglingen im Alter von fünf bis neun Wochen erstmalig in verschiedenen Studien beobachtet worden. Washburn (zitiert nach Izard 1994) beobachtete einen beträchtlichen Anstieg in der Häufigkeit des Lachens mit dem Alter zwischen dem vierten

und zwölften Lebensmonat. Lachen wurde am häufigsten durch visuelle Reize ausgelöst, dann durch soziale, auditive und taktile. Beim Lachen wenden sich Säuglinge dem Gegenüber zu, wogegen sie sich beim Weinen abwenden, wie Sroufe und Wunsch (zitiert nach Izard 1994) beobachteten. Auf das Zeigen von Fotos von menschlichen Gesichtern mit den Primäraffekten Angst, Ekel, Freude, Trauer, Überraschung und Wut reagieren Säuglinge mit spiegelnder Mimik und somit affektiv (Endres- de- Oliveira 1989). Drei Gruppen von Reizen können bei Kindern, die zwischen zwei Monaten und zwei Jahren alt sind, Lachen hervorrufen (Jacobson 1961). Diese sind erstens kurze rhythmische äußere Reize wie Kitzeln, visuelle und akustische Reize, zweitens propriozeptive Reize und drittens kann durch die Beobachtung plötzlicher oder schneller Bewegungen von Personen und Gegenständen bis zum Grimassenschneiden Lachen ausgelöst werden. Der Ablauf der Reizauslösung gliedert sich in die Einleitungsphase der "lustvollen Hochspannung" und die Phase der plötzlichen Entspannung.

Nach dem Lächeln und Lachen bei den Säuglingen soll nun das Lachen im weiteren Kindesalter betrachtet werden. Dabei ist eine typische Form des Lachens das beim lustvollen Spiel auftretende Lachen (wie schon oben bei den Affen beschrieben). Ernst Schneider (1956) beschreibt die Szene, als seine kleine Enkelin, von ihm geschubst, umfiel und dies nach der ersten Angst zu einem lustvollen Spiel machte, bei dem sie beim Hinfallen jedes Mal laut lachte und den Großvater zum Weiterspielen aufforderte. Schneider macht aufmerksam auf den Unterschied zwischen leisem Lachen, wenn ein kleiner Säugling die Mutter sieht und dem lauten Lachen beim lustvollen Spiel. Der Antrieb zur Entwicklung liegt nach Schneider in der Unlust, was zum Suchen von Lust führt und dieser Prozess führt weiter zum Lachen. Lust, Humor und Lebensfreude sieht Schneider als Gegenpol für das Schwere, die Depression und die Todesangst. Nach der Betonung der Lustempfindung beim Lachen durch Schneider beschreibt Lempp (1992), dass Kinder zunächst in Entlastungs- oder Entspannungssituationen lachen. Dies bestätigt und ergänzt sich durch die Aussagen von Blatz (zitiert nach Jacobson, 1961), der Lachen und Lächeln als von der Gemeinschaft bestätigte Tics oder kompensatorische motorische Mechanismen ansieht, die mit der Lösung von Konflikten einhergehen, die vor kürzerer oder längerer Zeit ein Individuum in Schwierigkeiten versetzt haben. Diese Erkenntnis stammt aus Beobachtungen beim Erlernen der Bewegungskontrolle der Kinder. Mit zunehmender Reife lachen Kinder dann, wenn ein selbst bewirktes und erwartetes Ereignis eintritt. Im Lauf der weiteren Entwicklung zeigen sie auch Teilnahme am sozialen Lachen und können mit zunehmender Entwicklung Witze verstehen und darüber lachen. Kinder lachen jedoch auch über Verhalten und Situationen, die Erwachsenen nicht komisch erschei-



nen. Nach Blurton Jones (1972) tritt Lachen bei Kindern nur in Gegenwart anderer Kinder auf, was ganz überwiegend auch für Lächeln zutreffe, eine Aussage, die im Widerspruch zur praktischen Beobachtung und zu vorgenannten Autoren steht. Bei Kindergartenkindern beobachtete Blurton Jones ein Kontinuum vom Lachen zum Schreien.

Ein unter Kindern häufiges Phänomen ist das Auslachen. Dabei geben überwiegend äußere Umstände den Anlass (Guegler 1958). Diese sind Ungeschicklichkeit und Unbeholfenheit, körperliche Besonderheiten und Mängel, Abweichungen von der Norm sowie Fehlverhaltensweisen.

Zum Lächeln und Lachen im Kindesalter lässt sich zusammenfassen, dass diese Verhaltensweisen ab den ersten Lebenswochen beobachtet werden können. Während sie anfänglich Äußerungen von Lustempfindungen und Wohlfühlen sind, bekommen sie bald eine soziale Funktion, die den Beziehungsaufbau unterstützt. Lachen tritt zunehmend bei Entspannung und Erleichterung auf, Lachen über Witze und Auslachen sind zu beobachten, und in der weiteren Entwicklung der Kinder vervielfältigen sich die Anlässe und Bedeutungen dieser Verhaltensweisen bis zum Erwachsenenalter hin.

## **1.2 Lachen in der Menschheitsgeschichte**

### **1.2.1 Philosophie**

In der Antike wurde das Lachen von der Gesellschaft gefürchtet, die sich seiner als einer subversiven Macht bewusst war. Auch die Philosophen betrachteten es als ein schwer kontrollierbares und gefährliches Phänomen, sie wiesen ihm deshalb einen Platz auf der Gegenseite der Vernunft zu, im Bereich des Hässlichen. Andererseits bezeichnete Aristoteles (zitiert nach Ueding 1992) den Menschen als ein sich von allen anderen Wesen durch sein Lachen auszeichnendes Geschöpf. Er betrachtete das Lachen als ein Wesensmerkmal des Menschen, das ihn von der Tierwelt, aber auch von der Götterwelt abhebt (zitiert nach Kuschel 1992). Die Komödie besteht nach Aristoteles in einem Mangel, den er mit dem gleichen Wort bezeichnet, das Tragödien auslöst: Hamartia, einem Mangel oder einer Hässlichkeit, der oder die nicht schmerzhaft oder destruktiv ist. In der Komödie wird etwas Schmerzvolles harmlos präsentiert (zitiert nach Holland 1982). Dabei lachen wir nach Aristoteles' Theorie über den Kontrast zwischen dem präsentierten Gegenstand und der Art der Präsentation. Das gefürchtete Lachen wurde in der Komödie kanalisiert und diente zur Reinigung von Affekten. In seiner

Rhetorik empfahl Aristoteles das Lächerliche als rhetorisches Kunstmittel zur Anwendung in den Prozessen, indem er schrieb, man müsse den Ernst der Gegner durch Lachen und ihr Lachen durch Ernst zunichte machen. Platon (zitiert nach Heinrich 1986) dagegen versuchte, das Lachen durch Verbot zu begrenzen. Er betrachtete das Lachen als rationale Reaktion, um einen Mangel an Selbstvertrauen zu verbergen (zitiert nach Askenasy 1987). Im griechischen Epos berichtet Homer (zitiert nach Heinrich 1986) vom Gelächter der Götter. Sie verlachen Hephaistos, der nach seinem Sturz aus dem Olymp hinkt. An anderer Stelle beschreibt Homer, dass das Herz des Zeus lacht, während die Götter als Vorkämpfer der Menschen auf dem Blachfeld von Troja aufeinander einschlagen. Und an wieder anderer Stelle bei Hesiod (zitiert nach Heinrich 1986) kündigt Zeus lachend dem Prometheus das Übel an, das die zerstören soll, die es umarmen.

Die geschilderte Gefahr, die vom Lachen ausgeht, wird nachvollziehbar und das Lachen zeigt sich im zweifelhaften göttlichen Vorbild als aggressiv und Macht bestätigend mit dem Grund der Freude am Krieg und an der Verletzung eines anderen. Im Gegensatz dazu zeigt sich das Lachen bei den Tänzen des Dyonisoskults in einer gutartigen Form als Ausdruck ekstatischer Freude in den Ritualen. In Festen der Volkskultur von den Dionysien und Saturnalien bis zum Karneval hatte das Lachen der niederen sozialen Schichten und der Sklaven seine ritualisierte legale Berechtigung (Bischof 1986). Gleichzeitig waren hier die Reste der älteren Religionen eingebettet. Zusätzlich erlaubten diese Rituale einen befristeten Rollenwechsel: im Karneval kann der Sklave König sein.

In der Antike zeigt das Lachen also einerseits seine Herkunft aus der Aggression mit göttlicher Freude an Macht und Kampf ebenso wie Schadenfreude und gezieltem Einsatz zum Streit bei Gericht und zur geschickten Bekämpfung der Gegner und ihrer Argumente, andererseits zeigt es einen Bezug zur Lebensfreude und Hoffnung auf ein besseres Leben.

Im Mittelalter spielte das Lachen im Narrentum eine wichtige Rolle, wo es nach Heinrich (1986) eine initiatorische oder eschatologische Komponente bis hin zu Eulenspiegel und Simplicius Simplicissimus zeigt. Dabei war wesentlich, dass das Lachen gegenüber der Katastrophe und ihrem letalen Ausgang distanziert, und man lachte aus Erleichterung. Über das sardonische Lachen bestehen widersprüchliche Berichte. Nach Fehrle (1930) entspringt es einem Brauch, bei dem lachend alte Menschen getötet wurden. Damit sollte das Leben betont und der Tod fern gehalten werden. Heinrich (1986) berichtet von Überlieferungen, dass ein sardisches Kraut unter Zähneklappern eine schreckliche Verzerrung des Gesichts und danach rasch den Tod bewirke. In den Klosterregeln des Mittelalters stellte das Lachen Sünde dar und das Schweigen die Tugend. Dies steigerte sich in der Romantik, als das Gelächter des Teufels

zur ständigen thematischen Herausforderung der symbolischen Kultur wurde (Neumann 1991).

Im Mittelalter steht das Lachen also in der christlichen Polarität von Tugend und Sünde, während es im Narrentum eine aus älterer Tradition stammende Rolle spielte. Bei dieser wurde die Hierarchie wie beim Karneval spielerisch verkehrt. Es entstand ein paradoxes Wechselspiel zwischen Erniedrigung und Machtgewinn, und die Katastrophe der Tragödie wurde wie bei den Komödien des Altertums im Lachen aufgelöst.

Die alte Theorie des Lachens aus Erleichterung wurde 1650 von Thomas Hobbes (zitiert nach Holland 1982) erweitert. Hobbes beschrieb die Natur der Anspannung als Bewusstheit über Schwächen in einem selbst und die Natur der Erleichterung als plötzliche Erkenntnis von Eminenz in uns selbst (zitiert nach Holland 1982). Aristoteles' These, dass der Mächtige über den Schwächeren lache, wurde von Hobbes modifiziert: Der Imperfekte lache über den noch Unglücklicheren (Lemma 2000).

Die klassischen Philosophen entwickelten Aristoteles' Gedanken des Lachens über den Kontrast zwischen einem präsentierten Gegenstand und der Art der Präsentation weiter. So definierte Schopenhauer (zitiert nach Holland 1982) das Lächerliche als Inkongruenz zwischen einem Konzept und dem realen Objekt, dem es entsprechen sollte. Kant (zitiert nach Heinrich 1986) bezeichnete das Lachen als einen Affekt aus der plötzlichen Verwandlung einer gespannten Erwartung in Nichts und stellte fest, dass nur etwas Widersinniges ein lebhaftes und erschütterndes Lachen erregen könne. Nach Hegel (Vorlesungen über die Ästhetik, zitiert nach Dreßen 1986) ist Lachen der Ausdruck des Herausplatzens, das jedoch nicht haltungslos bleiben darf, wenn nicht das Ideal verloren gehen soll. Das Lachen der Götter wird in der Philosophie des deutschen Idealismus als Ausdruck von seliger Indifferenz, Seinsfülle und Versöhnung der Widersprüche interpretiert (Neumann 1991). Kant ergänzte Voltaires Sicht, dass der Himmel uns Hoffnung und Schlaf gab, um durch' s Leben zu kommen: und Lachen (Lemma 2000). Nietzsche (zitiert nach Ueding 1992) betont die Funktion des Lachens zur Linderung des menschlichen Leidens. An anderer Stelle äußerte er: "Lachen heißt schadenfroh sein, aber mit gutem Gewissen" (zitiert nach Jacobson 1961, S. 42). Im Lächerlichen sieht Nietzsche einen Weg, die Ekelgedanken über das Entsetzliche und das Absurde des Daseins in Vorstellungen umzuwandeln, mit denen sich leben lässt (zitiert nach Neumann 1991).

Bei den klassischen Philosophen steht also eine Spannung oder Inkongruenz und deren Auflösung im Zentrum der Betrachtungen zum Lachen. Es kann eine Spannung zwischen Ideal und Realität oder die Spannung zwischen dem Entsetzlichen und dem Leben oder auch

die Spannung zwischen Schwächen in uns und der Erkenntnis von Eminenz ausgemacht werden. Die Plötzlichkeit der Auflösung der Spannung wird als wesentlich beschrieben und der Kontrast zwischen Polaritäten scheint relevant.

Bergson (1900) hat sich in seinem Werk „le rire“ eingehender mit dem Lachen beschäftigt, wobei er dieses vorwiegend im Zusammenhang mit Komik untersucht. Nach Bergson gibt es keine Komik außer in der menschlichen Sphäre. Als Eigenschaft des Komischen betont er die Gefühllosigkeit, die gewöhnlich dem Lachen zur Seite geht. Seelische Kälte sei das wahre Element des Komischen. Das Lachen bedarf nach Bergson des Echos, und es habe auch den Lautcharakter des Widerhalles. Unser Lachen sei stets das Lachen einer Gruppe. Und das Lachen trage eine soziale Note, habe eine gewisse Aufgabe im Leben der Gemeinschaft. Als Anlässe des Lachens schildert Bergson die Beobachtung von Ungeschicklichkeit, mechanischer Starrheit, Zerstreuung, Seelenlähmung durch Laster, das Fehlen von Spannung und Geschmeidigkeit, Abnormität. An Beispielen nennt er Clowns und komische Anlässe des Lachens. Nach Bergson wirken Stellungen und Gebärden des Körpers komisch auf uns, die mechanisch wirken. Weiterhin erleben wir als komisch, wenn unsere Aufmerksamkeit von der geistigen auf die physische Natur des Menschen gelenkt wird. Eine „mechanische Kruste“ über Lebendigem rufe Lachen hervor, zum Beispiel, wenn eine Person wie eine Sache erscheine. Bei der Situations- und Wortkomik liegt nach Bergson die Komik in der Verkettung von Handlungen und Ereignissen, die uns die Illusion des Lebens und das deutliche Gefühl eines mechanischen Arrangements zugleich verschaffe. Auch die Verkleidung eines absurden Gedankens in das Gewand einer stehenden Redewendung erzeuge Komik, ebenso wie das Wörtlich- Nehmen eines Ausdrucks, der im übertragenen Sinn gemeint ist. Die Charakterkomik beginne mit einer Versteifung gegen das soziale Leben. Auch hier führt Bergson Zerstreuung, Starrheit sowie Charakterfehler und zusätzlich Eitelkeit und Absurdität als komische Elemente auf. Das Lachen sieht Bergson einerseits als eine Korrektur der Mechanisierung des Lebens an; Diese Korrektur wird durch den Humor vorgenommen. Andererseits schreibt er dem Lachen auch eine Funktion der sozialen Kontrolle zu. So halte das Lachen die Gesellschaftsmitglieder davon ab, die Grenze des Ziemlichen und Normalen zu sehr zu überschreiten (zitiert nach Zijderfeld 1976). Das Lachen muss nach Bergson gewissen Anforderungen des Gesellschaftslebens genügen.

Nach Bischofs (1986) Einschätzung verlegt Bergson das Lächerliche ins Subjekt und verkehrt damit die Verhältnisse ins Gegenteil: Sie schildert die gesellschaftlichen Zwänge als das Lächerliche, was durch das Lachen entlarvt wird. Nach Heinrich (1986) sieht Bergson die Gesellschaft als einen Körper, der der Gespanntheit und Elastizität bedarf. Was dieser Forde-

rung nicht entspricht ist- im Interesse des Lebens- auszumerzen. Stellvertretend hierfür steht die Strafe in Form der sozialen Geste des Lachens.

In der Zusammenfassung von Bergsons Verständnis des Lachens deckt er dessen Gefühllosigkeit auf. Wenn das Lebendige durch eine „mechanische Kruste“ überdeckt sei, werde Lachen zur Korrektur dieses Zustandes ausgelöst. Prozesse der „Versteifung des sozialen Lebens“ können ebenfalls Lachen auslösen. Insgesamt scheint bei Bergson wichtig, dass Lachen entsteht, wo fühlendes Leben gehemmt ist und sich nicht entfalten kann.

Lachen in der Polarität zum Weinen ist das Thema von Plessners (1961) Arbeit. Das Lachen betrachtet er als Ausdrucksgebärde ohne meinenden Charakter, auch wenn die Anwesenheit anderer zur Auslösung der Expression notwendig sei. Er beschreibt, dass unbeantwortbare Lagen, welche nicht bedrohend erlebt werden, Lachen und Weinen erregen, mittels dieser Reaktionen nehme der Mensch Abstand von der unbeantwortbaren Lage. Als Anlässe des Lachens nennt Plessner die Gebärden der Freude und des Kitzels, in all seinen Bedeutungsfacetten von der körperlichen Empfindung über ambivalente Reizzustände bis zur erotischen Sphäre und zu sinnlicher Irritiertheit. Als weitere Anlässe des Lachens nennt er Spiel, Komik und den Witz mit seiner Ambivalenz und Doppeldeutigkeit und kommt dann zu Verlegenheit und Verzweiflung. Bei der Verlegenheit als Anlass des Lachens sieht er ebenso die Möglichkeit, in Weinen auszubrechen. An Bergsons Analyse bedauert Plessner die Einschränkung, dass diese das Lachen nur im Gesichtskreis des Komischen untersuche. Im Weinen dagegen sieht Plessner ein Kapitulieren, ein gefühlsmäßiges Gewahrwerden der eigenen Ohnmacht, während er im Lachen eine unpersönliche Beantwortung einer Situation sieht. Plessner entwickelt zum Schluss seiner Betrachtungen, dass Lachen und Weinen Reaktionen auf Krisen menschlichen Verhaltens sind. Beide sind Antworten auf eine Grenzlage.

Plessner sieht das Lachen primär als eine anthropologische Expression und vergleicht es ständig mit dem Weinen. Er untersucht den Zusammenhang der Person mit ihrem Körper und interpretiert die Phänomene des Lachens und Weinens als an der Grenze zwischen bewusst- bedeutsamen und unbewusst- physiologischen Ebenen liegend. Lachen und Weinen kann der Mensch nur, wenn er sich diesen körperlichen Vorgängen überlässt. Nach Plessner geben diejenigen Situationen zum Lachen und Weinen Anlass, die für den Menschen unbeantwortbar sind, auf die er keine adäquate Antwort weiß, zu denen er sich nicht mehr sinnvoll verhalten kann. Zijderfeld (1976) trifft dabei die Unterscheidung, dass der Mensch beim Weinen mehr subjektiv beteiligt ist, beim Lachen objektiver und distanzierter. Nach Plessner haftet dem Lachen etwas Oberflächliches an, der Mensch antwortet mittels des Lachens direkt, ohne sich als Person in die Antwort mit einzubeziehen. Indem der Mensch lache,

überlasse er seinen Körper sich selbst, verzichte somit auf die Einheit mit ihm, die Herrschaft über ihn. "Mit dieser Kapitulation als leibseelisch-geistige Einheit behauptet er sich als Person. Der außer Verhältnis zu ihm geratene Körper übernimmt für ihn die Antwort; nicht mehr als Instrument für Handeln, Sprechen, Gesten, Gebärden, sondern in direktem Gegenstoß" (Plessner, 1961, S.190/ 191). Durch Unvertretbarkeit, Unmittelbarkeit und Unwillkürlichkeit unterscheide sich das Lachen von Mimik, Sprache und Handlung und hebe sich somit als Ausdrucksgebärde besonderer Art hervor (Plessner, zitiert nach Rötzer 1986). Es bewirke zwar in der Gebärde eine Entladung der Spannung, bringe jedoch in symbolischer Verkürzung einen Ersatz zur Handlung hervor, der zu keiner Lösung führe. Nicht der Mensch lache, es lache in ihm, und er sei nur Schauplatz und Gefäß für diesen Vorgang. Somit verselbständige sich das Lachen, es erstelle kein Werk, sondern bewirke nichts als sich selbst.

Plessners Verständnis lässt sich folgendermaßen zusammenfassen: Lachen wie Weinen sind Reaktionen auf unbeantwortbare Lagen. Beim Weinen besteht ein Erleben der eigenen Ohnmacht, wogegen das Lachen eine unpersönliche Beantwortung der Situation darstellt. Um zu lachen oder zu weinen, muss man sich dem körperlichen Ablauf überlassen.

Das Lachen löse einen Sinn auf, schreibt Bataille (zitiert nach Bahr 1986), und erweitert die Diskussion um einen neuen Aspekt. Baudelaire (zitiert nach Lemma 2000) verweist auf die Schattenseiten des Lachens und ihre Antizipation: Der Weise lacht nur mit Furcht und Zittern. Bischof (1986) bezieht sich auf Bataille und Baudelaire und betrachtet das Lachen als differenzierend zwischen einer vermeintlich höheren und einer niedrigeren Existenz. Der sozial höher Stehende lacht über den Benachteiligten. Dadurch konstituiere sich ein Unterschied im Wert des Seins. Gleichzeitig sichere dieses Wertgefühl dem Lachenden die Gewissheit des Seins, während es demjenigen, über den gelacht wird, den Beweis der Abwesenheit des Seins erbringe. Das ambivalente Lachen entspringe der Spannung zwischen einem Höheren und einem Niederen, einem Vollendeten und einem Unvollendeten, einer Fülle und einer Leere. Die Erkenntnisse der antiken Philosophen werden hier einbezogen und weitergeführt in einen umfassenderen Verständniszusammenhang. Weiter entwickelt und ausgeführt wird die Polarität im Zusammenhang von Lachen und Katastrophe, der von Jurzik (1986) thematisiert wird. Sie erinnert daran, dass das Lachen im Halse stecken bleiben kann und damit auf die Kehrseite des Lachens, die Angst verweist. Die Polarität von oben und unten zeigt sich symbolisch im Zwerchfell als innerer Grenze zwischen oberer und unterer Körperhälfte und als Organ, welches das Lachen körperlich ausführt, in rhythmischen konvulsivischen Anspannungen, wie sie beim Sexualakt aber auch beim Gebären auftreten. Das Lachen entsteht bei Kindern durch motorische Aktion wie In- die- Luft- geworfen- Werden in der Zeit

der motorischen Entwicklung und somit der analen Phase. Witze beziehen ihre Spannung oft aus dem Gegensatz von Vorstellungen sexuellen oder analen Inhalts zu dem Tabu, über solche Themen zu sprechen.

In der Beschreibung eines Initiationsrituals durch Eliade (zitiert nach Jurzik 1986) werden dem Knaben unter Lachen des Schamanen die Gliedmaßen abgeschnitten und dann wieder angefügt, wobei das Lachen der Zeremonie den Schrecken, die Kastrationsangst und die Todesangst bannen soll. Es ist Drohbärde und wendet die Drohung ab.

Das Lachen wurde im Lauf der Zeit fortschreitend deklassiert, bis sich heute das Ideal einer nicht-lachenden Gesellschaft zu realisieren scheint (Bischof 1986). In der lachfeindlichen Neuzeit wird das authentische Lachen von einem unechten Lachen substituiert. Dieses soll verhindern, dass die zersetzenden Potentiale des Lachens den reibungslosen Ablauf der sozialen Funktionen stören. Bischof betrachtet das Lachen als eine Form der Erkenntnis, die jede dienende Funktion von sich abschüttelt. So kann Lachen die Funktion haben, Überlegenheit der lachenden Person auszudrücken oder zu etablieren und kollektives Selbstbewusstsein und Selbstbestätigung auf Kosten anderer zu erreichen (Glasgow 1997). Damit fokussiert Glasgow noch stärker als Bischof auf den hierarchischen Rangunterschied, der durch das Lachen aufgebaut oder bestätigt werden soll und kommt dem Verständnis der antiken Philosophen noch näher, jedoch unter Einbeziehung selbstpsychologischer Aspekte. Die Polarität zwischen dem philosophischen Diskurs des Ernstes und der kontrollierten Ratio wird seit der Antike konterkariert durch einen Diskurs des Achselzuckens und des Lachens (Sloterdijk, zitiert nach Neumann 1991). Lachen als Ausdruck der Freude kann nach Sartre (zitiert nach Izard 1994) den Versuch, das ersehnte Objekt vollständig zu besitzen, anzeigen. Bull (ebenfalls zitiert nach Izard 1994) vertrat die Ansicht, dass Freude oft mit Triumph vermischt sei, was für das Lachen entsprechend gilt. Als flüchtiges Phänomen in der Funktion einer Aufhebung wird Lachen von Derrida (zitiert nach Bahr 1986) betrachtet. Sein Ausbruch erhalte sich nicht, und damit sei es nicht das Negative, zumal es sich weder mit sich selbst verkette, noch in einem Diskurs zusammenfasse.

Als Reaktion des Körpers, in der dieser sich gegen Vergeistigung, Rationalisierung und Abstraktion behauptet, betrachten Kamper und Wulf (1986) das Lachen. Der Körper, nicht das Ich, bringe sich im Lachen zum Ausdruck. Im Lachen stoßen Unvereinbarkeiten aufeinander, es gefährde die rationale Ordnung des modernen Subjekts. Lachen sei gefährlich, habe auch heute eine subversive Potenz. "Im Lachen wird der Schrecken in Lust verwandelt; doch bleibt die Erinnerung an das Entsetzen und seine Vorahnung. Solange wir lachen, sind wir nicht in der Katastrophe, wir vermeiden es, besänftigen das drohende Schicksal. Die

Erschütterung des Lachens birgt den Triumph über das Entkommen. Wenn nichts mehr geht, bietet das Lachen noch immer einen Ausweg, den man sich jedoch nicht suchen kann, der sich vielmehr von selbst ergibt oder verschließt" (Kamper und Wulf 1986, S. 8).

In der Zusammenfassung der philosophischen Betrachtungen zum Lachen sind die Erkenntnisse der antiken Philosophen bis heute gültig und erfahren in der Geschichte Modifikationen und Ergänzungen. Die alten Wurzeln des Lachens in Aggression, Kampf und Schadenfreude sind Zeit übergreifend aktuell und die subversive Potenz des Lachens scheint ungebrochen. Die Gefahr des Lachens ist durchgängig Thema, vom Altertum bis heute ist das Lachen mit der Katastrophe verbunden, als Versuch der Flucht, der Bewältigung, als Triumph über das momentane Entkommen. Das Lachen sichert die Gewissheit des Seins, und das Erleben der Katastrophe kann vermieden werden. Das Lachen zeigt die Herrschaft des Körpers an, und sein körperlicher Vorgang hat durch das Zwerchfell mit der Trennung des oberen vom unteren Körper Bezug zur Sexualität und mit seinem konvulsivischen Ablauf mit der Geburt.

Nach den Philosophen soll nun die Sicht der Theologen auf das Lachen wiedergegeben werden, soweit sie für die hier untersuchte Frage von Interesse ist.

### 1.2.2 Theologie

Überlegungen zu einer Theologie des Lachens stellt Kuschel (1992) an und fragt, ob es stimme, dass Christus nie gelacht habe. In Umberto Ecos "Der Name der Rose" geht es um das verschollen geglaubte zweite Buch des Aristoteles über die Komödie, in dem *die* philosophische Autorität des Abendlandes schlechthin positive Aussagen zur Funktion des Lachens gemacht hatte, an denen auch die Theologie nicht länger hätte vorbeigehen können. Der Hüter der Bibliothek Jorge von Burgos äußert: "Das Lachen ist ein Zeichen der Dummheit. Wer lacht, glaubt nicht an das, worüber er lacht, aber er hasst es auch nicht. Wer also über das Böse lacht, zeigt damit, dass er nicht bereit ist, das Böse zu bekämpfen, und wer über das Gute lacht, zeigt damit, dass er die Kraft erkennt, dank welcher sich das Gute wie von selbst verbreitet... Die Seele ist heiter nur, wenn sie die Wahrheit schaut und sich am vollendeten Schönen ergötzt, und über Wahrheit und Schönheit lacht man nicht. Eben darum hat Christus niemals gelacht. Das Lachen schürt nur den Zweifel" (Eco 1986, S. 168). Kuschel führt aus, dass der Zweifel die Existenz Gottes in Frage stellt, und dies ist die Bedrohung, die Jorge von Burgos zu verhindern sucht.



An einigen Stellen der Bibel ist das Lachen Thema. Im alten Testament erscheint Gott dem fast hundertjährigen Abraham und verkündet ihm, dass sein Weib Sarah einen Sohn gebären wird. Adam wirft sich auf die Knie - und lacht, ein Lachen der Ungläubigkeit. Und Sarah, die von Ferne zuhört lacht ebenfalls, aufgrund der Unwahrscheinlichkeit, noch ein Kind zu bekommen. Der Grund ihres Lachens ist eine Diskrepanzerfahrung von Wirklichkeit und Möglichkeit und somit der Zweifel. Aus Angst verleugnet sie dann, gelacht zu haben. Die christliche Religionsgeschichte bagatellierte das Lachen Abrahams, aber der Sohn, der Sarah und Abraham geschenkt wurde hieß Isaak, was übersetzt heißt: "Gott lacht". Im Psalm 2 lacht Gott die Menschen aus: "...Doch er, der im Himmel thront, lacht, der Herr verspottet sie..." Und in einem weiteren Psalm heißt es: "Du aber, Herr, verlachst sie, Du spottest über alle Völker."

Zusammengefasst findet sich im alten Testament eine Palette vieldeutigen Lachens: das skeptische, ungläubige Lachen des Menschen, ein befreiendes, freudiges Lachen mit Gott; das überlegen- spöttische Lachen Gottes, aber auch das unheimliche, rätselhafte, abgründige Lachen Gottes, und das unbedachte, sündhafte Lachen des Toren.

In der Bibel ist keine Stelle zu finden, wo Jesus lacht, aber er freut sich an allen Lebewesen und kann nicht als grundsätzlicher Feind der Freude und des Lachens verstanden werden. Erst im 2./ 3. Jahrhundert n. Chr. in gnostischen Kreisen entstand die Apokalypse des Petrus, in der der "lachende Erlöser" auftaucht. Im neuen Testament findet sich in der Feldpredigt des Lukas folgende Aussage von Jesus: "Weh euch, die ihr jetzt lacht; denn ihr werdet klagen und weinen" (Lukas 6, 25). Zuvor stellt Jesus in der selben Predigt in Aussicht: "Selig, die ihr jetzt weint, denn ihr werdet lachen" (Lukas 6, 21).

Addison (zitiert nach Holland, 1982) berichtet im 18. Jahrhundert von einem Kapuzinermönch, der das Lachen als Auswirkung der Ursünde ansah. Im 20. Jahrhundert findet sich das Thema des Lachens in Hesses Steppenwolf, dem Mozart in einer Vision verkündet: "Sie sollen leben und Sie sollen das Lachen lernen. Sie sollen die verfluchte Radiomusik des Lebens anhören lernen, sollen den Geist hinter ihr verehren, sollen über den Klimbim in ihr lachen lernen. Fertig, mehr wird nicht von Ihnen verlangt." Der amerikanische Theologe Harvey Cox (zitiert nach Kuschel 1992) gelangt in seinem Buch "das Fest der Narren" zu der Schlussfolgerung: "Das Gelächter ist der Hoffnung letzte Waffe... Wo Lachen und Hoffnung verschwunden sind, da hat der Mensch aufgehört, Mensch zu sein" (Kuschel 1992, S. 126).

Auch in anderen als der christlichen Religion war das Lachen Thema: So verehrten die Griechen Gelos als Gott des Lachens, die Römer nannten ihn Risus. Wiederum in der christli-

chen Kirche war im Mittelalter der Risus Paschalis üblich, das Osterlachen, wobei von der Kanzel herab derbe Späße gemacht wurden (Fehrle 1930).

Aus der Theologie lässt sich also zusammenfassen, dass das Lachen wie schon in der Philosophie auch hier als gefährlich betrachtet wurde. Die Gefahr bestand im Zweifel am Glauben, den das Lachen bewirken und zum Ausdruck bringen kann. Gleichwohl existieren einige Bibelstellen, wo Gott oder Menschen lachen, jedoch handelt es sich nicht um ein Lachen aus Freude, sondern Zweifel und Unglaube von Seiten der Menschen und Spott von Seiten Gottes. Es gibt keine Bibelstelle, wo Christus lacht, was sicher nicht gegen sondern für seine Menschenliebe spricht. Die moderne Theologie verweist auf den möglichen Zusammenhang von Lachen und Hoffnung.

Nun sollen die sozialen Funktionen des Lachens und einige Beobachtungen zum Lachen in verschiedenen Kulturen betrachtet werden.

### 1.2.3 Soziologie und Ethnologie

Eine Soziologie des Lachens und des Humors wurde von Zijderfeld (1976) vorgestellt. Das Lachen ist in Zijderfelds Sicht nicht nur eine Reaktion auf einen humorvollen Reiz, sondern es trägt zum Humorgehalt einer Situation bei: Durch das Lachen kann eine Situation zur humorvollen Situation werden. Nach George Mead's (zitiert nach Zijderfeld 1976) Theorie des sozialen Interaktionismus versetzen wir uns gleichzeitig in mehrere Rollen, in die des Redenden und des Zuhörers. Nur aufgrund dieser gegenseitigen Internalisierung der Rollen sind wir im Stande, einander zu verstehen und miteinander zu kommunizieren. Über ein beobachtetes Ungeschick lachen wir, weil wir uns mit dem Beobachteten identifizieren, dabei Spannung aufbauen, die anschließend im Lachen in Entspannung abgebaut wird.

Zijderfeld produziert die Idee, Lachen als Sprache anzusehen, als eine Form der Kommunikation und der Bedeutungsgebung, die eine Situation als bewältigbar und humorvoll etikettiert. Außerdem lädt das Lachen zum Mitlachen ein, wie das Reden zum Mitreden. Lachen ist ansteckend, weil es genauso wie das gesprochene Wort eine Antwort verlangt. Die Soziologin Coser (zitiert nach Zijderfeld 1976) bezeichnet Lachen als die Sprache des Humors und eine Situation wird als humoristisch definiert durch das Lachen. Die kognitive Dissonanz, die Spannung zwischen einer Alltagserfahrung und der Möglichkeit des Andersseins der Lebenswelt wird vom Lachen aufgelöst, denn es definiert den Vorfall als ein nicht ernst zu nehmendes Ereignis.

Zum Lachen in ethnologischer Perspektive zitiert Zijderfeld Gorer mit der Aussage, dass Lachen in Afrika oft ein Ausdruck der Verwunderung oder des peinlichen Betroffenseins ist, und nicht wie in unserer Kultur der Ausdruck von Vergnügen und Entspannung. Nach Klineberg (zitiert nach Zijderfeld 1976) hat im traditionellen Japan Lachen und Lächeln oft mehr mit dem Befolgen von Regeln der traditionellen Etikette als mit Entspannung und Vergnügen zu tun. So lache und lächle der traditionelle Japaner vor allem in Zeiten des Kummers, weil die Etikette vorschreibt, nie andere mit dem eigenen Schmerz und Gram und mit eigenen Schwierigkeiten und Problemen zu belasten. (Klineberg, zitiert nach Zijderfeld 1976). Aus Schlesien stammt nach Fehrle (1930) der Brauch, sich gegen die Gefahr des Brechens der Freundschaft zu sichern, indem der Beschenkte bei Annahme eines Geschenkes lachte.

Zu den sozialen Funktionen des Humors und des Lachens schreibt Zijderfeld, dass die meisten Betrachtungen Nachdruck auf das befreiende Element in Humor und Lachen legen. Auch das aggressive Element ist nach Zijderfelds Ansicht überbetont worden. Er erwähnt hier Eastmans Argument, dass Nonsens- Witze kein erhebliches aggressives Moment aufweisen. Als Mittel zur Kommunikation wird Lachen nach Hayworth's (zitiert nach Zijderfeld 1976) Hypothese angesehen, da Lachen für die Mitglieder einer Gruppe ursprünglich bedeutete, dass die Gefahr vorbei war, dass die Situation jetzt wieder sicher war, und dass man wieder aufatmen konnte. Am Anfang der Evolution lebte der Mensch nach Hayworth unter äußerst gefährlichen Umständen. Damals brauchte er ein Signal, um anzuzeigen, dass die Gefahr gewichen war und Entspannung eintreten durfte. Das Lachen kann andererseits auch das Zeichen einer emotionalen Irritation sein. Lachen markiert nach Zijderfeld in vielen Fällen die Grenzen einer Gruppe. Humor verbindet Menschen, kann helfen, eine Gruppe zusammenzuhalten und ihnen in bedrohter Situation Hoffnung und Energie geben. Die Rolle des Humors in der modernen Gesellschaft hat sehr abgenommen (Zijderfeld 1976). Die Sucht nach Macht, Prestige und Konsum und die Folge der Konkurrenz verhindern ein lustvolles Erleben der Welt, der Mensch vergesse und verlere das Lachen. Auf seinem verbissenen Weg zum Erfolg kann der moderne Mensch es sich nicht erlauben, seine Zeit mit Humor und Lachen zu vertun. Die Absurdität der Situation wird besonders krass deutlich am Beispiel des "canned laughter", des Lachens vom Tonband, das in amerikanischen Fernsehshows dem Zuschauer signalisiert, wann er zu lachen hat (Zijderfeld 1976). Der Soziologe Postman (zitiert nach Neumann 1991) fragt: "Amüsieren wir uns zu Tode?" Neumann (1991) bezeichnet die moderne Kultur des Entertainments als Superideologie, als Industrie der Unterhaltung, die jederzeit ein Angebot zum Lachen bereitstellt und dabei im Medium Fernsehen jedes Thema als Unterhaltung präsentiert. Das Lachen habe sich bis zur Lächerlichkeit wie ein Spaltpilz

durch unsere gesamte kulturelle Symbolik gefressen. Dagegen vermisst Neumann in der heutigen Zeit zunehmend das authentisch- souveräne Lachen und findet es abgelöst vom lächerlichen Lachen der massenmedialen Gesellschaft.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der Ethnologen die Vielseitigkeit der Verhaltensweise des Lachens in den verschiedenen Kulturen. So gilt das Lachen in Afrika oft als Zeichen der Verwunderung oder des peinlichen Betroffenseins, in Japan folgt es den Regeln der traditionellen Etikette, während es in Europa Ausdruck von Vergnügen und Entspannung ist. Die Soziologie betrachtet Lachen als eine Form der Kommunikation und Bedeutungsgebung. So stellt sie heraus, dass Lachen eine Situation als bewältigbar etikettieren kann. Die Soziologie bezieht sich auf die schon im Abschnitt über biologische Grundlagen beschriebenen Wurzeln des Lachens als Signal in einer Gruppe, dass eine Gefahr vorüber war und Erleichterung eintreten konnte. Sie konstatiert, dass Lachen die Grenzen einer Gruppe markiere.

Nun soll das Verständnis des Lachens in Psychologie und Psychotherapie wiedergegeben werden.

### **1.3 Lachen in Psychologie und Psychotherapie**

#### **1.3.1 Psychologie**

Die Erkenntnisse der Psychologen zum Lachen sollen gegliedert werden in die Aussagen von Sigmund Freud, den nachfolgenden Psychoanalytikern und Psychologen und die Ergebnisse der experimentellen Psychologie, die durch die modernen Psychoanalytiker wiederum neue wichtige Erkenntnisse erfahren haben. Die Beobachtungen zum Lachen durch Sigmund Freud sollen als Ausgangspunkt für die Untersuchung des Lachens im Bereich der Psychologie genommen werden. Freud (1900) schreibt in der "Traumdeutung", dass das Lachen sich einstelle, wenn wir die primären Verlaufsweisen des Denkens aus dem Unbewussten zum Bewusstsein vordringen lassen. Das Lachen sei ein Vorgang, bei dem ein abzuführender Überschuss an psychischer Energie des von einer Hemmung befreiten psychischen Apparats über die Muskulatur nach außen gelange, und das Lachen sei eine durch unbewusste Triebabfuhr ermöglichte "Lustprämie" des psychischen Apparats. Beim Vergleich der Traumbildung mit der Symptombildung stellt Freud fest, dass bei beiden ein komischer Effekt erzielt wird, wenn die von einer Hemmung befreiten, inkorrekten psychischen Vorgänge in

der Verlaufsweise des Denkens zum Bewusstsein vordringen (Freud 1916). Freud bezieht sich auf Spencers Beschreibung, nach der Lachen ein Phänomen der Abfuhr seelischer Energie ist, und ein Beweis dafür, dass diese Erregung plötzlich auf ein Hindernis gestoßen ist. Freud modifiziert Spencers Aussage und präzisiert den Ablauf beim Lachen dahingehend, dass "Lachen entstehe, wenn ein früher zur Besetzung gewisser psychischer Wege verwendeter Betrag von psychischer Energie unverwendbar geworden ist, so dass er freie Abfuhr erfahren kann" (Freud 1905a, S. 164).

In seinen Analysen machte Freud die Beobachtung, dass viele Patienten nach seiner Deutung lachen, wenn es ihm gelungen ist, „ihrer bewussten Wahrnehmung das Unbewusste getreulich zu zeigen, und sie lachen auch dann, wenn der Inhalt des Enthüllten es keineswegs rechtfertigen würde. Bedingung dafür ist allerdings, dass sie diesem Unbewussten nahe genug gekommen sind, um es zu erfassen, wenn der Arzt es erraten und ihnen vorgeführt hat" (Freud 1905b, S. 194). In Fällen mit Affektbindung durch Enttäuschung und Verbitterung meint Freud, dass eine besonders starke Aufwandsdifferenz den Automatismus der Abfuhr herstellt. Diese Erklärung treffe für alle Fälle zu, "in denen das Lachen bei anderen als lustvollen Gelegenheiten und mit intensiven peinlichen oder gespannten Affekten gemeinsam vorkommt" (Freud 1905c, S. 252).

Kris (1939) betont die vergangenen Konflikte des Ichs, welche die Vorspannung bewirken, die durch die Komik eine Entlastung erfährt, die sich im Lachen entlädt. Die Komik befähigt uns, einen früheren Sieg zu wiederholen und einmal mehr halb bewältigte Angst zu meistern. Deshalb können Menschen sich an Komik nur erfreuen, wenn sie sich sicher vor Gefahr fühlen. Zum Lachen bedarf es des Abstandes. Identifikation mit der ausgelachten Person verdirbt den Spaß. In diesem Sinn ist Komik ein Abwehrmechanismus, der zur Bewältigung und Abwehr von Angst dient (Freud, zitiert nach Holland 1982).

Paradoxien und Widersprüche haben ein leichtes Ansteigen der psychischen Energie zur Folge, diese Energie kann sich dann im Lachen lösen (Freud 1905d). Auch das Auslachen des Kindes leitet Freud von der Aufwandsdifferenz ab, die beim Vergleich zwischen dem Ausgelachten und sich entsteht und mit dem Gefühl der Überlegenheit einhergeht (Freud 1905e). Wenn wir zwei psychische Prozesse vergleichen, von welchen einer eine ordentliche Menge an psychischer Energie fordert, um ausgetragen zu werden, und der andere den ersten abkürzt, entsteht Lachen. Die humorvollen Situationen lassen sich in drei Kategorien einteilen (Freud 1905f). Erstens die Witze, diese beziehen drei Personen ein, zweitens die Komik, die zwei Personen einbezieht und drittens den Humor, der eine Person einbezieht. Diese drei Kategorien bezieht Freud später auf sein Instanzenmodell: „So ist Humor für das Überich,

was Komik für das Ich und Witz für das Es ist“ (Freud 1925a, S. 388). Die verschiedenen Techniken des Witzes zielen nach Freud darauf ab, Bedrohung zu minimieren. Zusätzlich erlaube ein Witz den Impulsen des Es durch die Abwehr des Ichs zu kommen. Freud beschreibt die Parallele von Witzen und Fehlleistungen und erkennt, dass wir eine gewisse Menge an Freude in Witzen von der Technik selbst bekommen. Bei den tendenziösen Witzen genießen wir Freude durch das Zulassen sonst verbotener Impulse, wobei die sonst vorhandene Hemmung unnötig wird (Freud 1905g). So stellt Lachen für Freud einen Frontalangriff auf die Erwachsenen- Realität dar. Witze erklärt Freud in der ersten Phase der Entwicklung der Psychoanalyse durch die Spannung zwischen dem Bewussten und dem Unbewussten. 1923 ersetzte Freud das topografische durch das Strukturmodell. In der Folge beschrieb er, dass Lachen das Verhältnis von Ich und Überich verändert: Man spart dadurch die schmerzhaften Emotionen, die durch ein schmerzhaftes Ereignis normalerweise hervorgerufen werden, besonders den Schmerz der Schuld. So "hat Humor ein befreiendes Element... Es ist der Triumph des Narzissmus, die siegreiche Bestätigung der eigenen Unverwundbarkeit des Ichs" (Freud 1925c, S. 385). Humor erlaube dem Individuum mittels einer adaptiven Regression über die Mächte der Unterdrückung und den Schmerz der Realität zu triumphieren (zitiert nach Lemma 2000). Das Phänomen des Lachens analysiert Freud allerdings nur beim Witz und betrachtet es lediglich als Energieabfuhr nach einem auslösenden Reiz (Heinrich 1986; Zijderfeld 1976).

Freuds Äußerungen zum Lachen können folgendermaßen zusammengefasst werden. Zunächst betrachtet Freud das Phänomen des Lachens unter der Perspektive des Flusses der psychischen (sexuellen) Energie. So entsteht Lachen, wenn ein Betrag an psychischer Energie plötzlich freigesetzt wird, der vorher gebunden war. Dieses Phänomen beobachtete Freud auch in seinen Analysen, wenn durch die Deutung Aspekte des Unbewussten erkannt werden und die Energie zu deren Verdrängung aus dem Bewusstsein eingespart wird. Ebenso fällt bei Traumbildung wie bei Symptombildung eine vorherbestehende Hemmung weg, was einen komischen Effekt bewirken und zum Lachen führen kann. Bei Verbitterung und Affektbindung sieht Freud eine Differenz an psychischer Energie, die sich im Lachen entladen kann. Die Funktion des Witzes sieht Freud darin, eine Bedrohung zu minimieren, was Lachen aus Erleichterung auslösen kann. Schließlich könne man durch Lachen schmerzhaftes Emotionen einsparen und die eigene Unverwundbarkeit des Ichs erhalten.

Der körperliche Vorgang des Lachens geschieht teils konvulsivisch und mit dem Verlust der Kontrolle über den Körper. Heinrich (1986) fragt, ob nicht auch 'Lacharbeit' denkbar sei, wobei in einem integrativen Prozess Katastrophenangst und Katastrophenlust,

Selbstzerstörungsprozesse und der Widerstand dagegen sich im befreienden Lachen auflösen. Lachen ist ein sinnvoller Weg, Kontakt mit anderen Menschen herzustellen (Kris 1939). Aber Lachen ist auch ein Gefühlsausdruck. Denn Lachen entsteht an der Grenze zwischen sinnvollem (Ich- kontrolliertem) Verhalten und (Es- kontrolliertem) Ausdrucksverhalten. Lachen und Komik bewirken in uns eine Regression im Dienste des Ichs. Ein Lächeln signalisiert, dass das Ich die Kontrolle hat, während Lachen eher die Schwäche des Ichs oder die Stärke der Triebe anzeigt. Man kann einerseits auf Wunsch lachen, andererseits kann sich das Lachen aber auch gegen das Ich durchsetzen (Kris 1939). Der Lachende ist wehrlos. Will man sich gegen das Lachen wehren, so zeigt sich oft ein angespannter Gesichtsausdruck, der etwas Künstliches beibehält. Dabei kann Lächeln auftreten, wie es überhaupt als Ersatz-Ausdruck bei der Mäßigung jeder vorher verzerrenden mimischen Situation auftritt. Lächeln kann Schrecken, Wut, Trauer, Schmerz verbergen- Kris erinnert an den Ausdruck „keep smiling“ in der abendländischen Kultur, das rituelle Lächeln der Ostasiaten und an das starre Zwangslächeln mancher psychisch Gestörter. Das Lächeln stehe als Triumph des Ichs im Verhältnis zum Lachen, da es die Beherrschung der Freude anzeige. Als Störungen der mimischen Leistung bezeichnet Kris das künstliche und leere Lächeln, das, von Akrobaten gezeigt, dem Publikum Souveränität vorspielen soll sowie die mimische Fehlleistung, wenn beim Kondolieren sich ein Lächeln auf das Gesicht schleicht; hierbei mischen sich inkompatible Impulse und wir stehen an der Wurzel einer Grimasse. Weiter werden die konversionsneurotischen Symptombildungen untersucht, wo das Lachen signalisieren kann: "Du brauchst mich nicht zu fürchten", während die Aggression des Zähne- Zeigens gleichzeitig wirksam ist. Bei der Schizophrenie reiche die Spanne vom überschüssenden Lachen beim Versuch, menschlichen Kontakt aufzubauen bis zum Bild der Katatonie, bei der nach Freud die Herrschaft des Ichs über die Motilität zusammenbricht.

Die von den Philosophen geschilderte Inkongruenz als Hauptbedingung des Komischen wird von Ruch (2000) betont. Allerdings führt diese Inkongruenz nicht immer zur Erheiterung. Als intervenierende Prozesse werden der Aufbau und die Lösung von Spannung sowie bestimmte Schwankungen der Aktivierung angesehen. Viele moderierende Faktoren wie die Anwesenheit anderer Personen, deren Geschlecht, Modellverhalten, Bekanntheitsgrad etc. können die Rate an Lachen und Lächeln erhöhen oder senken. Temperament, Stimmung und Geisteshaltung können ebenfalls zu den antezedenten Bedingungen gezählt werden. Als Reaktion auf Freuds Einfluss schlug Eastman (zitiert nach Holland 1982) vor, Witze als spielerische Verbindung von Enttäuschung mit Zufriedenstellung zu sehen. Außer bei gelungenen Witzen lachen wir auch bei misslungenen oder halb gelungenen Scherzen und Witzen. Reik

(1929) beschreibt, dass oft bei komischen Darbietungen harmlose bis dumme Witze trotzdem Lachen erregen. Reik schildert, dass er selbst öfters ebenfalls lachte, sich aber während des Lachens oder danach darüber schämte. Über sein Lachen und sein Schämen wunderte er sich. Er meint, dass wir in solch einem Fall wegen der eigenen intellektuellen oder ästhetischen Anspruchslosigkeit beschämt seien. In dem Falle handele es sich bei dem Wesen des Witzes nicht um Überraschung, sondern um Überrumpelung. Er beobachtet eine unbewusste Motivverschiebung: wir schämen uns der Tendenzen, die im Witz ihren Ausdruck gefunden haben und nicht unserer intellektuellen Unzulänglichkeit. Bewusst schämen wir uns, weil wir uns zum Lachen verführen lassen und unbewusst gilt unsere Scham dem Ausdruck unserer sexuellen, egoistischen oder sadistischen Wünsche, die wir sonst verbergen.

Oft fällt es schwer, echtes von unechtem Lachen sicher zu unterscheiden (Petrilowitsch 1958). Lachen, das aus dem Innern kommt, kann nach Petrilowitsch unterschieden werden von "peripher aufgetragenem". Lachen tritt auch ohne affektive Auslöser auf, wenn zum Beispiel ein Widerspruch zwischen Erwartung und Erfolg schnell eintritt und Lachen hervorruft. Gemäß dem Konzept der Erheiterung (Ruch 2000) vollzieht sich die Auslösung von Lachen oder Lächeln mit den dazugehörenden physiologischen Vorgängen nach einer kurzfristigen Veränderung im heiteren Erleben. Dabei wird die Erheiterung als eine lustvolle, gelöste Aktivierung in Bezug auf die Gefühlstheorie von Wundt (1903 zitiert nach Ruch) angesehen. Das Konzept der Erheiterung soll nach Ruch das zu eng gefasste Konzept der "humour response" von McGhee (1979 zitiert nach Ruch) ablösen.

Die Existenz des Humors zeigt unsere Versuche an, unseren fragilen Narzissmus zu bewältigen, entweder adaptiv durch die Entwicklung einer Fähigkeit, uns nicht so ernst zu nehmen, oder maladaptiv durch Versuche, andere lächerlich zu machen, um unseren eigenen Narzissmus zu befriedigen (Lemma 2000). Sie schildert, wie Mütter ihren Kindern die Fähigkeit eines Sinns für Humor vermittelt, welcher Schmerz in Vergnügen umwandeln kann und somit vor narzisstischen Verletzungen schützen kann. In diesem Sinn arbeitet Humor wie ein reifer Abwehrmechanismus. Ganz im Gegenteil kann Lachen als Auslachen auch Beschämung und tiefe narzisstische Verletzung auslösen (Wurmser 1986, 1993).

Drei Typen von archetypischen Ritualen des Lachens finden sich in Anwendung von Jungs Beobachtungen (Holland 1982). Diese drehen sich erstens um das Thema Tod und Wiedergeburt, zweitens um das Fest und drittens um das Thema der Heirat. Das Thema von Tod und Wiedergeburt zeigt sich in der griechischen Tragödie, der als Gegenpart ein ausgelassenes Satyr-Spiel folgte. Die Charaktere sowie die Struktur der Erzählung der Fruchtbarkeitsrituale entwickelten sich weiter zur Komödie. Der Tradition des Protagonisten Xanthos,



welcher von einem Narren begleitet wurde, entspringen alle späteren Narren, Pierrots, Clowns, die sich als dumm darstellen, aber weise sind. Das Fest als Ritual des Lachens zeigte sich in den Dionysien, den römischen Saturnalien, den Narrenfesten bis hin zum Karneval. Das Lachen als Symbol der Geburt und der Lebensschöpfung zeigt sich in vielen Beispielen, so auch in mehreren mythologischen Wurzeln vom Gott, der lachend das Licht und die Welt erschuf (Wühl 1990). In den Initiationsriten war Lachen verboten, während sich der Held im Leib des Ungeheuers befand. Seine symbolische Wiedergeburt jedoch wurde von Lachen begleitet. Lachen ist ebenfalls mit der Sexualität verbunden, wie sich verschiedenen mythologischen Quellen, unter anderen der griechischen und japanischen Mythologie, entnehmen lässt (Wühl 1990). Exemplarisch sei wiedergegeben, dass in der Edda die Riesin Skadi mit den Asen, die ihren Vater getötet hatten, einen Friedenspakt schließen wollte, wenn sie zum Lachen gebracht würde. Der trickreiche Gott Loki führte ihr eine phallische Geste vor, die sie zum Lachen brachte.

Lachen kann aus psychodynamischer Sicht als Entladungsvorgang, als Explosion des Lebens angesehen werden, und das Bewusstwerden eines unbewussten Aspektes eines Komplexes kann als Geburt betrachtet werden, die im Bewusstsein stattfindet (Wühl 1990). Lachen kann als Zeichen der Erleichterung auftreten, nachdem eine Katastrophe überstanden ist (Grotjahn, zitiert nach Affeld- Niemeyer 2000), und Lachen kann das Individuum von den Fesseln böser, verfolgender internalisierter Objekte befreien (Grotjahn 1971).

Die Erkenntnisse der Psychoanalytiker zum Lachen können also folgendermaßen zusammengefasst werden. Freud (1905) untersuchte besonders den Fluss der seelischen Energie auch beim Phänomen des Lachens und fokussiert jeweils auf die vorher gebundene und plötzlich frei werdende Energie, die im Lachen abgeführt wird. Er beschreibt Lachen auch im Zusammenhang mit Verbitterung. In der Reaktion auf eine therapeutische Intervention beobachtete er Lachen als Ausdruck der Erkenntnis und des Zulassens vorher unbewusster Inhalte ins Bewusstsein. Das Ersparen schmerzhafter Emotionen durch Lachen wird von Freud (1905) beschrieben und von Ruch (2000) aufgegriffen. Kris (1939) verweist auf die Funktion des Lachens, Beziehung herzustellen. Heinrich (1986) betrachtet Lachen als Phänomen, das einer Vermischung von Katastrophenangst und Katastrophenlust entspringen könne, während Grotjahn (1971) Lachen als Zeichen der Erleichterung nach überstandener Katastrophe erkennt. In der jungianischen Tradition wird die symbolische und mythologische Bedeutung des Lachens reflektiert. Dabei werden Rituale des Lachens, wie in den Dionysien und Saturnalien und im Karneval, und seine Wurzeln in den Mythologien betrachtet. Lachen wird in Zusammenhang mit Schöpfung, Geburt und Sexualität gestellt.

Vom mehr klinischen Verständnis der Psychoanalytiker kommen wir nun zu den Befunden der experimentellen Psychologie. Izard (1994) untersucht die menschlichen Emotionen und sieht die Bedeutung von Freude und Interesse in der sozialen Funktion, sicherzustellen, dass Menschen soziale Wesen sind. Das Lachen wird von Izard nur in seiner Funktion des Ausdrucks der Emotion Freude beschrieben. Rothbart, Spencer und Tomkins (alle zitiert nach Izard 1994) erklären Lachen als die expressive Konsequenz von Erregung, die aus unerwarteter, plötzlicher und intensiver Stimulierung resultiert, oder aus Stimuli, die nicht in das gegenwärtige Wissen oder Schema eines Kindes passen. Dabei stellte Rothbart fest, dass bei hoher Erregung Furcht und Vermeidung auftreten können, während bei mäßiger Erregung statt Lachen eher Neugierde und Versuche der Problemlösung oder Exploration folgen. Nur wenn der Stimulus nicht als gefährlich beurteilt wird, resultiert Lachen. An dieser Stelle wird nochmals auf Plessner verwiesen, der beschreibt, dass unbeantwortbare Lagen, welche nicht bedrohend erlebt werden, Lachen und Weinen erregen, mittels dieser Reaktionen nehme der Mensch Abstand von der unbeantwortbaren Lage. Dabei hat Lachen nach Rothbart die Funktion, die Spannung im Individuum aufzulösen. Humor schließt nach Izard den positiven Aspekt der Freude mit ein, kann jedoch, wie bei spöttischem Lachen, auch mit Zorn, Geringschätzung und nachfolgendem Schuldgefühl verbunden auftreten.

In seinem interdisziplinären Werk über nonverbale Kommunikation listet Poyatos (2002) folgende paralinguale Phänomene auf: Lachen, Weinen, Schreien, Seufzen, Keuchen, Schnaufen, Gähnen, Husten, Räuspern, Spucken, Aufstoßen, Schluckauf, Schnäuzen.

Die funktionalen Kategorien des Lachens sind nach Poyatos:

- a) Affiliation: Zustimmung und Bestätigung, wissendes Lachen, höfliches Lachen, solidarisches Lachen, Unterstützung- suchendes Lachen, Status- suchendes Lachen, schmeichelndes Lachen, flirtendes, Bindung- bestätigendes, spielerisches, mitfühlendes, liebevolles Lachen,
- b) Aggression: verführendes, satirisches, zufriedenes, verachtendes, spöttisches, Auslachen, skeptisches, sardonisches, drohendes, grausames Lachen,
- c) Furcht,
- d) soziale Ängstlichkeit: ängstliches, Spannung minderndes, Lachen zu sozialen Ereignissen (Hochzeit), Lachen im Rahmen der sozialen Rolle (Politiker), Lachen des Unwohl-Fühlens, Enttäuschungs- Lachen, Lachen gespielter Ängstlichkeit, Erwartungslachen, Lachen in einer Menschenmenge, Fremdheits- Lachen, Erleichterungs- Lachen, Angst- vertreibendes Lachen,
- e) Freude: freudig- erregtes, Glücks- Lachen, Überraschungs-, Begrüßungs-, Gratulations-, Wiedervereinigungs-, erfreuendes, Zufriedenheits-, selbstvertrauendes, triumphierendes Lachen und Lachen über das Missgeschick eines anderen,

- f) Traurigkeit: trauriges, reuevolles, bitteres Lachen,
- g) Komik,
- h) Ungläubigkeit,
- i) Amüsiertheit und Lachen als soziale Interaktion,
- j) Selbst-bezogenes Lachen.

Das umfassendste Werk zur Psychologie des Humors wurde von Holland (1982) vorgelegt. Das Lachen wird dabei im Wesentlichen als Reaktion auf den Stimulus der kognitiven, ethischen oder formalen Inkongruenz betrachtet und Holland verweist damit zurück auf Platon und Bergson. Als wesentliche Merkmale des Komischen beschreibt er, dass wir es nicht verstehen und ihm nicht ganz vertrauen. Er berichtet vom Essayisten Joseph Addison, der von einem Kapuzinermönch schreibt, der glaubte, dass Lachen die Wirkung der Ursünde war und dass Adam vor dem Sündenfall nicht lachen konnte. Die Kombination einer starken und einer schwachen Reiz- Antwort löst nach Skinner (zitiert nach Holland 1982) Lachen aus. Obwohl Skinner hier die Sprache der Stimulus- Response verwendet, ist seine Beschreibung der Aristotelischen sehr ähnlich: etwas Starkes schwach präsentiert. Wenn wir einen Scherz erwarten, führen wir eine Verschiebung im Figur- Hintergrund- Verhältnis durch (Bateson 1988). Ein Element, das zum Hintergrund zu gehören schien, wird nun als Figur gesehen. Der Stimulus zum Lachen besteht nach Miller (zitiert nach Holland 1982) in der Kollision zweier normalerweise völlig getrennter Universen des Diskurses innerhalb eines einzelnen Kontextes. Wir lachen, weil wir plötzlich neue Verhältnisse erkennen und verborgene Muster an die Oberfläche treten. Zu den Bedingungen, unter denen wir lachen, gehört nach Holland die spielerische Situation, in der wir die Komik empfinden, was in ernsten Situationen nicht eintritt. Als weitere Bedingung spielt das Timing und die Überraschung eine wichtige Rolle bei der Komik und beim Lachen. Zusammengefasst sind gemäß den Ergebnissen der experimentellen Psychologie notwendige Zutaten einer Theorie des Humors: 1. *plötzliche* 2. *Fröhlichkeit* als Folge einer 3. *wahrgenommenen Inkongruenz*. (Das Verständnis des Philosophen Hobbes von 1650 konnte also durch die experimentelle Psychologie bestätigt werden). Im Lachen erschöpfen wir unsere Identität plötzlich und spielerisch neu, meint Holland (1982). Seine Theorie des Humors basiert auf den Elementen Abwehr, Erwartung, Fantasien und Transformation. Kollektives Lachen kann die Funktion eines Abwehrmechanismus haben und uns Sicherheit und Selbstbestätigung geben. Freuds Humortheorie wird von Holland erweitert durch die Öffnung der Perspektive vom Witz auf den Lachenden.

An neueren empirischen Ergebnissen fällt auf, dass die Verhaltensweise des Lächelns weit mehr erforscht ist, als das Lachen. Dies liegt an der Untersuchungsmethode des Facial

Action Coding Systems FACS, bei welcher auf Video aufgezeichnete Interaktionssequenzen per Computer analysiert werden. Dabei bieten sich rein mimische Verhaltensweisen eher zur Analyse an, da sie leichter erfasst werden können, als komplexe visuell- auditive Verhaltensweisen wie das Lachen, das zudem nicht auf das Gesicht beschränkt bleibt. Trotzdem erwachsen aus dieser Forschung auch Erkenntnisse über das Lachen, die zum Teil mit dem Lächeln vermischt oder nicht getrennt beschrieben werden, da beide Verhaltensweisen Überschneidungen in Äußerungen und Funktionen aufweisen.

Die Entwickler des FACS, Ekman und Friesen (1982), unterscheiden zwischen drei Lächeltypen. Diese sind: das gefühlte Lächeln (spontaner Ausdruck positiver Emotion), das falsche Lächeln (Versuch, zu scheinen, als ob positive Emotionen vorhanden sind, während dies nicht der Fall ist) und miserables Lächeln (Anerkennung, sich schlecht zu fühlen und nichts dagegen zu unternehmen). In FACS- Untersuchungen in therapeutischen Situationen beobachtete Merten (1996) das Lächeln in der Funktion, die Interaktion zu intensivieren, wobei es als Verstärker- und Belohnersystem dient, was vor allem auf die Zunahme von "happy unfelt" (falsches Lächeln) bei gegenseitigem Blickkontakt zurückgeht.

Eine wesentliche Funktion des Lachens und Lächelns besteht darin, dass sie eine wichtige Rolle für die Etablierung und Aufrechterhaltung einer affektiven Bindung zwischen Personen spielen. Der messbare Unterschied des körperlichen Phänomens des Lächelns und Lachens besteht in der rhythmischen Lautäußerung, welche beim Lachen hinzukommt, während die Innervation des Musculus Zygomaticus Major bei beiden gleichermaßen auftritt. Bänninger- Huber (1996) unterscheidet 16 Lächeltypen mit unterschiedlichen Operationalisierungen im FACS.

Lächeln kann ein Anzeichen von Affektabwehr sein. In einer Untersuchung von Krause und Lütolf (zitiert nach Bänninger- Huber 1996) galt eine bestimmte Form des Lächelns als Indikator für die Affektabwehr, wobei das Lächeln den für die Affektregulierung dieses Patienten typischen Ausdruck von Ekel maskierte. Im Verlauf der Therapie nahm das Lächeln ab, der Ekel-Ausdruck jedoch nicht, was von den Autoren interpretiert wurde als zunehmende Fähigkeit des Patienten, negative Emotionen in adäquaten Situationen auszudrücken, ohne diese mittels Lächeln abschwächen zu müssen.

Bei vielen verschiedenen Theorien über die Funktionen des Lachens spielt nach Bänninger- Huber (1996) das Konzept der "Spannungsreduktion" (wie von Rothbart oben beschrieben) eine Rolle. Lachen kann Stress, Unwohlsein oder Schmerz reduzieren und der Furcht- und Schreck- Überwindung dienen. Lachen wird von Chapman (zitiert nach Bänninger- Huber 1996) als „Sicherheitsventil“ angesehen, welches es einer Person mit hohem sozi-

alem Arousal ermöglicht, seinen Spannungszustand in sozial akzeptabler Form abzuführen. Dieser Spannungszustand kann durch eine (zu) große Intimität der Situation ausgelöst werden, welche durch körperliche Nähe, Blickkontakt und andere Faktoren zustande gekommen ist. Lachen reduziert die Intimität im Sinne der Nähe- Distanz- Regulierung. Der Oberkörper wird bei starkem Lachen zurückgeworfen (wie schon beim Lachen der Säuglinge berichtet), der Blick meist vom Partner abgewendet und der Dialog für kurze Zeit unterbrochen. Lachen kann eigene unangenehme Affekte sowie beim Partner auftretende negative emotionale Reaktionen unterbrechen oder beenden. Indem ein Lachen den Dialog für eine gewisse Zeit unterbricht, ermöglicht dies einer Person eine interne affektive Reorganisation. Bänninger- Huber postuliert daher, dass dem Lachen primär eine Interruptorfunktion zukommt.

In der psychotherapeutischen Interaktion zwischen Therapeuten und Patienten scheinen Lächeln von Patienten und Mitlächeln von Therapeuten als gelingende prototypische affektive Mikrosequenzen die Funktion zu haben, dem Klienten ein basales Gefühl von Sicherheit zu vermitteln (Bänninger- Huber 1996). Gelingende prototypische affektive Mikrosequenzen können von nicht gelingenden danach unterschieden werden, ob es dem Patienten gelingt, die Therapeutin in einen resonanten Zustand, erkennbar am Mitlächeln, zu versetzen. Dies bildet die Voraussetzung dafür, dass sich ein Klient in der aktuellen therapeutischen Situation immer wieder mit schwierigen Aspekten seines Erlebens beschäftigen kann. Dabei können diese Prozesse auch von Seiten der Therapeuten nicht immer bewusst gesteuert werden. Wichtig ist, in welchem Ausmaß sich Therapeuten auf den Wunsch des Klienten nach Bestärkung durch gemeinsames Lächeln oder Lachen einlassen sollen und wie viel Distanz und Nicht- Einlassen erforderlich ist, damit Klienten nicht nur Bestätigung erfahren, sondern auch die Konfrontation mit ihren Problemen aushalten.

In der Emotionsforschung wird der Zusammenhang zwischen Emotion und Gesichtsausdruck nach wie vor kontrovers diskutiert (Bänninger- Huber 1996). Der Annahme, dass mimische Verhaltensweisen primär Ausdruck eines inneren affektiven Zustands sind, steht entgegen, dass mimisches Verhalten dazu dient, soziale Interaktionen zu regulieren. Es kann bewusst eingesetzt werden und hat dann mit Emotionen wenig zu tun. Bänninger- Huber favorisiert eine differenzierte Sichtweise, bei der beide Vorgänge eine Rolle spielen und auf eine bestimmte Art und Weise verknüpft sind. Die mimischen Verhaltensweisen liegen als Schnittstelle zwischen intrapsychischen und interaktiven Regulierungsprozessen.

In Gesprächen über ungelöste Probleme bei Paaren beobachtete Bänninger- Huber ebenfalls prototypische affektive Mikrosequenzen, bei denen gehäuftes Lächeln und Lachen auftraten und offensichtlich der Regulation von Störungen in der Beziehung dienten. Mit Lächeln kann dabei Verbundenheit signalisiert werden, was erleichtert, problematische Themen zu bearbeiten. Lachen kann, wie oben beschrieben, negative Emotionen bei sich und beim Partner unterbrechen und danach kann ein heikles Thema weiter bearbeitet werden.

Lachen und Lächeln in affiliativer Funktion lässt sich auch in ärztlichen Visitsituationen beobachten. Dabei fanden Steinmann, Nordmeyer, Deneke, und von Kerekjarto, (1978), dass Lachen und Lächeln von Patienten signifikant häufiger gezeigt wurde als von den Ärzten. Lachen korreliert stärker als Lächeln mit Selbstbeschreibungen von vermindertem Ärger, wogegen Lächeln stärker mit Selbstbeschreibungen von vermindertem Stress und Angst korreliert (Keltner und Bonanno, zitiert nach Lemma 2000). Lachen begleitet die Dissoziation bei der Erfahrung von Distress und humorvolle Menschen dissoziieren Distress (Lemma 2000). Überlebende von Katastrophen wie dem Erdbeben von San Francisco lachen nach leichtesten Provokationen (Byrne, zitiert nach Lemma 2000).

Die für diese Untersuchung relevanten Ergebnisse der experimentellen Psychologie können folgendermaßen zusammengefasst werden. Zunächst kann Lachen einer Spannungsreduktion dienen, wie von Rothbart (zitiert nach Izard 1994) beschrieben. Von Poyatos (2002) werden Funktionen des Lachens aufgeführt, die unter anderen auch Lachen aus aggressivem Anlass, Lachen bei Traurigkeit und selbstbezogenes Lachen einschließen. Das Lachen kann nach Chapman (zitiert nach Bänninger- Huber 1996) zur Reduktion von Intimität eingesetzt werden. Holland (1982) beschreibt kollektives Lachen als Abwehrmechanismus. Nach Bänninger- Huber (1996) dient Lachen dem Beziehungsaufbau und ihrer Aufrechterhaltung sowie der Nähe- Distanz- Regulation. Weiterhin kann das Lachen unangenehme Affekte unterbrechen oder beenden.

### 1.3.2 Psychotherapie

In diesem Abschnitt finden sich zum einen die Ergebnisse zum beobachteten Phänomen des Lachens in der Psychotherapie, zum anderen jene zur gezielten Nutzung von Humor und Lachen in der Psychotherapie. Überschneidungen mit dem vorigen Abschnitt sind nicht vermeidbar, da die Forschung zum Phänomen des Lachens auch in Psychotherapien vollzogen wird und dennoch Grundlagenergebnisse liefert, die der gesamten Psychologie angehören und

nicht nur dem Gebiet der Psychotherapie. Die Beobachtungen zum Lachen der Patienten sollen zuerst dargestellt werden, das Lächeln wird teilweise mit berücksichtigt, da Lachen und Lächeln teils in ähnlicher Funktion eingesetzt werden können und die Trennung der beiden Phänomene in der Beobachtung nicht immer so scharf wie in der Theorie zu ziehen ist.

In der Psychotherapieggeschichte wurde Lachen in der therapeutischen Interaktion in seinen verschiedenen Facetten beobachtet und sicherlich mehr oder minder bewusst genutzt und eingesetzt (Askenasy 1987). Freud (1942) sah es unter anderem als Zeichen der unbewussten Akzeptanz der psychoanalytischen Deutung, wie oben beschrieben. Lachen und seine Funktion in der therapeutischen Interaktion wurde von Krause (1988) im Rahmen von Experimenten zur Bestimmung der psychophysischen interaktionellen Basis von Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen neben anderen Phänomenen untersucht. Dabei wurden, basierend auf Ekman und Friesens Sichtweisen über "facial expressions", spezifische Voraussagen über das Auftreten bestimmter Reaktionen während der Therapie gemacht. Unter anderem wurde erwartet, dass besonders zu Beginn der Therapie eine hohe Inzidenz maskierter negativer Affekte, besonders Ärger und Missfallen zu beobachten sei. Diese negativen Affekte werden maskiert durch freundliche soziale Affekte wie Freude und Fröhlichkeit. Krause konnte nachweisen, dass durch Lächeln maskierter Ärger und Missfallen in der ersten Stunde die höchsten Werte erreichte, danach fielen die Werte ab. Echtes Lächeln (Duchenne Smile) tritt bei Patienten und Therapeuten in ähnlicher Häufigkeit auf, während soziales Lächeln von Patienten doppelt so häufig wie von Therapeuten gezeigt wird. Dies konnte Merten (2001) in einer FACS- Untersuchung über Beziehungsregulation in Psychotherapien zeigen. Weiter beschreibt er, dass synchronisierte Duchenne- Smiles von Patienten und Therapeuten wesentlich seltener auftreten als in den Kontrollgruppen, und dass Therapeuten und Patienten etwa gleich häufig die synchronisierten Duchenne- Smiles beginnen. Merten entnimmt seinen Daten, dass eine mittlere Häufigkeit synchronisierter Duchenne- Smiles mit positiven Therapie- Ergebnissen korreliert. Das Erleben von Freude bei den Patienten wiederum korreliert hoch signifikant mit den Häufigkeiten synchronisierter Duchenne- Smiles. Die Häufigkeit der von den Patienten in der ersten Stunde begonnenen synchronisierten Duchenne- Smiles korreliert negativ mit dem Therapieerfolg; sie korreliert ebenfalls negativ mit der Erfolgserwartung der Patienten. Merten (2001) beobachtet eine kompensatorische Funktion des Lächelns, wobei zum Beispiel Verachtungsmimik des Therapeuten von der Patientin mit einem Duchenne Smile beantwortet wird oder auch umgekehrt.

Psychisch Kranke lachen und lächeln weniger als gesunde Menschen (Wittmann 1983). In der Therapie kann Lachen auftreten in Zusammenhang mit Erkenntnissen, Einsich-

ten und Momenten kognitiver Umstrukturierung. So sind nach V. v. Weizsäcker (zitiert nach Wittmann 1983) wirkliche Erkenntnisse nicht immer ernste Erfahrungen, sondern sie können so lustvoll sein, dass sie zum echten Genuss führen. An speziellen Charakteristika des Lachens bei Patienten mit bestimmten psychischen Störungen beobachtete Wittmann bei phobischen Patienten, dass Lachen auftritt, wo die Irrationalität der phobischen Angst besonders deutlich wird. Bei Depressiven findet er Lachen häufig dann, wenn er Jammer und Elend des Patienten besonders übertreibt. Bei den vorbeschriebenen Patientengruppen sei allerdings viel Feingefühl nötig, damit die Patienten sich nicht ausgelacht fühlen. Bei schizophrenen und Borderline- Patienten sei das Lachen oft schwer nachzuvollziehen und es gehe häufig darum, dass der Therapeut ausgelacht werde. In der therapeutischen Interaktion ist Lachen nach Wittmann auch für den Therapeuten eine Möglichkeit, emotionale Spannungszustände konstruktiv abzuarbeiten. Zusätzlich könne durch humorvolle Lösung von Problemen durch den Therapeuten in der Therapie der Patient diese Problemlösungsstrategie vom Therapeuten als Vorbild lernen. Wittmann plädiert für die Nutzung der Phantasie und Kreativität, die im Humor zum Ausdruck kommen und fordert, diese in der Therapie zu nutzen, um jene zu einem geistigen Genuss zu machen.

Gemeinsames Lachen von Patienten und Therapeuten wurde von Volkart und Heri (1998) nach längeren Gesprächssequenzen mit dem Inhalt von Schuldgefühlen beobachtet, nicht jedoch nach Sequenzen mit schambesetzten Inhalten. Es könnte also mit der Auflösung von Schuldgefühlen zusammenhängen. Dies wird auch theoretisch untermauert durch die Argumentation, dass bei der Scham die prominente Motivation dem temporären Rückzug und einer Reorganisation des Selbst dient, während bei Schuldgefühlen gemeinsames Lachen als Zeichen des Weiterbestehens der Beziehung wirken kann. Nach Weiss (zitiert nach Volkart 1998) sei die Bewältigung pathogener Überzeugungen das wichtigste Ziel psychotherapeutischer Behandlung. Dabei teste der Patient den Therapeuten, ob dieser ihm bei der Erreichung dieses Ziels helfen könne. Dieser Prozess sei mit Erleichterung und Freude beim Nachlassen negativer Affektsignale begleitet, was sich im Lachen zeigen kann. Nach Poland (1990) bringt klinischer Fortschritt der analytischen Therapie oft eine Reifung des Sinns für Humor des Patienten mit sich, was zu einer internalisierten Fähigkeit zur Toleranz von Schmerz und Frustration führt. Zu dieser glücklichen Entwicklung trage die Natur des psychischen Funktionierens, besonders der multiplen Bedeutungen der Wörter, und die Natur des dyadischen Aspekts der klinischen Analyse bei. Poland reflektiert ebenfalls die strukturellen Ähnlichkeiten von Witzen und Humor zu Übertragung und Selbsterfahrungskapazität. Das Lachen



kann eine heilende Kraft haben (Titze 1995). Im Lachen äußere sich eine Trotzmacht, die sich über alle Einschränkungen hinwegsetze (Frankl, zitiert nach Titze 1995).

Zusammenfassend zeigen die Beobachtungen zum Lachen in Psychotherapien insgesamt die Bedeutung dieser Verhaltensweise zum Aufbau und zur Aufrechterhaltung der therapeutischen Beziehung. Bei der Auflösung von Schuldgefühlen und anderen negativen Affekten kann Lachen in Verbindung mit dem Gefühl der Erleichterung auftreten. Nach der Beobachtung des Phänomens Lachen in der Psychotherapie soll nun die gezielte therapeutische Nutzung des Lachens in der Literatur referiert werden. Dabei wird in den Quellen häufiger auf den Humor als auf das Lachen fokussiert.

Das Lachen wurde schon seit Jahrhunderten als heilsam und in der Heilkunde einsetzbar angesehen. Im dreizehnten Jahrhundert wurde es als Anästhetikum für die Chirurgie genutzt. Vor fünfhundert Jahren wurde es zur Behandlung von Erkältung und Depression verordnet. Im siebzehnten Jahrhundert beschrieb Sydenham (zitiert nach Lemma, 2000), dass ein guter Clown mehr heilenden Einfluss ausübte als eine große Menge an Medikamenten (six asses full of drugs). Der Gewinn durch Humor ist in der Menschheitsgeschichte weithin anerkannt (Davidhizar 1992). Humor ist für seine positiven physiologischen und psychologischen Wirkungen in vielen Situationen bekannt. Die psychiatrische Literatur nennt Humor als ein effektives Werkzeug bei psychischen Störungen und in der Psychotherapie (Haig 1988). Der Nutzen von Humor in Geschäft, Management und Erziehung wird ebenfalls beschrieben, weil die richtige Perspektive Problemlösungen sowohl interpersonell als auch in Gruppen erleichtert und Humor es den Menschen erleichtert, sich auszudrücken und neue Gedanken zuzulassen. Das Wesentliche beim Humor sei, Regeln, Impulse oder die Begrenzungen, die das Leben uns auferlegt, zu meistern (Pierce 1983).

Gezielt in der Psychotherapie eingesetzt wurde das Lachen von Erickson, Whittaker und Haley (alle zitiert nach Adamaszek 1991),. Frank Farrelly (1986) erhob es zum therapeutischen Programm und Konzept. In seiner provokativen Therapie spielt Humor eine zentrale Rolle. Der Humor helfe, einen angemessenen Abstand zu überwältigenden Gefühlen oder irrationalen Ideen zu bekommen. Im Körper bewirke das Lachen ein Nachlassen der physiologischen Spannung, es erweitere das Bewusstsein und erlaube, das Nebeneinander verschiedener Realitäten zu erleben. Adamaszek (1991) verweist einerseits auf den Gegensatz, dass einige Psychoanalytiker sich besonders mit dem Weinen und Trauerreaktionen beschäftigen (wie zum Beispiel Mitscherlich und Bowlby, zitiert nach Adamaszek 1991), während jetzt Farrelly (1986) das Lachen als wesentliches Element der Therapie hervorhebt, und andererseits auf die Gemeinsamkeit, dass in beiden Fällen eine abstrakt gewordene Erkenntnis der

existentiellen Verbundenheit zwischen den Menschen ins Sinnliche umschlage und zu einer konkreten Wahrnehmung neu belebt werde. Lachen ist nach Höfner (2001) wie Rebellion mit intensiven Gefühlen verbunden, wodurch bei der provokativen Therapie eine emotionale Beteiligung gesichert werde. Es komme darauf an, beim Klienten Lachen und Widerstand zu provozieren, und zwar Lachen über und Widerstand gegen das eigene, selbstschädigende Verhalten. Der Klient soll bewegt werden, über die Absurdität seines Verhaltens zu lachen. Therapeut und Klient lachen gemeinsam, wobei der Klient mehr lachen soll als der Therapeut. Das Lachen über sich selbst schaffe Entlastung, da es ein Darüber- Stehen voraussetze, es gebe dem Klienten die Kontrolle zurück. Bei inkongruenten Botschaften werde der nonverbalen geglaubt, weil dies der umfangreichere Teil der Kommunikation sei; dies mache sich die provokative Therapie gezielt zu Nutzen. Glückliche Menschen besitzen die Gabe des Humors, die sie dazu befähigt, missliche Umstände zu relativieren, das Unveränderbare zu akzeptieren und sich auf das Veränderbare in ihrem Leben zu konzentrieren (Höfner 1995). Zusätzlich trage Humor dazu bei, eine heilsame Distanz zum Problem und zur eigenen Person herzustellen sowie das Absurde einer Situation und auch des Menschseins im Allgemeinen zu erkennen.

Die Frage, warum in Therapien so wenig gelacht wird, wird von Pierce (1983) gestellt und beantwortet. Unsere Arbeit werde oft nüchtern und humorlos, da wir lernen, die Probleme der Patienten ernst zu nehmen. Pierce beobachtet, dass er selbst weniger humorvoll ist, wenn er sich in Therapien auf Tonband aufnimmt. Und wenn humorvolle Anteile auf dem Band sind, empfindet er es riskant, es vor Kollegen zu präsentieren. Möglicherweise seien humorvolle Momente die persönlichsten geteilten Momente in der Therapie. Pierce nimmt an, dass wir zu wenig Humor in der Therapie nutzen und noch weniger darüber mitteilen.

Humor hat aber auch negative Funktionen. Davidhizar nennt hier besonders die Gefahr des unangemessenen Lachens. Pierce (1983) beschreibt drei Arten von Lachen, die in der Psychotherapie zu vermeiden sind. Die erste Art nannte er "psychonoxischen" Humor, bei dem der Therapeut Humor zum aggressiven Angriff auf den Klienten nutzt, wobei der Therapeut den Klienten auslacht, nachahmt, erniedrigt. In Bezug auf diese Art von Humor zitiert Pierce Lawrence Kubie (zitiert nach Pierce, 1983), der deshalb die Vermeidung von Humor in der Therapie empfahl, was aus Pierces Sicht das Problem verschlimmert. Die zweite Form von zu vermeidendem Humor sei der defensive Humor, bei dem Patient und Therapeut in konspirativer Haltung Humor nutzen, um die Aufmerksamkeit von unangenehmen Gefühlen weg auf sicheres Territorium zu lenken. Die dritte Form ist Humor, der von den wesentlichen Themen der Therapie ablenkt. Andererseits existieren aber drei schulenübergreifende Psy-

chotherapieziele, die durch die Nutzung von Humor besser erreicht werden können. Eines ist, dass der Klient Gefühle erkennt und ausdrückt, das zweite, dass der Klient durch Einsicht neue Beziehungen zwischen verschiedenen Teilen seines Lebens erkennt, das dritte, dass der Klient eine wichtige und heilende Beziehung zum Therapeuten hat. Lachen kann helfen, die eigenen Fehler zu akzeptieren. Manchmal liegen Verzweiflung und Lachen nahe beieinander und das Lachen löst die Verzweiflung auf. Wenn Klienten von als Katastrophe erlebten Vorgängen berichten, kann nach Miterleben und Mitteilen dessen eine Einladung zum Lachen einen raschen Wechsel zwischen der Sicht als Katastrophe und als weniger dramatisch letztendlich zu einer Bewältigung der Problematik führen. Humor kann ebenfalls helfen, Gefühle von Enttäuschung und Ärger zu bewältigen. Die Bewertung der Emotionen kann durch Lachen verändert werden und Erleichterung von belastenden Gefühlen kann eintreten. Einsicht kann erleichtert werden und die therapeutische Beziehung kann im gemeinsamen Lachen nonverbal die Mitteilung geteilten Leids machen.

Über die Nutzung von Humor und Lachen in der Heilkunde lässt sich zusammenfassen, dass sie eine lange Tradition hat, die in der Psychotherapie fortgesetzt wird. In der provokativen Therapie wird sie sogar zum Konzept und Inhalt der Therapie erhoben. Gefahren der Nutzung von Humor und Lachen in der Psychotherapie sind jedoch ebenfalls beschrieben, sodass ein gewissenhaftes Abwägen der „Indikation“ angezeigt erscheint.

## 2. Symptombildung

Um zu untersuchen, in wie fern das Lachen als Symptom aufgefasst werden kann, sollen nun die wesentlichen psychoanalytischen Symptombildungstheorien kurz dargestellt werden. In seiner anfänglichen Theorie der Hysterie betrachtete Freud die Symptome als Folgen psychischer Traumata, wobei eine vorher bestehender Disposition die Art und Ausprägung der Symptome mit bestimmt (Freud, zitiert nach Brenner 2000). Auch bei der Ätiologie der Neurasthenie fokussierte Freud zunächst auf die Ursache, die er hier in ungesunden sexuellen Gewohnheiten sah. Dabei führte nach seiner Theorie übermäßige Masturbation zu Erschöpfung, Lustlosigkeit, Verdauungsbeschwerden und Kopfschmerzen, wogegen sexuelle Erregung ohne adäquate Entladung zu Ängsten führt. Später differenzierte Freud seine Sichtweise der Symptombildung (Freud 1925b). Nach dieser Theorie führt eine unterbliebene Triebbefriedigung, die verdrängt wird, zum Symptom, welches Anzeichen und Ersatz davon sei. Die Verdrängung gehe vom Ich aus, das, eventuell im Auftrag des Über-Ichs, eine im Es angeregte Triebbesetzung nicht mitmachen will. Die Verdrängung gleiche einem Fluchtversuch, das Ich ziehe die Besetzung von der zu verdrängenden Triebrepräsentanz ab und verwende sie für die Unlust-Entbindung. Die verdrängte Triebregung finde im Symptom einen stark verkümmerten, verschobenen und gehemmten Ersatz. Dabei trete keine Befriedigung und keine Lustempfindung auf, dafür habe dieser Vollzug den Charakter des Zwangs angenommen. Bei der Verdrängung werde der Affektzustand der Angst nach einem vorhandenen Erinnerungsbild reproduziert. Der Kampf gegen die Triebregung finde seine Fortsetzung im Kampf gegen das Symptom, dabei entwickelt sich parallel eine sekundäre Anpassung an das Symptom. Angst entstehe ursprünglich in einer Gefahrensituation. Wenn jetzt eine Gefahr von einem Es-Impuls das Ich bedrohe, reagiere es mit der Entwicklung von Signalangst, die dem Ich die Macht gebe, den gefahrdrohenden Vorgang im Es aufzuhalten und die Symptombildung einzuleiten. Die Symptombildung habe also den Erfolg, die Gefahrensituation aufzuheben. 1926 differenzierte Freud seine Ansicht über die Ätiologie der Angstneurose dahingehend, dass die mangelnde sexuelle Entladung nicht direkt die Angst hervorruft, sondern zu einem Zustand psychischer Spannung führt, der Angst auslöst (Brenner 2000).

Groddeck (zitiert nach Overbeck 1985) machte den Symptom-Konflikt-Kontext zum Dreh- und Angelpunkt seines Symptombildungs-Verständnisses und damit auch seiner Behandlungen. Er sah körperliche Organe in ihrer symbolischen Bedeutung an, gab entspre-

chende verbale Interventionen und versuchte durch körperliche und verbale Maßnahmen wie Massage und Deutung kombiniert einen heilenden Einfluss auszuüben.

Engel und Schmale (1969) beschreiben in ihrer psychoanalytischen Theorie der somatischen Störung, dass psychische Faktoren nicht nur psychosomatische Erkrankungen beeinflussen, sondern auch den Zeitraum des Ausbruchs und der Exazerbation sowie den Verlauf vieler somatischer Krankheiten bei Mensch und Tier. Konversion sei nicht, wie Alexander (1985) ursprünglich annahm, auf das sensorische und willkürmotorische System begrenzt. Vielmehr spiele für die Eignung eines Körperteils als Ort der Konversion seine Eignung zur Übernahme einer seelischen Repräsentanz eine Rolle. Eine erkrankte Körperstelle erlange, unabhängig von der ursprünglichen Ätiologie, sehr leicht eine seelische Repräsentanz und könne daher zum Ort für künftige Konversionsreaktionen werden. Dabei sei der Konversionsprozess für die Organwahl ausschlaggebend, die Läsion wird jedoch als Komplikation in Gestalt einer Körperreaktion auf die Konversion angesehen. Hinsichtlich der Spezifität wird die Bezeichnung "somatopsychisch- psychosomatisch" für eine Gruppe von Störungen mit biologisch gegebener Prädisposition vorgeschlagen. Bei den psychosomatischen Störungen liegt ein Versagen der Abwehrmechanismen vor. Engel und Schmale beschreiben den Komplex "Aufgeben- Aufgegebensein" ("giving up- given up") als nichtspezifische Bedingung des Krankheitsausbruchs. Als zwei charakteristische Affekte, die den Komplex "giving up- given up" differenzieren, wurden "Hilflosigkeit" und "Hoffnungslosigkeit" erkannt. Der genannte Komplex ist für sich allein weder Ursache noch Auslösebedingung somatischer Krankheit, kann aber als ein Begleitphänomen beobachtet werden.

Overbeck (1979) ergänzt die Symptombildungsmodelle der Konversion und der Bildung psychischer Repräsentanzen durch das libidotheoretische Modell nach Melanie Klein (zitiert nach Overbeck), die Organneurosen nach Alexander (1979, zitiert nach Overbeck, und 1985), Uexkülls (1963) Konzept der Ausdrucks- und Bereitstellungskrankheiten, Schurs (1974) Konzept der De- und Resomatisierung, Mitscherlichs (1961/62) dynamisches Konzept der zweiphasigen Abwehr, das Modell der psychosomatischen Struktur von Marty und M'uzan (1963), und das Alexithymie- Modell nach Sifneos und Freyberger (1975). Diese Modelle werden hier nicht im Einzelnen beschrieben, da sie grundlegende Vorgänge der Entstehung von Symptomen erklären, die für die konkrete Betrachtung des Lachens als Symptom hier nicht herangezogen werden sollen. Bei der psychosomatischen Symptombildung weisen nach Overbeck Winnicotts (1969) Studien zum Übergangsobjekt auf die Zusammenhänge der eingeschränkten Selbst- Objektdifferenzierung mit Einschränkungen der Außen- und Innenwahrnehmung und Störungen der Verinnerlichung und der Symbolbildung hin. Nach Over-

beck treten Abläufe der verschiedenen Symptombildungsweisen beim einzelnen Menschen in verschiedenen Anteilen gemischt auf. Im Bereich der interpersonellen Zusammenhänge verweist Overbeck auf die Parallelen zwischen den Objektbeziehungen und den realen familiären Beziehungen, erkennbar an der Fusion der Mutter- Kind- Dyade, der dazugehörenden "undifferenzierten Familien- Ich- Masse" nach Bowen und dem Enmeshment nach Minuchin (beide zitiert nach Overbeck, 1979). Im gesamtgesellschaftlichen Rahmen schließlich verweist Overbeck (1979) auf Dunbar (1968), der in den psychosomatischen Krankheiten eine biologisch- subjektive Reaktion auf gesellschaftliche Repression sieht. Im Rahmen dieser Grundlinien sieht Overbeck viele mögliche Überschneidungen, wobei die Vielschichtigkeit dieser Modelle zu einem umfassenden psychoanalytischen Konzept psychosomatischer Störungen verwoben werden.

Die genannten psychoanalytischen Modelle der Symptombildung können ergänzt werden durch das lerntheoretische Konzept, das Stressmodell und die Psychoneuroimmunologie (Hoffmann, Hochapfel 1999; Ahrens, Schneider 2002), die hier ebenfalls nicht weiter thematisiert werden sollen.

Rudolf (2000) beschreibt fünf Modi der Symptombildung. Diese sind:

1. Symptombildung durch Labilisierung der Abwehr. Unter einer Versuchungs-/ Versagungs- Situation bricht das bisherige Gleichgewicht zusammen und es kommt zur Symptombildung.
2. Neurotische Einengung gewinnt Symptomwert. Dauerhafte Abwehr von Konflikten führt zu Vermeidungshaltungen, Rigidität und Ängstlichkeit, welche Symptomwert gewinnen können.
3. Strukturelle Störung mit Symptomwert. Überdauernde strukturelle Störungen können Symptomwert bekommen.
4. Verarbeitungsmuster mit Symptomwert. Konfliktverarbeitungsmuster können Erleben und Verhalten symptomwertig gestalten.
5. Symptombildung durch Labilisierung der Verarbeitung. Bewältigungsmuster können in Belastungssituationen zusammenbrechen, wobei krisenhaft Symptombildung einsetzen kann.

Thomä und Kächele (1992) formulieren die folgende Psychoanalytische Symptomtheorie:

1. Symptome sind verschobene, verstümmelte Wunschbefriedigungen verpönter, unterdrückter Wünsche.

2. Die Person versucht, mit Hilfe des Symptoms eine traumatische Situation zu bewältigen.
3. Personen versuchen unbewusst, durch ihre Symptomatik ihre unbewussten, pathogenen Meinungen zu falsifizieren.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass seit Freud (1925b) die Modelle der Symptombildung weiter entwickelt wurden. Neben den psychoanalytischen Modellen wurden auch Modelle der Symptombildung aus anderen psychologischen Richtungen erarbeitet, die hier jedoch nicht weiter thematisiert werden sollen. Insgesamt bestehen die Modelle der Symptombildung seit Freud mehr auf der klinischen Beobachtung als auf empirischen Befunden, was ihren Wert und Erkenntnisgehalt nicht schmälern soll. Dennoch ist eine stärkere empirische Untermauerung wünschenswert. Der Aufgabe, diese zu schaffen, stellte sich Luborsky (1996). Er stellt einige psychoanalytische Symptombildungstheorien gegenüber und vergleicht vor allem den psychischen Ablauf. Bei Freud (1925b) ist der Auslöser das Erleben einer Gefahr. Darauf folgt die Antizipation von Hilflosigkeit, das Abwägen eigener Stärke im Verhältnis zur Gefahr. Eine Bedrohung durch die traumatische Situation führt zu Angst, Regression und gesteigerter Hilflosigkeit. An diesem Punkt entsteht das Symptom. Es bindet Angst, sodass Erleichterung empfunden wird und bewirkt Hilfe aus der Umgebung und Erhalten von Unterstützung. Diese Folgen bewirken die Stabilisierung des Symptoms, oder führen zu Erleichterung und Wiederherstellung mit gewachsener Kontrolle. Bei Engel und Schmale (1969) steht am Anfang eine Empfindung von Versagen: erstens der Umgebung, was zu Hilflosigkeit führt „given up“, mit dem Erleben von verminderter Sicherheit der Objekte; oder zweitens Versagen des Selbst, was zu Hoffnungslosigkeit führt „giving up“, mit der Verminderung des Erlebens von Integrität. Affekt und Hilflosigkeit aktivieren vergangene ähnliche Erlebnisse, und die Symptome entstehen über unspezifische Prozesse. Goldstein (zitiert nach Luborsky, 1996) postuliert eine Empfindung einer Forderung von der Umgebung mit der Empfindung inadäquater Reaktion, unwohl Fühlen und dem Erlebnis einer katastrophalen Situation, in deren Folge Angst auftritt und zu Ersatzhandlungen in Form von Symptomen führt. Eine Erleichterung der vorhergehenden Empfindungen tritt ein. Angyal (zitiert nach Luborsky, 1996) stellt eine Bedrohung von Deprivation an den Anfang, welche ein Gefühl der Isolation auslöst. Dieses führt zu Angst und zu Selbstschutz- Maßnahmen einschließlich von Symptomen. Bei Seligman (zitiert nach Luborsky, 1996) bewirkt ein negatives Ereignis eine Erklärung über pessimistische Erklärungsmuster (internale, globale und stabile Erklärungen), und dies führt zum Symptom der Depression.

Trotz der verschiedenen Foci stellt Luborsky (1996) einen großen Bereich der Überschneidung der verschiedenen Theorien fest. Bei den meisten wurden Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit oder beide als wichtige Vorbedingungen angesehen und Angst spielt eine Rolle als vermittelnder Affekt. Aus den Ergebnissen dieser Symptombildungstheorien und der Untersuchungen mit der Symptom- Kontext- Methode formt Luborsky eine weiterentwickelte Symptombildungstheorie folgenden Ablaufs:

- 1.) Wahrnehmung einer potentiellen Gefahr.
- 2.) Die Gefahr hat Bezug zu Menschen, mit welchen die Person involviert ist.
- 3.) Aktivierung des ZBKT.
- 4.) Zunahme von Hoffnungslosigkeit, Kontrollverlust, Angst, Blockiert Fühlen, Hilflosigkeit.
- 5.) Gesteigerte Kognitive Beeinträchtigung (bei einigen Patienten).
- 6.) Psychologische Veränderungen begleitet von physiologischen Veränderungen.
- 7.) Der Hintergrund- Zustand spiegelt den augenblicklichen Zustand wider.
- 8.) Ein Zielsymptom tritt auf, welches von der biopsychosozialen Disposition bestimmt wird.

Es gelang Luborsky also, die psychoanalytischen Symptombildungsmodelle klinisch und empirisch zu bestätigen und weiter zu differenzieren. Insgesamt konnte Freuds Symptombildungstheorie von ihm selbst und den nachfolgenden Forschern bestätigt, weiterentwickelt und differenziert werden, so dass heute gesicherte Erkenntnisse über wesentliche Aspekte der konkreten Abläufe der Symptombildung vorliegen. Gefühle von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit spielen eine zentrale Rolle bei der Entstehung von psychischen, somatischen und psychosomatischen Symptomen.



### 3. Qualitative Psychotherapie- Forschung

#### 3.1 Allgemein

Die in dieser Arbeit genutzten allgemeinen Theorien und Konzepte der qualitativen Psychotherapieforschung sollen in diesem Abschnitt nur knapp skizziert und nicht in extenso dargestellt werden. Die Symptom- Kontext- Methode als spezieller Forschungsansatz wird im Abschnitt 3.2 eingehend beschrieben.

Die Methoden der qualitativen Psychotherapieforschung begründen sich auf der Intention, am einzelnen Fall möglichst differenziert und exakt psychische Abläufe zu erfassen, die in Fallgruppen zwar validiert aber auch nivelliert werden. Das Dilemma besteht darin, detailliert individuelle psychologische Funktionsweisen zu erfassen und andererseits möglichst ohne Verlust von feineren Abläufen allgemeine psychologische Prozesse zu erkennen (Valsiner 1986; Strauß 1987). Der Unterschied zwischen quantitativer und qualitativer Forschung wird von Alberti (1994) als graduell bezeichnet. Dies begründet er mit den Auswahl- und Verarbeitungsprozessen, wie z. B. Bandaufnahme, Transkription, Übersetzung, Codierung, Auswahl zu untersuchender Abschnitte etc, wobei eine Vielzahl an Entscheidungsvorgängen abläuft, welche die Original- Daten reduziert und verändert. Der wesentliche Unterschied zwischen der quantitativen und qualitativen Forschung liegt dann im Zeitpunkt, zu dem im Forschungsprozess die Interpretation der Daten erfolgt. Buchholz und Streeck (1994) weisen darauf hin, dass es keine Theorie über einen Patienten ohne den zugehörigen Therapeuten gibt und erinnern daran, dessen Einfluss mit zu berücksichtigen.

Zur Erfassung von Gesprächsinhalten sind Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 1989) angebracht. Deren Ziel ist die systematische, regelgeleitete und theoriegeleitete Analyse sprachlichen Materials. Die Regelgeleitetheit stellt die Reproduzierbarkeit sicher, die Theoriegeleitetheit verbindet die Analyse mit dem aktuellen Wissensstand über das untersuchte Gebiet. Die rein quantitative Inhaltsanalyse (content analysis) ist nach Mayring jedoch in eine Sackgasse geraten (discontent analysis), die weitere Entwicklung sieht er in der Nutzung qualitativer Methoden und der folgenden Integration qualitativer und quantitativer Verfahren der Inhaltsanalyse. Dabei sei wichtig, Rücksicht auf den Kontext von Textbestandteilen, auf latente Sinnstrukturen, auf Einzelfälle und auf Präsenz und Absenz bestimmter Textbestandteile zu nehmen. Die drei Grundformen des Interpretierens sind (nach Mayring) Zusammenfassung, (Reduktion und Verdichtung des Materials, Abstraktion, Erreichen eines

überschaubaren Corpus, der Abbild des Grundmaterials ist), Explikation (Analyse durch Ergänzung, Vervollständigung, Deutung) und Strukturierung (Einschätzung des Materials nach bestimmten Ordnungskriterien, um wesentliche Aspekte zu erfassen).

Die induktive Diagnostik (Jüttemann 1989) stellt ein weiteres Grundlagenforschungsmodell dar. Dabei wird theoriegeleitet ein Verstehensprozess zur Erforschung abgrenzbarer, insbesondere zentral bedeutsamer Komponenten der menschlichen Psyche durchgeführt, der in wiederholten Annäherungsschritten eine Realisierung erhöhter Individuumadäquatheit der gegenstandsbezogenen Diagnosen anstrebt.

Eine grundsätzliche Kritik der verschiedenen (quantitativen und qualitativen) herrschenden Varianten empirischer Sozialforschung wird von der objektiven Hermeneutik geleistet, die gleichzeitig ein eigenständiges methodisches Verfahren als Alternative anbietet (Schneider 1989). Bei der objektiven Hermeneutik wird eine "latente Sinnstruktur" den Handlungen zugrunde liegend angenommen, die aufgrund rekonstruierbarer Regeln erfasst werden kann.

Es lässt sich zusammenfassen, dass die verschiedenen hermeneutischen Zugänge Regeln zur Erfassung von Inhalten entwickelt haben, mit welchen sich theoriegeleitet und reproduzierbar Erkenntnisse gewinnen lassen. Seit dem Altertum wird Verstehen von Inhalten im Fall der Behandlung von menschlichen Fragen anhand von Fallberichten geleistet. Schon vor Freud (1900, 1905, 1925b) spielen Fallberichte eine zentrale Rolle im Verständnis psychiatrischer Störungen und seit Freud im Verständnis der psychoanalytischen Methode und der behandelten Störungen und Menschen. Der hermeneutische Zugang ist und bleibt die zentrale Möglichkeit zum Verstehen von Menschen und ihren Problemen und Störungen.

Die gewonnenen Erkenntnisse sollen jedoch nach Möglichkeit zusätzlich zum methodengeleiteten Verstehen durch wissenschaftliche Techniken der Messung durch unabhängige Beurteiler bestätigt und validiert werden. Dies gilt besonders im Fall der Psychotherapieforschung, wo aufgrund der Feinheit der Fragestellungen und der Vielschichtigkeit der Störungsbilder und der psychotherapeutischen Techniken und Konzepte die Notwendigkeit sehr klarer und nachvollziehbarer Aussagen in besonderem Maß evident wird. Aus dem Mangel an differenzierten Erkenntnissen darüber, was in Psychotherapien wirkt, entwickelte Luborsky (1996) mit der Symptom- Kontext- Methode ein Forschungskonzept, das mit einer Kombination qualitativer und quantitativer Techniken ein nachvollziehbares und dennoch einzelfallspezifisches Verständnis ermöglicht. Untersuchungen zu Reliabilitäten verschiedener Rater, von Bänninger- Huber (1996) als Problem angesehen, zeigten hohe Übereinstimmungen für die Interpretationskontexte (Luborsky, Bachrach 1979).

### 3.2 Symptom- Kontext- Methode

An dieser Stelle sollen die Entwicklung der Symptom- Kontext- Methode sowie das praktische Vorgehen dargestellt werden. Freud (1900, 1905, 1916, 1925) entwickelte das Wissen der Psychoanalyse aus der praktischen Arbeit mit seinen Patienten. Luborsky (1999) nennt als Idee, die ihn zur Entwicklung der Symptom-Kontext-Methode geführt hatten, zu allererst Freuds klinische Methode zum Symptom-Verständnis. Freud hatte in seinen Studien über die Hysterie deutlich gezeigt, wie genau er den Bedeutungs- Kontext beobachtete, in dem Symptome auftraten (Freud, 1895, 1901, 1953, 1955, zitiert nach Luborsky 1996). Freud hatte mit seinen Symptombildungstheorien Grundlagen zum Verständnis der Symptom- Entstehung erarbeitet, die von seinen Nachfolgern weiterentwickelt wurden. Luborsky (1996) stellte fest, dass einige Symptombildungstheorien entwickelt waren, die aber noch wenig durch systematische Forschungsergebnisse bestätigt wurden. Luborskys Ziel war, diese Symptombildungstheorien zu überprüfen, zu differenzieren, zu bestätigen und zu präzisieren. Dazu fehlten seit Freuds Zeit Sammlungen der tatsächlichen Worte und Verhaltensweisen von Patienten, bevor Symptome auftreten. Luborsky (1999) zeichnete im Jahr 1950 erstmalig eine 54- stündige analytische Therapie auf Tonband auf, um systematisch die Zusammenhänge zwischen dem Symptom (Magenschmerzen) und dem Gesprächskontext in der Psychotherapie zu erfassen. Zur statistischen Auswertung wand er die Technik der Faktorenanalyse an und beschrieb das Vorgehen als P- Technik. Im Jahr 1963 behandelte Luborsky eine Patientin, die innerhalb der Sitzung plötzlich äußerte, einen Gedanken vergessen zu haben. Dies brachte ihn auf die Idee zur Weiter- Entwicklung seines Forschungsansatzes in Form der Beobachtung und Messung aktuell in der Therapiestunde auftretender Symptome. Da bisher keine Messmethode für Zusammenhänge zwischen Symptom und Kontext vorlag, entwickelte Luborsky dann die Symptom- Kontext- Methode. Ihre Ziele sind, herauszufinden, welche psychischen Vorgänge vor dem Auftreten von Symptomen ablaufen, die systematisch gefundenen Ergebnisse mit den klassischen Theorien zur Symptomentstehung zu vergleichen und Hinweise für klinische Anwendungen der Ergebnisse zu geben.

Grundvoraussetzungen der Symptom- Kontext- Methode sind nach Luborsky (1996):

- 1.) *Das Symptom ist mit Kontext beobachtbar*, in dem Moment, wo es auftritt.
- 2.) *Zwischen den Symptom-Segmenten ist eine symptomfreie „Baseline“ vorhanden*, sodass Vergleiche gezogen werden können zwischen Symptom-Kontext und Kontroll-Kontext.

3.) *Die natürliche zeitliche Abfolge um einen Ablauf zu verstehen ist, den Kontext vor, während und nach dem Symptom zu untersuchen.* Die Symptom-Kontext-Methode basiert auf der Voraussetzung, dass Ideen und Verhaltensweisen thematisch assoziativ verknüpft sind. Diese Überlegung geht zurück auf Freuds klinisches Verständnis zeitlicher Angrenzung (Freud, zitiert nach Luborsky 1996). Die Hauptregel zum Verständnis basiert nach Freud auf dem Gesprächskontext.


4.) *Die Beobachtungen erstrecken sich auf mehrere Ebenen.* Dieser Zugang erlaubt Forschern, ihr Wissen über den Kontext jedes Symptoms zu erweitern. Die Ebenen nutzen den Einsatz von: klinischer Beobachtung, Beurteilungsmethoden, Messmethoden (physiologische und psychologische) und Hintergrund-Kontext-Methoden. Der anfängliche klinische Zugang erleichtert die Wahl der folgenden quantitativen Methoden, wie Beurteilungen (ratings) und Mess-Methoden (scorings). Dadurch können die Resultate dieser Methoden im klinischen Bezug besser verstanden werden. Außerdem bietet die Kombination der Methoden mehr als eine einzelne Methode. Diese Ebenen haben viel gemein mit den Mehrebenen-Zugängen, die von Sargent (Sargent 1961) und Kächele, Thomä und Schaumberg (Kächele 1974) empfohlen wurden: klinische Fallstudie, systematische klinische Beschreibung, geführte klinische Beurteilung und Computer- unterstützte linguistische und Text- Analyse. Dazu kommen zwei weitere Ebenen: der unmittelbare und der breitere Hintergrund-Kontext. Der unmittelbare Kontext besteht aus den Gedanken und Verhaltensweisen, die zeitlich nah am Symptom auftreten, der breitere Kontext besteht aus der ganzen Sitzung und angrenzenden Sitzungen sowie wiederholten Tests.

5.) *Die Person ist die primäre Einheit der Studie.* Jeder Patient wird intra- individuell betrachtet.

6.) *Psychotherapie ist ein angemessenes und konzeptuell schöpferisches Medium.* Psychotherapie als Kontext-Medium bietet spezielle Möglichkeiten, die Symptombildung zu studieren. Sie war das Medium, in dem Freuds Konzepte der Symptombildung originär entwickelt wurden.

7.) *Das Verständnis des Symptom-Kontexts hat offensichtliche klinische Bedeutung für die Behandlung.* Die klinische Nützlichkeit des Wissens über den Symptom-Kontext wurde sehr klar gezeigt für Patienten mit ernsten wiederkehrenden Symptomen im Verlauf der Psychotherapie.

Tabelle 1: Basiskomponenten der Symptom- Kontext- Methode

<b>Beobachteter Kontext:</b>	Hintergrund Kontext	Kontext un- mittelbar vor Symptom	Kontext während Symptom	Kontext un- mittelbar nach Symptom	Hintergrund Kontext
<b>Symptom- Kontext:</b>	Sitzung, Serie und ZBKT	Wörter und Verhalten, Pat. + Ther.	Symptom oder Verhalten	Wörter und Verhalten, Pat. + Ther.	Sitzung, Serie und ZBKT
<b>Kontroll- Kontext:</b>	Wie oben	Wie oben	Kontrollstelle Ohne Sy. Oder Verh.	Wie oben	Wie oben
					

ZBKT: zentrales Beziehungs- Konflikt- Thema

Sy.= Symptom, Verh.= Verhalten, Pat.= Patient, Ther.= Therapeut

Luborsky (1996) gibt folgende fünf Schritte der Schritte der Symptom-Kontext-Methode an.

Im 1. Schritt wird ein Symptom oder eine Verhaltensweise zur Beobachtung ausgewählt. Die Methode wurde Symptom- Kontext- Methode benannt, weil sie zuerst auf Symptome angewandt wurde. Dennoch kann sie gleichermaßen auf jegliche wiederkehrende Verhaltensweise angewandt werden, die in Psychotherapie oder anderen kontinuierlich beobachteten verbalen Kontexten auftritt. Der erste Schritt ist die Wahl eines wiederkehrenden Symptoms oder einer wiederkehrenden Verhaltensweise. Die Anfangs- und Endpunkte des Symptoms oder Verhaltens müssen dann im Text der Sitzung markiert werden. Dafür müssen Kriterien zur Lokalisation des Anfangs und Endes für jedes Symptom festgelegt werden. Vorteilhaft ist es, ein Symptom zu wählen, das weder zu häufig noch zu selten auftritt.

Im 2. Schritt wird über die Länge des Symptom-Kontextes entschieden. Die Analyse des Kontextes zielt auf die Bestimmung des zeitlichen Ablaufs des Kontextes im Umfeld des Zielverhaltens. Einheiten zwischen 50 und 500 Wörtern vor und nach dem Symptom sind möglich, oder die Einteilung in Gedanken- Einheiten.

Im 3. Schritt werden die Kontroll-Segmente als „Vergleichsgruppe“ festgelegt.

Segmente ohne das Zielverhalten werden bestimmt, um die Frequenz der Variablen in Symptom- und Kontrollstellen vergleichen zu können. Dazu können Stellen aus der gleichen oder einer anderen Sitzung gewählt werden, ein sinnvolles Vorgehen muss für die jeweilige Studie bestimmt werden.

Im 4. *Schritt* werden die Variablen bestimmt, die beurteilt und gemessen werden sollen. Die Variablen, die in Symptom- Kontext- Studien bestimmt wurden, wurden hergeleitet aus den Theorien der Symptombildung von Freud, Engel und Schmale, Goldstein, Angyal und Seligman (alle zitiert nach Luborsky 1996). Die meisten zur Beurteilung durch Rater genutzten Variablen sind:

1. Hilflosigkeit
2. Hoffnungslosigkeit
3. Angst
4. Blockiert fühlen
5. Bedürfnisse
6. Feindseligkeit gegenüber Therapeut
7. Feindseligkeit gegenüber anderen
8. Einlassen mit dem Therapeuten
9. Depression
10. Trennung
11. Kontrollverlust
12. Schuld (und Selbstvorwurf)

Die am meisten psychometrisch gemessenen Variablen sind: Bezugnahme auf Therapeuten, kognitive Störung, Feindseligkeit gegen andere, offene Feindseligkeit, verdeckte Feindseligkeit, Gesamt-Affekt, Feindseligkeit gegen sich, ambivalente Feindseligkeit, Schizophrenie und kognitive Beeinträchtigung.

Im 5. *Schritt* wird eine Beurteilung des Symptom- Kontextes und des Kontroll-Kontextes auf mehreren Ebenen durchgeführt. Diese sind: die klinische Beurteilung (wiederholtes Lesen der Transkripte, um den Kontext zu verstehen), das Rating der Variablen, messen von Variablen, physiologische und psychologische Variablen und der breite Hintergrund-Kontext. Als Hintergrund- Beurteilungsmethode wird die *Methode des zentralen Beziehungskonflikt-Themas* (Luborsky 1996, 2001) genutzt. Mit dieser Methode werden aus Narrativen von Beziehungs-Episoden Wünsche, Reaktionen von anderen und Reaktionen des Selbst bestimmt. Aus diesen lässt sich das zentrale Beziehungskonflikt-Thema des Patienten bestimmen.

Bei Symptomen oder Verhaltensweisen ohne eindeutigen Beginn und Ende müssen Kriterien für die Bestimmung von Beginn und Ende festgelegt werden. In den Transkripten müssen die Beginn- und Endpunkte für Symptom und Kontrolle in gleicher Weise gekennzeichnet werden. Von Luborskys Team wurden Transkripte, Audio- und Video-Aufzeichnungen sowie Verlaufsnotizen genutzt. Vorteile der verschiedenen Methoden konnten hierbei nicht bewiesen werden. Für die statistische Auswertung empfiehlt Luborsky T- Tests für gepaarte Symptom- und Kontroll- Werte. Er verweist auf die Notwendigkeit, die angemessene Anzahl an Wörtern zu nutzen, um die Themen zu erkennen. Um die signifikanten Variablen zu bestimmen, berechnete Luborsky Hauptkorrelationen und Interkorrelationen zwischen den Variablen. (Als Begrenzung der Methode nennt Luborsky die willkürliche Einteilung in Worteinheiten oder Zeitabschnitte. Diese kann dem Verständnis des Inhalts widersprechen, weil die Bedeutung nicht mit den Zeiteinheiten korreliert. Eine weitere Begrenzung entsteht durch die individuell verschiedene Ausdrucksweise der Patienten.)

### **3.2.1 Ergebnisse mit der Symptom- Kontext- Methode**

Luborsky (1996) führte Symptom- Kontext- Studien mit den folgenden Symptomen und Verhaltensweisen durch: plötzliches Vergessen, plötzliche depressive Stimmungsveränderungen, ängstliche Verstimmungen bei Agoraphobie, Magenulcusschmerzen, migränoider Kopfschmerz, Episoden von Absencen- Epilepsie, ventrikuläre Extrasystolen, Lachen, Schreien eines Kindes während Familientherapie- Sitzungen, das Berühren von Lieblingsgegenständen wie Kuscheltiere durch Kinder, Berühren des Mundes während Psychoanalyse. Dabei konnten übergreifende allgemeine wie spezifische Ergebnisse gewonnen werden.

#### **3.2.1.1 Allgemeine Ergebnisse**

Die allgemeinen Ergebnisse der von Luborsky durchgeführten Symptom- Kontext- Studien werden im Folgenden aufgezeigt:

- Es lassen sich signifikant verschiedene emotionale Qualitäten für Symptom- versus Kontroll- Stellen finden.
- Die Vorbedingungen für somatische oder psychische Symptome unterscheiden sich nicht.

- Die Gesprächskontexte vor dem Symptom sind spezifisch für den individuellen Patienten.
- Zwischen den Themen vor dem Symptom und dem zentralen Beziehungskonflikt des Patienten bestehen enge Zusammenhänge.
- Die Intensität der Themen vor dem Symptom steigt zum Symptom hin an.
- Die Methode funktioniert unterschiedlich gut bei verschiedenen Symptomen.
- Zwischen subjektiv empfundenen oder objektiv gemessenen Symptomen lassen sich mit der Methode keine Unterschiede finden.
- Bei Untersuchungen mit der Methode an nicht- symptomatischen Verhaltensweisen (Lachen, Weinen, Berühren des Mundes) ließen sich weniger emotionale Vorläufer bestimmen als bei Symptomen.
- Zwischen Befunden der Symptom-Kontext-Methode und der ZBKT- Methode (Methode zur Bestimmung des zentralen Beziehungskonfliktthemas) bestehen Parallelen bezüglich des Themen- Hintergrundes.
- Bedingungen für die Symptombildung können auch retrospektiv untersucht werden.
- Vom Symptom ausgehend können typische Vorbedingungen erhoben werden; von Vorbedingungen wie Hilflosigkeit kann nicht auf ein spezifisches Symptom geschlossen werden.
- Die Symptome lassen sich unterschiedlich gut zeitlich lokalisieren.

Einige der untersuchten Variablen , die den Unterschied vor Symptom gegen vor Kontrolle markierten, zeigten signifikante Unterschiede in allen sieben untersuchten Fällen (Luborsky 1996). Die stärksten Effekte erreichten die Variablen: Hoffnungslosigkeit, Kontrollverlust, Angst, blockiert Fühlen und Hilflosigkeit (Luborsky 1996, 2001). Folgender Ablauf an Vorbedingungen für die Symptomentstehung zeigt sich in Luborskys Untersuchungen übereinstimmend: Auf die Wahrnehmung einer potentiellen Gefahr folgen die Aktivierung des ZBKTs, das Anwachsen von Hoffnungslosigkeit, Kontrollverlust, Angst, Blockierung und Hilflosigkeit, eine ansteigende kognitive Störung sowie psychologische und physiologische Veränderungen bis zum Auftreten des Symptoms.

### 3.2.1.2 Weitere Einzelergebnisse

Die Übereinstimmung zweier klinischer Beurteiler über die psychische Gesundheit eines Patienten, geratet nach der Symptom- Kontext- Methode, ist bei Sitzungen zu Beginn einer The-



rapie noch gering, im weiteren Therapieverlauf werden jedoch gute Übereinstimmungen erreicht. Durch Messung des Schweregrads der psychiatrischen Störung zu Beginn einer Psychoanalyse kann der zu erreichende Fortschritt eingeschätzt werden (Luborsky, Stuart 2001). Drei Symptom- Kontext- Studien mit Patienten mit Petit- Mal- Epilepsie erbrachten folgende Ergebnisse: Beim ersten Patienten wurden deutliche Vorzeichen vor den Anfällen im Vergleich zu Kontrollen gefunden, die aus negativen Affekten wie depressiv und blockiert Fühlen bestanden. Bei den beiden anderen Patienten wurden weniger zwischen Symptom und Kontrolle diskriminierende Ergebnisse gefunden. Es wird der Schluss gezogen, dass Patienten sich an Menge und Art der psychologischen Symptom- Vorläufer unterscheiden (Luborsky, Docherty 1975). Eine Reliabilitätsanalyse sowie Basisraten interpersoneller Themen in Narrativen von Psychotherapie- Sitzungen wurde von Crits- Christoph, Connolly (1999) durchgeführt. Dabei konnten von geschulten Ratern die meisten von 104 Kategorien reliabel geratet werden. Niedrige Reliabilitäten wurden für das Konzept des Introjekts erzielt. Crits- Christoph und Luborsky (1991) untersuchten wiederholtes Weinen eines Kindes während Familientherapiesitzungen mittels der Symptom- Kontext- Methode. Die Segmente vor dem Weinen hatten im Vergleich zur Kontrolle höhere Werte für folgende psychische Variablen: Involviertheit mit den anderen im Raum, Zurückweisung, Versorgung, und folgende Familienvariablen: Familiendiskussion über die Patientin und Feindseligkeit gegenüber der Patientin.

### 3.2.1.3 Ergebnisse anderer Forscher

In der Literatur finden sich nur einige wenige Symptom- Kontext- Studien. Mehrfach wurde die Methode in Kombination mit der Erhebung von kardiovaskulären Daten wie EKG oder Blutdruckmessungen genutzt. Freyberger (1985) erhob per EKG den Verlauf der Herzschlagabstände bei einer Patientin mit funktionellen Herzbeschwerden während eines psychosomatisch-psychoanalytischen Erstgesprächs. Dabei konnten charakteristische Unterschiede zwischen dem Erstinterview und einer Präphase zeitreihenanalytisch herausgearbeitet werden und vier Symptom- Kontext- Beziehungen im Erstgespräch identifiziert werden. Fahrenberg (1997) sieht im Rahmen psychophysiologischen Monitorings Symptom- Kontext- Analysen als sehr naheliegend an. Er verweist auf die schnellen Blutdruckanstiege bei psychologisch relevanten Ereignissen, die mittels psychophysiologischen Monitorings identifiziert werden konnten. Allerdings wurde in einer Studie von Franck (zitiert nach Fahrenberg 1996) kaum

mehr als eine markante psychologische Episode am Tag erfasst, obwohl nach Schmidt und Jain (zitiert nach Fahrenberg 1996), während eines biografischen Interviews bei Hypertonikern schnelle Blutdruckanstiege um 50 mm Hg auftreten können. Eine Symptom-Kontext- Studie mit vier jungen Erwachsenen mit essentieller Hypertonie wurde von Adler und Herrmann (1976) durchgeführt. Dabei wurde während eines Erstinterviews der Blutdruck intra- arteriell gemessen. Alle Patienten zeigten eine erhöhte Sprechrate vor dem Blutdruckanstieg, wobei bei dreien der thematische Zusammenhang von persönlichem Versagen und dem Verlust des Status, wichtig und nützlich zu sein, deutlich wurde. In einer Symptom-Kontext-Studie zur Dissoziation wurden Video- Sequenzen von Erstgesprächen mit Patienten mit dissoziativen Störungen von Psychoanalytikern, Verhaltenstherapeuten und Patienten mit dissoziativen Störungen geratet. Dabei zeigten sich die Patienten signifikant am erfolgreichsten im Erkennen der dissoziativen Phänomene (persönliche Mitteilung von H. J. Freyberger, unveröffentlichte Studie 2003).

Zusammenfassend sind durch die wenigen Studien eher Einzelergebnisse erhoben worden, die den Ergebnissen von Luborsky noch keinen systematischen Erkenntnisgewinn hinzufügen.

#### **3.2.1.4 Ergebnisse zum Lachen**

Luborsky (1996) wollte den Kontext nicht-symptomatischen Verhaltens wie Lachen mit dem Kontext symptomatischen Verhaltens vergleichen. Dabei erwartete er grundlegende Unterschiede, da er Lachen nicht als pathologisches Verhalten wie plötzliches Vergessen ansah; dementsprechend bezeichnete er es als „non- symptomatic behaviour“. Die Methode wurde folgendermaßen bestimmt: Statt bestimmter Anzahlen von Wörtern wählte Luborsky Gedanken- Einheiten. Das Lachen war immer in der dritten Gedanken-Einheit. Die Segmente wurden nur genutzt, wenn genügend Kontext vor und nach dem Lachen für die drei Gedanken-Einheiten vorhanden war. Die meisten Lacher waren in monologischer Sprache des Patienten. Einige Segmente, wo Äußerungen des Therapeuten eingestreut waren, schienen die Ergebnisse nicht wesentlich zu beeinflussen.

Kontrollen wurden möglichst analog zu Symptom- Stellen ausgewählt und so präpariert, dass für die Rater keine Möglichkeit bestand, zu erkennen, welche Stellen Symptom und welche Kontrolle waren. Die Kontrollstellen waren mindestens 4 Gedankeneinheiten von den Symptom- Stellen entfernt. Mit zwei Patientinnen wurde dieses Studiendesign durchgeführt.

Die Patientin C. befand sich wegen sexueller und anderer Hemmungen in Behandlung. Mit der Methode des “clinical review” analysiert Luborsky die Lach-Kontexte der Patientin folgendermaßen: Vor dem kurzen Lachen bestätigte die Patientin jeweils etwas Positives über sich, oder sie wünschte, bestätigt zu werden. Dabei mag sie ihre Kühnheit weggelacht haben müssen durch Selbst-Erniedrigung oder Erwartung der Erniedrigung. Das Lachen fungierte als Entschuldigung. Es signalisierte: „tadle mich nicht, ich tadle mich schon selbst im Bewusstsein meines Übermutes“.

Das Lachen trat oft vor einer Stimmungsänderung auf. Vorher zeigte sie sich kühn , aggressiv oder selbstsicher. Danach schien sie zu denken: „ich bin zu kühn, zu aggressiv, zu dominant oder zu selbstsicher“. Der Gedanke nach dem Lachen repräsentierte ein Ungeschehenmachen. Vor der Stimmungsänderung wurde wohl eine Spannung aufgebaut. Das Lachen lockerte die Spannung durch eine sicherere, unterordnendere Position. Dieser Gedanken-zusammenhang wurde erhoben mit der Methode des zentralen Beziehungs- Konflikts. Das Muster enthält den Wunsch, die Erwartung der Reaktion des anderen und einen Ausdruck der hauptsächlichlichen Reaktion des Selbst.

Nach Luborsky zeigen diese Ergebnisse, dass Lachen nicht- symptomatisches Verhalten ist, denn die Kontexte für Lachen haben nur einige der Charakteristika der Kontexte für Symptome. So verhielt sich die Patientin , als ob sie zu kühn oder zu selbstbehauptend gegenüber dem Therapeuten gewesen wäre. Dabei benannte die Patientin diese Problematik in einigen der Beispiele direkt (der Hintergrund ihrer Verhaltensweise war ihr also bewusst).

Die Beurteilung der Lach- versus Kontroll-Segmente brachte folgende Ergebnisse: In der untersuchten Sitzung fanden sich 36 Lach-Kontexte, 21 echte und 15 Kontroll-Segmente. 10 Variablen wurden beurteilt, diese wurden ermittelt durch die Erfahrungen mit der Methode plus zusätzlichen Variablen, die beim Lachen relevant sein könnten plus die drei Hauptkomponenten des ZBKT der Patientin, insgesamt folgende:

Bezugnahme auf den Therapeuten,  
Hilflosigkeit,  
Kühnheit, Selbstbehauptung, Aggressivität, Kontrolle anderer,  
Selbst-Beschuldigung, Selbstkritik,  
Erwartung von Kritik durch andere,  
geringe Selbstkontrolle,  
humorvolle Ideen.

- Wunsch des ZBKT: Kontrolle anderer,
- Reaktion des anderen: Kontrolle, Beherrschung,

- Reaktion des Selbst: Hilflosigkeit.

Das Mittel der Übereinstimmung der Rater über die 10 Variablen bei zwei Ratern wird von Luborsky angegeben mit: .59. Signifikante Differenzen der Ratings zwischen Lachen und Kontroll-Segmenten in der dritten Gedankeneinheit ergaben sich für die Themen: Einlassen auf den Therapeuten, Bezugnahme auf den Therapeuten, Ängstlichkeit, Feindseligkeit gegenüber Therapeuten und Erwartung von Kritik.

Durch die Rating- Einschätzung gelang es Luborsky, den klinisch gefundenen Ablauf zu bestätigen: Vor dem Lachen ließ sich die Patientin mehr auf den Therapeuten ein und fühlte sich feindselig ihm gegenüber, erwartete Kritik von ihm und fühlte sich deshalb ängstlich. Die Beziehung zum Therapeuten zeigt sich hier als zentral, da alle Variablen engen Bezug dazu nehmen. Die Interkorrelationen der diskriminierenden Variablen zeigen, dass zwei erwartete Variablen besonders bedeutungsvoll sind: Einlassen auf den Therapeuten und Feindseligkeit gegenüber dem Therapeuten. Unmittelbar vor dem Lachen steigen Einlassen und Ängstlichkeit an und fallen danach wieder ab. Im Vergleich mit wiederkehrenden Symptomen zeigen sich feine Unterschiede, aber insgesamt wurden die gleichen signifikanten Variablen gefunden.

Luborskys zweite Patientin mit der Verhaltensweise des Lachens, die Patientin S., befand sich in Therapie wegen Depression, sie war trockene Alkoholikerin und hatte große Probleme, Termine einzuhalten. Luborsky beschreibt, dass die Therapie günstig verlief, die Probleme der Patientin besserten sich, sie blieb trocken und benötigte keine Medikation. Beispiele zeigen, dass sie lacht, wenn sie andere kritisiert. Die anderen Lach-Segmente waren nach Luborsky thematisch ähnlich, aber nicht so deutlich. Beim Rating der Lach- versus Kontroll-Segmente ergaben sich kaum verwertbare Ergebnisse. Ihre ZBKT- Themen waren:

- Wunsch des ZBKT: Widerstand gegen andere,
- Reaktion des anderen: Zurückweisung,
- Reaktion des Selbst: wütend, frustriert fühlen.

Die Zusammenfassung von Luborskys Ergebnissen zum Lachen zeigt, dass sich die Variable, die signifikante Unterschiede für Lachen versus Kontrolle ergab, bei den beiden Patientinnen unterschied. Für Patientin C.: Bezugnahme auf den Therapeuten, für Patientin S.: wütend sein. Für die zwei Patientinnen war es die Einheit unmittelbar vor dem Lachen, die signifikante Unterschiede von Lachen versus Kontrolle ergab. Die Variablen beim Lachen unterscheiden sich von denen vor Symptomen: dort findet man Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Ängstlichkeit, während diese hier kaum eine Rolle spielen. Luborsky zieht das Fazit, dass wiederkeh-

---

rende Verhaltensweisen weniger und andere unmittelbar vorhergehende Variablen haben als wiederkehrende Symptome.

## 4. Fragestellung und Untersuchungshypothesen

### 4.1 Entwicklung der Fragestellung

In den vielen Beschreibungen, was beim Lachen geschieht, finden sich einige Hinweise auf ein paradoxes, bitteres Lachen, das wenig mit Emotionen der Freude und des Glücks zu tun hat. Dieses Phänomen ist auch aus psychotherapeutischen und psychoanalytischen Behandlungen bekannt, aber bislang noch wenig systematisch untersucht und beschrieben worden. Es soll daher innerhalb der Psychotherapie fokussiert und untersucht werden, da es hier gut beobachtbar ist und der Zusammenhang mit der therapeutischen Interaktion und Beziehung zu erheben ist. Freud (1905) beschreibt, dass in Fällen mit Affektbindung durch Enttäuschung und Verbitterung eine besonders starke Aufwandsdifferenz den Automatismus der Abfuhr herstellt. Diese Erklärung treffe für alle Fälle zu, "in denen das Lachen bei anderen als lustvollen Gelegenheiten und mit intensiven peinlichen oder gespannten Affekten gemeinsam vorkommt" (Freud 1905, S. 252). Hier soll in Ergänzung die These aufgestellt werden, dass sich hinter Lachen ohne lustvolle Gelegenheit ein Spektrum verschiedener Abläufe verbirgt, wobei keineswegs immer starke und intensive bewusst erlebte Affekte beteiligt sind. Präzisierend ist einerseits ein Ablauf zu denken, bei dem unbewusste Ängste, zum Beispiel vor der Bedrohung des Selbst, den Verarbeitungsmechanismus auslösen, in dessen Verlauf das Lachen auftritt, ohne dass intensive bewusst erlebte Affekte auftreten. Andererseits ist ein Ablauf zu denken, bei dem Lachen ohne starke Affekte auftritt, beim Vorspielen von Lachen, bei Lachen aus Konvention etc., und bei Menschen, die aus psychischen Gründen vermindert emotional lebendig sind. Dieser Ablauf sowie organische Erkrankungen mit Lachen ohne adäquate Affekte sollen jedoch hier nicht weiter thematisiert werden. Freud (1905) stellt fest, dass die verschiedenen Techniken des Witzes darauf abzielen, Bedrohung zu minimieren. Nach Holland (1982) ist Komik ein Abwehrmechanismus, der zur Bewältigung und Abwehr von Angst dient. Bezugnehmend auf beide vorgenannten Thesen wird postuliert, dass es (nicht nur beim Lachen infolge von Witzen) einen Mechanismus gibt, bei dem Bedrohung durch bestimmte Inhalte dem Bewusstsein ferngehalten werden muss, wobei Lachen auftritt. Dieses Lachen scheint die Funktion einer Selbststabilisierung haben, ähnlich dem Phänomen, dass jemand pfeifend in den Keller geht, um sich die Angst zu vertreiben. Es besteht jedoch der Unterschied, dass das Pfeifen eher bewusst eingesetzt wird, wogegen das Lachen in dieser Funktion nicht bewusst gesteuert wird; Es folgt auf einen inneren Prozess der Selbstbestäti-

gung und -Erhaltung. Nach Freud (1925a) spart man durch Humor die schmerzhaften Emotionen, die durch ein schmerzhaftes Ereignis normalerweise hervorgerufen werden, besonders den Schmerz der Schuld. So "hat Humor ein befreiendes Element... Es ist der Triumph des Narzissmus, die siegreiche Bestätigung der eigenen Unverwundbarkeit des Ichs." (Freud 1925a, XIV, S. 385). Der Triumph des Narzissmus kann mit Lachen (mit oder ohne Freude) einhergehen, und im Fall der Psychotherapie kann dieses Phänomen den Prozess begleiten, schmerzhaft Einsichten durch den lachend sich selbst bestätigenden Narzissmus zu verhindern, um nicht verwundet zu werden.

Freuds Konzeption von 1927 benennt Humor als hinweisend auf den Triumph des Narzissmus, eine Bestätigung des Narzissmus über eine adaptive Regression. Humor erlaube dem Individuum über die Mächte der Unterdrückung und den Schmerz der Realität zu triumphieren (Lemma 2000). Nach Lemma kann Humor Schmerz in Vergnügen umwandeln und arbeitet in diesem Sinn wie ein reifer Abwehrmechanismus (Lemma 2000).

### ***Konstruktion eines Verarbeitungsmodus „Lachen zur Selbstbestätigung“***

In dieser Arbeit wird der Gedanke entwickelt, dass ein Mechanismus zur Bewältigung von Frustration und zur Verhinderung schmerzhafter Einsichten existiert, der mit Lachen einhergeht und teilweise analog zum Humor arbeitet, jedoch Unterschiede zum Humor aufweist. Dieser wird bezeichnet als „Lachen zur Selbstbestätigung“. Beim Humor besteht Einsicht in die Tragik und das Leid, in deren vollem Bewusstsein gelacht wird, die zugehörigen Affekte werden empfunden. Beim Lachen zur Selbststabilisierung wird die Einsicht verhindert und die Affekte werden durch den psychischen Prozess beim Lachen aus dem Bewusstsein verbannt. Beim Lachen zur Selbstbestätigung handelt es sich um einen Verarbeitungsmodus, der dem Narzissmus zuzurechnen ist. Bedrohlich erlebte Inhalte von außen oder innen müssen abgewehrt werden, wozu das Lachen eine Möglichkeit darstellt. Es dient dem Aufbau eines (illusionären) Gefühls der Kontrolle über das Selbst und der Kontrolle besonders über die als bedrohlich erlebten Affekte. Dem Lachen kommt nach Bänninger- Huber (1996) eine Interruptorfunktion zu. Eigene unangenehme Affekte sowie beim Partner auftretende negative emotionale Reaktionen können durch das Lachen unterbrochen oder beendet werden. Indem ein Lachen den Dialog für eine gewisse Zeit unterbricht, ermöglicht dies einer Person eine interne affektive Reorganisation. Zusätzlich hat das Lachen nach Zijderfeld (1976) die

Bedeutung, eine Situation als bewältigbar und humorvoll darzustellen. Es wird angenommen, dass diese Mechanismen für das Lachen zur Selbstbestätigung zutreffen.

Lachen kann, bewusst oder unbewusst eingesetzt, ängstigende oder bedrohende Interaktionen unterbrechen und im Fall der Psychotherapie das Erleben von Affekten und damit auch die erfolgreiche Bearbeitung der Problematik verhindern. Das Lachen zur Selbstbestätigung führt zur Aufrechterhaltung eines Selbstgefühls, zur Sicherung der Selbstkonstanz, wo diese unbewusst als gefährdet erlebt wird. Die von Engel und Schmale (1969) sowie von Luborsky (1996) beschriebene Hilflosigkeit ist für den Patienten sowie für den Betrachter, Therapeuten, Untersucher nicht erlebbar. Sie besteht im Unbewussten und der psychische Apparat handelt, bevor sie sich dem Bewusstsein nähern und spürbar werden kann. Ein Input an Information und eine Erreichbarkeit wird dadurch ausgeschlossen. Durch den Ausschluss der bedrohenden Affekte aus dem Bewusstsein wird ein Erleben und eine Einsicht und damit die Heilung verhindert.

## 4.2 Konkretisierung auf den Fall

Dieser Verarbeitungsmodus des Lachens zur Selbstbestätigung soll nun am konkreten Fall überprüft werden. Dazu werden Transkripte von Tonbandaufzeichnungen einer geeigneten Psychotherapie erstellt, aus welchen mittels der Symptom- Kontext- Methode die relevanten Themen eingeschätzt werden, um den bisher angenommenen psychischen und interaktiven Prozess durch objektivierbare Daten zu untermauern. Die Erarbeitung der Themen wird im Methodenkapitel vollzogen.

Bei der Analyse des Transkriptmaterials fällt auf, dass das Lachen des hier untersuchten Patienten wie ein Versuch wirkt, sich selbst Stärke und Kontrolle zu suggerieren (exemplarisch sind Ausschnitte aus den Transkripten im Methodenkapitel wiedergegeben). Der Patient schützt sich vor unbewusst gefürchteten Themen und Emotionen und begrenzt das Einlassen auf den Therapeuten und seine Interventionen. Gleichzeitig wird durch das Lachen dem Selbst Souveränität, Kontrolle und Meisterschaft über die Bedrohungen und die bedrohlichen Affekte der Frustration und Resignation vorgespielt. Es wird erwartet, dass sich der angenommene Mechanismus des Lachens zur Selbstbestätigung durch die Gesamtheit der folgenden Hypothesen für den hier untersuchten Fall an Hand der Beurteilungen der Rater bestätigen lässt.



Im Folgenden werden die Hypothesen bezüglich der erwarteten Ergebnisse vorgestellt. Sie werden aufgeteilt in Hypothesen zum Lachen und Hypothesen zur Untersuchungstechnik der Symptom- Kontext- Methode.

### 4.3 Hypothesen zum Lachen

Wenn man beim hier untersuchten Fall die Tonbänder hört oder die Transkripte liest, stößt man auf einige Stellen, wo das Lachen spontan nachvollziehbar erscheint, während man sich an anderen Stellen fragt: warum lacht der Patient hier? Zum Teil sind es Stellen, an denen man klar ein In- sich- Gehen, Nachdenklichkeit, Traurig- Werden erwartet. Genau das ist es aber, was der Patient anscheinend zu verhindern sucht. Hier geht es also um ein Lachen, das nicht mit Freude und Humor zu tun hat, um ein Lachen, das den Anschein erweckt, zur Selbststabilisierung und zum Selbstschutz gebraucht zu werden. Es dient der Verminderung von Emotionen der Frustration und Resignation. Es wird angenommen, dass bei höherer Frustration der Mechanismus der Affektabwehr mittels des Lachens aktiviert wird, was zu höheren Beurteilungen für dieses Thema bei den Lachsegmenten führen wird.

H- Lachen 1:           Bei den Lachsegmenten erreicht das Thema *Frustration/ Resignation* unmittelbar vor dem Lachen höhere Bewertungen als bei den Kontrollsegmenten.

Eine weitere Funktion des Lachens scheint in der Distanzierung vom Analytiker und vom bedrohlichen Objekt zu liegen. Bei der Annäherung an den Analytiker oder das Objekt entsteht Lachen zur Distanzierung, wenn ein Schwellenwert von Nähe überschritten wird. Diese gegenläufige Bewegung von Annäherung und Distanzierung enthält ein widersprüchliches Element und zeigt Parallelen zur Paradoxie und zum Witz, bei dem ebenfalls eine innere Bewegung in eine Richtung abrupt verkehrt wird, was eine Spannung aufbaut, die im Lachen ihre Entladung erfährt. Dabei verweigert der Patient die Introjektion des Analytikers. Der hier untersuchte Patient kehrt in seiner Bewegung auf den Analytiker zu um, bevor es zur emotionalen Berührung kommt und lacht- als ob er den Analytiker auslachen würde, sich über ihn lustig macht, der bereit ist sich einzulassen, sich emotional zu zeigen. Dieser Vorgang ist von Thomä und Kächele (1985) beschrieben.

Der angenommene Ablauf besteht in einem Ansteigen der Intimität, was unbewusst eine befürchtete Bedrohung der psychischen Integrität auslöst, die mit Affekten einhergeht, die nicht zum Bewusstsein durchdringen dürfen. Als Reaktion entsteht paradoxes Lachen zum Selbsterhalt und zur Aufrechterhaltung des Selbstgefühls. Dadurch findet eine Ablenkung von der Bedrohung statt, die zur Erleichterung führt und mit Lachen einhergeht. Operationalisiert wird dieser Ablauf durch ein Ansteigen von „Einlassen“ von Gedankeneinheit 1 bis Gedankeneinheit 3, gefolgt von einem Abfall der Mittelwerte für dieses Thema.

H- Lachen 2: Der Patient lacht häufig als Folge ansteigender Intimität, nachdem er oder der Therapeut sich einlassen, um Distanz wieder herzustellen. Das Thema *Einlassen* steigt in den Bewertungen der Rater vor dem Lachen an und fällt danach wieder ab und es erreicht bei den Lachstellen signifikant höhere Beurteilungen als bei den Kontrollstellen.

Einige Lachsegmente weisen das Thema Freude/ Erfolg auf, sodass angenommen werden kann, dass die Bemühung des Patienten, sich durch das Lachen positiver zu stimmen, erfolgreich ist und sich in den Bewertungen niederschlagen wird.

H- Lachen 3: Bei den Lachsegmenten wird *Freude/ Erfolg* höher bewertet als bei den Kontrollsegmenten.

Dennoch ist Freude/ Erfolg nicht das führende Thema. Deshalb wird erwartet, dass die Mittelwerte dieses Themas niedriger als andere beurteilte Themen liegen.

H- Lachen 4: *Freude/ Erfolg* erreicht als nicht führendes Thema nicht die höchsten Mittelwerte der Themen.

Da das Lachen sich von der Aggression herleitet wird eine Zunahme der Aggression beim Lachen erwartet.

H- Lachen 5: Unmittelbar vor dem Lachen wird steigt der Mittelwert der Beurteilungen für das Thema *Aggression* an, und die Mittelwerte für das Thema *Aggression* liegen bei den Lachsegmenten höher als bei den Kontrollsegmenten.

Das Thema *Ablehnung/ Abwertung* und das Thema *Ideal* wurden in der klinischen Beurteilung des Falles im Umfeld des Lachens gefunden, sodass erwartet wird, dass diese Themen auch bei der Beurteilung durch die Rater beim Lachen hervorgehoben werden.

H- Lachen 6: Für die Themen *Ablehnung/ Abwertung* und *Ideal* liegen die Mittelwerte beim Lachen im Vergleich zur Kontrolle höher, und die Bewertungen dieser Themen steigen von Gedankeneinheit 1 bzw. 2 zur Gedankeneinheit 3 an.

Das Thema *Sich Behaupten* stellte sich als Hauptwunsch des ZBKT heraus. Deshalb wird entsprechend Luborskys Ergebnissen mit der Symptom- Kontext- Methode die Bestätigung der Relevanz dieses Themas beim Lachen erwartet.

H- Lachen 7: Das Thema *Sich Behaupten* weist bei den Lachsegmenten höhere Mittelwerte auf als bei den Kontrollsegmenten, und es weist einen Anstieg der Mittelwerte von Gedankeneinheit 1 bzw. 2 zur Gedankeneinheit 3 auf.

In den verschiedenen Modi des therapeutischen Gesprächs (Monolog, Dialog und Intervention) wird das Lachen verschiedene Gründe aufweisen, was sich an unterschiedlichen Beurteilungen der Themen erkennen lassen wird.

H- Lachen 8: Das Lachen hat in den verschiedenen Gesprächsmodi verschiedene Hintergründe, was an verschiedenen Bewertungen der Themen bei den verschiedenen Modi abzulesen ist.

#### 4.4 Hypothesen zur Symptom- Kontext- Methode

Beim vorliegenden Fall wird sich kein einheitlicher Grund und Ablauf des Lachens darstellen lassen, da die Lachsegmente zu heterogen sind.

H- SKM 1: Ein typischer Ablauf mit Aktivierung des ZBKT auf einen auslösenden Reiz in Verbindung mit Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, wie für Symptome von Luborsky beschrieben, findet in den Verläufen der Themen dieser Studie nicht statt.

Da das Lachen unmittelbar auf einen Auslöser zu folgen scheint, werden bei der vorliegenden Studie die wesentlichen Zusammenhänge durch Bewertung von Gedankeneinheit 1 und Gedankeneinheit 6 für den engeren Hintergrundkontext und von Gedankeneinheit 3 für den Auslöser zu erkennen sein.

H- SKM 2: Die Bewertung von 6 Gedankeneinheiten erbringt keinen wesentlichen Informationszuwachs gegenüber der Bewertung von 3 Gedankeneinheiten.

Bei der vorliegenden Studie sollen studentische Rater eingesetzt werden. Um einen Vergleich mit der Beurteilung nach psychoanalytischen Kriterien sowie mit Luborskys Daten zu ermöglichen, wird ein psychoanalytisch geschulter Rater die Themen ebenfalls beurteilen.

H- SKM 3: Ungeschulte Rater (z. B. Studenten) sind grundsätzlich als Rater geeignet, dies ist erkennbar an akzeptablen Werten der Interrater- Korrelationen. (Allerdings muss damit gerechnet werden, dass einzelne Rater niedrige Interrater- Korrelationen erreichen und ausgeschlossen werden müssen).

H- SKM 4: Psychoanalytisch ausgebildete Rater erreichen bei schwieriger zu erkennenden Themen differenzierte und überzeugendere Ergebnisse.

Die Erweiterung der Methode durch die drei Modi des therapeutischen Gesprächs wird zusätzliche Informationen erbringen. (Vergleiche H- Lachen 8).

H- SKM 5: Es zeigen sich verschiedene Abläufe der Themen vor dem Lachen bei den verschiedenen Gesprächsmodi.

## **Teil B: Empirie**

### **5. Methodik**

In diesem Kapitel soll die Entwicklung des methodischen Vorgehens aus der Fragestellung hergeleitet und ausgeführt werden. Es wird sodann die Erarbeitung der klinischen Beurteilung vorgestellt. Die Erhebung der zu beurteilenden Themen wird berichtet, der die Auswahl der Rater folgt. Die Vorstellung der statistischen Vorgehensweise schließt das Kapitel ab.

#### **5.1 Entwicklung und Konzeption der Studie/ Material**

Zur Erarbeitung eines Verständnisses des Lachens des Patienten in verschiedenen Situationen des therapeutischen Gesprächs wurde die Symptom- Kontext- Methode gewählt. Sie bietet die Möglichkeit, mit Hilfe von unabhängigen Ratern eine Bewertung von Themen im Zusammenhang mit der Verhaltensweise des Lachens zu erhalten. Gleichzeitig erlaubt sie den Vergleich der thematischen Abläufe des Lachens mit jenen von symptomatischen Verhaltensweisen wie auch von Lachen in den Studien von Luborsky.

Aus der Ulmer Textbank wurden Bänder einer Psychotherapie ausgewählt, in welchen die symptomatische Verhaltensweise des Lachens des Patienten in geeignetem Ausmaß aufzufinden war. Zur Bearbeitung lagen 32 Tonbandcassetten mit weitgehend komplett aufgezeichneten Sitzungen aus zwei Zyklen der Therapie mit diesem Patienten vor. Gemäß Luborskys Vorgaben musste nun entschieden werden, welche Lachstellen und welche Kontrollstellen ausgewählt werden sollten, welche Länge des Kontextes für diese Untersuchung angemessen ist und nach welcher Regel und Form transkribiert werden soll. Die Stellen, an welchen der Patient lacht, sind sehr heterogen. Das Lachen tritt in Monolog, Dialog oder nach therapeutischer Intervention auf, und es wirkt sehr unterschiedlich in Veranlassung wie Ausprägung und Charakteristik sowie emotionaler Tönung. Es findet sich kurzes Auflachen, langes Lachen, manchmal lacht der Behandler ebenfalls, teils wirkt das Lachen freudig, teils eher resignativ. Insgesamt entsteht beim Hören der Bänder der Eindruck, dass viel Frustration und Resignation im Lachen mitschwingt und vom Patienten durch das Lachen verharmlost werden soll, um weniger brisant erlebt zu werden. Ein einheitlicher Ablauf des Gesprächs mit Aktivierung des ZBKT, wie von Luborsky anhand von Symptom- Kontext- Studien für Symptome

gezeigt, ist vom Band- und Transkript- Material zunächst nicht zu erkennen, was zu späterem Zeitpunkt systematisch überprüft werden soll. Vom Material her ist also zu erwarten, dass sich eher wenig einheitliche Abläufe in den Beurteilungen erkennen lassen werden und dass die Statistik über die Summe verschiedener Abläufe keine hoch übereinstimmenden Ergebnisse erbringen wird.

Trotz und wegen der Vielfalt der Lachstellen wurde entschieden, alle Lachstellen zu nutzen, zumal durch die ausschließlich akustische Aufzeichnung keine weitere Möglichkeit zur Differenzierung der Lachstellen vorlag. Einerseits soll geprüft werden, in wie fern trotz der Verschiedenartigkeit des Lachens durchgängige Ergebnisse in Form statistisch signifikanter Daten erreicht werden, andererseits kann später nach Untergruppen typischer Abläufe gesucht werden. Als Kontrollstellen wurden nach Luborskys allgemeiner Vorgabe Segmente aus der nachfolgenden Therapiestunde zum gleichen Zeitpunkt innerhalb der Stunde ausgewählt, bei denen kein Lachen auftreten durfte, sonst wurde wiederum die nächste Stunde genutzt. Dabei wurden die Kontrollstellen möglichst exakt nach dem Zeitpunkt ausgewählt. Das vorgetäuschte Lachen wurde nach Möglichkeit so platziert, dass der gleiche Modus wie bei der zugehörigen Symptomstelle hergestellt wurde. Dies war jedoch durch das Material nicht immer möglich, da die Kontrollstelle durch den Zeitpunkt vorgegeben war und der dort vorliegende Gesprächsmodus genutzt werden sollte. Um dennoch alle transkribierten Segmente nutzen zu können, wurden die Vergleiche nicht paarweise sondern gruppenweise berechnet. Insgesamt sind vergleichbare Zahlen zwischen  $N=19$  und  $N=35$  für jede Lach- oder Kontrollsegmentgruppe erreicht worden.

Die Länge des Kontextes wurde nach Luborskys Vorgaben auf 6 Gedankeneinheiten festgelegt, wobei das Lachen bzw. das vorgetäuschte Lachen in oder nach der 3. Gedankeneinheit platziert wurde. Segmente, die keine 6 Gedankeneinheiten umfassten, wurden ausgeschlossen. Transkribiert wurde möglichst lautgetreu mit minimalen, sehr vorsichtigen Anpassungen des Schwäbischen ans Hochdeutsche, wo dies naheliegend war. Codiert wurden alle Stellen nach der Bandnummer und dem Stand des Zählwerkes, sodass eine neutrale eindeutige Zuordnung gegeben war. Die ausgewählten Transkripte wurden zum Beurteilen gekennzeichnet durch Angabe der Gedankeneinheit in Fettdruck und in Klammern (**GE 1**) vor der bezeichneten Gedankeneinheit. Für den Beurteilungsvorgang wurde jeweils ein Lach- oder Kontrollsegment auf eine Seite gedruckt und darunter eine Tabelle mit 3 bzw. 6 mal den sieben Themen, mit je fünf Feldern, in denen die Bewertung durch den Rater mittels Kreuz eingetragen werden konnte. Die Bewertungen waren vorgegeben von 1= Thema wird nicht

berührt bis 5= Thema wird sehr stark berührt. Der Beurteilungsbogen ist im Anhang wiedergegeben.

Nachdem bisher Symptom- Kontext- Studien mit überwiegend monologischer Rede der Patienten vorliegen, drängte das Material dieser Studie geradezu nach einer Aufteilung in drei Modi des therapeutischen Gesprächs. Als Monolog wurde der Monolog des Patienten definiert, der in den 6 genutzten Gedankeneinheiten durch den Therapeuten höchstens von Zustimmungsausführungen unterbrochen sein durfte. Als Dialog wurde jeder dialogische Ablauf definiert, bei dem der Patient die Äußerung zum Zeitpunkt der Gedankeneinheit 3 ausführte. Als Intervention wurde der Gesprächsablauf definiert, bei dem der Therapeut die Gedankeneinheit 3 formulierte. Diese Unterscheidung zwischen Dialog und Intervention folgt der Beobachtung, dass das Lachen offensichtlich in unmittelbarem inhaltlichen Zusammenhang mit der Äußerung der Gedankeneinheit 3 steht, wie es auch in den von Luborsky beschriebenen Fällen mit Lachen der Fall ist. Bei den Dialog- und Interventionssegmenten waren außer der definierten 3. Gedankeneinheit die Äußerungen von Patient und Therapeut variabel verteilt, wie das Material es vorgab. Insgesamt wurden so 151 Segmente erstellt, die sich in 75 Lach- und 76 Kontrollsegmente aufteilen. Im Einzelnen sind es für den Modus Monolog insgesamt 20 Lach- und 21 Kontrollsegmente, für Dialog 20 Lach- und 26 Kontrollsegmente und für Intervention 35 Lach- und 29 Kontrollsegmente.

Die zu beurteilenden Themen sollen nach Luborskys Vorgaben erhoben werden. Der erste Schritt dazu ist die klinische Beurteilung. Dabei sollen die Gründe für das Lachen und die beteiligten Themen im Umfeld des Lachens erhoben werden. Beim Hören der Bänder oder Lesen der Transkripte fällt auf, dass die wesentliche Dynamik des Lachens überwiegend im engen Gesprächskontext zu erfassen zu sein scheint. Das Lachen tritt offensichtlich sehr unmittelbar und direkt im Zusammenhang mit dem Gedanken im Augenblick auf. Eine Vorspannung wie bei Witz scheint hier nicht beobachtbar zu sein, obwohl die therapeutische Situation eine Spannung beim Patienten aufbauen kann. Häufiger tritt das Lachen regelmäßig direkt nach einer provozierenden Intervention auf. Bei den Monolog- und Dialogstellen tritt es im Zusammenhang der aktuellen Gedanken- und Gesprächsinhalte auf. Die Themen umfassen manchmal einen längeren Gesprächsabschnitt, manchmal sind sie auf einen oder wenige Sätze begrenzt.

An dieser Stelle folgt die Wiedergabe einiger längerer Passagen der Transkripte. Diese sollen einen Eindruck vom Gesprächsverlauf geben und exemplarisch die klinische Beurteilung nachvollziehbar machen. Es handelt sich um Symptomstellen, hier hat der Patient tatsächlich gelacht, wo es im Text angegeben ist.

## 5.2 Klinische Beurteilung

### *Transkript von Band 5766 Seite A, Counter 045 (Monolog, später Dialogstelle)*

**Bezeichnung:** P= Patient, A= Arzt/ Therapeut

**Original Transkripte sind kursiv gesetzt.**

**Band Code entspricht der Ulmer Textbank**

*P: oder sie hat sogar gesagt, ich bin enttäuscht und wo ich gehört hab sie ist enttäuscht da hab ich g'denkt: oh jetzt will sie mir wieder Schuldgefühle machen, da fahr ich erst recht net. Wenn sie mit mir verhandelt hätt, hätt ich wahrscheinlich, wär ich wahrscheinlich gefahren. <schnieft> Und äh und das hat natürlich auch meine, meine Stimmung hat das etwas gestört. Weil ich war am Mittwoch war ich, am am Samstag Abend ich war noch so begeistert <EA> <lacht> <lachend> von meiner Malerei, dass ich mich so richtig auf das Bild gefreut hab jetzt, jetzt möchte ich mal sehen, was ich hinkrieg <schnieft>. Und dann is mirs, also ich möchte sagen, ich hab bei dem Bild gestern nicht mein ganzes Können gezeigt <schnieft> des...*

*A: ...Ah ja, ja also die wichtige Frage is, so eben wieder das is ganz wichtig, ob ihnen das Malen als Malen, als Vorgang Spaß macht, und Vergnügen und Freude, egal was bei rauskommt.*

*P: Es muss was rauskommen dabei.*

*A: Das is aber ungeschickt.*

*P: <EA> Also das, ich bin in den einen Kurs da in den Seidenkurs da von der Lehrerin gegangen <klatscht> . Alles was ich anfang, <klatscht> auf <lacht> das sag ich jetzt so wie es ist <EA> <lachend> alles was ich anfang, auf einem teuren Papier, muss auch gelingen. Und ich hab so lange rumgemacht, ich hab dann vorher mein Konzeptpapier gehabt und hab da zuerst mal meine Probezeichnungen gemacht und wenn ich das angesetzt hab auf nem gekauften Papier, dann hab ich mir gesagt dann muss es gelingen. Und ich hab bisher, das stimmt, ich hab bisher wenig Papier versaut, ganz wenig. Und wenn mir was gelungen is hab ichs, u und nicht gelungen is hab ichs umgedreht und auf der andren Seite gemalt .*

*A: Ja, und warum so sparsam?*

*P: Ja , das ist also schon, das san jetzt, geschtern is mir das auch wieder aufgefallen, wie ich , wie ich mit dem Farben umgegangen bin. Ich hab mir dann neue Farben gekauft, <schnieft> da kostet ein son kleines Näpfchen schon über neun Mark <schnieft> ...*



A: hmhm

P: ... und da bin ich also ganz vorsichtig mit dem Pinsel da rein...

**Zeichenerklärung (Transkription entsprechend der Transkriptionskonvention des gesprächsanalytischen Transkriptionssystems GAT):**

<...>	= nonverbale akustische Äußerungen, z. B. <Lachen>
<Name>	= Ersetzt genannte Eigennamen
<EA> <AA>	= Einatmen/ Ausatmen
...	= Kennzeichnung nicht identifizierbaren Sprechbeginns oder –Endes, z. B. bei gleichzeitigem Sprechen, oder Sprechpausen (über 5 Sekunden mit Angabe)
+...+	= Nonverbale Äußerungen von... bis
=	= Gleichzeitige Äußerungen
(...)	= Leise, nicht sicher identifizierte Äußerungen

**Leerstellen in der Zeile zeigen gleichzeitige Sprache von Patient und Arzt an, wobei zeitgleiche Aussagen übereinander stehen.**

Die klinische Beurteilung ergibt bei der ersten Lachstelle den Eindruck eine widersprüchlichen Empfindung. Der Patient spricht zuerst von gegenseitiger Enttäuschung in der Partnerschaft, dann wechselt er etwas unvermittelt zu seiner Begeisterung beim Malen, verspricht sich dabei zuerst, lacht dann. Daraufhin folgt die Schilderung einer hohen Erwartung an sich selbst, und direkt danach die Frustrierung dieser Erwartung. Die ganze Episode ist unterlegt von Affekten der Enttäuschung und Frustration, die bei der Schilderung der Begeisterung beim Malen kurz nachlassen, wobei der kurze Moment der Erleichterung unvermittelt kommt und kein Eindruck von Freude beim Lachen entsteht, sondern es eher so wirkt, als ob Irritation über plötzlich wechselnde Inhalte das Lachen verursacht.

Bei der zweiten Lachstelle scheint es, als ob der Patient lacht, weil er weiß, dass er etwas von sich erwartet, das sehr ungewöhnlich ist. Er spricht wie ein strenger Elternteil mit einem Kind sprechen könnte, allerdings nicht in realistischer Erwartung. Er macht etwas Ungeübtes und erwartet von sich Perfektion. Hierin liegt eine Paradoxie, die dem Patienten wohl bewusst ist, dies könnte das Lachen verursachen. In der Übertragung will er sich als guter Sohn zeigen, der die elterliche Anweisung verinnerlicht hat. Hier besteht eine Parallele zwischen der vom Patienten gezeigten erlebten Erwartung seiner Eltern an ihn zur Übertra-

gungssituation, auch dies stellt eine pikante und paradoxe Situation her, die das Lachen verursachen könnte.

**Transkript von Band 5766 Seite A, Counter 255 (Dialog, 2 Stellen)**

A: Kunst is Schweiß, Mühsal, fürchterlich.

P: Und Inspiration isch, Idee...

A: Ja, man kann nich erwarten, dass sie also, dieses eine Mal wo sie auf die Stadtmauer gehen, dass es dann gleich was wird. Weil der Künstler is ja auch der dann kritisch selber muss, ja. Das stimmt nich und das stimmt nicht und das stimmt nich und da würd ich (?....) bitte noch mal malen, so.

P: Da stimmt die Flucht net, da stimmt das net, desch is net ganz senkrecht...

A: Ja genau, (? das Detail) genau richtig.

Also gibts nur eins: Nächstes Mal wieder probieren.

P: Wie gestern da den Münsterturm, der <lacht> <lachend> der hing leicht nach links...

A: Ja

P: ...Heimat warum hast da net besser auf'passt. <lacht> Hängt der den Münsterturm nach links. Hm. Ja aber das isch ja auch wichtig <klatscht 2 mal> isch, der Umgang mit mir, der Umgang mit mir selber. Jetsch bin ich wenigstens im Surfen so weit dass ich mich in Ruhe lassen, oder dass ich, <EA> dass ich mich net unbedingt plagen muss. Aber jetzt, gehts daher wieder weiter.

A: Ja immer wieder die Idee, Ihnen glückt das aus dem Schwung heraus. Sie sind der, der einmal malt und schon is es da.

P: <EA> Ja, da kommt noch etwas dazu des des is bestimmt von Bedeutung. Äh ich hab <lacht> ich hab das jetzt <EA> das olle Bild der Lehrerin gezeigt und dann sagt sie Ja das is (?... ) warum ham sie es nicht mit runtergebracht. Und das isch dann in dem Fall isch das für mich dann schon was Wichtiges. Da gucket amal, das hat der <Name> g'macht. Au fein. Aufs erste Mal hat der so ein Bild gemalt. Also bei mir is ein ganz wichtiger Punkt auch, in kurzer Zeit was lernen.

Hier ist der klinische Eindruck, dass der Patient die unangemessen übersteigerte Erwartung an sich selbst zeigt und dann lacht, wie um zum Ausdruck zu bringen: „ja, ich weiß ja, dass ich von mir mehr erwarte, als möglich ist“. Außerdem besteht in der Beschreibung „der Müns-

terturm hängt nach links“ eine Mehrdeutigkeit, die aus dem Fehlen des Zusammenhangs, dass es sich um ein Bild handelt, hervorgeht. Gleichzeitig ist dies in der Realität eine komische Vorstellung, dass der Münsterturm schief steht, es erinnert an den schiefen Turm von Pisa.

Bei der zweiten Lachstelle erzählt der Patient, dass er das Bild der Lehrerin gezeigt hat. Dabei wertet er es als „olles Bild“ ab, wogegen die Lehrerin es lobt. Das „olle Bild“ ist eine humorvoll abwertende Formulierung. Das wichtige scheint hier aber zu sein, dass der Patient ein großes Lob erwartet, aber gleichzeitig abwehren muss, da sein Bild seinem eigenen, unangemessenen Perfektionsanspruch nicht genügt. Diese psychische Spannung wird durch das Lachen entladen.

***Transkript von Band 5766 Seite A, Counter 361 (Dialog)***

*P: Ja und da hab ich ja eigentlich schon genügend Handwerkszeug an der Hand, oder ? Ja sagen wer ausreichend. (12 sec) Und dass wir dann einfach so weitermachen? <Schnieft> In dem Bewusstsein, dass es eben keine (? Hypnokatharsis) gibt. Hm? Sondern dass eben, wie sies grad vorher auch gesagt haben auch mit der Malerei, dann mach ichs halt noch mal und noch mal und dann frag ich mal jemand oder dann les ich was nach <EA> erkundige ich mich, oder lass mir auch was zeigen dann probier ichs noch mal. Und so isch des doch im Ding auch so mitm Leben mein ich, genauso*

*A: Hmhm. Dieses Ding aus einem Guss, des gibt es im Traum. Nen kindlicher Traum. Dass man aus einem Guss <schnieft>.*

*P: Dass man dann locker vom Hocker ins Leben geht und dann ... <EA>*

*aber ich muss <lacht> ich muss zugeben, Gott sei Dank, <EA> gibts das immer wieder bei mir, dass hei ja, locker vom Hocker gehts auf einmal hin. Und dann auch zufriede(n) bin.*

*A: Ah ja, manchmal kann sich, ich sag nich, dass das das nie gibt, aber man kann nich davon ausgehen, dass man sich ...*

*P: Ja, ich mer(k) jetz schon, dass ma(n), dass das rundum so isch. <Schnieft> ich mei(n) jeder hat so seine, seine weniga starken Seiten. Da muss er sehn, mit denen muss er halt dann auch klarkommen. Aber wichtig isch, das hab ich auch heut erst wieder gedacht oder überhaupt die letschten Wochen, immer wieder <EA> jetscht gehscht du ran. Des machst du jetzt. Awegen jetscht so, da han I jetscht, scho einiges g'macht, also was mir jetscht sonst unangenehm war. Aber was mir noch nicht, Des han I mir au so denkt, ich möcht während der Therapie so weit kommen dass ich, dass ich wirklich überall mich traue hinzuschauen, über-*

*all in mein, meine ganzen Lebensbereiche, dass ich mich da traue hinzuschauen und dann dabei zu bleiben.*

Hier lacht der Patient, als er zugibt, dass er manchmal auch zufrieden ist. Zunächst ist dies ein Grund zur Freude. Die Spannung, die zum Lachen führt, besteht aber in der Einsicht, nicht nur zu leiden und damit von einer Größen- Idee Abschied zu nehmen, dies fällt dem Patienten schwer. Im weiteren Gesprächsverlauf entsteht der Eindruck, dass der Patient sich selbst von dieser Idee zu überzeugen versucht.

***Transkript von Band 5766 Seite A, Counter 417 (Dialog)***

*A: Okay, also, das is ja nich, is ja nich verboten, dass man besser werden will.*

*P: Aber dass ich das wieder mach in dem Bewusstsein, dass die Wirklichkeit ebe die is dass, <ha> <EA> ohne Schweiß kein Preis. Net, und dass net jedes, sagma jedes Mal-Erlebnis ein schönes Erlebnis sein muss. Und dass net jedes Ergebnis, was ich da, oder ebn net jedes Bild bewundert wird.*

*Des is nämlich, kommt nämlich ganz entscheidend dazu. <Lacht> <EA> ich will, ich will bewundert werden <EA>. <Laut> Was, als Anfänger so a schönes Bild kriegscht du hin, Mensch isch des toll.*

*A: Und sie sehen, genau, ich find des wunderbar, sie könnens, genau ... Das is es. Eigentlich möchten sie bewundert werden, <laut> was, als Anfänger <EA> =*

*P: <Lacht laut, bis + >*

*so =ein schönes Bild. <EA> Kosten, Nutzen optimal.*

*P: <lachend> Ja genau, genau <EA>*

*A: Mit geringster Mühe ...*

*P: So ist es (?.....) mit einem Minimum an Aufwand ein Maximum an Erfolg erzielen. + <EA> Das is schon...*

*A: Das is die große Versuchung.*

*P: Das is die große Versuchung.*

*A: JA.*

*P: Und der Versuchung unterlieg ich immer wieder. <EA> Aber, ich find es tröstlich, also ich, so muss ichs sagen, ich find des jetzt auch gar nich mehr so dramatisch, <EA> weil äh, weil ich das immer früher merk, oder, oder sagen mer so: Ich kann mich dann selber wieder*

*tröschten. Ah des muss jetzt net so sein. Un da gehscht jetsch hin da machscht jetzt net weiter, da gehscht hin und das läscht du dir zeigen. Un was Kosten (? .....). des kommt nämlich auch dazu, das is nämlich auch noch wichtig.*

*A: Eigentlich is das schön,=*

*P: <lacht>*

*A: =wenn sie mir so , ja wenn sie da rauskommen, aus diesem Ep/ sie können sich das gönnen, sie können, sich das schönste Papier gönnen, die schönsten Farben, nen guten Lehrer.*

In diesem Abschnitt lacht der Patient, bevor er sagt: „Ich will bewundert werden“. Er spricht aus, was er erlebt, aber er könnte sich für seine Erwartung schämen, es ist eine sehr hohe Erwartung die er an die Mitmenschen stellt, zumal er selbst mit seiner Leistung nicht zufrieden ist. Er kann sich selbst nicht akzeptieren und erwartet Bewunderung von anderen, darin besteht eine Paradoxie, die im Lachen Abfuhr erfahren kann.

***Transkript von Band 5199, Seite A, Counter 077 (Dialog)***

*A: ...sich warm an. Was sie nicht sind. Aber so erleben sie sie.*

*P: Ich mein was ich jetzt äh diese Woche schon hatte, <schneift> I mein das war gestern oder vorgestern. Da hab I g'sagt und wenn das Wetter noch so Scheiße is. Ich kann trotzdem glücklich sein. Und ich hab mich da auch glücklich gefühlt, so als. Gestern oder vorgestern.*

*A: =Hmm*

*P: =Also hab ich <lacht> <lachend> zumindest dieses Erlebnis <EA> sogar in neuerer Zeit = wieder mal.*

*A: =Ja, zum Beispiel, was kann man denn dort tun, wenn ma <EA> bei dem Wetter draußen sein will.*

*P: Ja bei dem Wetter will i net draußen sein.*

*A: Warum nicht?*

*P: Weil die Sonne net scheint, weils kalt isch, weils widerlich is. <EA> Weils unangenehm is.*

*A: Zieht ma sich warm an.*

*P: <lacht>*

*A: Und bewegt sich.*

*P: Und bewegt sich.*

A: Ja aber das is genau der Punkt, ja?

P: Ja, ja.

A: Ähm mh, dass man zum Wetter, <EA> nich dem Wetter is das unabhängige, sondern das Wetter bestimmt nur noch meine Kleidung, ansonsten geh ich spazieren oder geh rennen oder geh Fahrrad fahren, was immer.

P: Ja was wollen sie damit sagen, dass ich mich einfach <EA> eben drauf einstelle, also das heißt soviel dass das Unabänderliche, ich registrier das, oder nehm das zur Kenntnis, das isch unabänderlich, <EA> aber was nicht unabänderlich isch das, is meine Einstellung dazu.

A: Ja.

P: Und meine Konsequenzen.

A: Ja genau.

P: Also, Kleidung.

A: Ja.

P: Zieh mich entsprechend an. Und, ja von mir aus, wähl auch das für was, was ich tun kann.

A: Hmm.

P: <EA> Äh ich kann genau, genauso gut auch sagen, (?.....) dieses Wetter nutz ich jetzt dass ich am Computer arbeite. Dann muss ich das schon im Sommer nich tun, wenn wenn...

= Genau hmhm.

P: = Und <EA> beziehungsweise, ich muss im Sommer kein schlechtes Gewissen habe wenn ichs nich tu.

Nach der klinischen Beurteilung scheint der Patient einerseits zu lachen, weil es ihm gut ging trotz schlechten Wetters. Er freut sich, dass es ihm gut geht, empfindet es aber als Irritation, als fremd. Andererseits wirkt die Aussage des Patienten widersprüchlich. Er sagt, das Wetter mache ihm nichts aus, aber es wirkt, als ob er sich dies einreden möchte, ohne daran zu glauben, als ob er sich seine Gefühle von Frustration ausreden möchte.

### **Transkript von Band 5199, Seite B, Counter 000 (Intervention)**

P: <räuspert sich > könnten mer vielleicht grad das Mikrophon noch mehr in die Mitte stellen. <Pause, das M. wird gerichtet> Die Aufnahme war gut <EA>. =ja

= ja =ja

A: Ja, das is n <EA> Mikrophon was auf zehn Meter Entfernung geeicht is.

*P: Auf wie viel?*

*A: Zehn.*

*P: Zehn Meter?*

*A: Nich, das brauchen sies nich so nah ranziehen.*

*P: Das brauch ma net.*

*A: Nein.*

*P: <EA> Okay. >EA> Nee die Aufgabe war wirklich/ ah die Aufnahme war wirklich befriedigend.*

*A: Da bin ich aber erleichtert...*

*P: <lacht>*

*A: =dass sie mit mir zufrieden sind.*

*P: <EA> <lacht> <lachend> ja ja <EA>. Ich hab heut zur Vorsicht nomal das das Gerät mitgebracht, ich habs geschtern net ausprobiert gleich, sondern erst am Abend, und dann hab ich das Gerät von der Schule noch mal mitgenommen <EA> <hustet>. Hab ich jetzt aber im Auto gelassen.*

*Wir wollten ja heute fünf Minuten früher anfangen.*

*A: Wenn nich de Glatteis dagegen gewesen wäre.*

*P: Ja ja. Hab ich mir schon gedacht.*

Der Patient lobt den Therapeuten für die gelungene Bandaufnahme der letzten Stunde, wobei die Wortwahl der „befriedigenden Aufnahme“ etwas ungewöhnlich klingt, als ob der Patient Befriedigung durch das Wichtig- Genommen- Werden durch den Therapeuten erfährt. Der Therapeut lässt sich ein und nimmt den Patienten ernst, was für diesen unerwartet zu sein scheint, er scheint keine einlassende emotionale Äußerung des Therapeuten zu erwarten und lacht etwas irritiert und erfreut. Es könnte auch eine Unsicherheit mitschwingen, ob der Therapeut sich über den Patienten lustig macht. Der Patient beantwortet die einlassende Äußerung des Therapeuten nicht, sondern fährt mit dem Gespräch fort.

***Transkript von Band 5199, Seite B, Counter 070 (Monolog)***

*P: Ich ich glaub dass das wichtig isch, dass ich das mal in der, ja ich möcht sage*

*A: Deutlichkeit?*

*P: In der Deutlichkeit oder in der schonungslosen...*

A: Ja

P: Weise mal zugebe, dass es so isch.

A: Hmm

P: <EA> Und äh, wobei ich aber, wirklich, das kann ich sagen wobei ich die Ahnung verspüre, in mir, dass ich über diese, über diese Schwelle steigen (?...) also springen kann ichs bestimmt net, aber über diese Schwelle steigen kann. Dass ich den Klimpzug mach, dass ich den Klimpzug machen kann. Über diese Schwelle, also da hab ich ne Ahnung davon, ich möchte fast sagen ich seit Mai ne Ahnung davon. Und äh <Räuspern> nu isch ebe die Frage, ja wie komm ich dazu. <EA> Und da seh ich eine Möglichkeit. <EA> Nämlich die dass ichs einfach praktiziere. Ich kann/ und was ich feststelle, so die letzttn Tage, dass ich äh regelrecht Spaß äh spüre wieder, also Freude an der Arbeit. <EA> Ich <lachend> kann mich, <EA> ich kann mich <EA> regelrecht wieder auf die Schule freuen, ich kann mich auf den Unterricht freuen...

A: = hmm ja = ja?

P: ich kann mich sogar auf die Unterrichtsvorbereitung freuen

A: =hmhm

P: ehrlich

A: hmhm

P: <EA> und ich hat in der Schule einen Angstraum nenn ich das, schon seit, seit ich ihn habe, nämlich den Lehrmittelraum, das hat ich ihnen glaub ich schon erzählt

A: =hmhm ja

P: und äh, ja . Da trainier ich mich, äh schon seit letzte Woche, dass ich da Stundenweise wenigstens reingeh. Ich hab das wochenlang, monatelang, aber wirklich ohne Übertreibung, monatelang vor mir hergeschoben, <EA> den Raum überhaupt zu betreten. Also den Raum zu betreten...

A: =ja

P : um dadrin was zu arbeiten und dadrin was zu verändern.

Der Patient schildert zunächst in Wiederholungen, wie schwer ihm die Arbeit fällt, um dann unerwartet zu äußern, dass die Lösung darin besteht, dass er seine Aufgabe praktisch anpackt, dabei lacht er. Die emotionale Bewegung kommt aus dem depressiven Erleben und unerwartet wird auch ein Erleben von Erfolg und Spaß möglich.



*Transkript von Band 5199, Seite B, Counter 160 (Dialog)*

*P: und ich hab ja, Gott sei Dank, schon vor unserer Behandlung, bevor ich hierher gekommen bin war isch so weit, dass ich gesagt hab, in Bezug auf Grundstück und Hausbauten, da kann ich ein Kompromiss eingehen.*

*A: Hmmhm*

*P: Damals war ich ja schon soweit.*

*A: Hmm*

*P: <EA> Und dann bin ich im Lauf der Behandlung so weit gekommen, dass sie gesagt han, du kannst machen was du willscht, es isch falsch un richtig gleichzeitig, also entscheide dich. <EA> Und da hab mi/ von dem Moment an konnte ich meine Entscheidungen nacheinander treffen.*

*A: Hmmhm.*

*P: Aber, dieses, dieses Sisyphuserlebnis, immer wieder zurückrutschen an den alten Punkt, das hab ich mir bewahrt <kurzes Lachen> <lachend> möcht I fast amal so ausdrücken <EA>.*

*A: Das ham sie sich bewahrt, das is was positives, was lustvolles.*

*P: <Lachen> <EA> <lachend> Ja, ja so. <EA> (? Glaub ich das jetzt)*

*A: Ja aber sehen sie, das kommt mir so vor, dass sie wie Sisyphus, <EA> in der Auflehnung gegen die Götter...*

*P: Ja ja.*

*A: ...ja etwas ganz lustvolles, kraftvolles, gefunden haben, um ihr ganzes Leben danach gestalten...*

*P: <EA> <AA>*

*P: =deswegen, beeindruckt es einen auch nich so richtig. Man leidet, ich leide mit ihnen ja gar nich mit, ich merk das bei mir. Ich leide nicht, unter ihrem Leiden. Was ich sonst durchaus kann...*

*P: Ja ja.*

*A: Mitgefühl, sondern ich spüre bei ihnen, dass sie ne sehr lustvolle Seite haben in diesem Leiden, sie sind ein außerordentlicher Mensch, ein Sisyphus, der, diesen Kampf braucht, diese Niederlagen*

*P: Um eben diese perverse Lust zu erleben.*

*A: Tja weil, weil das ihnen etwas ganz besonderes gibt. Aber pervers, ich würds nich nennen, sondern ich würde eben dieses Gefühl des besonderen hervorheben. So ein Negativ- Liebling.*  
*P: Ja, ja. Ich bin aber auch glaube ich , insofern auch was besonderes, als ich trotzdem immer wieder an den Start geh.*

Der Patient schildert frustrierende Erlebnisse als Sisypheuserlebnis und lacht, ein Lachen das Frustration, Resignation und Bitterkeit enthält, und das absurd und unangemessen wirkt. Es scheint hier die Funktion zu haben, die Affekte der Frustration vom Erleben fern zu halten. Der Therapeut greift die Äußerung des Patienten auf und überspitzt sie provokativ, indem er das Lachen als etwas Lustvolles benennt und damit die unbewusste Dynamik formuliert, was aber dem bewussten Erleben des Patienten in dieser Klarheit nicht erkennbar ist, obwohl er selbst das Thema aufgebracht hat. Vordergründig wirkt die Äußerung des Therapeuten irritierend.

***Transkript von Band 5201 Seite A, Counter 300 (Monolog)***

*A: Weil sie sehr lange, so am Bündel, an der Schürze der Mutter gehangen haben oder <EA> wie kommt er dadrauf?*

*P: <EA> Na, ich hab den Kontakt zu ihm gesucht, aber er hat mich immer enttäuscht, ich kann mich an eine Szene erinnern, wo wir mal miteinander zum Baden gingen, und dann wär ich schier versoffen da hat er mi <imitierend> uäh, uäh. Ne der hat mi, er hat mi fallen lassen und und mich hat er dann zusammengestaucht, weil ich weil ich äh Wasser geschluckt hab.*

*A: Hmhm.*

*P: Na ich sag dann kann ich au ni meh. Jeder Versuch, wirklich jeder Versuch mit ihm in Kontakt zu kommen is gleich beim ersten Mal gescheitert.*

*A: Also sie hatten schon ne Sehnsucht mit, mehr mit ihm zu machen?*

*P: Ja ja, auf jeden Fall. <EA> Und sie ham doch auch jetzt in einer der letzten Stunden gesacht: könnte das sein, dass sie sich mit ihm solidarisch erklären, oder, <EA> oder eben, seine Nähe suchen auch im Versagen. Und das is durchaus ei Möglichkeit. dass ich <lachend AA> jah, Mutter hat immer gesagt du wirscht wie der Vatter. Wie der Vatter <EA> und das is also das das war das Schlimmste was man mir sagen konnte, du wirscht wie der Vatter und in Wirklichkeit war es so, <EA> dass ich eben in meinem Versagen, eben doch den Vater nachgeahmt habe.*

A: <leise> Hmhm.

P: Und vielleicht ga das hat sowieso alles kein Wert. <Schnieft> Das hat sowieso alles kein Wert.

A: Also <EA> das heißt so der Moment, wo sie in die Verzweiflung stürzen, weil sies doch nicht erreicht habn, dieses Gefühl der Verbundenheit, das könnte doch auf diese Erfahrung zurückgehen, dass sie nichts festhalten können, weil sie als Kind nicht genügend erlebt haben=

P: = <AA>

A: dass sie beständig unterstützt, festgehalten sich fühlen. Und dass sie deswegen das Gefühl haben, wenn ihr Samen verliere, verloren geht, dann is alles verloren. Dann is gleich alles pfutsch.

Der Patient schildert die Zurückweisung und Frustration durch den Vater, und wiederum plötzlich fällt ihm ein wie die Mutter ihm gesagt hat, er werde wie der Vater. Nach der vorigen Schilderung muss dies eine sehr schmerzhafteste, traurige Erkenntnis sein, aber statt diese Affekte auszuhalten lacht der Patient. Danach formuliert er trotzdem weiter, dass dies das schlimmste war, was man ihm sagen konnte, aber der Affekt wird nicht spürbar, das Lachen hat den Affekt unterdrückt.

### **Transkript von Band 5205 Seite A, Counter 170 (Monolog)**

A: Wenn man genauer hinguckt sind sie dann sehr allein. Weil sie ja gar nicht den andren Menschen wissen lassen können, wie oft sie ihn hintergehen. Wie oft sie ihn schon wieder also ausgeschlossen haben. Das is der Punkt ich glaub das (?....) das Anliegen is mir, dass sie für sich merken, wie schlecht sie sich selber behandeln. Ja, dass sie einerseits das Ideal wünschen, aber, indem sie die Bez- bestehende Beziehung so wenig pflegen, wird von dem Ideal in der Beziehung auch wenig...

P: Verwirklicht.

A. Verwirklicht.

P: Also das heißt soviel äh <EA> eine Beziehung kann wenn sie, wenn man sie inte- wenn man sie lebt, ich möchts amal so ausdrücken, wenn man sie lebt, kann ja durchaus äh <EA> Ideale, oder dem Ideal nahekommende Bereiche entwickeln.

A: Hmhm.

*P: Und äh wenn ich die Beziehung zu <Name> so sehe <lacht> ja dann könnte man sie ja bejahen. Also ich denk, im Moment denk ich so: Warum in die Ferne schweifen, wenn das Gute doch so nah. <EA> Oder sagen mer die Möglichkeit die gute Möglichkeit doch so nah isch. Und äh. Wenn ich jetzt die Beziehung beenden würde, würd ich sie auf Verdacht beenden, das heißt also soviel, ich würde ihr, die Chance nehmen, die in mir drin sind, in der Beziehung. Ich würde auch der <Name> die Möglichkeiten absprechen, die in ihr stecken. Und äh, ich kann ja zu der, zu dem Ergebnis kommen, für mich innerlich, <EA> okay, die Beziehung is so weit gediehen. Die Entscheidung isch letztlich gefallen. Gut ich kann ne Gegenentscheidung treffen. Aber ich kann auch zu der Entscheidung stehen. Und dann kann ich sagen, auch wenn es nich das ideale isch. Dann steh ich jetzt amal dazu. Und zwar so sch-so fest und so voll wie ich überhaupt kann. Und das kann kein Fehler sein <räuspert sich> . Denn da tu ich mal was Neues.*

Der Patient bringt den Wunsch nach einer idealen Beziehung zum Ausdruck, reflektiert dann die Beziehung zu seiner Partnerin und lacht, bevor er sagt, man könne sie bejahen. Das Lachen wirkt hier wieder distanzierend und das affektive Erleben hemmend, Ambivalenz und Trauer unterdrückend.

***Transkript von Band 5205 Seite A, Counter 270 (Monolog)***

*A: Aber wir hams damals auch nich so auf einen Punkt bringen können, was das eigentlich mitnander zu tun hat. <EA> Woran sie glauben, was ihnen wichtig ist. <EA> Wie sich das in Beziehungen auswirkt*

*P: <EA> Ich glaub das Wichtigste war bisher in meinem Leben immer (? so mehr oder weniger) die Befriedigung meiner Bedürfnisse.*

*A: Ja und wie ham sie das mit ihrem Glauben in Verbun- in Verbindung gebracht? Zumindest sind sie ja beruflich, (?....) ehr sehr engagiert.*

*P: Also ich frag mich jetzt im Nachhinein überhaupt <EA> also seit einem Jahr, kann ma sagen, seit einem Jahr kan ma sagen frag ich mich, wie ich das überhaupt hingebraht hab, früher. Auch meinem Beruf gegenüber, ich hab ja <EA> <räuspert sich> <schluckt> <EA> Ich geb mir kein gutes Zeugnis in Bezug auf mein Beruf. Also in der Summe, sag i mal. Äh in einer Beurteilung, die ich bekommen hab, 1988, <EA> hieß es Herr NAME, machen sie weiter so <lacht>.*

*Ich hätte das mir, das Urteil würde ich mir jetzt im Nachhinein nicht mehr geben, Herr NAME machen sie weiter so, Herr NAME <EA> machen sie nicht weiter so, sondern, jetzt engagieren sie sich einmal vor-, so dass sie wirklich- ich hab jetzt a andere, irgendwie a andres Gewissen.*

*A: <EA> Ja es muss was mit Gewissen zu tun haben. Irgendwie hören sie ne andere Stimme...*

*P: =<EA> ich konnte mir, ich konnte das wirklich vor meinem Gewissen verantworten. <EA> Jetzt war ein Wind. Und äh und ich hab unterrichtsfrei. Und jetzt: Surfbrett rauf und nach ORT. Konnte ich. Dann hab ich zu meiner Gewissensberuhigung noch äh Fachbücher mitgenommen. Und ob ich da jetzt reingeschaut habe oder nicht, das hing nur vom Wind ab. Und dann kam ich heim und hab gesacht, okay, das war schön, ich hab zwar ein Buch net gelesen, irgendwie krieg ich das dann schon hin.*

Der Patient schildert, wie er von Vorgesetzten positiv beurteilt wurde. Er lacht und beurteilt sich selbst schlechter. Das Lachen zeigt die Diskrepanz zwischen der Fremdbeurteilung und seiner eigenen Beurteilung an. Das Lachen enthält eine abwertende Komponente gegenüber der positiven Beurteilung.

### ***Transkript von Band 5516 Seite A, Counter 305 (Intervention)***

*A: Einerseits, und andererseits läuft's in die Richtung ob sie nach – voll verstehn können, dass sie <EA> Abschied nehmen müssen, dass sie der Großfürst sind. <EA> Der Prinz, der König, der –*

*P: Der Kaiser.*

*A: Der Kaiser, der immer <schnalzt> nur mitm Finger schnalzt und –*

*P: <Pause> Hm.*

*A: (?.....) ja draußen wahrscheinlich schon so gedacht haben: was, hat der keine Zeit für mich. <EA> Ich hab sie ja warten lassen, n paar Minuten.*

*P: Nee das hab ma nich g'denkt.*

*A: = Hmhm. N Fortschritt. (?.....)*

*P: <lacht>*

*A: (?.....)*

*P: Nee ehrlich, das – . Weil ich dachte, wenn wenn, er erst später kommt, das – da, da – deswegen macht er ja dann bestimmt auch länger, also er wird mir net, <EA> er wird mir net*

*um dies - dann die, die Stunde kürzen. Und dann is das Warten das juckt mi dann net. Ganz bestimmt net. <EA> <Pause> Hm. Nur i han das jetzt heut au gedacht, das is eben a lebenslange Behinderung, die i da hab. Und ne Behinderung, die wird natürlich auch, etwas milder, wenn ich, wenn es mir gelingt, dass sie – eben einfach anzunehmen, damit zu lebn.*

*A: Erstmal wird sie dadurch vermildert. <EA> Und zweitens kann ma dann mehr über sie nachdenken. Wenn sie sozusagen n Gegenstand is mit dem ma sich mal beschäftigen muss. <EA>*

*P: Hm. Ja.*

*A: Objektiviert, dass ma einfach mal in Ruhe drüber nachdenkt, dass sie – damit sie selber merken, ich benehm mich ja wie n kleines Kind.*

Das Transkript beginnt mit einer Realitätsorientierung durch den Therapeuten, die der Patient ins Gegenteil der Intention verkehrt, genussvoll überspitzt und nur auf seine Erwartung Bezug nimmt, anstatt auf deren vom Therapeuten angesprochene Unangemessenheit. Die folgende skeptische Frage des Therapeuten, ob sich ein Fortschritt zeigt, wird mit Lachen beantwortet, dann greift der Patient seinen vorigen Gedanken wieder auf. Das Lachen wirkt nicht wie aus Freude über den Fortschritt, sondern wie irritiert über die Idee, dass es Fortschritt geben könnte. Der Patient beschreibt sein Leiden dann als lebenslange Behinderung und wirkt nicht unzufrieden dabei. Die ressourcenorientierte Intervention des Therapeuten führt zum Gegenteil, der Patient betont die Schwere seines Leidens. Ein anderer Aspekt ist, dass der Therapeut mehrfach provoziert und der Patient sich rechtfertigt. Dabei weicht der Patient dem Therapeuten aus, dieser formuliert das Erleben des Patienten, welcher anscheinend diese Verbalisierung seines Erlebens nicht im Bewusstsein tolerieren kann.

#### ***Transkript von Band 5518 Seite A, Counter 401 (Intervention)***

*P: Und das heißt soviel, wir haben dann nur noch die Möglichkeit, das wieder, wenn wer wieder zu Besinnung kommen, das dann wieder zu korrigieren.*

*A: Ersmal. Weil, Änderungen in diesen Dingen brauchen wirklich Zeit. Wenn überhaupt.*

*P: Wenn, wenn sie überhaupt stattfinden.*

*A: Kleine Schritte. Und sie, viel Zeit brauchen und deswegen is die erste Phase, tächlich das was sie mit Stoßdämpfer benennen. Dass ma sich abfangen kann. Bevor ma sich – ja? Zu sehr aufschwingt. Genau das Bild, ne Beziehung, <EA> schaukelt sich auf.*

*P: Ja. <AA>*

*A: Ma kann eben – ja? Sind sie im Nu getrennt, das geht schnell. Ruck zuck.*

*P: <Pause> <lacht> <lachend> Ich hab <EA> gestern <EA> das hab ich ja g'macht, ich hab mich innerlich getrennt. Jede kleine Konflikt, oder jede, jeder Konflikt wird aufgeschaukelt zur Trennung. <Pause> Aber es isch für mich schön, äh tröschlich und schön festzustellen, dass es auch die andre – die gibt es, es gibt auch die andre Möglichkeit. Und ich hab das jetzt auch geschtern gesehn un auch heut wenn i, wenn i auf sie eingehe: das schadet mir ja im Prinzip nicht, wenn ich auf sie eingeh, im Gegenteil, dann kann ich diese Fähigkeit der Empathie, kann ich ja, kann ich ja üben. Und äh. <EA> Ja, <AA> wenn ich das eben aufgebe die Vorstellung, SIE ausgerechnet die Frau muss die erste sein. Die muss mir überlegen sein, das is ja das Interessante. <EA> Die muss mir. In ihren <EA> persönlichen und psychologischen Fähigkeiten überlegen sein. Das is n Anspruch.*

*A: Also wenn sie das jetzt der <Name> vorspielen, was würd die dann sagen.*

*P: <lacht kurz> Was würd die <Name> dann sagen?*

*A: Und wenn sie ihr dazu sagen, dass sie Traurichkeit gespürt haben.*

Der Therapeut formuliert, dass eine Trennung der Beziehung schnell zu erreichen ist. Das Lachen des Patienten folgt so unmittelbar wie unerwartet. Am ehesten lässt es sich verstehen als Reaktion auf das tabulose Ansprechen der Realität. Der Patient bestätigt, dass er diesen Gedanken schon hatte. Die Idee der Trennung entspricht nicht dem formulierten Wunsch des Patienten, aber sie könnte für den Patienten die Hoffnung auf Linderung seiner Schwierigkeiten in der Partnerschaft bieten, was das Lachen auslösen könnte. Andererseits kann das Lachen auch die Funktion haben, die Gefühle des Scheiterns und die Schuldgefühle nicht erleben zu müssen und sich selbst Kontrolle über die Situation einzureden.

Die Darstellung der Zusammenfassung der klinischen Beurteilung schließt sich nun an, wobei die hier wiedergegebenen Transkripte und Beurteilungen nur einen exemplarisch vorgestellten Teil des ausgewerteten Transkriptmaterials ausmachen.

### ***Zusammenfassung der klinischen Beurteilung***

Bei der klinischen Beurteilung werden mehrere Funktionen und Mechanismen des Lachens erarbeitet. Es handelt sich nicht um einen uniformen Ablauf mit Aktivierung des ZBKT auf

einen spezifischen Auslöser. Die identifizierten häufiger ablaufenden Prozesse werden nun vorgestellt.

Das Lachen tritt häufig im Gespräch über frustrierende Ereignisse unerwartet auf. Am besten beschreibt der Patient es selbst, indem er sich absurd lachend als Sisyphus darstellt. Dabei scheint das Lachen die Aufgabe zu haben, die Affekte der Trauer, Frustration und Resignation zu verhindern. Es wirkt wie ein Versuch der Selbstbestätigung, durch das Lachen versichert sich der Patient der Kontrolle über seine Emotionen und versucht, sich zu besänftigen. Mehrfach schildert er Momente von Zufriedenheit oder Erfolg, die für ihn unerwartet eintraten. An diesen Momenten wirkt seltsam, dass er sie als fremd zu erleben scheint, sie scheinen ihn zu irritieren, nicht zu seinem Selbstbild zu passen. So finden sich wiederholt irritierende und widersprüchliche Elemente im Umfeld des Lachens. Beim Lachen bei Schilderungen von Freude und Erfolg wirkt der Patient nicht fröhlich und glücklich, sondern eher verzweifelt um Selbststabilisierung und Selbstkonstanz bemüht. Er wirkt verwundert, dass es ihm manchmal gut geht, und diese Verwunderung scheint der Kern des Lachens zu sein anstatt der Tatsache, dass es ihm auch manchmal gut geht. Der Patient lacht, wo er traurig werden und weinen müsste, genau dies scheint er verhindern zu müssen. Das Lachen hat die Funktion, Trauer und Frustration abzuwehren. Es handelt sich um ein paradoxes, absurdes Lachen, das viel Bitterkeit enthält.

Ein anderer Vorgang ist das Lachen im Zusammenhang mit unangemessener Erwartung an sich selbst und die Welt. Der Patient äußert ideale Erwartungen an sich und andere und an seine Beziehung. Er will bewundert werden, um zu kompensieren, dass er sich selbst kaum akzeptieren kann. Der Patient fühlt sich abgelehnt und lehnt sich selbst und die anderen Menschen ab und behandelt sich und andere entsprechend. Der Diskrepanz zwischen seinen Erwartungen und der Realität ist er sich bewusst. Entsprechend seiner Ideal- Erwartung wertet er jede nicht perfekte eigene oder fremde Leistung ab und duldet kein Hinterfragen. Er wünscht sich Bestätigung, wenn er jedoch gelobt oder günstig beurteilt wird, widerspricht er und wertet den Beurteiler ab. Spricht der Therapeut Ressourcen an, so weist er diese lachend zurück, indem er seine Beeinträchtigungen überzeichnet als Behinderung darstellt. Der Patient will sich selbst mit dem Lachen Hoffnung machen und die unbewusst erlebte Hoffnungslosigkeit verhindern. Diese Hoffnungslosigkeit kann erschlossen werden, wird jedoch nicht erlebbar. Ansprechen seiner Schwierigkeiten und seines Erlebens durch den Therapeuten weist er durch Lachen ebenso zurück, wie Ansprechen von Ressourcen. Lässt er selbst oder der Therapeut sich mehr ein, indem er relevante Themen anspricht, so schafft der Patient durch Lachen schnell wieder Distanz, um die Intimität, die mit emotionalem Erleben verbun-



den ist, zu vermeiden. Dem von Freud (1942, IV) beschriebenen Mechanismus vom Lachen bei Einsicht wird hier ein Mechanismus von Lachen zur Verhinderung von Einsicht gegenübergestellt. Bei provokativen Interventionen wird das Annehmen des Inhalts der Intervention durch Lachen abgewehrt. Der Patient schottet sich ab und lässt nichts an sich heran kommen. Das Lachen ist die Form kämpferischer Abgrenzung und Verhinderung, den Therapeuten in seine Nähe kommen zu lassen, die den Anschein der Harmlosigkeit hat, während sie ein hohes Potential der Aggression gegen sich selbst und das Gegenüber beinhaltet. Gleichzeitig findet sich hier das Thema der Selbstbehauptung, das für den Patienten von lebenswichtiger Bedeutung ist. Es bedeutet für ihn den Selbsterhalt durch Kampf gegen jeden Eindringling in sein Erleben, der dieses mühsam unterdrückte Erleben in bedrohlicher Form aktivieren könnte.

Das Lachen zeigt nicht immer alle diese Funktionen und Merkmale, sondern jeweils nur einzelne Elemente davon in heterogener Form und Zusammenstellung.

Nach der klinischen Beurteilung sollen nun die Themen für den Rating- Prozess nach den Vorgaben von Luborsky erarbeitet werden.

### 5.3 Erhebung der Themen

Die Themen zur Beurteilung des Symptom- Kontextes werden aus dem ZBKT des Patienten sowie aus den von Luborsky genutzten Themen und aus der klinischen Beurteilung des Symptom- Kontextes des Lachens zusammengestellt. Ergänzend wird das Erleben des Patienten nach der Achse 2a und 3 der OPD genutzt. Das ZBKT wird nach Luborskys Vorgabe aus den Kontroll- Transkripten mit Beziehungsepisode bestimmt. Dabei zeigt sich, dass neben einem Haupt- Beziehungs- Konflikt- Thema weitere wesentliche, teils nah verwandte Themen auftreten. Die Bestimmung des ZBKT des Patienten wird nicht detailliert dargestellt. Sie erbrachte die im Folgenden wieder gegebene Einschätzung.

Als Zusammenfassung des Hauptwunsches (W) des Patienten wurde der Wunsch, *sich zu behaupten* erkannt. Weitere Wünsche sind: Anerkennung, angenommen werden, Unterstützung durch die Eltern (in der Vergangenheit), Unterstützung durch den Analytiker. Außerdem will er bestimmen, beherrschen, für seine Partnerin wichtig sein, „die erste Geige spielen“. Er will keine Fehler machen, sucht Vollkommenheit bei sich und anderen, will eine ideale Partnerin haben.

Als Haupt- Reaktion des Objektes (RO) wurde *Ablehnung* herausgearbeitet. Weitere Reaktionen der Objekte sind: Kritik, Abweisung (Partnerin will ihn verlassen), Patient wurde ignoriert, Abwertung (Vater: „Du hast keinen Wert“), andere werden vorgezogen. Der Patient fühlt sich ausgenutzt oder wird vom Objekt ausgenutzt.

Als Haupt- Reaktion des Selbst (RS) wurde *Resignation, Aufgeben, Rückzug* (in Depression) festgestellt. Weitere Reaktionen des Selbst sind: Angst, nicht zurecht zu kommen, Unterwürfigkeit, Erleben von Verlust, Hoffnung Verlieren, „eine innere Welt bricht zusammen“, Wut, Unentschlossenheit, Ablehnen des Unvollkommenen.

Zur Ergänzung der Themen des ZBKT wurde aus den Transkripten eine Einschätzung nach der OPD vorgenommen, sie findet sich im Anhang. Das Erleben des Patienten, bestimmt in Achse zwei wird hier dargestellt. Zuerst wird jeweils die Formulierung des Patienten, dann die am besten zutreffende Formulierung der OPD- Vorgaben wiedergegeben.

Der Patient erlebt sich selbst immer wieder so, dass er

1. sich behaupten will/ muss (OPD- Vorgabe: Ansprüche und Forderungen stellt).
2. nach dem Idealen strebt.
3. die Hoffnung verliert, aufgibt, depressiv wird (OPD- Vorgabe: resigniert aufgibt).

Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass sie

1. ihn ablehnen (OPD: entwerten und beschämen).
2. ihn kritisieren (OPD: ihn zurückweisen).
3. ihn abwerten.

Die allgemeinen Themen zur Beurteilung des Symptom- Kontextes nach Luborsky sind im Theorieteil, Abschnitt 3.2.1 aufgelistet. Die Themen zur Beurteilung des Kontextes für Lachen bei Luborsky sind:

1. Bezugnahme auf den Therapeuten (einschließlich Fragen an den Therapeuten)
2. Gefühle von Hilflosigkeit
3. Kühnheit, Anmaßung, Aggressivität, oder Kontrolle gegenüber anderen
4. Selbstvorwürfe, sich missbilligen/ entschuldigen, Selbstkritik, Schuldgefühle
5. Kritik von anderen erwarten
6. Geringe Selbstkontrolle zeigen
7. Humorvolle Ideen
8. Bezogen auf des Haupt- Wunsch (W) aus dem ZBKT des Patienten
9. Bezogen auf die Haupt- Reaktion des Objektes (RO) aus dem ZBKT des Patienten

10. Bezogen auf die Haupt- Reaktion des Selbst (RS) aus dem ZBKT des Patienten  
Aus den Symptom- Transkripten wurden bei der klinischen Beurteilung die folgenden Themen gewonnen, aus welchen die wichtigsten zur Auswahl der zu ratenden Variablen herangezogen werden sollen. Hier wird eine tabellarische Auflistung der wiederholt aufgetretenen Themen präsentiert, aus der nachfolgend die Wesentlichen isoliert werden:

Abgrenzung gegenüber dem Vater, Abwertung (aktiv).

Ablehnung (aktiv), Aggressivität.

Ablehnung der Partnerin, Suche nach idealer Beziehung.

Abwertung (aktiv), übersteigerte Erwartung, der Therapeut soll das Problem des Patienten lösen, er will die Realität nicht aushalten, erwartet ernsthaft die Herstellung eines Idealzustands.

Aggressivität, Selbstbewusstsein, Übertreibung (er bezeichnet eine Auseinandersetzung als Krieg).

Bewundert werden, Vollkommenheit.

Dominanz, Kontrolle in der Partnerschaft. Abwehr von Unsicherheit.

Familie, Kind bekommen.

Flirt, neue Beziehung, Untreue, Trennung, Suche nach idealer Beziehung.

Fremdbestimmung.

Freude machen.

Freude, Beruf, Erfolg.

Freude, Erfolg, Selbstzufriedenheit.

Frustration und Resignation, der Vorschlag des Patienten wurde abgelehnt. Ablehnung. Das Argument des Gegenübers scheint unangemessen (ideales Surfwetter).

Frustration, Übersteigerung.

Ideal, übersteigerte Erwartung (an sich).

Ideale Beziehung, Erkenntnis, sich ertappt Fühlen.

Irritation, Enttäuschung, Ablehnung, Schein- Paradoxie (er wusste von dem Konzert, Roland hatte zuerst ihn eingeladen...), Aggressivität, sich Behaupten.

Nähe, Eingeladen werden, Verführung, Ambivalenz.

Regression, Internalisierung des Therapeuten. Selbstgespräch.

Richtig- falsch, Ideal, Polarität.

Rivalität, erfolgreich sein, Geld, Trennung, Ausgenutzt werden.

Selbst- Abwertung.

Sich selbst wichtig Nehmen, Versorgung, Selbstverständlichkeit hinterfragen.

Unbeschwertheit, etwas eingestehen.

Unsicherheit, Enttäuschung, Kontrolle der Situation, warten lassen, Macht.

Unvollkommenheit- hoher Anspruch an sich selbst.

Wunsch, Versorgung, Übersteigerte Erwartung.

Aus der obigen Aufzählung werden als Variablen für die Beurteilung die am häufigsten auftretenden Themen des Patienten ausgewählt. Diese sind teils gleichzeitig in ZBKT und OPD-Einschätzung relevant. Die aus der klinischen Beurteilung gewonnenen zur Bewertung durch die Rater herangezogenen Themen sind die Folgenden:

1. Ablehnung / Abwertung (aktiv und passiv)
2. Ideal, Vollkommenheit
3. Freude, Erfolg,
4. Frustration, Resignation

Aus den bisher angegebenen möglichen Themen und Variablen werden nun die zum Beurteilen ausgewählten aufgeführt. Die Herleitung der Themen wird mit dargestellt.

## 5.4 Ausgewählte Themen

Als erstes Thema wird *Ablehnung/ Abwertung* eingesetzt. Es handelt sich hierbei um die Haupt- RO aus dem ZBKT des Patienten, gleichzeitig um ein Haupt- Thema aus dem Gesprächskontext des Lachens. Das Thema hängt eng zusammen mit dem Selbstwertkonflikt des Patienten, welcher nach der OPD- Einschätzung der Hauptkonflikt des Patienten ist. Das Thema korrespondiert mit dem fünften Item, das von Luborsky im Kontext des Lachens gefunden wurde: Kritik von anderen erwarten.

Als zweites Thema zur Beurteilung durch die Rater wird *Ideal, Vollkommenheit*, Streben nach Idealen ausgewählt. Hierbei handelt es sich um das zweite Thema aus dem Gesprächskontext des Lachens. Es ist ein Wunsch (W) aus dem ZBKT, aber nicht der Hauptwunsch, und findet sich ebenfalls im Selbsterleben, erhoben nach OPD. Dieses Thema wurde bei Luborskys Studien zum Lachen nicht erhoben, es hat keinen grundlegenden Bezug zum Lachen sondern zu diesem speziellen Fall.

Das dritte Thema zur Beurteilung ist *Freude/ Erfolg*. Es ist das dritte Thema aus dem Gesprächskontext des Lachens. Es taucht weder im ZBKT noch in der OPD- Einschätzung des Patienten auf. Es hängt aber eng mit dem Lachen zusammen und entspricht Luborskys Gedanke, der nach humorvollen Ideen fragt. Konkret wurden aus den Transkripten und der

klinischen Beurteilung jedoch keine humorvollen Ideen, sondern Freude und Erfolg als für diesen Patienten relevantes Thema herausgearbeitet.

Das vierte Thema ist *Frustration/ Resignation*. Es ist das vierte Thema aus dem Gesprächskontext des Lachens, Haupt- RS aus dem ZBKT, dritter Punkt des Selbsterlebens in der OPD- Einschätzung und findet sich in Luborskys allgemeiner Themen- Liste in Verbindung mit Depression und Hoffnungslosigkeit.

Als fünftes Thema wird *Einlassen/ Bezugnahme* auf den Therapeuten bestimmt. Es ist der erste Punkt in Luborskys Liste zur Bestimmung des Symptom- Kontextes beim Lachen, der in einem Fall signifikante Ergebnisse brachte. Das Thema hat keinen Bezug zum ZBKT oder zur OPD- Einschätzung des Patienten, sondern hängt spezifisch mit der Verhaltensweise des Lachens zusammen und wird deshalb mit zur Beurteilung ausgewählt.

Das sechste Thema ist *Sich Behaupten*, Anerkennung. Es ist der Haupt- Wunsch aus dem ZBKT des Patienten und entspricht dem Selbsterleben in der OPD- Einschätzung. Es hängt zusammen mit dem Thema Bedürfnisse aus Luborskys allgemeiner Symptom- Kontext- Liste.

Das siebte Thema ist *Aggression*, Kontrolle gegenüber anderen, bestimmen, beherrschen. Es handelt sich um einen Wunsch aus dem ZBKT des Patienten (will beherrschen) und findet sich im zweitwichtigsten OPD- Konflikt Unterwerfung versus Kontrolle. Es ist ein Thema, dem beim Lachen eine zentrale Bedeutung zukommt, und es wurde von Luborsky ebenfalls zur Beurteilung des Symptom- Kontextes beim Lachen eingesetzt.

Es werden nun die nicht zur Beurteilung herangezogenen Themen aufgeführt. Diese wurden nicht ausgewählt, da sie im konkreten Fall von untergeordneter Bedeutung sind. Luborskys nutzte die Themen *Hilflosigkeit*, *Hoffnungslosigkeit* und *Angst* bei vielen seiner Symptom- Kontext- Studien. Bei einer Studie zum Lachen spielten diese Themen eine Rolle, sie waren in diesem Fall auch wichtige Themen der Patientin. In der anderen Symptom- Kontext- Studie von Luborsky zum Lachen ergaben diese Themen keine relevanten Ergebnisse. Beim vorliegenden Fall fanden sich bei der klinischen Beurteilung keine Hinweise darauf, dass diese Themen sinnvoll zu bewerten seien. Hintergründig sind sie sicherlich relevant, aber aus den Transkripten mit kurzen Textpassagen werden sie nicht oder kaum zu erkennen sein, da der Patient dieses Erleben entweder konsequent unterdrückt, oder fassadenhaft vorträgt und den emotionalen Anteil nicht erkennen lässt. Schon aus den Tonbandaufnahmen lässt sich das affektive Erleben des Patienten kaum erahnen. Ein weiteres von Luborsky genutztes Thema ist *Blockiert Fühlen*. Es gilt das gleiche wie für die vorbeschriebenen Themen. Die Themen *Feindseligkeit gegenüber Therapeuten* und *Feindseligkeit*

*gegenüber anderen* wurden von Luborsky ebenfalls bei Symptom- Kontext- Studien untersucht. Sie scheinen nach dem klinischen Eindruck hier weniger Relevanz zu besitzen. Im Thema *Aggression* des Patienten gehen Teilaspekte dieser Themen spezifisch auf den zu untersuchenden Fall bezogen mit ein.

Als weniger relevante Themen aus den Transkripten fanden sich *Trennung, Kontrollverlust, Schuld und Selbstvorwurf, Paradoxie und Widersprüche* und *Scham*. Alle diese Themen zeigten nicht die durchgängige Bedeutung in vielen der transkribierten Passagen, um in die Beurteilung mit aufgenommen zu werden.

## 5.5 Auswahl der Rater

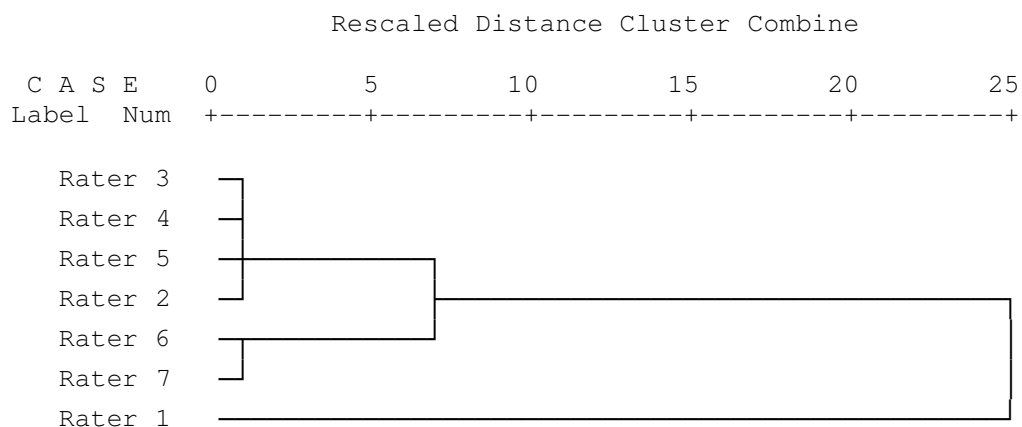
Als Rater wurden fünf Studentinnen und zwei Studenten der Diplom- Erziehungswissenschaften ausgewählt, welche sich im zweiten Jahr einer studienbegleitenden Ausbildung in personenzentrierter Beratung der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie befanden. Aufgrund der nicht vorliegenden psychoanalytischen Qualifikation der Rater wurde für eine wesentlich höhere Anzahl von Ratern entschieden als durch Luborsky vorgegeben. Dadurch sollte erreicht werden, mehrere Rater mit akzeptablen Korrelationen der Bewertungen zu erhalten. Diese Rater sollten die Gedankeneinheit 1 (Hintergrundkontext vor dem Symptom/ der Kontrolle), GE 3 (unmittelbar vor dem Symptom/ der Kontrolle) und GE 6 (Hintergrundkontext nach dem Symptom/ der Kontrolle) beurteilen. Die Ratergruppe wurde nur schriftlich über die Aufgabe instruiert. Eine Schulung im Beurteilen, wie bei der Bestimmung des ZBKT teilweise üblich oder wie auch bei der OPD verlangt, erfolgte nicht. Die Anweisung zur Beurteilung findet sich im Anhang. Die Rater wurden nicht ausführlich über die Symptom- Kontext- Methode informiert und wussten nicht, dass die Hälfte der Segmente als Kontrollgruppe konzipiert war. Der Untersucher als langjährig ausgebildeter Psychotherapeut in psychoanalytischer Ausbildung beurteilte die sechs Gedankeneinheiten aller Segmente, sodass auch eine differenzierte Verlaufsanalyse der Themen möglich wurde. Zur Kontrolle wurden seine Bewertungen der GE 1, GE 3 und GE 6 in die Datei der Ratergruppe mit eingegeben, um auch hier Korrelationen mit den anderen Ratern zu bestimmen. Der psychoanalytisch geschulte Rater unterscheidet sich also außerdem von der Ratergruppe durch seine Kenntnis der Tonbandaufzeichnung sowie der längeren Transkripte und der Methode.

## 5.6 Statistik

Als Statistikprogramm wurde SPSS genutzt, für die grafische Darstellung wurde außerdem Excel angewandt. Als Fälle wurden die einzelnen Lach- oder Kontrollstellen, aufgeteilt in drei bzw. sechs Gedankeneinheiten eingesetzt. Als Variablen wurden die gerateten Werte eingetragen. Die vorliegende Datenstruktur mit den drei Modi bewirkte eine unvollständige Parallelisierung: teilweise war eine Kontrollstelle im gleichen Modus geeignet, zum Teil war an dieser Stelle das Gespräch im anderen Modus. Deshalb konnten keine gepaarten, sondern unabhängige Stichproben als Grundlage der Berechnung erstellt werden. Zusätzlich zeigt die Datenstruktur eine schiefe Verteilung, da häufig die Themen nicht berührt wurden und entsprechend niedrige Werte geratet wurden. Zur Berechnung Symptom versus Kontrolle und auch für die Verlaufsanalysen wurden deshalb nichtparametrische Tests als angemessene statistische Methode angewandt (im Unterschied zu Luborsky, der parallele Stichproben hatte und mit parametrischen Tests rechnete).

Zur Prüfung der Übereinstimmung zwischen den Ratern wurde eine Clusteranalyse zwischen den Ratern über alle beurteilten Variablen gerechnet. Dabei erreichte unter den sieben Ratern der Rater 1 eine abweichende Position.

Dendrogram using Average Linkage (Between Groups)



**Abbildung 1:** Dendrogramm der Clusteranalyse zwischen den Ratern über die beurteilten Segmente (N= 141)

Aus dem Dendrogramm wird ersichtlich, dass Rater 3, Rater 4, Rater 5 und Rater 2 ein Cluster mit ähnlichen Bewertungen bilden, Rater 6 und Rater 7 ein weiteres und Rater 1 zeigt wenig Übereinstimmungen seiner Beurteilungen mit den anderen Ratern.

Um diese Beobachtung statistisch zu überprüfen, wurden Korrelationen zwischen den Ratern berechnet für die einzelnen beurteilten Variablen und zwar zum Zeitpunkt der Gedankeneinheit 3 (parametrische Korrelationen nach Pearson). Dabei erreichte der Rater 1 für *Ideal* und *Sich Behaupten* keine signifikanten Übereinstimmungen mit den anderen Ratern, während er bei den anderen Themen überwiegend signifikante Übereinstimmungen mit den anderen Ratern zwischen .18 und .56 erreichte.

Aufgrund nicht ausreichender Übereinstimmungen wurde Rater 1 aus der Berechnung der Ergebnisse ausgeschlossen.

Die Beurteilungen des psychoanalytisch geschulten Raters für GE 1, GE 3 und GE 6 wurden in die Datei der Ratergruppe eingefügt. Es wurden wiederum Korrelationen zwischen den Ratern für die Variablen bei GE 3 berechnet (parametrische Korrelationen nach Pearson sowie nichtparametrische Korrelationen nach Spearman, welche etwas niedrigere Werte ergaben). Die Werte differieren für die verschiedenen Themen.

**Tabelle 2:** Korrelationen zwischen den Ratern bei Gedankeneinheit 3 (N= 141 Segmente)

Themen	Korrelationen (Spearman- Rho)
Ablehnung	.26** bis .52**
Ideal	.12 bis .48**
Freude/ Erfolg	.32** bis .57**
Frustration	.18 bis .57**
Einlassen	.03 bis .50**
Sich Behaupten	.05 bis .41**
Aggression	.02 bis .31**

**Legende:** \*\*  $p < ,01$

Aus der Tabelle ist zu entnehmen, dass die Rater bei den Themen *Ablehnung/ Abwertung* und *Freude/ Erfolg* ausschließlich hoch signifikante Korrelationen mit überwiegend mittleren bis guten Übereinstimmungen erreichten. Für die anderen Themen ist die Spanne der Korrelationen weiter gespreizt, wobei für *Ideal*, *Frustration/ Resignation* und *Aggression* überwiegend



hochsignifikante und für *Einlassen*, und *Sich Behaupten* überwiegend signifikante und hochsignifikante Korrelationen erreicht wurden.

Die Aufteilung der Datei in Lachen und Kontrolle ergibt für die Lachsegmente etwas höhere Korrelationen und für die Kontrollsegmente teils höhere und teils niedrigere Korrelationen. Die Korrelationen zwischen den Ratern für die Lachsegmente der einzelnen Modi ergeben höhere Übereinstimmungen bis zum maximalen Korrelationskoeffizienten von .998\*\* für zwei Rater beim Modus Intervention für das Thema *Freude/ Erfolg*. Die Korrelationen zeigen also übereinstimmende Tendenzen bei der Beurteilung der Themen durch die Rater an, sollen jedoch nicht überbewertet werden. Die besseren Korrelationen liegen im Bereich, den Luborsky und Mitarbeiter bei ihren Studien erreichten, wobei meist nur zwei Rater die Variablen beurteilten und es sich dabei um Luborsky himself und einen Mitarbeiter seiner Abteilung handelte, der in die Forschungsprojekte sicherlich intensiv involviert war.

Insgesamt sind hohe Übereinstimmungen der Rater für die Themen *Ablehnung/ Abwertung* und *Freude/ Erfolg* erreicht worden, mittlere Übereinstimmungen für *Ideal, Frustration/ Resignation* und *Aggression* und niedrige Übereinstimmungen für *Einlassen*, und *Sich Behaupten*. Es scheint aufgrund der Übereinstimmungen gerechtfertigt, mit den Werten der Beurteilungen der Ratergruppe und des psychoanalytisch geschulten Raters die geplanten statistischen Berechnungen durchzuführen.

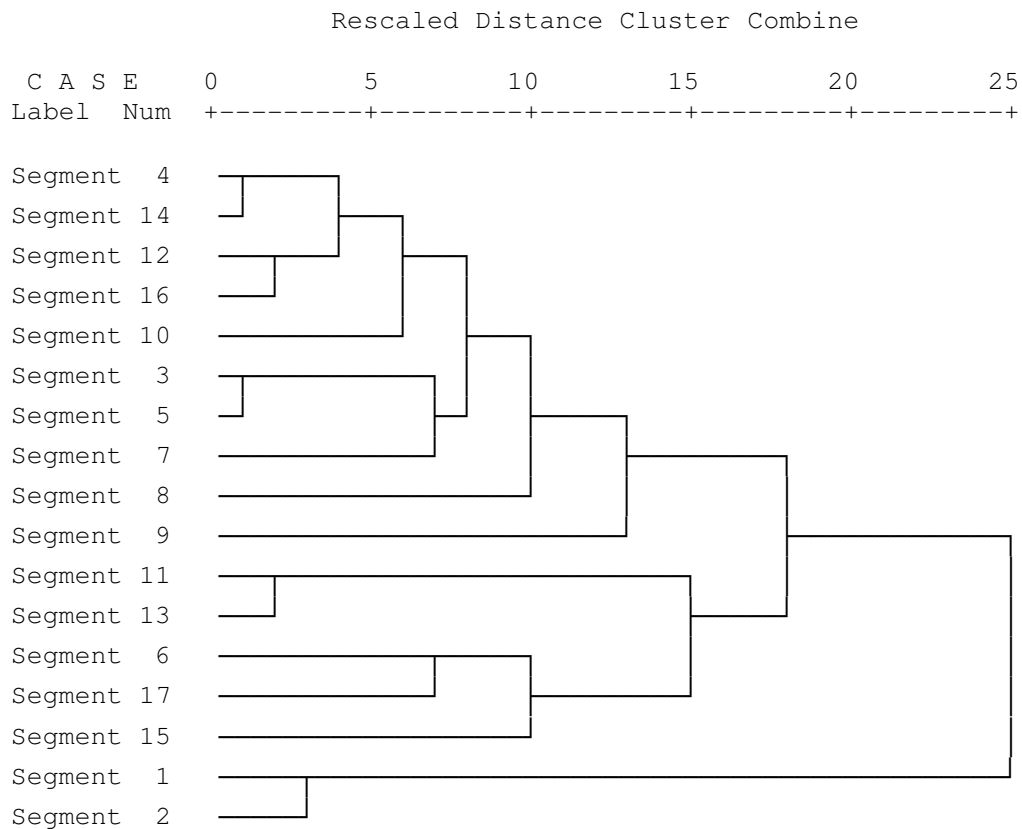
Zwischen der Ratergruppe und dem psychoanalytisch geschulten Rater ergaben sich überwiegend hoch signifikante Korrelationen für die Themen *Ablehnung/ Abwertung*, *Ideal, Freude/ Erfolg* und *Frustration/ Resignation*. Bei den Themen *Einlassen*, *Sich Behaupten* und *Aggression* ergaben sich überwiegend keine signifikanten Korrelationen zwischen der Ratergruppe und dem psychoanalytisch geschulten Rater, wobei diese Themen auch in der Ratergruppe heterogen beurteilt wurden und weniger Übereinstimmung erreichten.

Im Ergebnisteil werden die Ergebnisse der Ratergruppe und des psychoanalytisch geschulten Raters getrennt berichtet und in den Zusammenfassungen gegenüber gestellt, die teils unterschiedlichen Beurteilungen werden in der Diskussion thematisiert.

Zur Überprüfung, ob sich durch die Beurteilungen der Rater bestimmte Gruppen von Fällen mit ähnlichen Bewertungen der Themen ergeben, wurden hierarchische Clusteranalysen über die Fälle (Lach- und Kontrollsegmente) durchgeführt. Dabei bestätigte sich erwartungsgemäß die schon klinisch aufgefallene heterogene Struktur der verschiedenen Lachsegmente, auch innerhalb der drei Modi Monolog, Dialog und Intervention. Beispielhaft sei das Dendrogramm der Clusteranalyse der monologischen Lachstellen der Ratergruppe

dargestellt. Die anderen Clusteranalysen über die Fälle ergaben entsprechende Ergebnisse, auch mit den Daten des psychoanalytisch geschulten Raters.

Dendrogram using Average Linkage (Between Groups)



**Abbildung 2:** Dendrogramm der Clusteranalyse zwischen den Lachsegmenten für Monolog, erhoben aus den Daten der Ratergruppe (n= 17)

Aus dem Dendrogramm ist zu ersehen, dass für die einzelnen Segmente verschiedene Bewertungen für die Themen abgegeben wurden, sodass sich die Segmente nicht zu bestimmtem Clustern mit typischen Bewertungen der Themen zusammenfügen lassen. Der klinische Eindruck der hohen Varianz der Berührung der Themen bestätigt sich also durch die statistischen Berechnungen.

Die Beurteilungen der Ratergruppe und des psychoanalytisch geschulten Raters unterscheiden sich durch eine stärkere Streuung und höhere Mittelwerte in den Beurteilungen des psychoanalytisch geschulten Raters. Dies liegt daran, dass der psychoanalytisch geschulte Rater insgesamt mehr höhere Bewertungen vergeben hat, als die Ratergruppe.

**Tabelle 3: Mittelwerte der Beurteilungen der Ratergruppe (Raterdatei RG) und des psychoanalytisch geschulten Raters (Raterdatei P) im Vergleich**

	Mittelwert Minimum	Mittelwert Maximum
Raterdatei RG	1,23	1,89
Raterdatei P	1,23	2,26

Die Darstellung zeigt, dass die minimalen Mittelwerte gleich hoch sind, wogegen die maximalen Mittelwerte des psychoanalytisch geschulten Raters deutlich höher liegen als jene der Ratergruppe.

## **6. Ergebnisse der Untersuchung**

Bei der Menge der durchgeführten Beurteilungen und Berechnungen wurde eine große Zahl einzelner Ergebnisse gewonnen. Es werden hier nur die signifikanten Ergebnisse berichtet. Das Kapitel gliedert sich in den Vergleich der Lach- versus Kontrollsegmente, beurteilt durch die Ratergruppe und den psychoanalytisch geschulten Rater und die Verlaufsuntersuchungen der Themen, ebenfalls beurteilt durch die Ratergruppe und den psychoanalytisch geschulten Rater. Um die Herleitung nachvollziehen zu können, sind die einzelnen Ergebnisse dargestellt und grafisch visualisiert. Den einzelnen Teilen folgt jeweils eine Zusammenstellung und Beschreibung der gewonnen Ergebnisse. Zum Überblick über die Ergebnisse sei auf die Zusammenfassungen verwiesen.

### **6.1 Vergleich der Lach- versus Kontrollsegmente**

#### **6.1.1 Beurteilungen durch die Ratergruppe**

Zur Prüfung der Bedeutung der vorher bestimmten Themen im Zusammenhang mit der Verhaltensweise des Lachens des Patienten sollen Mittelwertsunterschiede zwischen den Lachstellen und den zugehörigen Kontrollstellen geprüft werden. Grundlage dieser Ergebnisse sind die Beurteilungen der Ratergruppe RG mit  $N=7$  Ratern und die Beurteilungen des psychoanalytisch geschulte Raters mit  $N=1$ . Zunächst werden die Ergebnisse der Ratergruppe vorgestellt, sodann schließen sich die Ergebnisse des einzelnen Raters an.

Hier werden die Ergebnisse vorgestellt, welche signifikante Unterschiede für die beurteilten Themen zwischen den Lach- versus Kontroll- Segmenten zum Zeitpunkt der Gedankeneinheit 3 ergaben. Zunächst werden die Ergebnisse der Gesamtdatei vorgestellt, hierbei werden die drei Modi (Monolog, Dialog, Intervention) nicht unterschieden, die Fallzahl beträgt  $N=140$ , da wegen unvollständigen Ausfüllens der Bögen durch die Rater 11 von 151 Fällen (Lach- und Kontrollsegmenten) ausgeschlossen werden mussten. Nach der Grafik und Beschreibung der Gesamtdatei wird diese in die drei Modi aufgeteilt. Es werden dann die signifikanten Unterschiede für die beurteilten Themen zwischen den Lach- versus Kontroll-Segmenten aufgeteilt in die drei Modi aufgezeigt, einzeln berechnet für jede Gedankeneinheit

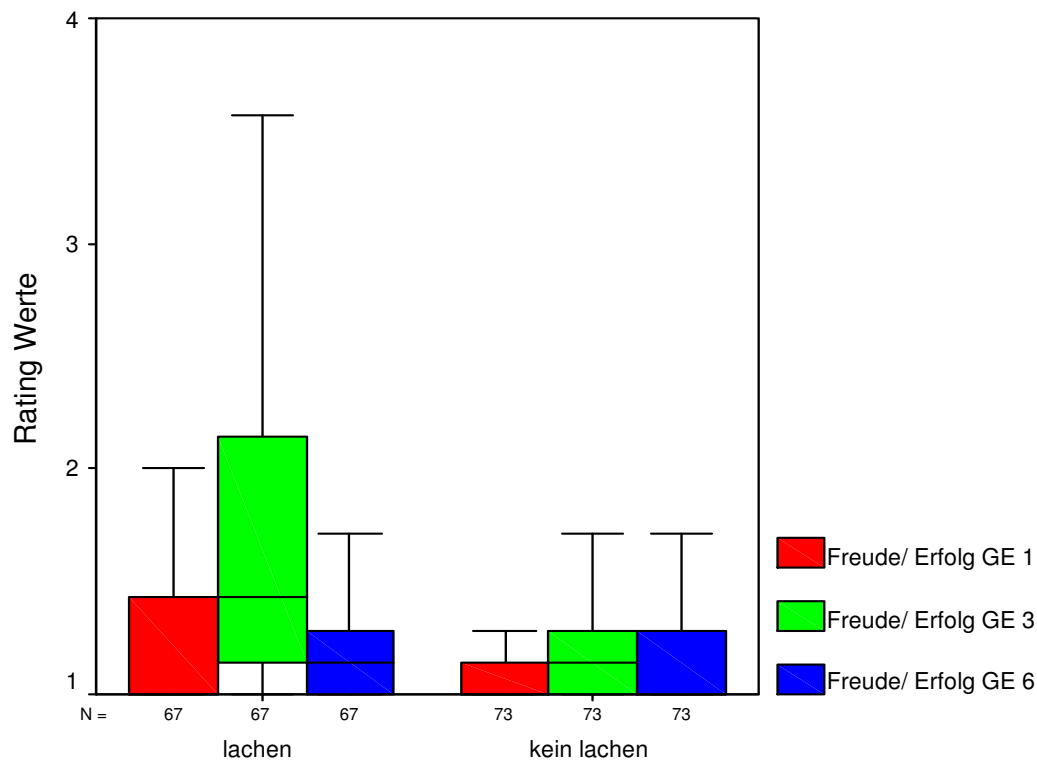
(GE), beurteilt durch die Ratergruppe mit sieben Ratern. Zunächst werden die statistischen Zahlen präsentiert, sodann die Ergebnisse mittels Boxplots visuell dargestellt.

**Tabelle 4:** Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der signifikanten Unterschiede Lachen versus Kontrolle für die drei Modi (N= 140) der Raterdatei RG (N= 7) (berechnet mit dem Mann- Whitney- U- Test)

	Mann- Whitney- U	Signifikanz	Lachen MW (SD)	Kontrolle MW (SD)
<i>Freude/ Erfolg</i> GE 3	1480,0	,000	1,77 (,83)	1,30 (,55)
<i>Frustration</i> GE 3	1795,0	,006	1,56 (,60)	1,84 (,73)

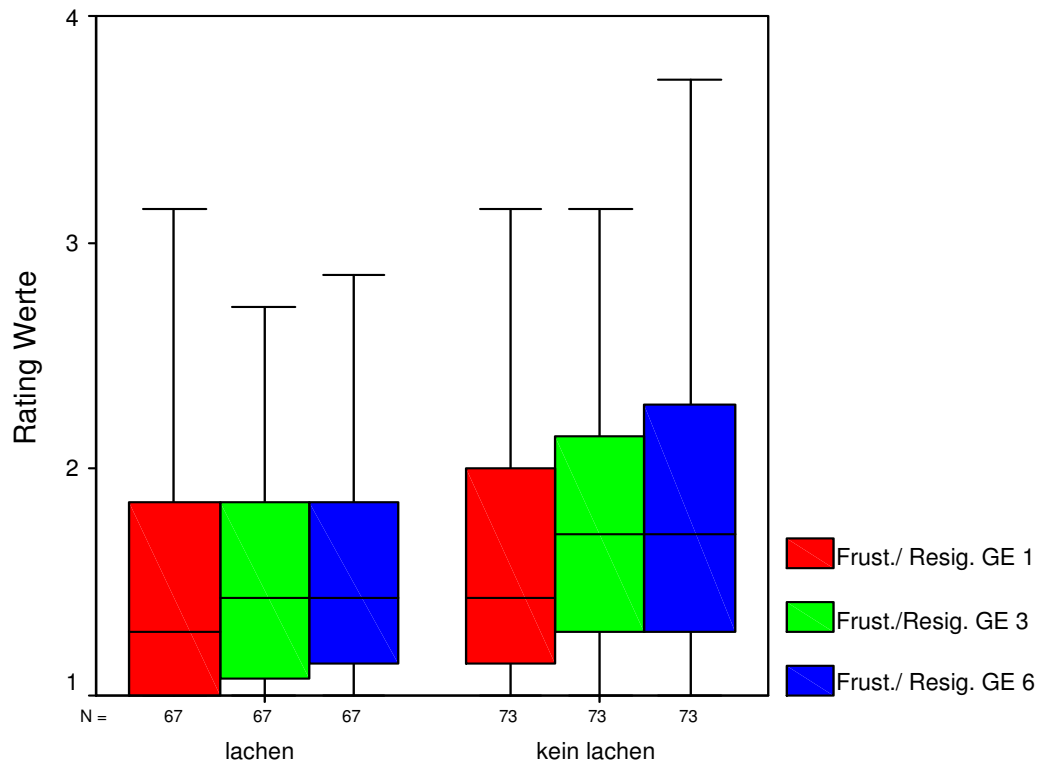
Die höheren Werte sind in den Tabellen jeweils grau unterlegt.

Bei allen grafischen Darstellungen dieser Arbeit sind auf der y- Achse die Mittelwerte der von den Ratern bewerteten Themen aufgetragen, sie reichen von 1 (Thema nicht berührt) bis 5 (Thema sehr stark berührt).



**Abbildung 3:** Boxplots für das Thema *Freude/ Erfolg* für Lach- versus Kontrollstellen für die Raterdatei RG (N=7), Gesamtdati, Gedankeneinheit 3

Der Mittelwert für das Thema *Freude/ Erfolg* liegt in der Gedankeneinheit 3 einer Symptomstelle signifikant höher als in der Nicht-Symptomstelle. Für die beiden Gedankeneinheiten 1 und 6 sind die Mittelwerte für die Symptomstellen nicht wesentlich verschieden von jenen der Kontrollstellen. Die Variable *Freude/ Erfolg* unterscheidet erkennbar signifikant zum Zeitpunkt der Gedankeneinheit 3 zwischen der Symptom- und der Kontroll- Gruppe. Damit schätzen die Rater das Thema *Freude* und *Erfolg* in Zusammenhang mit dem Lachen als bedeutsam ein, während sie dem Thema bei den Kontrollstellen keine Bedeutung beimessen.



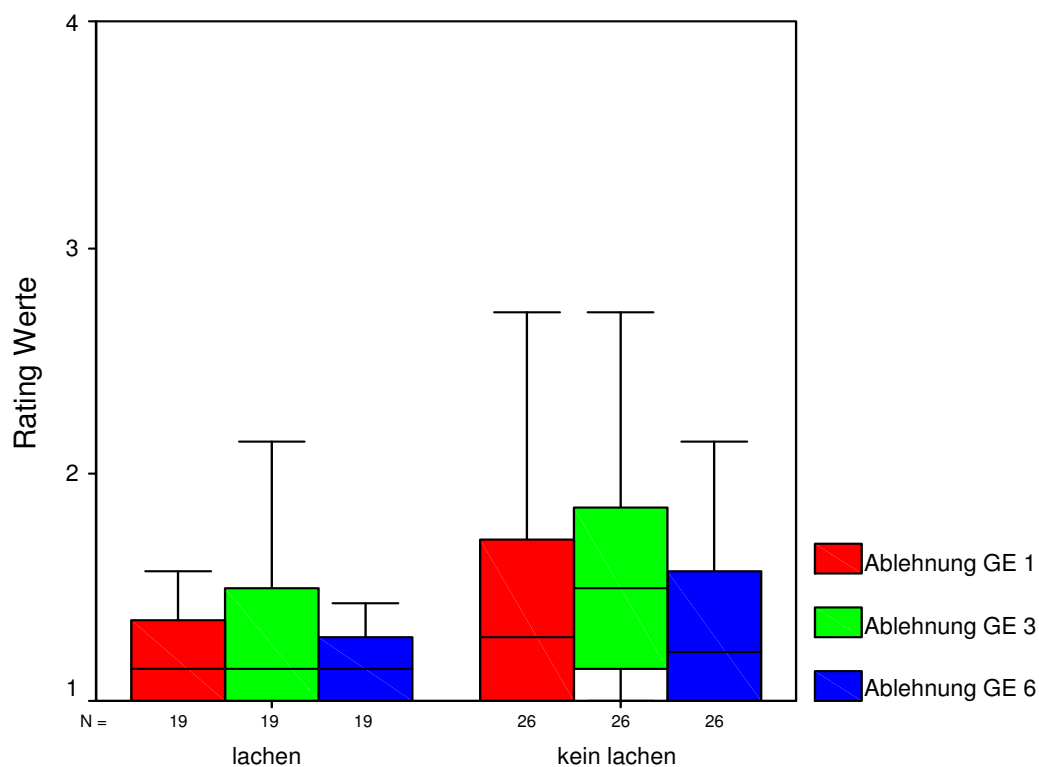
**Abbildung 4:** Boxplots für das Thema *Frustration/ Resignation* für Lach- versus Kontrollstellen für die Raterdatei RG (N=7), Gesamtdati, Gedankeneinheit 3

Anhand der Boxplots zeigt sich, dass der Mittelwert für das Thema *Frustration/ Resignation* in der Gedankeneinheit 3 (und 6) einer Symptomstelle signifikant niedriger liegt als in der Kontrollstelle. Bei der Gedankeneinheit 1 liegen die Mittelwerte der Symptomstellen etwas niedriger als die der Kontrollstellen. Nach Einschätzung der Rater äußert der Patient in den Kontrollstellen mehr frustrierende und resignative Gedanken als bei den Lachstellen.

Es folgen die Ergebnisse aufgeteilt nach den Modi. Beim Modus Monolog finden sich keine signifikanten Unterschiede der Themen zwischen den Lach- und Kontrollsegmenten. Die Ergebnisse für den Modus Dialog werden im Folgenden wiedergegeben.

**Tabelle 5:** Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der signifikanten Unterschiede Lachen versus Kontrolle für Modus Dialog (N= 45) der Raterdatei RG (N= 7) (berechnet mit dem Mann- Whitney- U- Test)

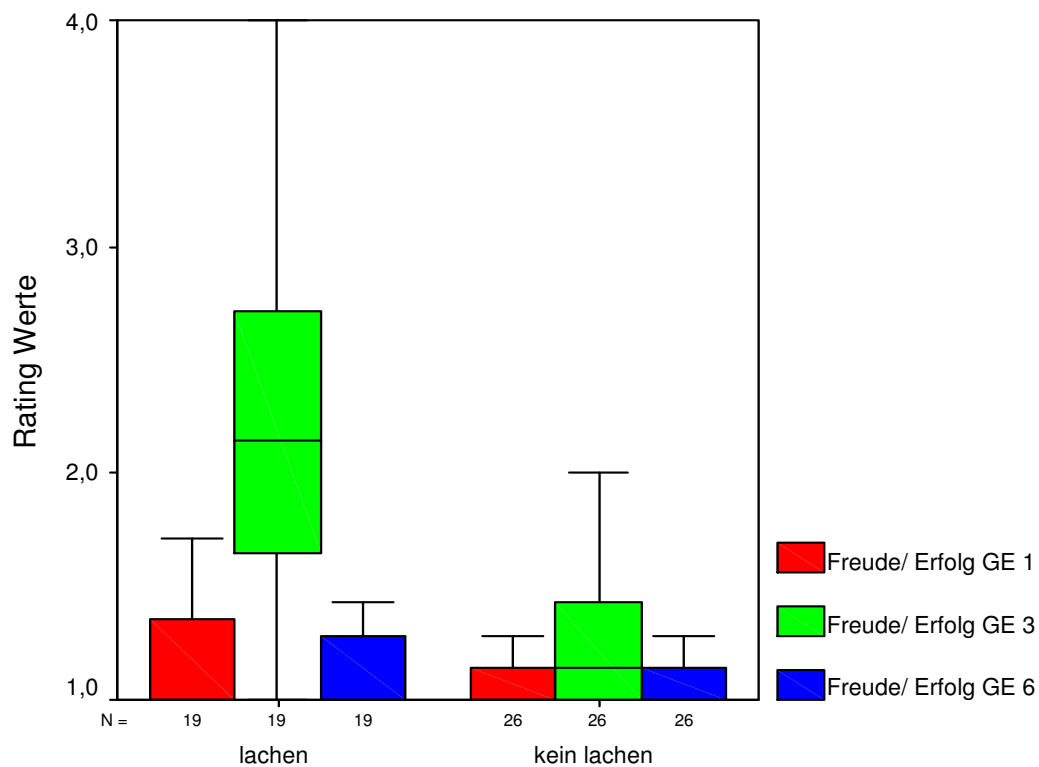
	Mann- Whitney- U	Signifikanz	Lachen MW (SD)	Kontrolle MW (SD)
<i>Ablehnung</i> GE 3	132,5	,008	1,32 (,54)	1,74 (,84)
<i>Freude/ Erfolg</i> GE 3	72,5	,000	2,17 (,77)	1,32 (,51)
<i>Frustration</i> GE 3	127,0	,006	1,45 (,43)	2,13 (,89)



**Abbildung 5:** Boxplots für das Thema *Ablehnung/ Abwertung* für Lach- versus Kontrollstellen für die Raterdatei RG (N=7), Modus Dialog, Gedankeneinheit 3

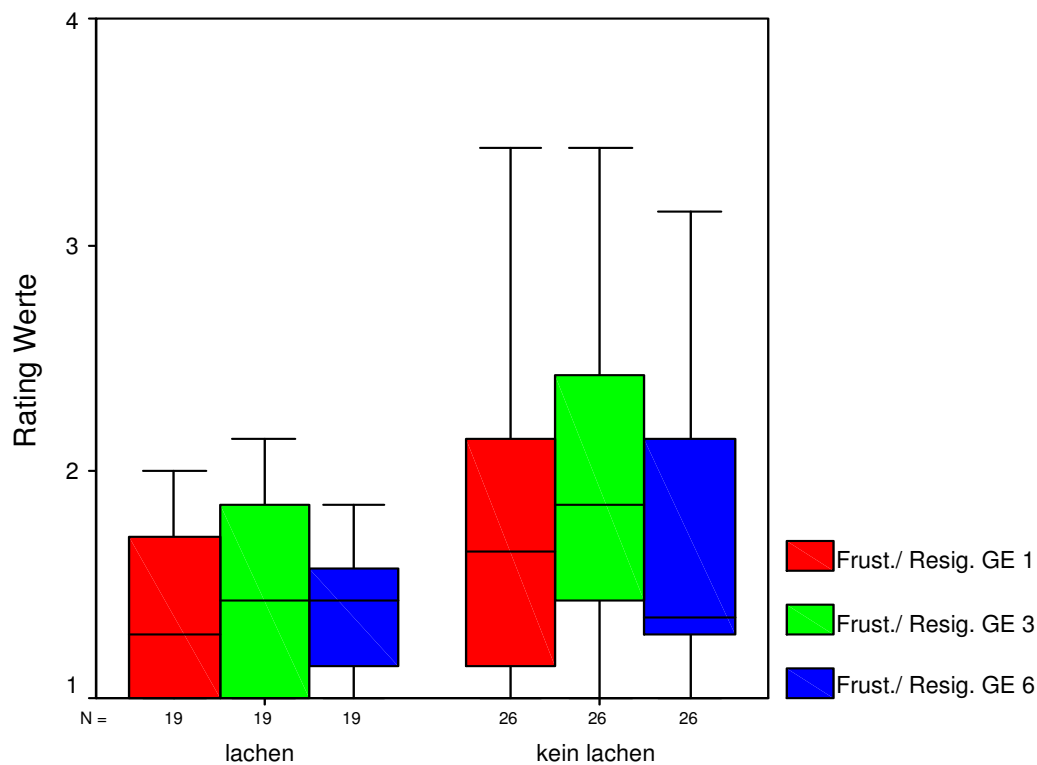
Die Mittelwerte für das Thema *Ablehnung/ Abwertung* liegen in allen drei Gedankeneinheiten der Symptomstellen niedriger als in den Kontrollstellen, wobei dieser Unterschied nur in Gedankeneinheit 3 signifikant wird. Nach Einschätzung der Rater äußert der Patient in den Kontrollstellen mehr Gedanken von *Ablehnung* und *Abwertung*, am deutlichsten in GE 3.





**Abbildung 6:** Boxplots für das Thema *Freude/ Erfolg* für Lach- versus Kontrollstellen für die Raterdatei RG (N=7), Modus Dialog, Gedankeneinheit 3

Die Mittelwerte für das Thema *Freude/ Erfolg* liegen in der Gedankeneinheit 3 bei den Symptomstellen deutlich höher, als bei den Kontrollstellen, die Mittelwerte für die anderen betrachteten Gedankeneinheiten unterscheiden nicht wesentlich zwischen Symptom- und Kontrollstellen. Beim Modus Dialog erkennen die Rater beim Lachen eine deutlich höhere Äußerung von *Freude* und *Erfolg* des Patienten als bei den Kontrollsegmenten.



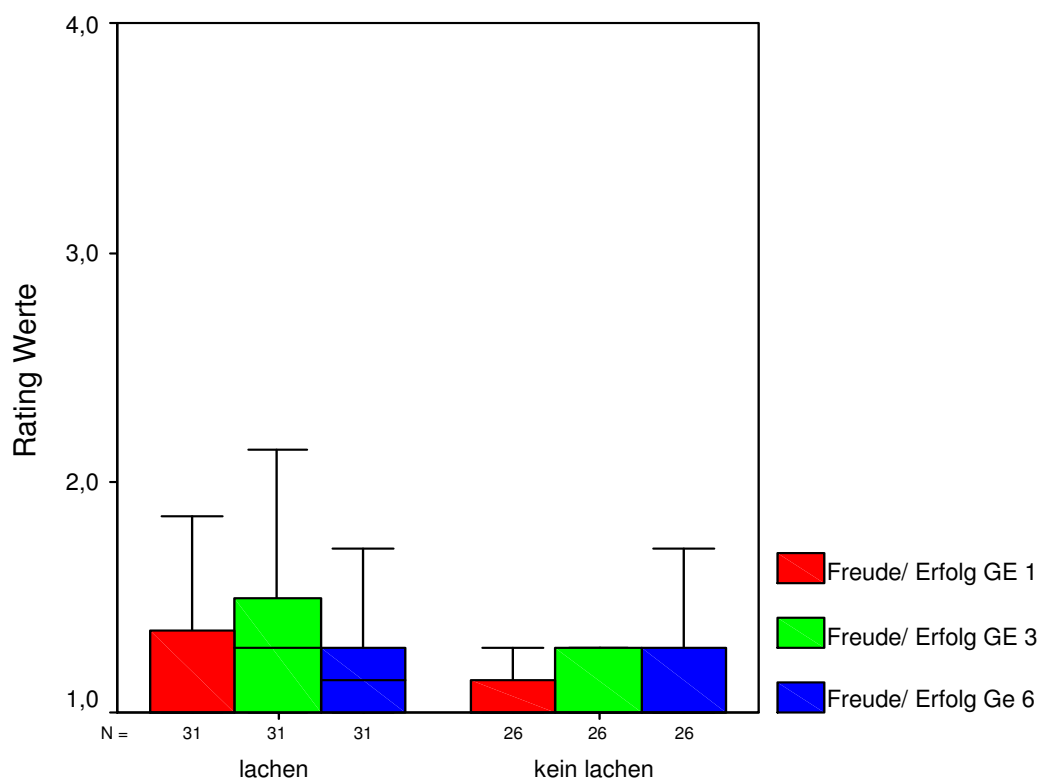
**Abbildung 7:** Boxplots für das Thema *Frustration/ Resignation* für Lach- versus Kontrollstellen für die Raterdatei RG (N=7), Modus Dialog, Gedankeneinheit 3

Die Mittelwerte für das Thema *Frustration/ Resignation* liegen bei den Symptomstellen bei Gedankeneinheit 1 und 3 niedriger und bei Gedankeneinheit 6 höher als bei den Kontrollstellen. Dieser Unterschied wird nur in Gedankeneinheit 3 signifikant. Nach der Bewertung der Rater erlebt der Patient in den Kontrollsegmenten wesentlich mehr *Frustration* und *Resignation* als in den Lachsegmenten.

Im Folgenden werden die Ergebnisse für den Modus Intervention tabellarisch aufgeführt und grafisch dargestellt.

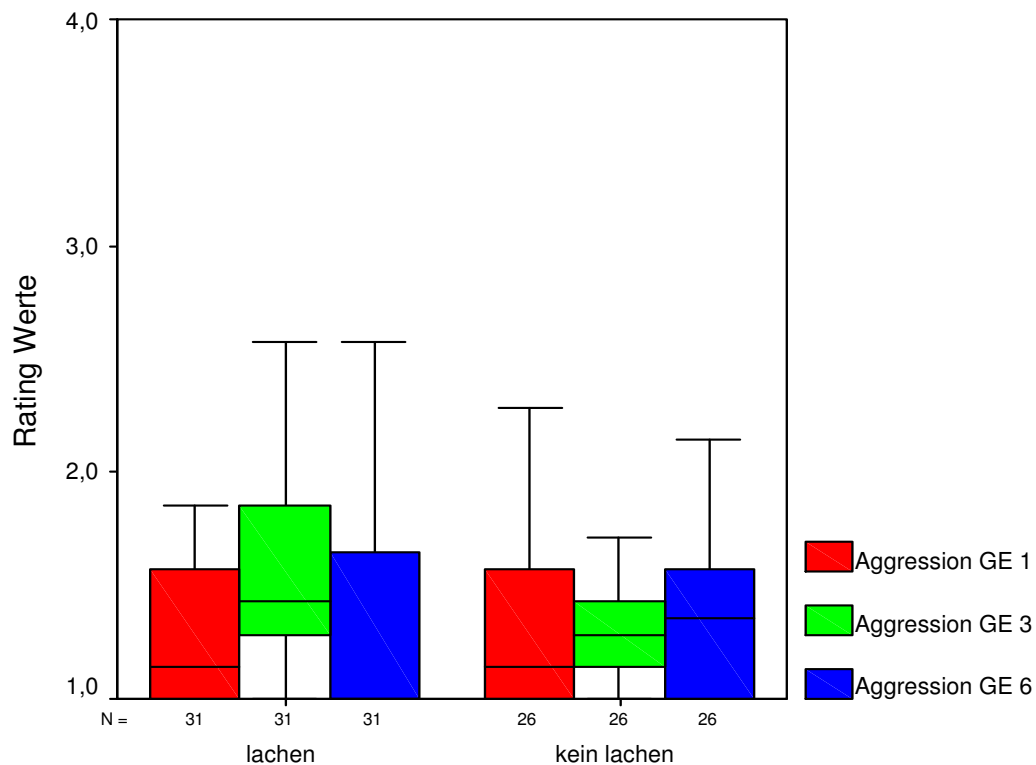
**Tabelle 6:** Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der signifikanten Unterschiede Lachen versus Kontrolle für Modus Intervention (N= 57) der Raterdatei RG (N= 7) (berechnet mit dem Mann- Whitney- U- Test)

	Mann- Whitney- U	Signifikanz	Lachen MW (SD)	Kontrolle MW (SD)
<i>Freude/ Erfolg</i> GE 3	260,5	,016	1,40 (,57)	1,14 (,26)
<i>Aggression</i> GE 3	240,5	,008	1,55 (,43)	1,29 (,29)



**Abbildung 8:** Boxplots für das Thema *Freude/ Erfolg* für Lach- versus Kontrollstellen für die Raterdatei RG (N=7), Modus Intervention, Gedankeneinheit 3

Die Mittelwerte für das Thema *Freude/ Erfolg* liegen für Gedankeneinheit 3 und 6 bei den Symptomstellen höher als bei den Kontrollstellen, wobei dieser Unterschied für die Gedankeneinheit 3 signifikant wird. Für Gedankeneinheit 1 sind die Mittelwerte fast gleich. Die Rater erkannten bei den Lachstellen bei Gedankeneinheit 3, der therapeutischen Intervention, wesentlich mehr Formulierungen des Therapeuten von *Freude* und *Erfolg* als bei den Kontrollstellen.



**Abbildung 9:** Boxplots für das Thema *Aggression* für Lach- versus Kontrollstellen für die Raterdatei RG (N=7), Modus Intervention, Gedankeneinheit 3

Der Mittelwert für das Thema *Aggression* liegt für Gedankeneinheit 1 bei den Symptomstellen etwa gleich wie bei den Kontrollstellen, bei Gedankeneinheit 3 bei den Symptomstellen höher und bei Gedankeneinheit 6 bei den Symptomstellen niedriger als bei den Kontrollstellen. Signifikant wird nur der Unterschied bei Gedankeneinheit 1. Nach dem Urteil der Rater zeigt sich der Therapeut in der Gedankeneinheit 3 des Modus Intervention bei den Lachstellen aggressiver als bei den Kontrollstellen.

Zusammenfassend zeigt nach den Beurteilungen der Rater das Thema *Freude/ Erfolg* die deutlichsten und meisten signifikanten Unterschiede zwischen Lach- und Kontrollsegmenten, und zwar mit höheren Werten bei den Lachstellen der Gesamtdati sowie der Modi Dialog und Intervention. *Frustration/ Resignation* zeigte sich erhöht bei den Kontrollstellen der Gesamtdati und beim Modus Dialog, dort zeigte sich zusätzlich bei den Kontrollstellen ein höherer Mittelwert für *Ablehnung/ Abwertung*. Bei den Lachsegmenten des Modus Intervention zeigte sich ein erhöhter Mittelwert für *Aggression*.

*Freude* und *Erfolg* ist somit nach dem Urteil der Ratergruppe am deutlichsten unmittelbar vor dem Lachen zu erkennen. Beim Modus Intervention spielt unmittelbar vor dem Lachen neben *Freude* und *Erfolg* auch *Aggression* eine Rolle (beim Modus Intervention handelt es sich um die Aggression des Therapeuten in Gedankeneinheit 3). Bei den Kontrollstellen des Modus Dialog und der Gesamtdatei wurde der Patient von den Ratern als frustrierter eingeschätzt und beim Modus Dialog als ablehnender oder sich abgelehnt fühlend. Insgesamt sieht es nach der Beurteilung der Ratergruppe so aus, als ob der Patient hauptsächlich aus Freude über seine Erfolge lache. Dies widerspricht nachhaltig dem klinisch gewonnenen Eindruck. *Freude* und *Erfolg* sind nicht die wesentlichen Schwerpunkte dieser Therapie, aber sie unterscheiden statistisch am deutlichsten zwischen den Lach- und Kontrollsegmenten (dies wird in den Grafiken zum Verlauf der Themen, die später dargestellt werden, gut erkennbar). Auch der klinische Eindruck von Frustration unmittelbar vor dem Lachen lässt sich statistisch nicht bestätigen. Im Gegenteil erkennen die Rater signifikant mehr Frustration in den Kontrollsegmenten als vor dem Lachen. Weiter wurde eine erhöhte *Aggression* des Therapeuten bei den Lachstellen des Modus Intervention erkannt. Widersprüchlich ist, dass die Rater mit dem Thema *Aggression* gleichzeitig *Freude* und *Erfolg* bei den Lachstellen des Modus Intervention erkannten, dies deckt sich nicht mit dem klinischen Eindruck. Hier bieten sich mehrere Erklärungen an, einerseits kann es sich um ein statistisches Problem handeln, dass einige Fälle von Lachen aus Freude zu diesem Ergebnis führen, andererseits kann das im Transkript beschriebene Lachen bei den Ratern fälschlicherweise den Eindruck von Freude hervorrufen, wenngleich dies nicht den Unterschied zu den Kontrollsegmenten erklärt.

Im Folgenden sollen die entsprechenden Berechnungen mit den Beurteilungen des psychoanalytisch geschulten Raters durchgeführt werden.

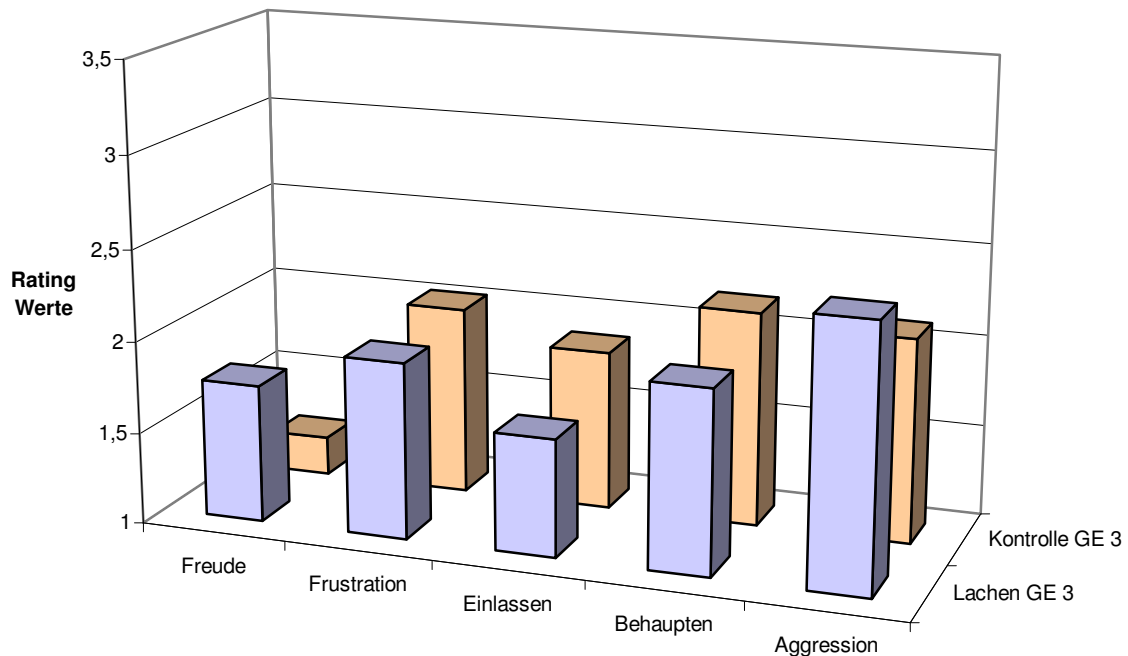
### 6.1.2 Beurteilungen durch den psychoanalytisch geschulten Rater

Es werden ebenfalls die Ergebnisse vorgestellt, welche signifikante Unterschiede für die beurteilten Themen zwischen den Lach- versus Kontroll- Segmenten zum Zeitpunkt der Gedankeneinheit 3 ergaben. In dieser Datei sind alle sechs Gedankeneinheiten beurteilt worden. Zunächst werden die Ergebnisse der Gesamtdatei dargestellt, hierbei werden die drei Modi (Monolog, Dialog, Intervention) nicht unterschieden. Danach folgt die Darstellung der signifikanten Unterschiede für die beurteilten Themen zwischen den Lach- und Kontroll-Segmenten aufgeteilt in die drei Modi.

**Tabelle 7:** Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der signifikanten Unterschiede Lachen versus Kontrolle für die drei Modi (N= 151 Lach- und Kontroll- Segmente) der Raterdatei P (N= 1) (berechnet mit dem Mann- Whitney- U- Test)

	Mann- Whitney- U	Signifikanz	Lachen MW (SD)	Kontrolle MW (SD)
<i>Freude/ Erfolg</i> GE 3	2227,5	,001	1,75 (1,22)	1,21 (,75)

Die Darstellung zeigt, dass der Mittelwert für das Thema *Freude/ Erfolg* bei Gedankeneinheit 3 bei den Symptomstellen signifikant höher ist als bei den Kontrollstellen. Zum Zeitpunkt GE 3 zeigen sich keine weiteren signifikanten Differenzen zwischen Lachen und Kontrolle. Nach dem Urteil des Raters ist das Lachen des Patienten insgesamt mit einer gesteigerten Äußerung von *Freude* und *Erfolg* verbunden. Die grafische Darstellung wesentlicher Themen mag diesen Unterschied verdeutlichen. Die Auswahl der Themen in der Grafik wurde begrenzt auf jene, die in einem der Modi signifikante Ergebnisse lieferten.

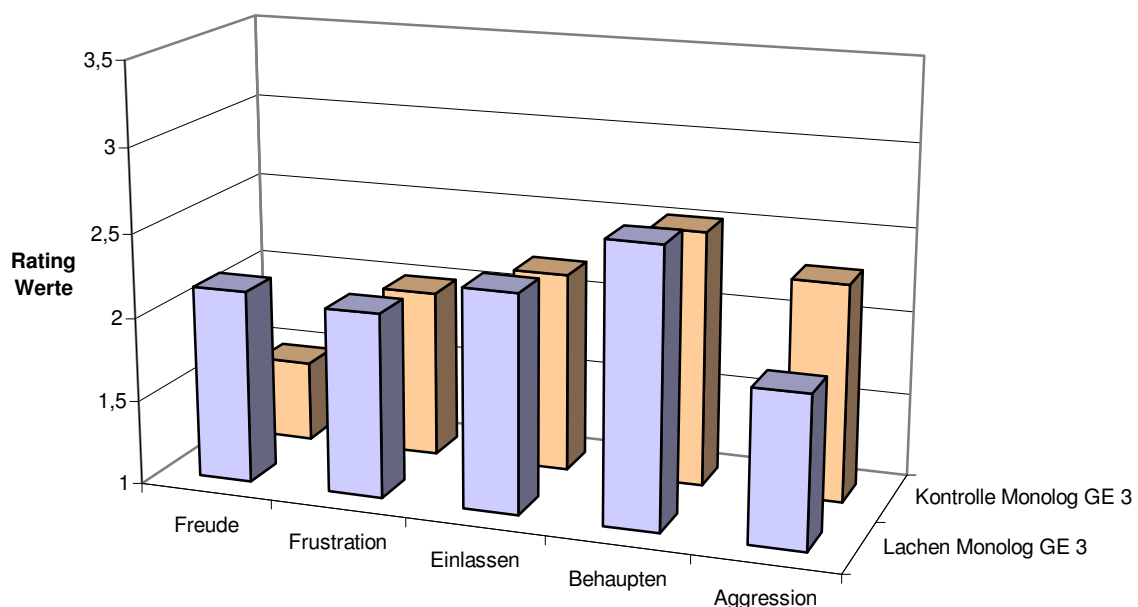


**Abbildung 10:** Vergleich relevanter Themen bei Gedankeneinheit 3 Lachen versus Kontrolle, alle drei Modi (N= 150)

Auf der Ordinate sind die Mittelwerte der Beurteilungen wiedergegeben (1= Thema nicht berührt bis 5= Thema sehr stark berührt)

In der Grafik ist der deutliche Unterschied zwischen Lach- und Kontrollsegmenten beim Thema *Freude/ Erfolg* bei GE 3 gut zu erkennen. Gleichzeitig ist zu sehen, dass der Mittelwert für *Freude/ Erfolg* bei den Lachsegmenten erst an vierter Stelle der aufgeführten Themen erscheint, dass also im Urteil des Raters die Themen *Aggression*, *Sich Behaupten* und *Frustration/ Resignation* stärker erkannt werden als das Thema *Freude/ Erfolg*.

Im Folgenden werden die gleichen Berechnungen für die einzelnen Modi getrennt durchgeführt. Beim Modus Monolog findet sich kein signifikanter Unterschied zwischen Lach- und Kontrollsegmenten. Die Höhe der Ausschläge ist gut in der folgenden Grafik zu erkennen. Die höchsten Mittelwerte erreicht beim Monolog das Thema *Sich Behaupten*.



**Abbildung 11:** Vergleich relevanter Themen bei Gedankeneinheit 3 Lachen versus Kontrolle, Modus Monolog (N= 41)

Auf der Ordinate sind die Mittelwerte der Beurteilungen wiedergegeben (1= Thema nicht berührt bis 5= Thema sehr stark berührt)

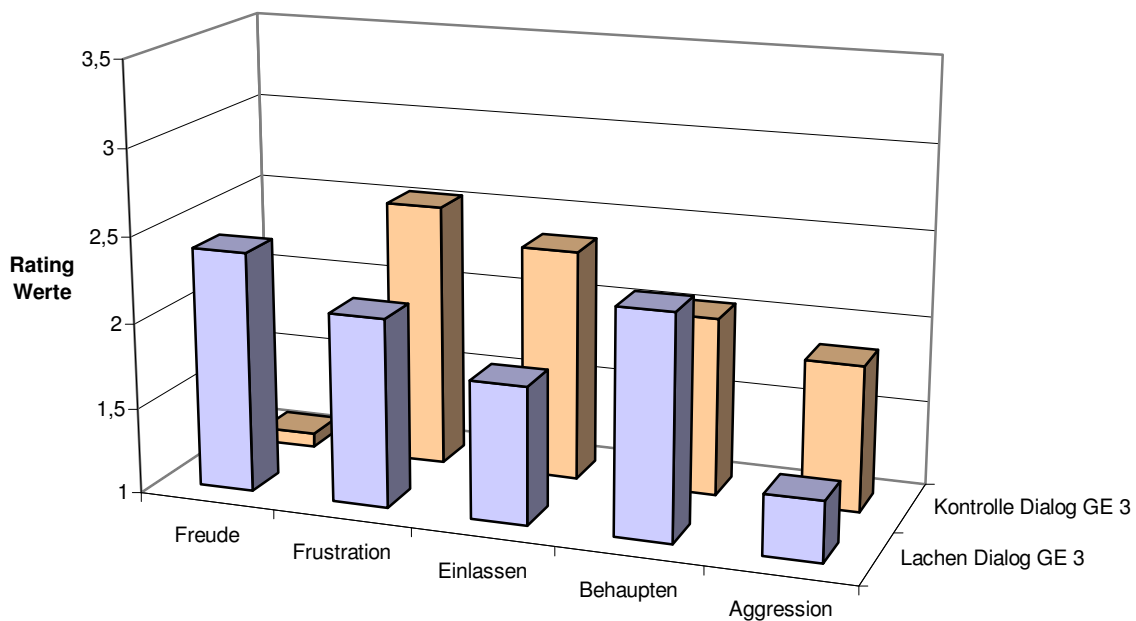
In der Grafik ist gut zu erkennen, dass die Unterschiede der Themen zwischen Lach- und Kontrollsegmenten im Urteil des Raters nicht weit voneinander abweichen.

Beim Modus Dialog findet sich wiederum ein signifikantes Ergebnis.

**Tabelle 8:** Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der signifikanten Unterschiede Lachen versus Kontrolle für den Modus Dialog (N= 46 Segmente) der Raterdatei P (N= 1) (berechnet mit dem Mann-Whitney-U-Test)

	Mann-Whitney-U	Signifikanz	Lachen MW (SD)	Kontrolle MW (SD)
<i>Freude/ Erfolg</i> GE 3	140,0	,001	2,40 (1,50)	1,08 (,27)

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass der Mittelwert für das Thema *Freude/ Erfolg* bei Gedankeneinheit 3 bei den Symptomstellen signifikant höher ist als bei den Kontrollstellen. Nach Einschätzung des Raters ist beim Modus Dialog ein deutlicher Unterschied von Lach- zu Kontrollsegmenten nur an der bei den Lachstellen gesteigerten Äußerung von *Freude* und *Erfolg* zu erkennen. Die grafische Darstellung zeigt wiederum die relevanten Themen auf.



**Abbildung 12:** Vergleich relevanter Themen bei Gedankeneinheit 3 Lachen versus Kontrolle, Modus Dialog (N= 45)

Auf der Ordinate sind die Mittelwerte der Beurteilungen wiedergegeben (1= Thema nicht berührt bis 5= Thema sehr stark berührt)

Gut zu erkennen ist der hohe Mittelwert für *Freude/ Erfolg* bei den Lachstellen im Vergleich zu den Kontrollstellen. Die übrigen Differenzen zwischen Lach- und Kontrollsegmenten werden nicht signifikant. Das Thema *Sich Behaupten* ist beim Lachen höher als bei den Kon-



trollsegmenten bewertet worden, die Themen *Frustration/ Resignation*, *Einlassen* und *Aggression* sind bei den Kontrollsegmenten höher bewertet worden. Den höchsten Mittelwert beim Lachen erreicht das Thema *Freude/ Erfolg*, gefolgt von *Sich Behaupten*, *Frustration/ Resignation* und *Einlassen*.

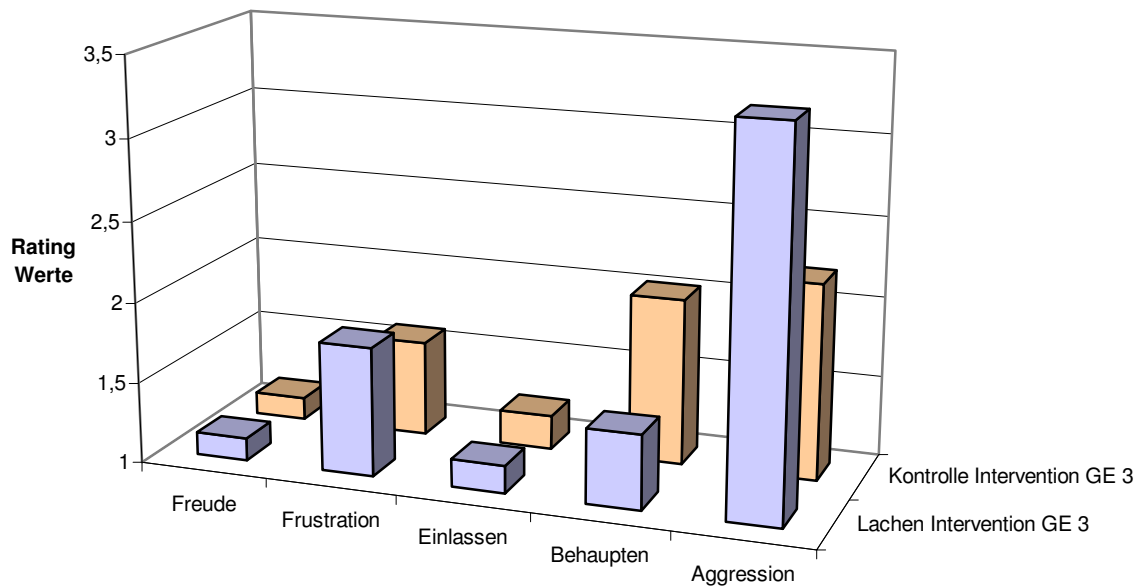
Die Darstellung der Ergebnisse für den Modus Intervention schließt sich nun an.

**Tabelle 9:** Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der signifikanten Unterschiede Lachen versus Kontrolle für den Modus Intervention (N= 64 Segmente) der Raterdatei P (N= 1) (berechnet mit dem Mann- Whitney- U- Test)

	Mann- Whitney- U	Signifikanz	Lachen MW (SD)	Kontrolle MW (SD)
<i>Behaupten</i> GE 3	318,0	,003	1,46 (1,01)	2,03 (,98)
<i>Aggression</i> GE 3	245,0	,000	3,34 (1,24)	2,21 (1,01)

Aus der Tabelle ist zu ersehen, dass der Mittelwert für das Thema *Sich Behaupten* bei den Symptomstellen signifikant niedriger ist als bei den Kontrollstellen. Für das Thema *Aggression* ist der Mittelwert bei den Symptomstellen höher als bei den Kontrollstellen.

Nach Einschätzung des Raters ist beim Modus Intervention ein Unterschied zwischen Lach- und Kontrollsegmenten darin zu erkennen, dass der Therapeut bei der Intervention in Gedankeneinheit 3 sich bei den Lachsegmenten weniger selbst behauptend aber aggressiver als bei den Kontrollsegmenten zeigt. Auch dies kann die Grafik verdeutlichen.



**Abbildung 13: Vergleich relevanter Themen bei Gedankeneinheit 3 Lachen versus Kontrolle, Modus Intervention (N= 64)**

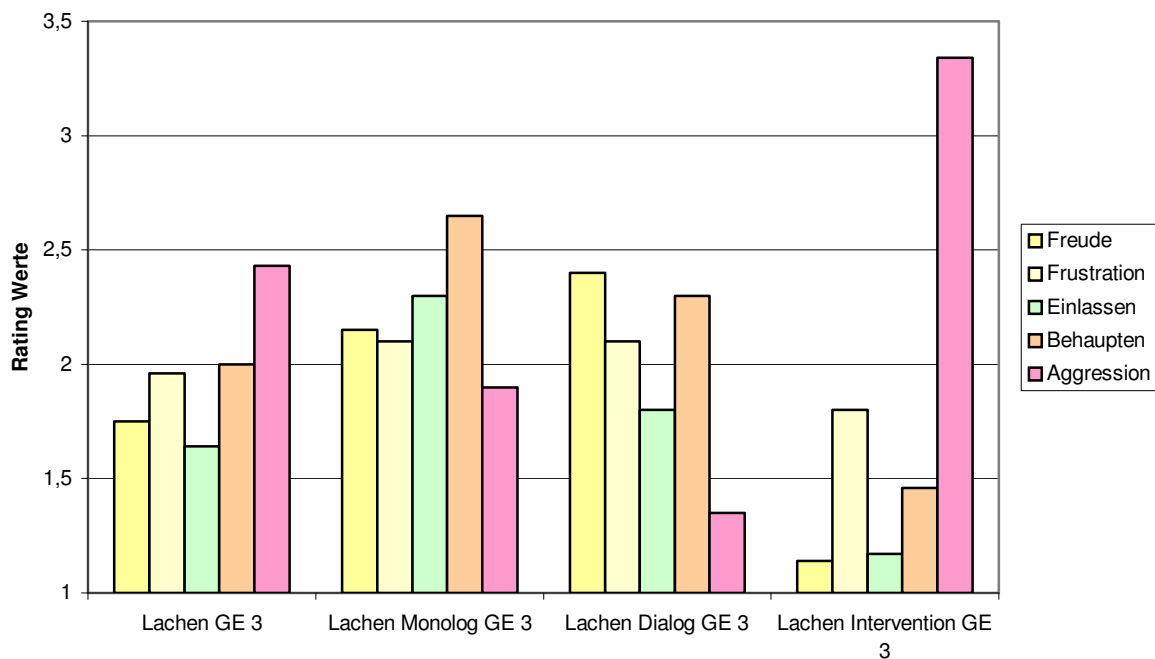
Auf der Ordinate sind die Mittelwerte der Beurteilungen wiedergegeben (1= Thema nicht berührt bis 5= Thema sehr stark berührt)

Es fällt auf, dass *Aggression* bei den Lachstellen des Modus Intervention nach der Beurteilung des Raters die höchsten Mittelwerte überhaupt erreicht, wobei dieses Thema mit einem Mittelwert von 3,34 gemäß der Vorgabe näher bei einem mäßigen als einem starken Ausmaß liegt. Der Unterschied beim Thema *Sich Behaupten* ist ebenfalls gut zu erkennen. Das Thema *Freude/ Erfolg* zeigt hier sehr niedrige Ausschläge, nach dem Urteil des psychoanalytisch geschulten Raters spielt dieses Thema beim Modus Intervention keine Rolle. Das Thema *Einlassen* zeigt ebenfalls sehr niedrige Ausschläge. Dies erklärt sich durch den Entschluss des Raters, dieses Thema beim Therapeuten grundsätzlich als nicht berührt zu bewerten, da die ursprünglich Intention war, die Aktivität der Themen beim Patienten zu messen, was bei einer Äußerung des Therapeuten ja nicht möglich ist. Zusätzlich bestand die Überlegung, das Einlassen des Patienten nicht mit dem Einlassen des Therapeuten in einer Kategorie messen zu können. Hier stößt die Erweiterung der Symptom- Kontext- Methode auf die therapeutische Dyade auf noch nicht aufgelöste Grenzen. Konsequenter wäre es hier gewesen, das Schema durchzuhalten und alle Themen zu bewerten, unabhängig davon, wer sich bei der jeweiligen Gedankeneinheit äußert. Danach wäre ein Vergleich des Einlassens des Therapeuten mit dem

Einlassen des Patienten eventuell aufschlussreich gewesen. Da die Ratergruppe die Äußerungen des Therapeuten wie des Patienten für alle Themen vorschriftsmäßig bewertet hat, liegen Daten zu diesem Vergleich vor, die in den Verlaufsanalysen dargestellt sind.

Insgesamt finden sich nach der Beurteilung des psychoanalytisch geschulten Raters wenige signifikante Unterschiede zwischen Lach- und Kontrollsegmenten bei Gedankeneinheit 3. Diese sind für die Gesamtdatei wie für den Modus Dialog eine signifikant höhere Bewertung des Themas *Freude/ Erfolg* bei den Lachstellen. Das bedeutet, dass nach Einschätzung des Raters bei der Gesamtdatei und beim Modus Dialog als wesentlicher identifizierbarer Unterschied die vermehrte Äußerung von *Freude* und *Erfolg* beim Lachen gesehen werden kann. Beim Modus Monolog liegen keine signifikanten Unterschiede zwischen Lach- und Kontrollsegmenten vor. Für den Modus Intervention findet sich bei den Lachstellen eine signifikant niedrigere Bewertung für *Sich Behaupten* und eine signifikant höhere Bewertung für *Aggression*. Das bedeutet, dass der Therapeut, der ja beim Modus Intervention die Gedankeneinheit 3 formulierte, bei den Lachsegmenten mehr Aggressivität zeigte als bei den Kontrollsegmenten. Gleichzeitig zeigte er sich bei den Lachstellen weniger selbstbehauptend als bei den Kontrollstellen.

Nachdem die signifikanten Unterschiede zwischen Lach- und Kontrollsegmenten für die einzelnen Modi betrachtet wurden, soll nun eine Gegenüberstellung der Ausschläge der relevanten Themen die Unterschiede zwischen den Modi verdeutlichen. Dazu werden die Mittelwerte der relevanten Themen bei den verschiedenen Modi, bewertet durch den psychoanalytisch geschulten Rater, in einem Diagramm aufgetragen.

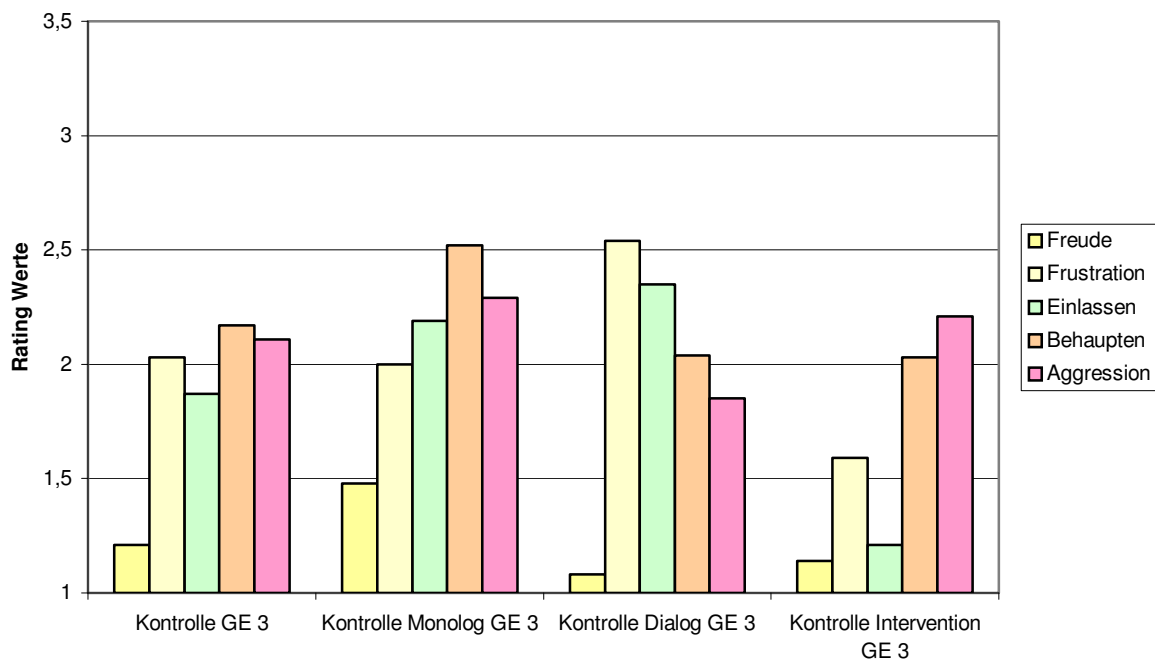


**Abbildung 14:** Vergleich der Mittelwerte der Themen bei den Lachsegmenten der verschiedenen Modi zum Zeitpunkt der Gedankeneinheit 3 (N= 74)

Auf der Ordinate sind die Mittelwerte der Beurteilungen wiedergegeben (1= Thema nicht berührt bis 5= Thema sehr stark berührt)

Die Nebeneinanderstellung der Ausschläge der Themen bei den verschiedenen Modi zeigt bei der Gesamtdatei wie beim Modus Intervention den höchsten Ausschlag beim Thema *Aggression*, beim Modus Monolog den höchsten Ausschlag beim Thema *Sich Behaupten*, und beim Modus Dialog bei den Themen *Freude/ Erfolg* und *Sich Behaupten*. Die Höhe der Mittelwerte liegt überwiegend nur beim Zahlenwert 2, dies entspricht einer durchschnittlichen Bewertung des Themas als wenig berührt. Alleine das Thema *Aggression* beim Modus Intervention erreicht einen höheren Ausschlag im Bereich von Zahlenwert 3, dies entspricht einer durchschnittlichen Bewertung des Themas als mäßig berührt. Beim Modus Intervention steht die problemfokussierende *Aggression* des Therapeuten deutlich im Vordergrund, während die anderen Themen deutlich zurücktreten.

Zum Vergleich werden die entsprechenden Werte der Kontrollstellen ebenfalls dargestellt.



**Abbildung 15:** Vergleich der Mittelwerte der Themen bei den Kontrollsegmenten der verschiedenen Modi zum Zeitpunkt der Gedankeneinheit 3 (N= 76)

Auf der Ordinate sind die Mittelwerte der Beurteilungen wiedergegeben (1= Thema nicht berührt bis 5= Thema sehr stark berührt)

Bei den Mittelwerten der Kontrollsegmente fällt auf, dass *Freude* und *Erfolg* hier sehr niedrig bewertet wurden. Die Mittelwerte der weiteren Themen liegen im ähnlichen Bereich, wie bei den Lachstellen.

Insgesamt zeigt die Gegenüberstellung der Ausschläge der Themen bei den verschiedenen Modi eine deutlich verschiedene Ausprägung der Themen beim Modus Intervention im Vergleich zu den Modi Monolog und Dialog, welche deutlich ähnlichere Profile der Themen aufweisen. Bei den Modi Monolog und Dialog scheint eine im Durchschnitt der verschiedenen Textstellen nur wenig ausgeprägte Aktivität der Themen des Patienten vorzuliegen, wobei *Sich Behaupten* vor *Frustration/ Resignation* und *Einlassen* führt. Beim Modus Monolog ist aus den Daten bisher kein einheitlicher oder dominanter Grund des Lachens auszumachen. Beim Modus Dialog scheint das Thema *Freude/ Erfolg* der Auslöser des Lachens zu sein. Beim Lachen des Modus Intervention sind die Themen des Patienten nach Beurteilung des Raters deutlich weniger aktiviert als bei den anderen beiden Modi, wohingegen die provokative und somit als aggressiv beurteilte Intervention des Therapeuten beim Modus Intervention

das Lachen des Patienten ausgelöst haben kann. Gleichzeitig ist klar zu erkennen, dass dieses Lachen im Urteil des Raters nicht mit *Freude* verbunden ist.

### 6.1.3 Zusammenfassung

Übereinstimmend fanden die Ratergruppe und der psychoanalytisch geschulte Rater die folgenden Ergebnisse beim Vergleich Lachen versus Kontrolle zum Zeitpunkt der Gedankeneinheit 3 (unmittelbar vor und während des Lachens): Bei der Gesamtdati wird *Freude/ Erfolg* beim Lachen signifikant höher bewertet als bei den Kontrollstellen. Beim Modus Monolog werden keine signifikanten Unterschiede gefunden. Beim Modus Dialog besteht wie bei der Gesamtdati beim Lachen eine signifikant höhere Bewertung für *Freude/ Erfolg* als bei den Kontrollstellen. Und beim Modus Intervention zeigen die Bewertungen einen signifikant höheren Wert für *Aggression* beim Lachen im Vergleich zur Kontrolle an.

Unterschiedliche Bewertungen zwischen der Ratergruppe und dem psychoanalytisch geschulten Rater ergaben sich für folgende Variablen: Bei der Gesamtdati bewertete die Ratergruppe das Thema *Frustration/ Resignation* bei den Kontrollstellen signifikant höher als beim Lachen. Beim Modus Dialog desgleichen und zusätzlich eine höhere Bewertung für *Ablehnung/ Abwertung* bei den Kontrollstellen. Beim Modus Intervention beurteilte die Ratergruppe das Thema *Freude/ Erfolg* bei den Lachstellen signifikant höher als bei den Kontrollstellen, der psychoanalytisch geschulte Rater das Thema *Sich Behaupten* bei den Lachsegmenten signifikant niedriger als bei den Kontrollsegmenten.

Die erreichten Mittelwerte liegen überwiegend im Bereich von Zahlenwert 1,5 bis 2,5, und somit sind die Themen im Durchschnitt jeweils als wenig berührt bewertet worden. Die höchsten Mittelwerte für den Modus Monolog bei den Lachsegmenten erreicht das Thema *Sich Behaupten*, für den Modus Dialog das Thema *Freude/ Erfolg* und für den Modus Intervention durch die Ratergruppe das Thema *Einlassen* und durch den psychoanalytisch geschulten Rater das Thema *Aggression*. Es kann zu diesem Zeitpunkt also der deutliche Unterschied der Bewertungen in den drei Modi festgestellt werden.

Inhaltlich kann beim Modus Monolog noch nicht genau bestimmt werden, warum der Patient lacht. Beim Monolog findet sich bei den Lach- und Kontrollsegmenten eine höhere Aktivität des Themas *Sich Behaupten*, was dem klinischen Eindruck zumindest nahe kommt. Das Lachen wirkt hier selbst- versichernd und bestätigend, als ob der Patient sich Souveränität und Selbstbehauptung einreden möchte. Der Wunsch nach Selbstbehauptung (Haupt-

wunsch aus dem ZBKT des Patienten) ist im Monolog des Patienten präsent, aber er unterscheidet nicht zwischen Lachen und Kontrolle.

Beim Modus Dialog besteht Einigkeit der Rater, dass *Freude* und *Erfolg* die wesentlichen Themen im Umfeld des Lachens sind. Auch hier besteht der klinische Eindruck, dass neben *Freude* und *Erfolg* auch Selbstbestätigung einerseits und *Frustration* andererseits beim Lachen relevant sind, dies wird jedoch durch die Beurteilungen nicht erkennbar.

Beim Modus Intervention ist sehr deutlich die *Aggression* durch die therapeutische Intervention als signifikant verknüpft mit dem Lachen bewertet worden. Gleichzeitig ist durch die Ratergruppe auch das deutliche Einlassen des Therapeuten auf den Patienten bei der Intervention sowohl bei Lach- als auch bei Kontrollsegmenten bewertet worden. Das Lachen beim Modus Intervention scheint also in Zusammenhang zu stehen mit einer einlassenden und provokativ- aggressiven Intervention des Therapeuten.

In der Gesamtdati entsteht in der Summe der Eindruck, dass Freude und Erfolg den entscheidenden Unterschied zwischen den Lach- und Kontrollsegmenten ausmachen. Die differenzierte Betrachtung zeigt, dass dies nur beim Modus Dialog tatsächlich zutrifft.

Zur differenzierteren Überprüfung der Abläufe der Themen sollen nun als zweiter Teil der Ergebnisse Verlaufsanalysen der Themen berechnet und dargestellt werden.

## 6.2 Verlaufsanalysen der Themen

### 6.2.1 Verlaufsbeurteilungen der Ratergruppe

Es soll nun festgestellt werden, ob der Verlauf der Themen über die Zeit Auskunft über inhaltliche Bewegungen im Zusammenhang mit dem Lachen gibt. Dazu wird als wichtiges Kriterium ein signifikanter Anstieg der Mittelwerte eines Themas von GE 1 respektive GE 2 (vor dem Lachen) zu GE 3 (unmittelbar vor und während des Lachens) angesehen. Zunächst soll die Raterdatei RG (N= 7) betrachtet werden, zuerst die Gesamtdati, dann aufgeteilt nach den Modi, um die unterschiedlichen Verläufe der verschiedenen Modi aufzuzeigen. Die signifikanten Veränderungen werden vorgestellt und grafisch visualisiert, dabei werden nur die signifikanten Veränderungen der Lachstellen betrachtet, bei den Kontrollstellen finden sich weniger signifikante Unterschiede, auf die der Übersichtlichkeit wegen hier verzichtet werden soll, zumal die grafische Darstellung einen optischen Vergleich ermöglicht.

**Tabelle 10:** Signifikante Unterschiede der Mittelwerte (MW) mit Angabe der Standardabweichungen (SD) beim Vergleich von Gedankeneinheit 1 zu 3, für die Gesamtdati, Lachstellen (N= 67), berechnet mit dem Wilcoxon- Test

	Gedankeneinheit 1 MW (SD)	Gedankeneinheit 3 MW (SD)	Z	Signifikanz
<i>Freude/ Erfolg</i>	1,29 (.83)	1,77 (.44)	- 4,590	,000
<i>Einlassen</i>	1,46 (.45)	1,90 (.53)	- 5,706	,000
<i>Sich Behaupten</i>	1,55 (.50)	1,78 (.67)	- 2,594	,009
<i>Aggression</i>	1,29 (.49)	1,44 (.51)	- 2,715	,007

Beim Vergleich der Gedankeneinheiten 1 und 3 zeigt sich für die Gesamtdati ein signifikanter Anstieg der Mittelwerte für die Symptomstellen bei den Themen *Freude/ Erfolg*, *Einlassen*, *Sich Behaupten* und *Aggression*. Dies bedeutet, dass der Patient nach Einschätzung der Ratergruppe im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang des Lachens eine wesentliche Zunahme an *Freude* und *Erfolg* erkennen lässt, sich mehr auf den Therapeuten und die Therapie einlässt, sich stärker selbst behaupten will und ein höheres Ausmaß an Aggressivität deutlich werden lässt. Bei den Kontrollsegmenten zeigen die Themen *Einlassen* und *Sich Behaupten* ebenfalls signifikante Anstiege (*Einlassen*:  $Z = -3,445$ ,  $p = ,001$  und *Sich Behaupten*  $Z = -3,110$ ,  $p = ,002$ ). Dies bedeutet, dass die Ratergruppe auch bei den Kontrollstellen eine zunehmende Bereitschaft sich einzulassen erkennt sowie einen zunehmenden Wunsch nach Selbstbehauptung.

Im Folgenden werden die Verläufe der Themen der Gesamtdati grafisch dargestellt, wobei zunächst die Lachsegmente und dann im Gegensatz die Kontrollsegmente aufgeführt werden. Hier werden alle bewerteten Themen dargestellt, um dem Leser auch aufzuzeigen, welche Themen sich als nicht relevant zur Klärung der Fragestellung der Arbeit herausgestellt haben. Die Messzeitpunkte sind erstens Gedankeneinheit 1, deutlich vor dem Lachen/ der Kontrolle, zweitens GE 3, unmittelbar vor und während des Lachens und drittens GE 6, mit Abstand nach dem Lachen/ der Kontrolle.



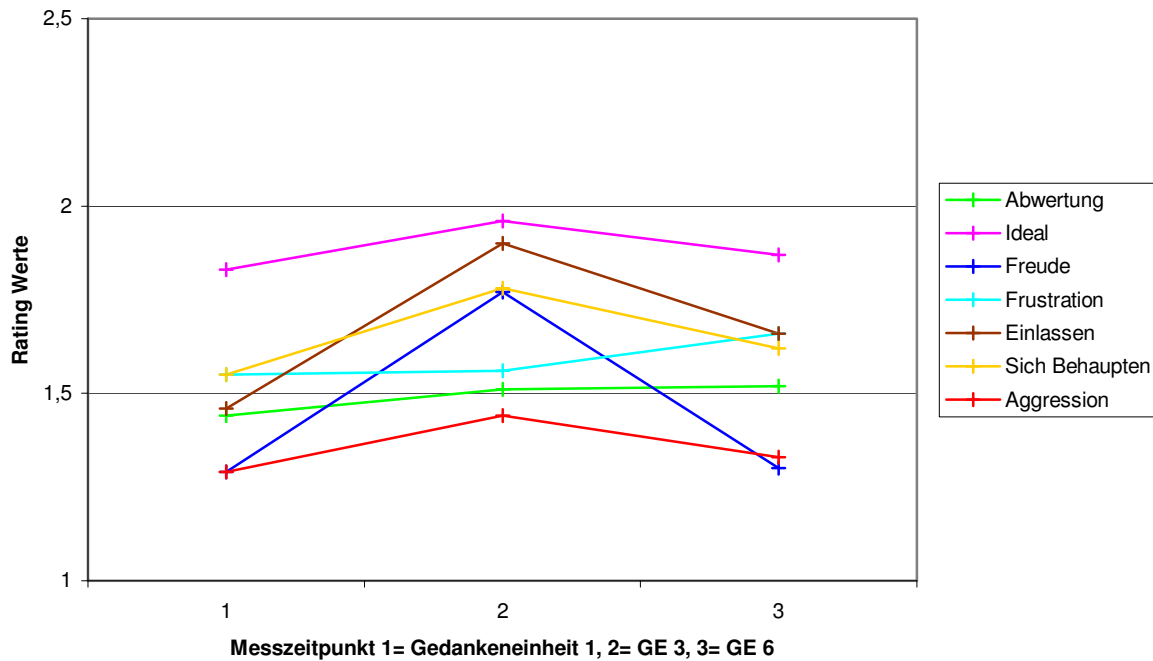


Abbildung 16: Verlaufsanalyse der Themen der Lachsegmente der Gesamtdatensatz (N= 67)

Auf der Ordinate sind die Mittelwerte der Beurteilungen wiedergegeben (1= Thema nicht berührt bis 5= Thema sehr stark berührt)

Die Verläufe der Themen sind erkennbar sowie die oben angegebenen Veränderungen. Die Themen *Freude/ Erfolg* und *Einlassen* steigen am deutlichsten zur GE 3 an und fallen danach wieder ab. Die höchsten Mittelwerte erreicht das Thema *Ideal*, gefolgt von *Einlassen* und *Sich Behaupten*. Das höchst bewertete Thema *Ideal* zeigt jedoch keine Veränderung im Zusammenhang mit dem Lachen. Nach dem Urteil der Rater ist das Lachen verknüpft mit einem Anstieg der Themen *Freude/ Erfolg*, *Einlassen*, *Sich Behaupten* und *Aggression* vor dem Lachen.

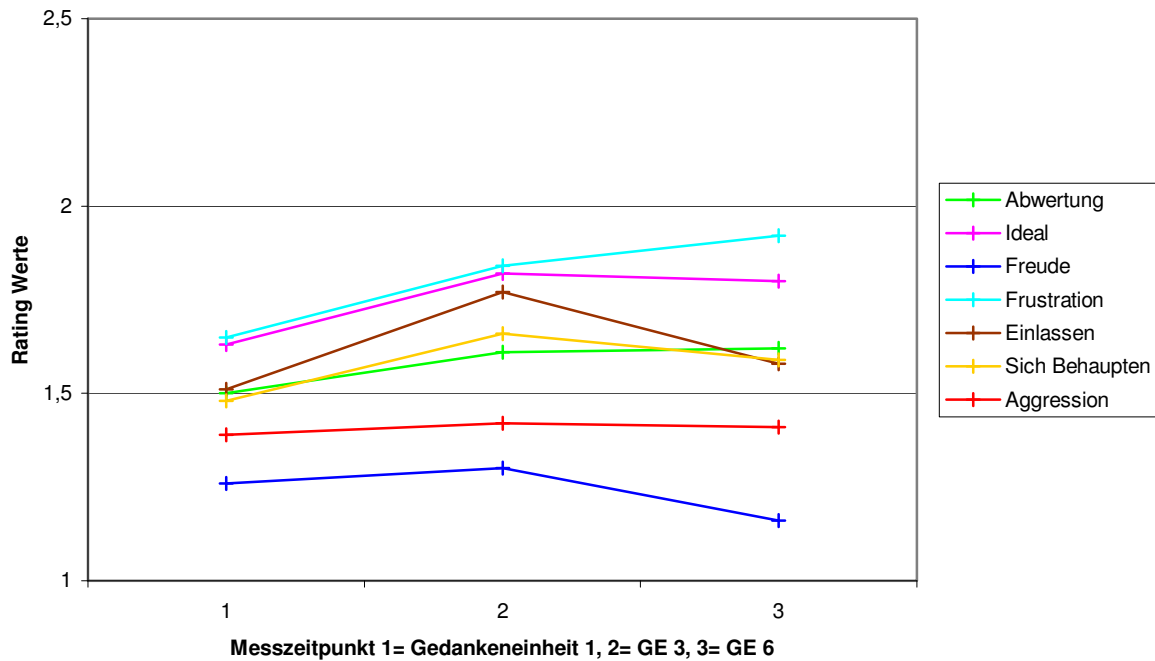


Abbildung 17: Verlaufsanalyse der Themen der Kontrollsegmente der Gesamtdatensatz (N= 73)

Auf der Ordinate sind die Mittelwerte der Beurteilungen wiedergegeben (1= Thema nicht berührt bis 5= Thema sehr stark berührt)

Die Verlaufsanalyse der Kontrollsegmente zeigt einen signifikanten Anstieg für die Themen *Einlassen* und *Sich Behaupten*, im übrigen deutlich flachere Verläufe als bei den Lachsegmenten. Nach der Bewertung der Ratergruppe steigt also auch beim vorgetäuschten Lachen die Bewertung dieser beiden Themen an.

Betrachtet man nun die identifizierten nach Meinung der Rater relevanten Themen getrennt für die unterschiedlichen Modi des therapeutischen Gesprächs, so zeigen sich die folgenden Befunde.

**Tabelle 11:** Signifikante Unterschiede der Mittelwerte (MW) mit Angabe der Standardabweichungen (SD) beim Vergleich von Gedankeneinheit 1 zu 3, für Monolog, Lachstellen (N= 17), Dialog, Lachstellen (N= 19) und Intervention, Lachstellen (N= 31), berechnet mit dem Wilcoxon- Test

	Gedankeneinheit 1 MW (SD)	Gedankeneinheit 3 MW (SD)	Z	Signifikanz
<b>Monolog</b>				
<i>Freude/ Erfolg</i>	1,41 (,42)	2,01 (1,03)	- 2,356	,018
<i>Einlassen</i>	1,48 (,41)	1,66 (,45)	- 2,126	,034
<i>Sich Behaupten</i>	1,71 (,64)	2,23 (,86)	- 2,539	,011
<b>Dialog</b>				
<i>Freude/ Erfolg</i>	1,28 (,48)	2,17 (,77)	- 3,672	,000
<i>Einlassen</i>	1,41 (,45)	1,70 (,59)	- 2,233	,026
<i>Sich Behaupten</i>	1,49 (,44)	1,95 (,56)	- 2,882	,004
<b>Intervention</b>				
<i>Einlassen</i>	1,47 (,48)	2,16 (,41)	- 4,710	,000

Die Darstellung zeigt, dass beim Modus Monolog sowie beim Modus Dialog für die drei Themen *Freude/ Erfolg*, *Einlassen* und *Sich Behaupten* bei den Symptomstellen ein signifikanter Anstieg der Mittelwerte von Gedankeneinheit 1 zu Gedankeneinheit 3 festzustellen ist. Nach der Beurteilung der Ratergruppe ist also eine Zunahme an *Freude* und *Erfolg* des Patienten festzustellen, verbunden mit erhöhtem *Einlassen* und *Sich Behaupten*. Für die Kontrollstellen des Modus Monolog finden sich signifikante Anstiege für die Themen *Sich Behaupten* ( $Z = -2,594$   $p = ,009$ ) und *Aggression* ( $Z = -2,145$   $p = ,032$ ). Dies bedeutet, dass nach Einschätzung der Ratergruppe bei den Kontrollsegmenten des Modus Monolog eine Zunahme des Wunsches sich zu behaupten und eine Zunahme an Aggressivität festzustellen ist. Bei den Kontrollstellen für den Modus Dialog zeigen sich signifikante Anstiege für die Themen *Ablehnung/ Abwertung* ( $Z = -2,078$   $p = ,038$ ), *Einlassen* ( $Z = -2,058$   $p = ,040$ ) und *Sich Behaupten* ( $Z = -2,516$   $p = ,012$ ). Nach Einschätzung der Ratergruppe zeigt sich der Patient also bei den Kontrollsegmenten für den Modus Dialog stärker ablehnend, sich mehr einlassend und aggressiver. Beim Modus Intervention liegt ein signifikanter Anstieg der Mittelwerte für das Thema *Einlassen* von Gedankeneinheit 1 zu Gedankeneinheit 3 bei den Symptomstellen vor. Da die GE 3 beim Modus Intervention eben die Intervention des Thera-

peuten darstellt handelt es sich also um das *Einlassen* des Therapeuten, welches von den Ratern als höher als das *Einlassen* des Patient bewertet wurde. In der Kontrollgruppe findet sich hier auch ein signifikanter Anstieg für das Thema *Einlassen* von Gedankeneinheit 1 bis Gedankeneinheit 3 ( $Z = -3,319$ ,  $p = ,001$ ), was zum Ausdruck bringt, dass der Therapeut sich in gleichem Maß wie bei den Lachsegmenten auf den Patienten eingelassen hat. Einen Zusammenhang mit der Verhaltensweise des Lachens des Patienten ist hier nicht zu erkennen, etwa dass ein stärkeres oder weniger starkes *Einlassen* des Therapeuten zum Lachen führte.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass für die Modi Monolog und Dialog von der Ratergruppe signifikante Anstiege der Themen für die Lachstellen von Gedankeneinheit 1 zu GE 3 im Wesentlichen für die Themen *Freude/ Erfolg*, *Einlassen* und *Sich Behaupten* festgestellt wurden. Dies bedeutet, dass eine Zunahme dieser drei Themen vom Hintergrundkontext des Lachens zur Gedankeneinheit des Lachens (GE 3) im Urteil der Rater deutlich wird. Bei den Kontrollstellen finden sich ebenfalls signifikante Anstiege, wobei die Themen *Einlassen* und *Sich Behaupten* ebenfalls mehrfach vertreten sind. Beim Modus Intervention ist zu beachten, dass die Gedankeneinheit 3 definitionsgemäß aus einer Intervention des Therapeuten besteht, welche von der Ratergruppe für Lach- wie Kontrollsegmente hoch bewertet wurde. Der Therapeut hat von der Ratergruppe höhere Werte für *Einlassen* bekommen, als der Patient, was daran liegt, dass der Therapeut die relevanten Themen aktiv angesprochen hat; Somit handelt es sich hier um einen Effekt, der teilweise durch das Untersuchungsdesign mit verursacht ist.

Es folgt die grafische Darstellung der Verläufe, aufgeteilt auf die drei Modi, wobei zum Vergleich jeweils Lachsegmente und Kontrollsegmente gegenübergestellt werden.

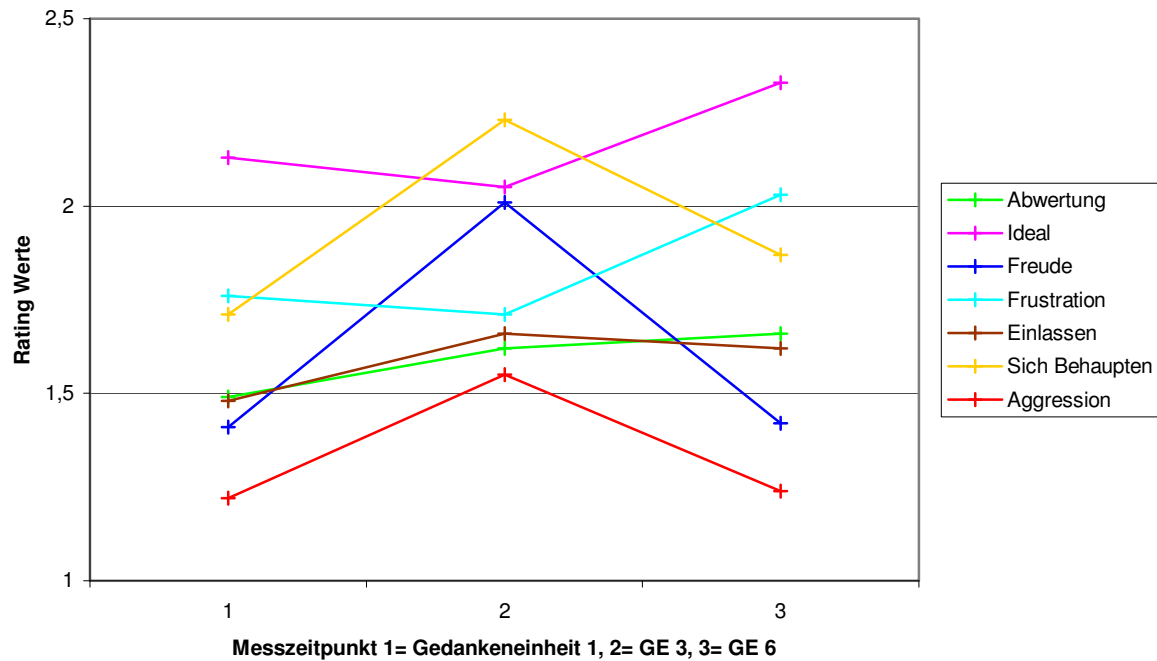


Abbildung 18: Verlaufsanalyse der Themen der Lachsegmente des Modus Monolog (N= 17)

Auf der Ordinate sind die Mittelwerte der Beurteilungen wiedergegeben (1= Thema nicht berührt bis 5= Thema sehr stark berührt)

Es zeigen sich deutliche Anstiege zur GE 3 für die Themen *Freude/ Erfolg*, *Sich Behaupten* und *Aggression*. Nach dem Urteil der Rater scheint das Lachen mit einem Anstieg dieser drei Themen verbunden. Die höchsten Mittelwerte zur Gedankeneinheit 3 erreichen die Themen *Sich Behaupten*, *Ideal* und *Freude/ Erfolg*.

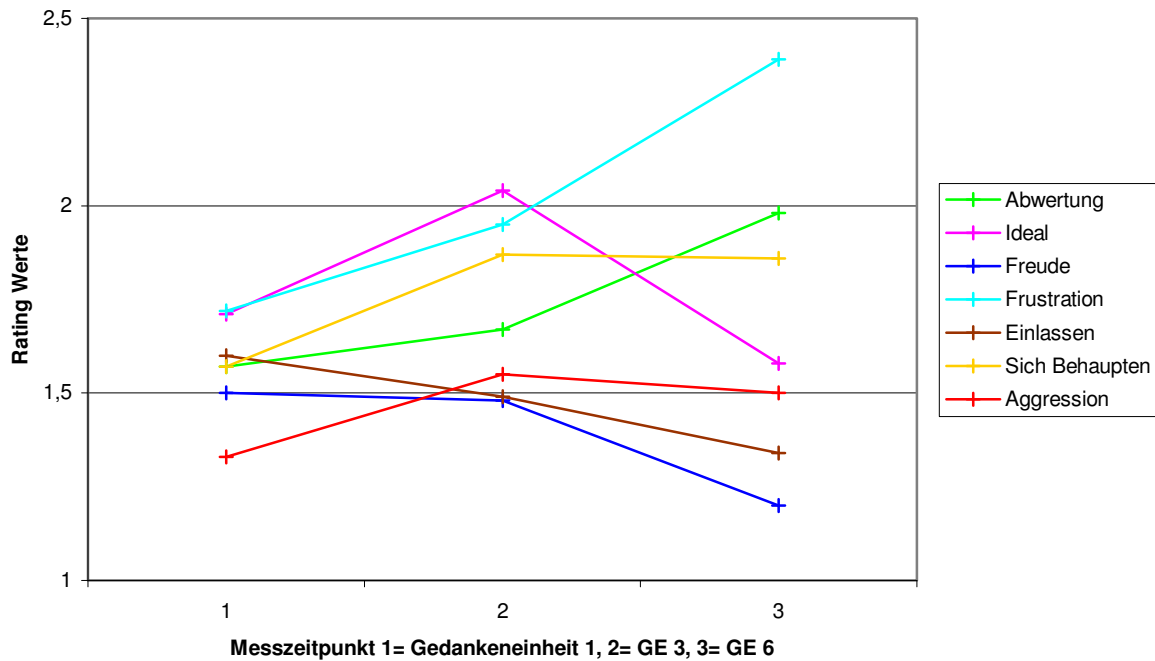


Abbildung 19: Verlaufsanalyse der Themen der Kontrollsegmente des Modus Monolog (N= 21)

Auf der Ordinate sind die Mittelwerte der Beurteilungen wiedergegeben (1= Thema nicht berührt bis 5= Thema sehr stark berührt)

Es zeigt sich ein signifikanter Anstieg von GE 1 nach GE 3 für die Themen *Sich Behaupten* und *Aggression*. Der erkennbare Anstieg für *Ideal*, *Frustration* und *Ablehnung/ Abwertung* wird nicht signifikant. Die höchsten Mittelwerte bei GE 3 erreichen die Themen *Ideal*, *Frustration/ Resignation* und *Sich Behaupten*. Die Bewertung der Ratergruppe zeigt also auch bei den Kontrollstellen wie bei den Lachstellen einen Anstieg der beiden Themen *Sich Behaupten* und *Aggression*. Der Anstieg dieser beiden Themen differenziert also nicht zwischen Lach- und Kontrollsegmenten.

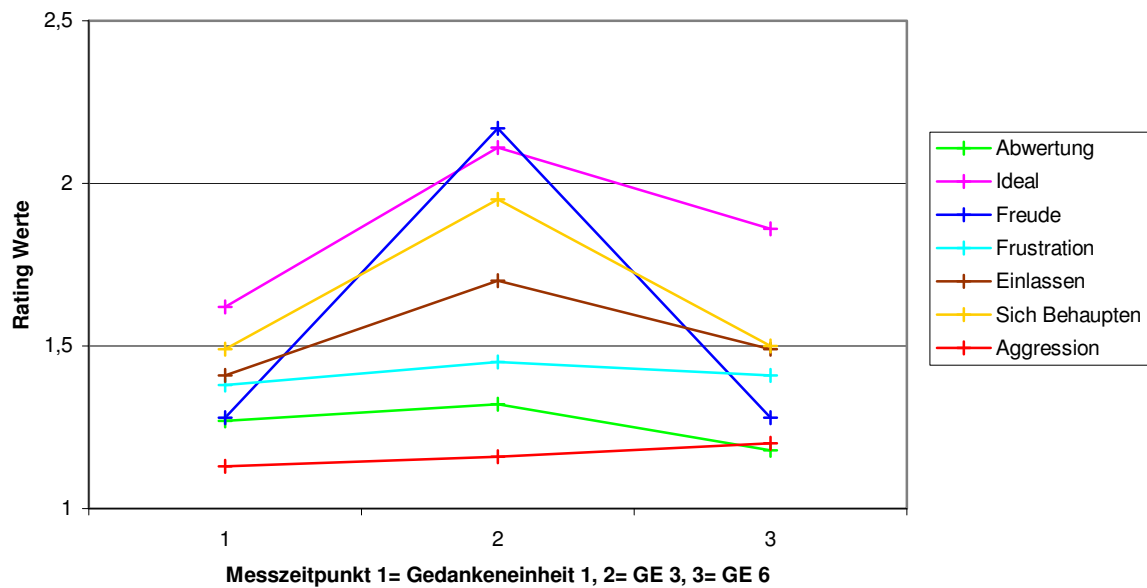


Abbildung 20: Verlaufsanalyse der Themen der Lachsegmente des Modus Dialog (N= 19)

Auf der Ordinate sind die Mittelwerte der Beurteilungen wiedergegeben (1= Thema nicht berührt bis 5= Thema sehr stark berührt)

Signifikant werden die Anstiege der Themen *Freude/ Erfolg*, *Einlassen* und *Sich Behaupten*. Der Anstieg beim Thema *Ideal* wird nicht signifikant. Den höchsten Mittelwert bei GE 3 erreicht das Thema *Freude/ Erfolg*. Die Rater sehen also einen Zusammenhang zwischen den erstgenannten drei Themen und dem Lachen.

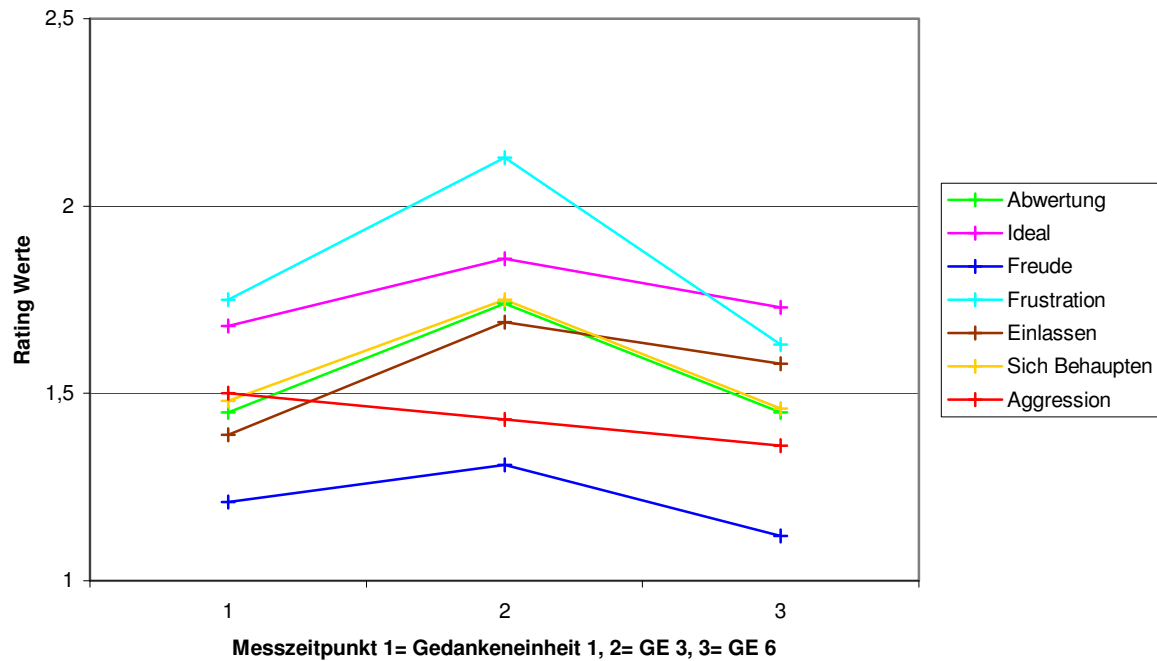


Abbildung 21: Verlaufsanalyse der Themen der Kontrollsegmente des Modus Dialog (N= 26)

Auf der Ordinate sind die Mittelwerte der Beurteilungen wiedergegeben (1= Thema nicht berührt bis 5= Thema sehr stark berührt)

Signifikante Anstiege zeigen sich für die Themen *Ablehnung/ Abwertung*, *Einlassen* und *Sich Behaupten*. Die höchsten Mittelwerte bei GE 3 erreichen die Themen *Frustration/ Resignation* und *Ideal*. Nach dem Urteil der Rater sind die Kontrollstellen mit einer Zunahme der obengenannten Themen verbunden. *Einlassen* und *Sich Behaupten* trennen nicht zwischen Lach- und Kontrollsegmenten.



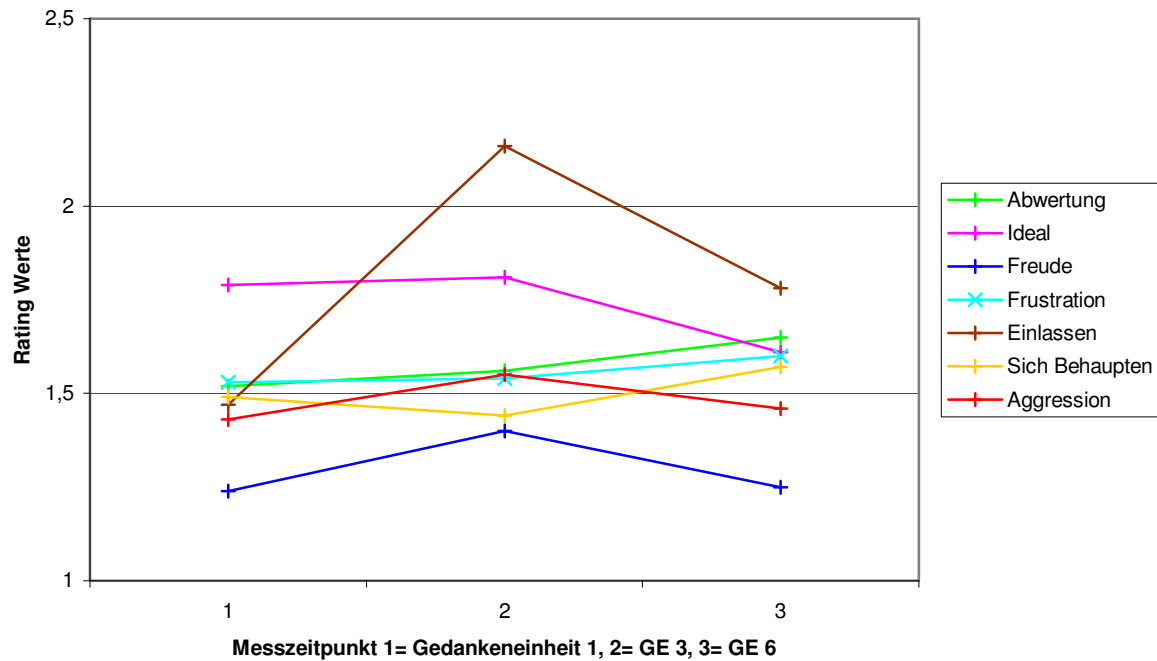


Abbildung 22: Verlaufsanalyse der Themen der Lachsegmente des Modus Intervention (N= 31)

Auf der Ordinate sind die Mittelwerte der Beurteilungen wiedergegeben (1= Thema nicht berührt bis 5= Thema sehr stark berührt)

Ein signifikanter Anstieg ist für das Thema *Einlassen* zu erkennen. Dieses Thema erreicht hier auch den höchsten Mittelwert bei GE 3. Nach Einschätzung der Rater ist also das Lachen mit einem höheren Einlassen des Therapeuten bei der Intervention verknüpft.

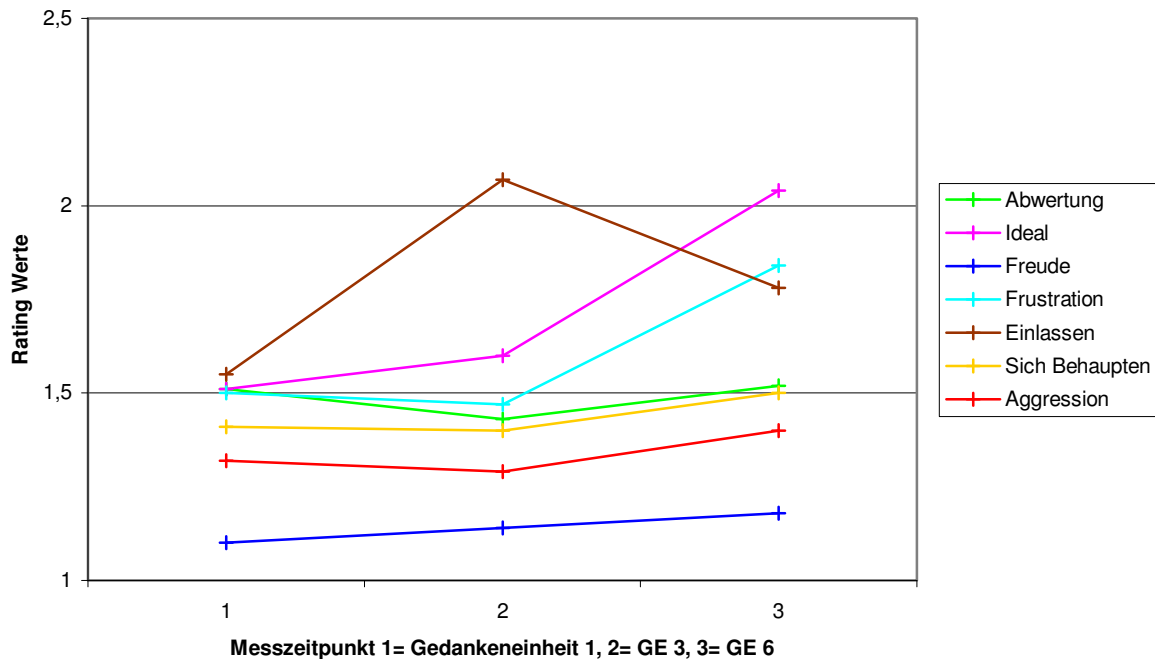


Abbildung 23: Verlaufsanalyse der Themen der Kontrollsegmente des Modus Intervention (N= 26)

Auf der Ordinate sind die Mittelwerte der Beurteilungen wiedergegeben (1= Thema nicht berührt bis 5= Thema sehr stark berührt)

Bei den Kontrollstellen des Modus Intervention findet sich wie bei den Lachstellen ein signifikanter Anstieg für Einlassen von GE 1 nach GE 3, ebenfalls mit dem höchsten Mittelwert. Die Rater schätzen also die Kontrollsegmente wie die Lachsegmente als mit stärkerem Einlassen des Therapeuten bei der Intervention verbunden ein.

Der Vergleich der Ergebnisse für die einzelnen Modi zeigt Parallelen zwischen den Themen der Modi Monolog und Dialog auf der einen Seite und deutlich verschiedene Ergebnisse für den Modus Intervention auf der anderen Seite. Für die Modi Monolog und Dialog steigen insgesamt die Themen *Freude/ Erfolg*, *Einlassen* und *Sich Behaupten* kurz vor dem Lachen an, für den Modus Intervention wird *Einlassen* (des Therapeuten) vor dem Lachen und vor den Kontrollstellen erkannt. Der Grund des Lachens beim Modus Intervention ist aus den Verlaufsergebnissen der Raterdatei RG nicht ersichtlich. Insgesamt sind die Verlaufsergebnisse der Themen im Urteil der Ratergruppe wenig aussagekräftig und tragen wenig zur Lösung der Problemstellung bei.

Aus diesen Ergebnissen lässt sich erkennen, dass die vorher bestimmten Themen aus ZBKT, OPD und den Vorgaben von Luborsky Anstiege vor dem Lachen in unterschiedlichem

Maß erfahren, die teilweise mit niedrigeren Ausschlägen auch bei den Kontrollstellen auftreten. Weitergehende Abläufe der inneren Beschäftigung des Patienten mit den Themen sind bisher nicht ersichtlich.

## 6.2.2 Verlaufsbeurteilungen des psychoanalytisch geschulten Raters

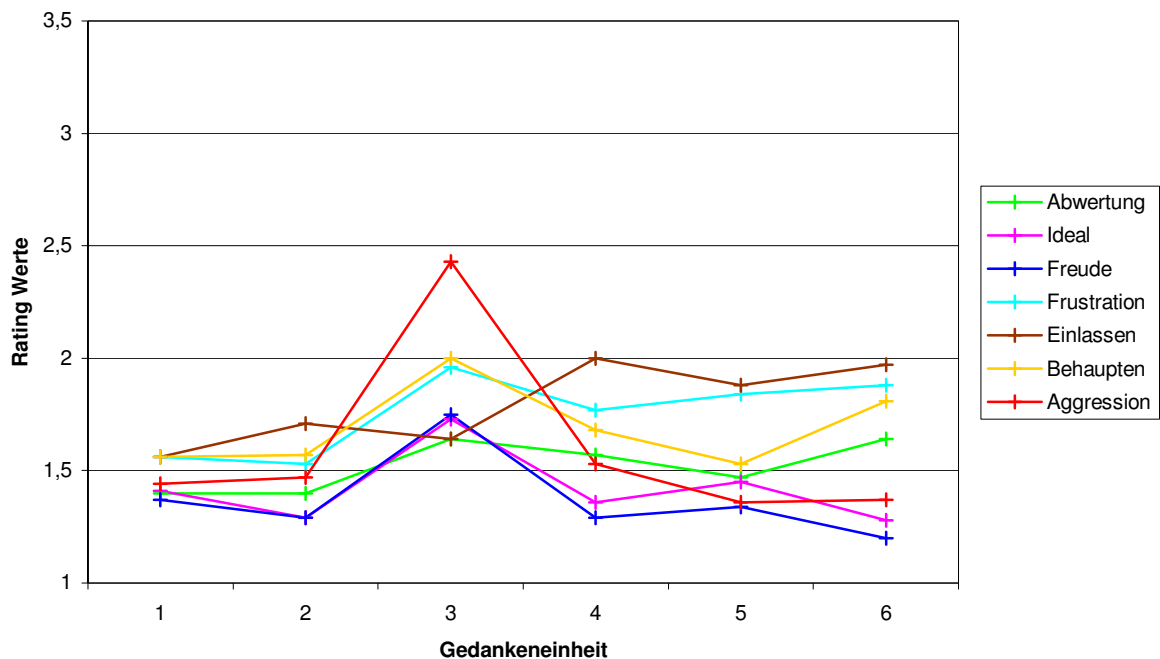
Die für die Datei der ungeschulten Rater berichteten Befunde sollen auch für die Einschätzungen des einen psychoanalytisch geschulte Raters geprüft werden. An dieser Stelle findet ein Vergleich von GE 2 und GE 3 statt, da dieser Rater nicht nur 3 sondern alle 6 Gedankeneinheiten eingeschätzt hat.

**Tabelle 12:** Signifikante Unterschiede der Mittelwerte (MW) mit Angabe der Standardabweichungen (SD) beim Vergleich von Gedankeneinheit 2 zu 3, für die Gesamtdati, Lachstellen (N= 75), berechnet mit dem Wilcoxon- Test

	Gedankeneinheit 2 MW (SD)	Gedankeneinheit 3 MW (SD)	Z	Signifikanz
<i>Ideal</i>	1,29 (.85)	1,73 (1,43)	- 2,683	,007
<i>Freude/ Erfolg</i>	1,29 (.75)	1,75 (1,22)	- 3,104	,002
<i>Frustration</i>	1,53 (1,07)	1,96 (1,22)	- 2,671	,008
<i>Sich Behaupten</i>	1,57 (.93)	2,00 (1,28)	- 2,336	,019
<i>Aggression</i>	1,47 (.92)	2,47 (1,44)	- 4,198	,000

Beim Vergleich der Gedankeneinheiten 2 und 3 zeigt sich für die Gesamtdati ein signifikanter Anstieg der Mittelwerte für die Symptomstellen bei den Themen *Ideal*, *Freude/ Erfolg*, *Frustration/ Resignation*, *Sich Behaupten* und *Aggression*. Dies bedeutet, dass nach dem Urteil des Raters der Patient (respektive die therapeutische Dyade) unmittelbar vor dem Lachen eine Zunahme an Intensität von fünf der sieben beurteilten Themen, nämlich *Ideal*, *Freude/ Erfolg*, *Frustration/ Resignation*, *Sich Behaupten* und *Aggression* erkennen lässt. Für die Kontrollstellen finden sich signifikante Anstiege bei den Themen *Sich Behaupten* ( $Z = -2,379$ ,  $p = ,017$ ) und *Aggression* ( $Z = -2,142$ ,  $p = ,032$ ). Der Patient zeigt also nach dem Urteil des Raters bei den Kontrollstellen eine Zunahme an Selbstbehauptung und *Aggression*.

Es folgt die grafische Darstellung des Verlaufs der Mittelwerte der Themen der Gesamtdati, gegenüber gestellt sind jeweils Lachstellen versus Kontrollstellen.



**Abbildung 24:** Verlaufsanalyse der Themen der Lachsegmente der Gesamtdatei (N= 74 Lachstellen)

Auf der Ordinate sind die Mittelwerte der Beurteilungen wiedergegeben (1= Thema nicht berührt bis 5= Thema sehr stark berührt)

Der Anstieg der Mittelwerte von fünf der sieben Themen von GE 2 zu GE 3 ist gut zu erkennen, besonders deutlich ist der Anstieg für das Thema *Aggression*. Nach GE 3 steigt der Mittelwert für das Thema *Einlassen* noch weiter an, die anderen Mittelwerte fallen nach GE 3 wieder ab, teils auf ein ähnliches Niveau wie bei GE 2, teils bleiben die Themen noch etwas aktiviert. Der Rater sieht also einen Zusammenhang des Lachens mit einem Anstieg der Themen *Ideal*, *Freude/ Erfolg*, *Frustration/ Resignation*, *Sich Behaupten* und *Aggression*. Die höchsten Bewertungen bei GE 3 erreichen die Themen *Aggression*, *Sich Behaupten* und *Frustration*.

Aufgrund höherer erreichter Mittelwerte wurde der Maßstab der y- Achse erweitert bis zum Zahlenwert 3,5, sodass der optische Eindruck der Kurve flacher ist als bei den vorigen Darstellungen der Ratergruppe mit dem niedrigeren Maßstab.

Gut zu erkennen ist die niedrige Bewertung der Themen und das enge Zusammenliegen bei GE 1, was sich bis zur GE 6 verbreitert und auffächert, da Themen im Lauf der Äußerungen besser erkannt und als weiterhin aktiviert bewertet werden.

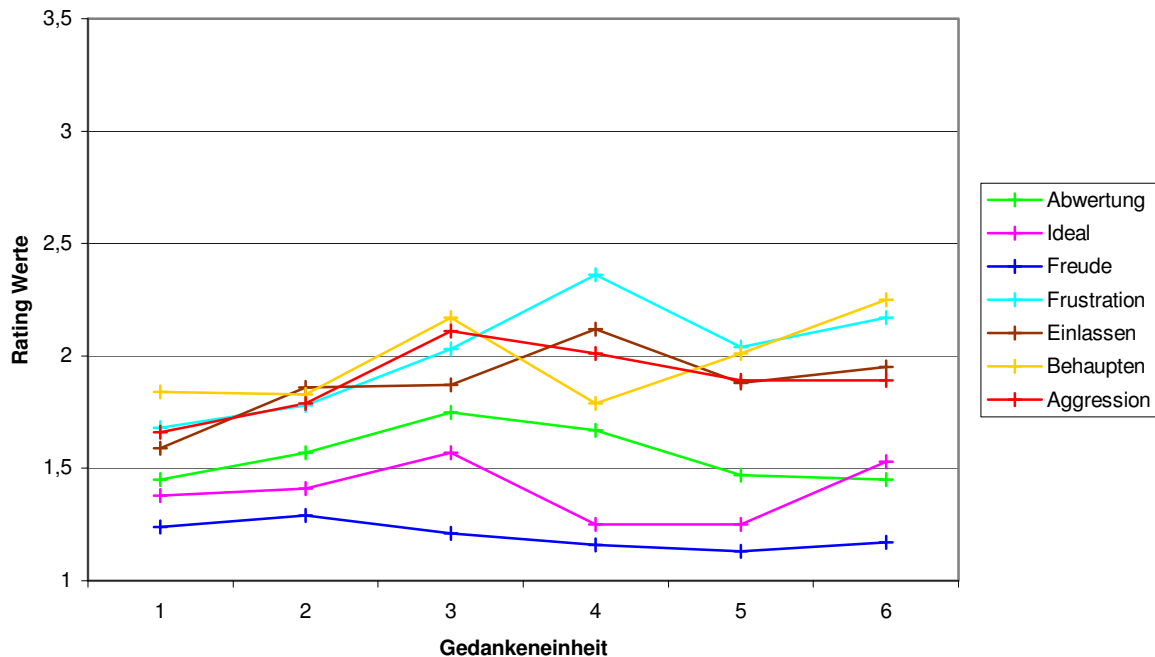


Abbildung 25: Verlaufsanalyse der Themen der Kontrollsegmente der Gesamtdatensatz (N= 76 Kontrollstellen)

Auf der Ordinate sind die Mittelwerte der Beurteilungen wiedergegeben (1= Thema nicht berührt bis 5= Thema sehr stark berührt)

Bei den Kontrollstellen werden die Anstiege der Themen *Sich Behaupten* und *Aggression* signifikant. Der Verlauf der Kurven ist insgesamt flacher und zufälliger verteilt, es findet sich nicht wie bei den Lachstellen ein Peak bei GE 3. Zwei Themen erreichen ihre Maximalwerte bei GE 4, unmittelbar nach dem vorgetäuschten Lachen. Das Thema *Freude/ Erfolg* erreicht niedrige Werte und keinen Anstieg bei GE 3. Schon bei GE 1 sind manche Themen stärker aktiviert als bei den Lachstellen, die Auffächerung und diffuse Aktivierung der Themen im Verlauf ist ebenfalls deutlich stärker als bei den Lachstellen.

Die höchsten Mittelwerte erreichen die Themen *Sich Behaupten*, *Aggression*, *Frustration* und *Einlassen*.

Betrachtet man nun wiederum die identifizierten nach Meinung des Raters relevanten Themen getrennt für die unterschiedlichen Modi des therapeutischen Gesprächs, so zeigen sich die folgenden Befunde:

**Tabelle 13:** Signifikante Unterschiede der Mittelwerte (MW) mit Angabe der Standardabweichungen (SD) beim Vergleich von Gedankeneinheit 2 zu 3, für Monolog, Lachstellen (N= 20), Dialog, Lachstellen (N= 20) und Intervention, Lachstellen (N= 35), berechnet mit dem Wilcoxon- Test

	Gedankeneinheit 2 MW (SD)	Gedankeneinheit 3 MW (SD)	Z	Signifikanz
<b>Monolog</b>				
<i>Ablehnung</i>	1,35 (.93)	1,80 (1,11)	- 2,081	,037
<i>Freude/ Erfolg</i>	1,45 (.89)	2,15 (1,39)	- 2,565	,010
<i>Einlassen</i>	1,80 (.83)	2,30 (.98)	- 2,233	,026
<i>Sich Behaupten</i>	1,55 (.89)	2,65 (1,39)	- 2,504	,012
<b>Dialog</b>				
<i>Ideal</i>	1,25 (.79)	2,05 (1,57)	- 2,410	,016
<i>Freude/ Erfolg</i>	1,35 (.88)	2,40 (1,50)	- 2,479	,013
<i>Frustration</i>	1,15 (.49)	2,10 (1,25)	- 2,625	,009
<b>Intervention</b>				
<i>Einlassen</i>	1,86 (1,12)	1,17 (.62)	- 3,154	,002
<i>Aggression</i>	1,57 (.98)	3,34 (1,24)	- 4,576	,000

Die Darstellung zeigt, dass beim Modus Monolog für die vier Themen *Ablehnung/ Abwertung*, *Freude/ Erfolg*, *Einlassen* und *Sich Behaupten* bei den Symptomstellen ein signifikanter Anstieg der Mittelwerte von Gedankeneinheit 2 zu Gedankeneinheit 3 festzustellen ist. Nach Einschätzung des psychoanalytisch geschulten Raters erlebt der Patient (respektive die therapeutische Dyade) beim Modus Monolog unmittelbar vor dem Lachen einen Anstieg der Aktivierung für die Themen *Ablehnung/ Abwertung*, *Freude/ Erfolg*, *Einlassen* und *Sich Behaupten*.

Für die Kontrollstellen des Modus Monolog zeigt sich ein signifikanter Anstieg für das Thema *Sich Behaupten* ( $Z = -2,289$ ,  $p = ,022$ ). Der Patient erlebt also auch bei den Kontrollstellen eine Aktivierung des Themas *Sich Behaupten* unmittelbar vor dem vermeintliche Lachen.

Beim Modus Dialog ist für die drei Themen *Ideal*, *Freude/ Erfolg* und *Frustration/ Resignation* bei den Symptomstellen ein signifikanter Anstieg der Mittelwerte von Gedankeneinheit 2 zu Gedankeneinheit 3 festzustellen. Der Patient erlebt also unmittelbar vor dem

Lachen beim Dialog nach Einschätzung des Raters im Mittel aller Lachsegmente einen Anstieg an idealen Wünschen, *Freude/ Erfolg* und gleichzeitig *Frustration*.

Bei den Kontrollstellen des Modus Dialog findet sich ein signifikanter Anstieg für das Thema *Ablehnung/ Abwertung* ( $Z = -2,810$ ,  $p = ,005$ ) und für das Thema *Frustration/ Resignation* ( $Z = -2,377$ ,  $p = ,017$ ). Nach Einschätzung des Raters steigen also bei den Kontrollstellen des Modus Dialog die Themen *Ablehnung/ Abwertung* und *Frustration/ Resignation* vor der vermeintlichen Symptomstelle an.

Beim Modus Intervention liegt ein signifikanter Abfall der Mittelwerte für das Thema *Einlassen* und ein Anstieg für das Thema *Aggression* von Gedankeneinheit 2 zu Gedankeneinheit 3 bei den Symptomstellen vor. Nach Urteil des Raters findet also für die Lachsegmente des Modus Intervention unmittelbar vor dem Lachen ein Abfall der Aktivierung von *Einlassen* und ein Anstieg von *Aggression* statt. Bezüglich des Themas *Einlassen* handelt es sich um einen Artefakt, da der Rater sich entschlossen hatte, das *Einlassen* des Therapeuten nicht zu bewerten. Bezüglich des Themas *Aggression* handelt es sich um eine studientechnisch verursachte Bewertung, da die GE 3 beim Modus Intervention durch die Intervention des Therapeuten bestimmt ist. Diese hat häufig einen problemfokussierenden, provokativen Charakter, was in der Bewertung als *Aggression* auftaucht.

Bei den Kontrollstellen des Modus Intervention zeigt sich wie bei den Lachstellen ein signifikanter Abfall für das Thema *Einlassen* von GE 2 zu GE 3 ( $Z = -2,040$ ,  $p = ,041$ ). Dies folgt dem selben Grund wie bei den Symptomstellen, dass der Rater das *Einlassen* des Therapeuten von der Bewertung ausgenommen hat. Interessant ist jedoch das stärkere Ansteigen der Aggressivität bei den Lachstellen im Vergleich mit den Kontrollstellen, was darauf hindeuten kann, dass intensivere Interventionen des Therapeuten eher zu einer Form der Abwehr durch Lachen führen könnten.

Im Folgenden werden die Themen mit signifikanten Veränderungen bei den Lachstellen von GE 2 zu GE 3 grafisch dargestellt, mit kontrastierender Angabe der zugehörigen Werte der Kontrollstellen. Zur Erleichterung des Erkennens der Verläufe wurde hier auf die Darstellung der Themen ohne signifikante Veränderungen im Verlauf verzichtet. Gleichzeitig kann erkannt werden, dass außer *Freude/ Erfolg* bei jedem Modus verschiedene Themen im Zusammenhang mit dem Lachen relevant sind.

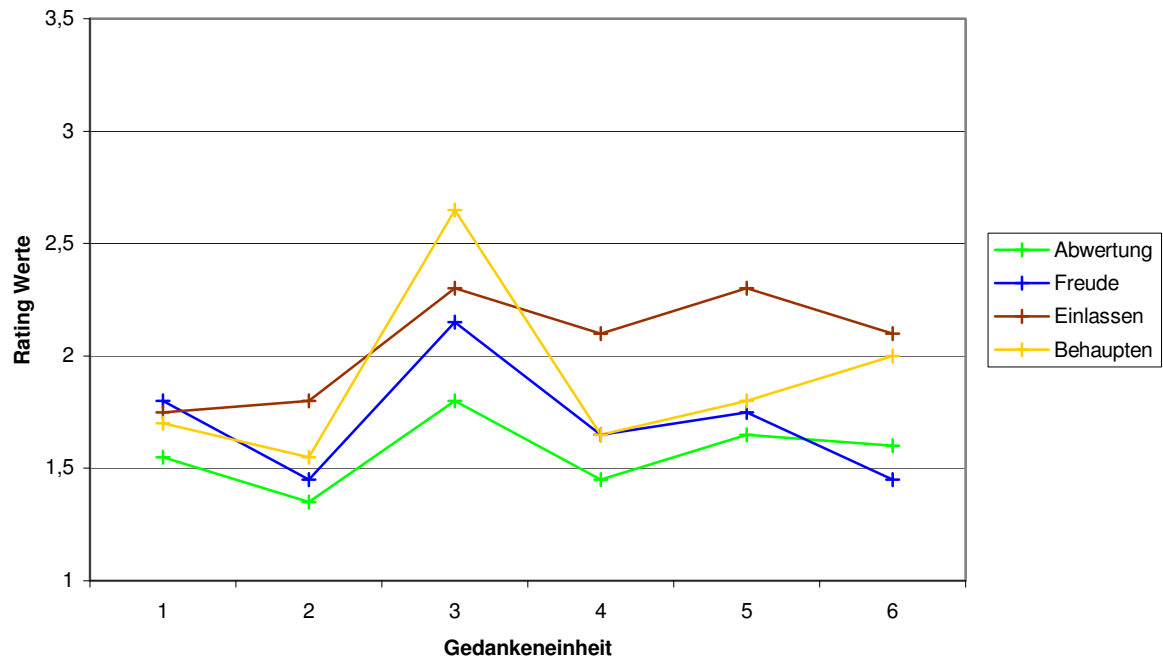


Abbildung 26: Verlaufsanalyse ausgewählter Themen der Lachsegmente des Modus Monolog (N= 20)

Auf der Ordinate sind die Mittelwerte der Beurteilungen wiedergegeben (1= Thema nicht berührt bis 5= Thema sehr stark berührt)

Signifikante Anstiege der vier Themen von GE 2 zu GE 3 sind zu erkennen, danach Abfall auf etwas über dem vorherigen Niveau mit leichter weiterbestehender Aktivierung der Themen. Nach dem Urteil des Raters ist Lachen beim Monolog verknüpft mit einem unmittelbaren Anstieg der Themen *Ablehnung/ Abwertung*, *Freude/ Erfolg*, *Einlassen* und *Sich Behaupten*. Den höchste Mittelwert bei GE 3 erreicht das Thema *Sich Behaupten*.



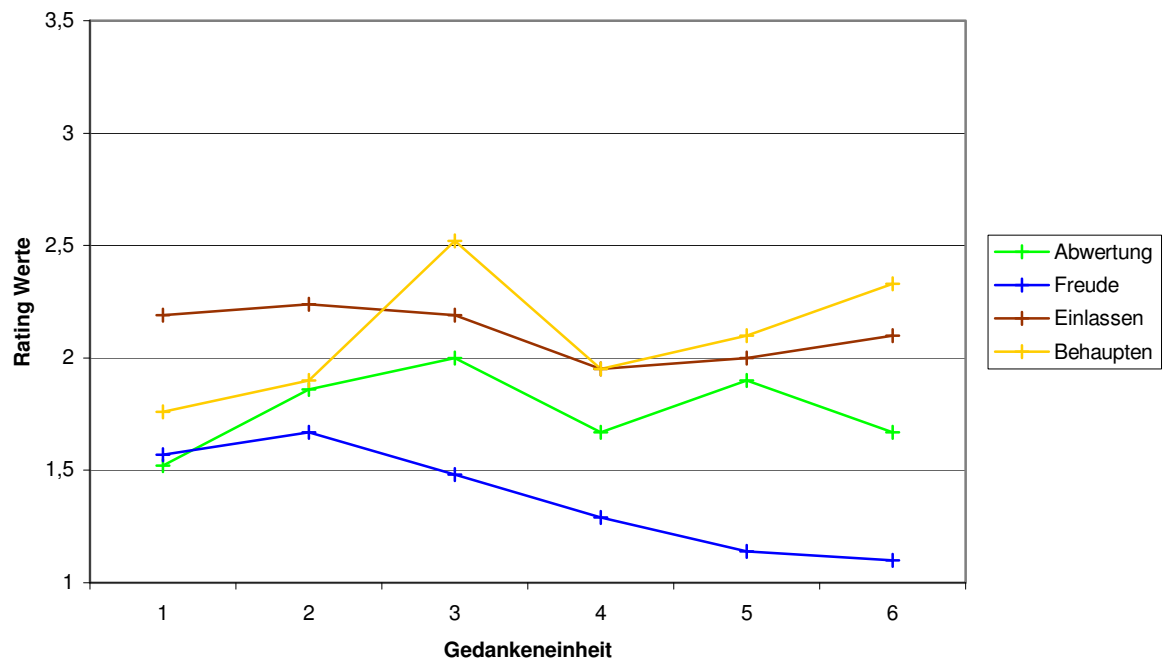


Abbildung 27: Verlaufsanalyse zugehöriger Themen der Kontrollsegmente des Modus Monolog (N= 21)

Auf der Ordinate sind die Mittelwerte der Beurteilungen wiedergegeben (1= Thema nicht berührt bis 5= Thema sehr stark berührt)

Bei den Kontrollstellen des Modus Monolog findet sich ebenfalls ein signifikanter Anstieg für das Thema *Sich Behaupten*. Die anderen drei Themen zeigen Schwankungen, die keinen klaren Zusammenhang mit der GE 3 erkennen lassen. Nach der Bewertung des Raters zeichnen sich auch die Kontrollstellen beim Monolog durch verstärkte Selbstbehauptung aus.

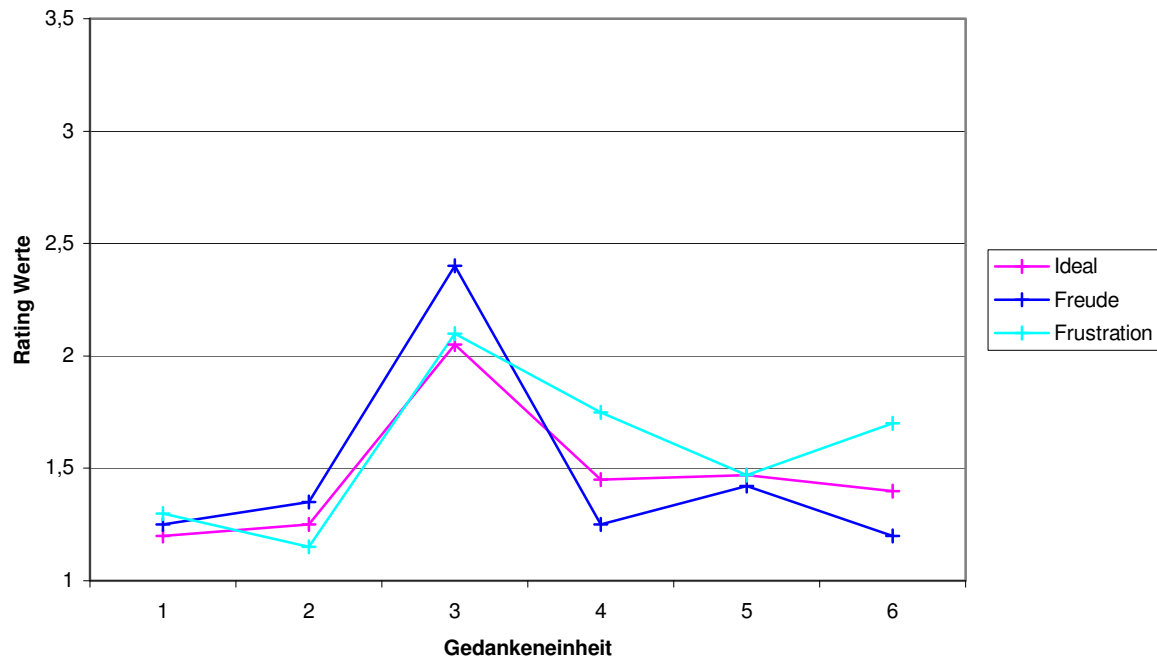


Abbildung 28: Verlaufsanalyse ausgewählter Themen der Lachsegmente des Modus Dialog (N= 19)

Auf der Ordinate sind die Mittelwerte der Beurteilungen wiedergegeben (1= Thema nicht berührt bis 5= Thema sehr stark berührt)

Bei den Lachstellen des Modus Dialog zeigen sich signifikante Anstiege von GE 2 zu GE 3 für die Themen *Ideal*, *Freude/ Erfolg* und *Frustration/ Resignation*, mit einem Abfall nach GE 3. Der Rater bewertet also als relevant beim Modus Dialog unmittelbar vor dem Lachen die Themen *Ideal*, *Freude/ Erfolg* und *Frustration/ Resignation*.

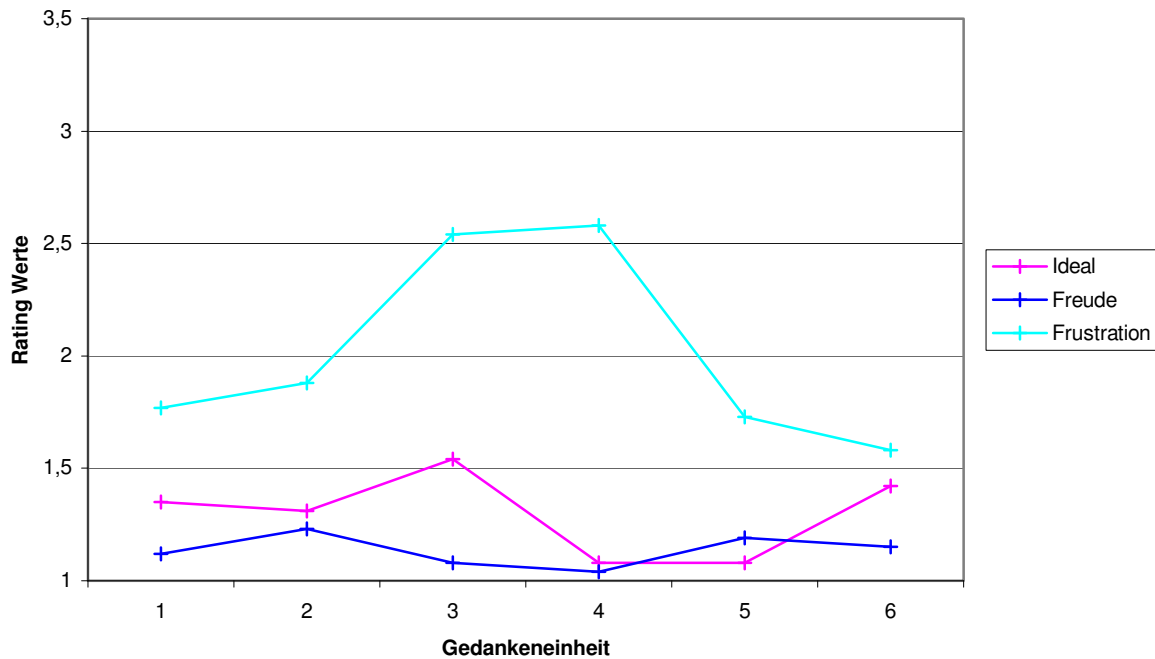


Abbildung 29: Verlaufsanalyse zugehöriger Themen der Kontrollsegmente des Modus Dialog (N= 26)

Auf der Ordinate sind die Mittelwerte der Beurteilungen wiedergegeben (1= Thema nicht berührt bis 5= Thema sehr stark berührt)

Bei den Kontrollsegmenten des Modus Dialog zeigt sich ein signifikanter Anstieg des Themas *Frustration/ Resignation* von GE 2 zu GE 3, wobei das Thema bei GE 4 einen noch etwas höheren Mittelwert erreicht. Die beiden anderen Themen zeigen eher flache Verläufe mit niedrigen Mittelwerten. Nach Einschätzung des Raters sind also die Kontrollsegmente des Modus Dialog verbunden mit einer Zunahme an *Frustration* und *Resignation*, die unmittelbar nach dem vorgetäuschten Lachen noch anhält.

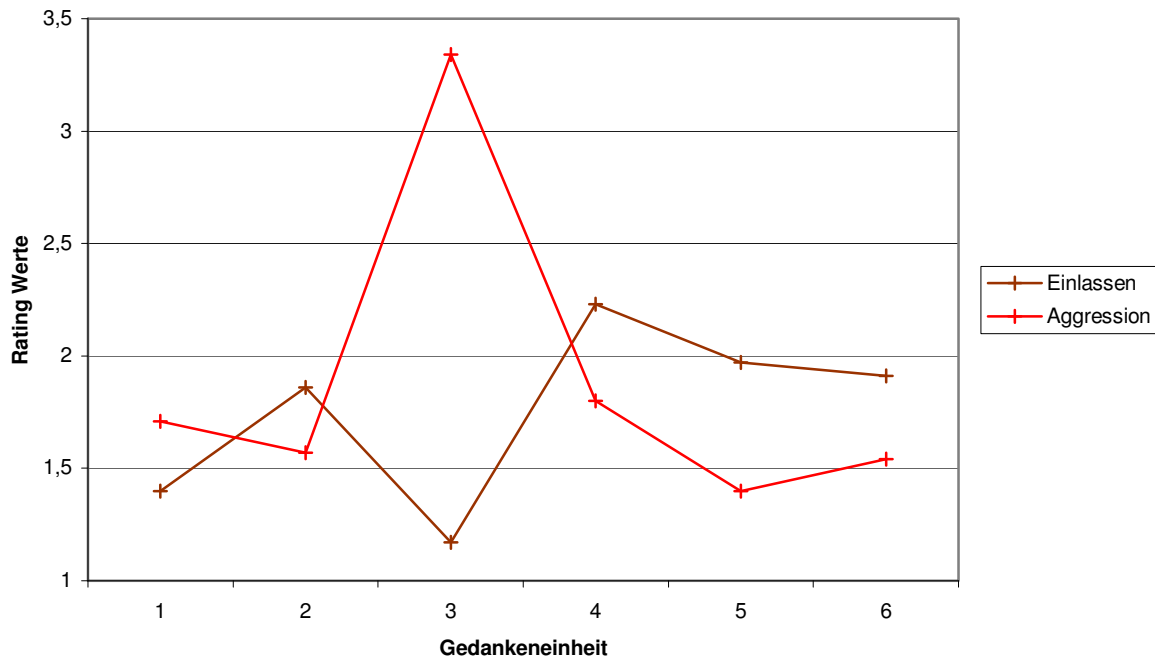


Abbildung 30: Verlaufsanalyse ausgewählter Themen der Lachsegmente des Modus Intervention (N= 35)

Auf der Ordinate sind die Mittelwerte der Beurteilungen wiedergegeben (1= Thema nicht berührt bis 5= Thema sehr stark berührt)

Bei den Lachstellen des Modus Intervention findet sich ein signifikanter Abfall des Themas *Einlassen*, da der Rater dieses Thema bei Äußerungen des Therapeuten als nicht berührt bewertet hat. Der folgende Anstieg zeigt das zunehmende *Einlassen* des Patienten auf die therapeutische Intervention. Weiterhin findet sich ein erheblicher Anstieg für das Thema *Aggression* von GE 2 zu GE 3, welcher nach dem Urteil des Raters die anpackende Intervention des Therapeuten charakterisiert.

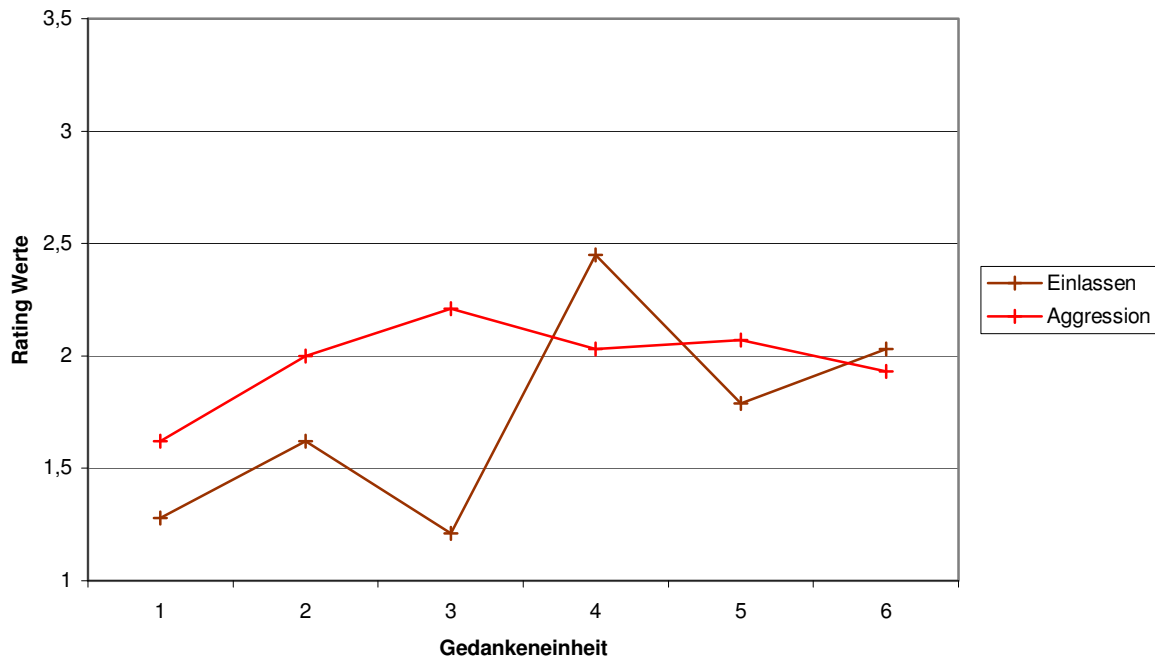


Abbildung 31: Verlaufsanalyse zugehöriger Themen der Kontrollsegmente des Modus Intervention (N= 29)

Auf der Ordinate sind die Mittelwerte der Beurteilungen wiedergegeben (1= Thema nicht berührt bis 5= Thema sehr stark berührt)

Bei den Kontrollstellen des Modus Intervention findet sich ein ähnlicher Verlauf des Themas *Einlassen* wie bei den Lachstellen, aus den gleichen Gründen, da der Rater *Einlassen* des Therapeuten nicht bewertete. Das Thema *Aggression* verläuft flacher als bei den Lachstellen. Die Kontrollstellen des Modus Intervention unterscheiden sich von den Lachstellen nach der Bewertung des Raters durch weniger anpackende Interventionen.

Vergleicht man die Ergebnisse für die drei Modi, so zeigen unterschiedliche Themen signifikante Anstiege vor dem Lachen, lediglich das Thema *Freude/ Erfolg* trifft für Monolog wie Dialog zu. Insgesamt unterscheiden sich die Modi deutlich anhand der Themen, wobei besonders der Modus Intervention sich in den Themen deutlich von den beiden anderen Modi abhebt. Bei den Kontrollstellen finden sich in geringerem Ausmaß als bei den Symptomen ebenfalls signifikante Veränderungen der Themen von GE 2 zu GE 3. Beim Monolog steigt die Aktivität des Themas *Sich Behaupten* bei Lachen wie bei Kontrolle an, beim Dialog gilt dies für das Thema *Frustration/ Resignation*. Beim Modus Intervention findet sich für Lach- wie Kontrollstellen ein Abfall für *Einlassen*, was daran liegt, dass der Rater das *Einlas-*

sen des Therapeuten nicht bewertete. In der folgenden Zusammenfassung der Ergebnisse der Verlaufsanalysen des psychoanalytisch geschulten Raters werden Themen, die sowohl bei Lach- als auch bei Kontrollsegmenten einen Anstieg erreichten, nicht berücksichtigt.

Zusammenfassend fand der Rater bei der Gesamtdatei beim Lachen im Vergleich zur Kontrolle einen Anstieg der Themen *Ideal*, *Freude/ Erfolg* und *Frustration/ Resignation*. Beim Modus Monolog sah er einen Anstieg der Themen *Ablehnung/ Abwertung*, *Freude/ Erfolg* und *Einlassen* im Zusammenhang mit dem Lachen. Beim Modus Dialog fand er einen Anstieg für *Ideal* und *Freude/ Erfolg* vor dem Lachen und beim Modus Intervention einen Anstieg für *Aggression* vor dem Lachen.

Ein Verlauf der Aktivierung verschiedener Themen in einer bestimmtem Reihenfolge mit Aktivierung des ZBKT, wie von Luborsky bei der Symptom- Kontext- Methode beschrieben, lässt sich in diesem Fall nicht auffinden.

### 6.2.3 Zusammenfassung

Für alle betrachteten Verläufe zeigen sich die wesentlichen signifikanten Unterschiede sehr eindeutig zum Zeitpunkt der Gedankeneinheit 3, unmittelbar vor dem Lachen respektive dem Kontrollsegment. Dabei sind mehr Anstiege von Themen beim Lachen im Vergleich zur Kontrolle zu finden, wobei auch die Ausschläge beim Lachen deutlich höher sind als bei der Kontrolle.

Die höchsten Mittelwerte liegen bei der Ratergruppe unter 2,5, beim psychoanalytisch geschulten Rater unter 3,5, da dieser deutlich höhere Bewertungen vergab und auch in der Summe für einzelne Themen höhere Mittelwerte erreichte.

Für die Lachstellen der Gesamtdatei (alle drei Modi) zeigt der Vergleich der Ergebnisse der Ratergruppe und des einzelnen Raters übereinstimmend eine signifikante Zunahme der Aktivierung der Themen *Freude/ Erfolg*, *Sich Behaupten* und *Aggression*. Für die Kontrollstellen zeigt sich ebenfalls übereinstimmend ein signifikanter Anstieg für das Thema *Sich Behaupten*. Die Themen *Freude/ Erfolg* und *Aggression* zeigen sich also am deutlichsten verbunden mit einem Anstieg an Aktivierung vor dem Lachen im Vergleich zur Kontrolle, diese Themen scheinen für die Gesamtdatei am stärksten mit dem Lachen assoziiert.

Für den Modus Monolog wurden von der Ratergruppe wie dem einzelnen Rater übereinstimmend signifikante Anstiege der Themen *Freude/ Erfolg*, *Einlassen* und *Sich Behaupten* bei den Lachstellen gefunden. Bei den Kontrollstellen wurde übereinstimmend ein

Anstieg für *Sich Behaupten* gefunden, wie auch schon bei der Gesamtdatei. Es bleiben die Themen *Freude/ Erfolg* und *Einlassen* als Unterscheidungsmerkmal zwischen Lachen und Kontrolle.

Beim Modus Dialog zeigt sich eine Übereinstimmung der Rater nur für das Thema *Freude/ Erfolg* bei den Lachstellen. Die Kontrollstellen des Modus Dialog zeigen einen signifikanten Anstieg des Themas *Ablehnung/ Abwertung*.

Für den Modus Intervention findet sich ein zunächst widersprüchlich scheinendes Ergebnis: Die Ratergruppe fand bei den Lachstellen einen signifikanten Anstieg des Themas *Einlassen*, der einzelne Rater dagegen einen signifikanten Abfall dieses Themas. Dieser Effekt erklärt sich wie vorher beschrieben in der Entscheidung des einzelnen Raters, das *Einlassen* des Therapeuten nicht zu bewerten, was im Modus Intervention definitionsgemäß zu einer Nichtbewertung dieses Themas in GE 3 führt. Bei den Kontrollstellen fand die Ratergruppe wie bei den Lachstellen eine Zunahme an *Einlassen* und der einzelne Rater fand aus oben genannten Gründen technisch bedingt einen Abfall dieses Themas.

Insgesamt betrachtet finden sich einige Übereinstimmungen zwischen den Bewertungen der Ratergruppe und jenen des psychoanalytisch geschulten Raters, jedoch auch einige widersprüchliche Bewertungen, die darauf hinweisen, wie fein Themen erkannt werden müssen.

Schließlich dürfen als relevante, übereinstimmend ansteigende Themen beim Lachen die Folgenden angesehen werden.

- Für die Gesamtdatei (alle drei Modi) zeigt sich ein Anstieg der Themen *Freude/ Erfolg* und *Aggression* unmittelbar vor dem Lachen als wesentlich.
- Für den Modus Monolog findet sich ein Anstieg der Themen *Freude/ Erfolg* und *Einlassen* unmittelbar vor dem Lachen. Dies bedeutet, dass der Patient im Urteil der Rater beim Modus Monolog lacht, wenn er sich mehr einlässt und über Inhalte von Freude und/ oder Erfolg spricht.
- Beim Modus Dialog scheint *Freude/ Erfolg* vor dem Lachen relevant. Im Dialog steht das Lachen offensichtlich am ehesten mit freudigen Erlebnissen im Zusammenhang, ohne dass weitere den unterschiedlichen Lachstellen gemeinsamen Themen festgestellt werden können. Dies bedeutet, dass der Patient nach der Bewertung der Rater beim Modus Dialog lacht, wenn über freudige und erfolgreiche Dinge gesprochen wird.
- Beim Modus Intervention besteht keine Übereinstimmung zwischen den Ergebnissen der Raterdatei P (N= 1) und jenen der Raterdatei RG (N= 7). Anscheinend wird das

Thema *Aggression* von den ungeschulten Ratern enger gefasst und in diesem Kontext nicht erkannt. Aufgrund der eindeutigen Bewertung des psychoanalytischen Raters soll sein Ergebnis als gültig betrachtet werden: Beim Modus Intervention scheint eine aggressivere Intervention zum Lachen des Patienten zu führen, wobei der Mittelwert für *Aggression* hier etwas über einer mittleren Aktivierung des Themas geratet wurde. Dies bedeutet, dass der Patient beim Modus Intervention lacht, wenn der Therapeut eine Intervention mit einer provokativeren, aggressiveren Note gegeben hat.

### 6.3 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Die signifikant höhere Bewertung von *Freude/ Erfolg* bei Lachen versus Kontrolle in der Gesamtdatei (alle drei Modi) wird bestätigt durch die Verlaufsanalysen und ergänzt durch den Anstieg von *Aggression* vor dem Lachen.

Für die Gesamtdatei kann festgestellt werden, dass der Patient lacht bei Aktivierung und nach einem Anstieg der Themen *Freude/ Erfolg* und *Aggression* sowie, dass bei den Lachsegmenten *Frustration/ Resignation* (durch die Ratergruppe) niedriger beurteilt wurden als bei den Kontrollsegmenten. Die Beurteilungen liegen im statistischen Mittel zwischen 1,30 und 1,84, demnach liegen gemäß der Vorgabe diese Themen im Bereich von „nicht berührt“ bis „wenig berührt“.

Dieses Ergebnis wird folgendermaßen interpretiert. Zunächst ist festzustellen, dass bei den niedrigen Bewertungen der Themen im statistischen Mittel keine der Themen durchgängig über die verschiedenen Segmente wesentlich am Lachen beteiligt sind. Der klinisch gewonnene Eindruck heterogener Gründe des Lachens und ebenso heterogener Abläufe des Gesprächskontextes bestätigt sich somit. Dennoch wird signifikant, dass beim Lachen das Thema *Freude/ Erfolg* höher und das Thema *Frustration/ Resignation* niedriger beurteilt wurde als beim Lachen. Es zeigt sich damit, dass der Patient nicht im Wesentlichen aus Freude und Erfolg lacht, (sonst müssten die Beurteilungen höhere Ausschläge erreichen) und, dass das Lachen zu einer Verminderung des Erlebens von Frustration und Resignation bereits kurz vor seinem Erscheinen beiträgt. Es scheint also tatsächlich ein erfolgreicher Vorgang der Affektabwehr abzulaufen.

Die von der Ratergruppe gefundene geringere Frustration und Resignation beim Lachen wird vom psychoanalytisch geschulten Rater nicht bestätigt. Er scheint mit Kenntnis des Materials und aufgrund seiner Profession die Themen deutlicher zu erkennen, auch wenn



sie nur angedeutet, maskiert oder unterdrückt sind. Dies führt zur höheren Bewertung der Frustration und Resignation beim Lachen, wodurch das beobachtete Phänomen des Lachens aus Affektabwehr statistisch weniger deutlich gemessen werden kann.

Beim Modus Monolog ergab der Vergleich zwischen Lach- und Kontrollsegmenten keine signifikanten Diskrepanzen, aus den Verlaufsanalysen ist jedoch ein Anstieg der Themen *Freude/ Erfolg* und *Einlassen* zu erkennen. Für den Modus Monolog wird also festgestellt, dass der Patient lacht, nachdem er sich mehr einlässt und über freudige und erfolgreiche Inhalte berichtet.

Inhaltlich entspricht dieser Befund dem Ablauf, dass der Patient beim Monolog, wenn er sich vorwagt und sich etwas mehr einlässt, schnell wieder Distanz zwischen sich und dem Therapeuten aufbauen muss, was er durch das Lachen erreicht. Beim Lachen werden auch mehr Schilderungen von Freude und Erfolg durch die Rater erkannt als bei den Kontrollsegmenten, mit ähnlich niedrigen Mittelwerten, wie bei der Gesamtdati aller drei Modi im obigen Abschnitt beschrieben, so dass dieses Thema mehr ein Nebeneffekt als die Ursache des Lachens ist.

Beim Modus Dialog finden sich übereinstimmend klare Zusammenhänge mit dem Thema *Freude/ Erfolg*. Sowohl höhere Bewertungen des Themas beim Lachen im Vergleich zur Kontrolle als auch Anstiege des Themas vor dem Lachen sind zu erkennen. Für den Modus Dialog wird festgestellt, dass der Patient lacht bei Aktivierung und nach einem Anstieg des Themas *Freude/ Erfolg*.

Inhaltlich lassen sich für den Modus Dialog keine anderen Ergebnisse finden außer dem stärkeren Berichten von freudigen und erfolgreichen Erlebnissen beim Lachen, wenngleich auch hier die Mittelwerte dieses Themas im Bereich zwischen „nicht berührt“ und „wenig berührt“ liegen.

Der Modus Intervention ist übereinstimmend gekennzeichnet durch eine höhere Aktivierung des Themas *Aggression* beim Lachen. Gleichzeitig erreicht das Thema *Einlassen* im Urteil der Ratergruppe bei Lachen wie bei Kontrolle einen sehr deutlichen Anstieg und die höchsten Mittelwerte, das heißt, der Therapeut lässt sich bei seinen Interventionen deutlich mehr auf die Inhalte des Patienten ein, als dieser selbst. Beim Modus Intervention wird festgestellt, dass der Patient bei Aktivierung und Anstieg des Themas *Aggression*, also bei einer intensiveren und aggressiveren Intervention des Therapeuten lacht.

Dieser Befund wird interpretiert durch die Distanzierung und auch hier wie bei der Gesamtdati aller drei Modi durch die Affektabwehr mittels des Lachens, womit der Patient die einlassende und provokative Äußerung des Therapeuten zurückweist und die eigene

---

Erkenntnis des vom Therapeuten angesprochenen Materials nicht zulassen kann. Die zugehörige Angst und Frustration, das Erleben einer Gefahr oder Hilflosigkeit sind unbewusst. Sie werden vom Patienten nicht bewusst gespürt, wogegen sie vom Therapeuten und dem psychoanalytisch geschulten Beurteiler wahrgenommen werden, jedoch nicht in den Bewertungen auftauchen, da sie dem Transkript nicht als Äußerungen zu entnehmen sind.

## 7. Diskussion

Die empirische Arbeit hatte das Ziel, das Lachen von Patienten in Psychotherapie in der Funktion der Abwehr der Affekte der Frustration und Resignation und der Sicherung der Selbstkonstanz in verschiedenen Modi des therapeutischen Gesprächs zu untersuchen. Dazu wurde das Phänomen mittels der Symptom- Kontext- Methode anhand eines exemplarischen Falles differenziert und detailliert beforscht. Neben den Ergebnissen über den Untersuchungsgegenstand konnten auch Ergebnisse über Unterschiede verschiedener Modi des therapeutischen Gesprächs und Ergebnisse über die Symptom- Kontext- Methode, insbesondere über die Beurteilungsmöglichkeit durch psychoanalytische versus ungeschulte studentische Rater gewonnen werden.

Anhand der von mir im Kapitel 4. formulierten Untersuchungshypothesen werde ich im Folgenden die Ergebnisse dieser Studie im Vergleich mit den Erkenntnissen der Literatur kritisch diskutieren. Dabei werde ich die gültigen und relevanten Erklärungsansätze der Philosophen zum Verständnis des untersuchten Phänomens und zur Diskussion mit einbeziehen, so weit sie relevant sind und der jeweilige Gegenstand nicht umfassend durch aktuelle empirische Forschungsergebnisse erklärt wird.

Die erste Hypothese zum Lachen nahm an, dass die zum Lachen führende Frustration zu höheren Werten des Themas *Frustration/ Resignation* beim Lachen führen würde. Maßgeblich für diese Annahme war der Gedanke, dass dieses Thema zum Zeitpunkt unmittelbar vor dem Lachen für die Rater zu erkennen sei. Die Ergebnisse zeigten jedoch einen anderen Effekt: Durch die Ratergruppe bewertet, erreichte das Thema *Frustration/ Resignation* bei den Lachsegmenten eine niedrigere Beurteilung als bei den Kontrollsegmenten, dies bestätigte sich jedoch nicht in den Bewertungen des psychoanalytisch geschulten Raters. Dieser erkannte also das vom Patienten unterdrückte Thema dennoch, während jene es nicht erkannten oder zumindest als nicht klar angesprochen definierten und als weniger berührt beurteilten. Es lässt sich diese Hypothese also in dieser Form nicht bestätigen, aber die dahinter stehende Überlegung bestätigt sich dennoch: Das Lachen zeigt tendenziell die Funktion, die Affekte der Frustration und Resignation abzuwehren. Der Erfolg dieser Nutzung des Lachens durch den Patienten wird durch die Ratergruppe anerkannt, während der psychoanalytisch geschulte Rater die Anerkennung der Abwehr von Frustration und Resignation verweigert, indem er diese Themen, auch abgewehrt durch den Patienten, als relevant und spürbar bewertet.

In der Literatur finden sich viele Hinweise auf ein Lachen aus Frustration, wobei in der Zusammenschau der Befunde viele Facetten des Themas aufleuchten. Nach Aristoteles (zitiert nach Holland 1982) wird in der Komödie etwas Schmerzvolles harmlos präsentiert. Dies bezeichnet ausgesprochen treffend den Vorgang beim Lachen des Patienten: Er will schmerzhaftes Erkenntnisse und Affekte harmlos machen und den Schmerz nicht spüren. Die harmlose Präsentation gilt dem Gegenüber, aber auf diesem Umweg mehr noch sich selbst, der Patient will sich selbst von der „lächerlichen“ Ungefährlichkeit der belachten Themen überzeugen. Er scheint unbewusst einen Bruch der Selbstkonstanz zu befürchten, den er verhindern muss, in dem vordergründig unverständlichen und hintergründig verzweifelten Versuch der Herstellung von Affektkontrolle und Souveränität. Platon (zitiert nach Heinrich 1986) bezeichnete das Lachen als einen Versuch, einen Mangel an Selbstvertrauen zu verbergen. Nach Plessner (1961) lösen unbeantwortbare Lagen Lachen aus, allerdings nur, wenn sie nicht als bedrohlich erlebt werden, letzteres wird auch von Rothbart (zitiert nach Izard 1994) betont. Beim hier untersuchten Fall würde der Patient dieser Erklärung sicher zustimmen, während das tiefere Verständnis eine unbewusste Bedrohung als Vorbedingung des Lachens postulieren muss. Freud (1905c) beschreibt ein Lachen mit Affektbindung durch Enttäuschung und kommt damit dem untersuchten Phänomen nahe. Nach Lemma (2000) kann Humor Schmerz in Vergnügen umwandeln. Hier versucht der Patient mittels Lachen schmerzhaftes Affekte und Einsichten zu verhindern, auch wenn sich das zum Lachen führende Verhalten nicht als Humor auffassen lässt. Bei diesem wäre eine Bewusstheit des Schmerzes und des Makels Bedingung, in deren Anerkennung gelacht wird. Kollektives Lachen kann die Funktion eines Abwehrmechanismus haben (Holland 1982) und uns Sicherheit und Selbstbestätigung geben. Im untersuchten Fall handelt es sich um individuelles Lachen, das im übrigen den genannten Funktionen entspricht. Bänninger- Huber (1996) beschreibt Lachen in der Interruptorfunktion als Unterbrecher negativer Emotionen, was das angenommene Verständnis des Lachens im hier untersuchten Fall ebenfalls unterstützt.

Das Lachen zur Affektabwehr bei Patienten in Psychotherapie ist in der Literatur beschrieben durch Krause (1988), wobei dort die Affekte des Ärgers und Missfallens von Patienten durch Freude und Fröhlichkeit maskiert wurden. Dort scheint die Dynamik der Affektabwehr eine mehr auf die Objekte bezogene Rolle zu spielen, während im hier untersuchten Fall der Patient die Affekte selbst nicht aushalten kann und deshalb unterdrückt, so dass hier auch nicht eine Maskierung sondern ein Unterdrücken der Affekte vorliegt. Dieser Vorgang zeigt durchaus Ähnlichkeiten mit der Symptombildung, wie sie von Freud (1925), Engel und Schmale (1969) und zuletzt Luborsky (1996) beschrieben wurde. Die Ähnlichkeit

liegt darin, dass Inhalte und damit verknüpfte Affekte vom Patienten nicht ausgehalten werden, so dass diese im Unbewussten gehalten werden und vom Patienten abgewehrt werden, ohne dass er Bewusstheit über die Themen, den Abwehrvorgang und seine Tatsache erreicht. Die Aktivierung eines Hilflosigkeits-/ Hoffnungslosigkeits- Gefühls im Unbewussten kann stark angenommen werden, sie scheint jedoch dem bewussten Erleben des Patienten nicht zugänglich und ist für den Forscher und Beobachter wie für die Rater nicht spürbar, vermutlich erging es dem behandelnden Therapeuten ebenso. (Hinweise darauf ergeben sich aus den Transkripten, wo der Therapeut dem Patienten sein für ihn mangelndes Mitgefühl mitteilt). Typisch für den Vorgang als Prozess der Symptombildung ist weiterhin das Vorliegen des kompletten Abwehrvorgangs im Unbewussten, bei dem nur das Resultat des Prozesses an die Oberfläche des Bewusstseins tritt, während der gesamte Vorgang nicht zu spüren ist und die beteiligten Affekte durch Verständnis erschlossen aber in keiner Weise erfüllt werden können.

Die Hypothese- Lachen 2 postulierte einen Anstieg des Themas *Einlassen* vor dem Lachen. Dieser wurde tatsächlich in allen drei Modi und entsprechend auch in der Gesamtdati erreicht, wie sie von der Ratergruppe beurteilt wurden. Der psychoanalytisch geschulte Rater (im Folgenden als Rater P bezeichnet) bewertete das Thema *Einlassen* beim Therapeuten nicht, was beim Modus Intervention zu einem Abfall dieses Themas vor dem Lachen führte. Dabei handelt es sich also um einen Artefakt. Einen Anstieg des Themas *Einlassen* vor dem Lachen fand der Rater P nur im Modus Monolog. Die eindeutigen Ergebnisse der Ratergruppe und die nicht regelgerechte Bewertung durch den Rater P lassen eine Annahme der Hypothese- Lachen 2 zu.

Die Überlegung des Raters P, das Thema *Einlassen* bei Äußerungen des Therapeuten nicht als berührt zu bewerten (Zahlenwert 1) soll im Folgenden diskutiert werden. Grundsätzlich besteht bei einer derartigen Untersuchung wie der hier durchgeführten die Frage, wer oder was hier untersucht wird: der Patient, die therapeutische Dyade, gar der Therapeut, ein System, welches Patient, Therapeut, Rater und Untersuchungsleiter mit einschließt oder die Beziehungen zwischen den genannten Protagonisten. Zunächst kann bei Luborskys (1996, 1999) Studien davon ausgegangen werden, dass der Patient und seine inneren Abläufe im Fokus der Untersuchung stehen, wenngleich die weiteren beteiligten Personen wie Rater mit beachtet wurden, wie sich bei der Bestimmung der Interrater- Reliabilitäten zeigt. Ich gehe bei der hier durchgeführten Untersuchung von der gleichzeitigen Beobachtung von drei Systemen aus: Erstens wird der Patient mit seinen inneren Abläufen untersucht, er steht im Zentrum der gesamten Studie. Zweitens wird eine therapeutische Dyade untersucht, denn es sind ja nicht

nur monologische Gesprächseinheiten berücksichtigt worden. Besonders beim Dialog und noch eindeutiger beim Modus Intervention wird offensichtlich, dass es nicht der Patient alleine ist, der handelt, wie schon von Winnicott (zitiert nach Buchholz und Streeck 1994) formuliert. Drittens besteht ein großes Untersuchersystem aus Patient, Therapeut, Ratern und dem Untersucher gemäß der Systemtheorie, die hier aber nicht weiter strapaziert werden soll. Zurück zur Überlegung des Raters P. Seine Idee, das Einlassen des Therapeuten nicht zu messen, beruht auf dem Gedanken, dass er das Einlassen des Patienten zu diesem Zeitpunkt nicht beurteilen kann, womit er Recht hat. Aber sein Denken geht einen Schritt zu weit und verfälscht das Ergebnis: gemessen werden kann nur, was im Augenblick vorliegt. Wenn der Therapeut spricht, kann nur dies bewertet werden. Zusätzlich ist eine Bewertung des Themas als nicht berührt nicht korrekt, wenn es nicht beurteilt werden kann, da der Therapeut spricht, und es existierte keine Vorgabe für ein Nicht- Bewerten einer Gedankeneinheit.

Zurück zur Hypothese und ihrem theoretischen Hintergrund. Am Anstieg des *Einlassens* vor dem Lachen ist eine Zunahme an Nähe und Intimität zu erkennen. Diese findet sich in allen drei Modi vor dem Lachen: Beim Monolog ist es der Patient selbst, der nach einer stärker einlassenden Äußerung mittels des Lachens einen „Rückzieher“ macht. Beim Modus Intervention tut der Therapeut seine Arbeit und benennt konflikthafte Themen sich selbst einlassend und mit Anteilnahme am Erleben des Patienten. (Das Einlassen des Therapeuten wurde von der Ratergruppe beim Modus Intervention bei Lach- wie Kontrollsegmenten am höchsten unter den Themen bewertet, mit deutlichem Abstand zu den übrigen Themen). Der Patient scheint durch die Intimität und das Benennen konflikthafter Themen unbewusst eine Bedrohung zu erleben, vor der er durch das Lachen flieht. Wie in der Theorie beschrieben, führt das Lachen zu einer Distanzierung (Plessner 1961, Zijderfeld 1976, Chapman, zitiert nach Bänninger- Huber 1996). Sowohl, wenn der Patient selbst beim Monolog mehr Nähe herstellt, muss er durch das Lachen wieder auf Abstand gehen, als auch, wenn der Therapeut ihm bei den Interventionen zu nahe kommt. Es könnte sein, dass der Funktion des Lachens, das *Einlassen* zu unterbinden und Distanz herzustellen, eine übergeordnete Bedeutung beikommt, da es als einzige der hier genutzten Variablen auch in Luborskys Studie zum Lachen mit der Patientin C. vor dem Lachen signifikant höhere Bewertungen als bei der Kontrolle erreichte.

Die Hypothesen- Lachen 3 und Lachen 4 betreffen das Thema *Freude/ Erfolg* und sollen gemeinsam betrachtet werden. Die Hypothese- Lachen 3 sagt höhere Bewertungen für das Thema beim Lachen voraus, während die Hypothese Lachen- 4 postuliert, dass das Thema nicht die höchsten Bewertungen unter den Themen zum Zeitpunkt der GE 3 erreicht, da

Freude und Erfolg nicht der wesentliche Grund des Lachens sind und klinisch ein höheres Maß an Frustration als an Freude beim Lachen zu beobachten war.

Das Thema *Freude/ Erfolg* wurde von der Ratergruppe und dem Rater P in der Gesamtdati bei dem Lachen höher bewertet als bei der Kontrolle und es zeigte einen Anstieg vor dem Lachen. Die Hypothese- Lachen 3 bestätigt sich somit. In der Gesamtdati der drei Modi zeigen die höchsten Ausschläge im Urteil der Ratergruppe die Themen *Ideal*, *Einlassen* und *Sich Behaupten* in absteigender Reihenfolge, danach folgt das Thema *Freude/ Erfolg*. Die Mittelwerte des Themas *Frustration/ Resignation* liegen im Urteil der Ratergruppe nicht über jenen des Themas *Freude/ Erfolg*, wohl aber in der Bewertung des Raters P. Auch die Hypothese- Lachen 4 kann also angenommen werden.

Nun scheint es keine Schwierigkeit, Freude beim Lachen vorherzusagen. Das Thema *Freude/ Erfolg* wurde in der klinischen Einschätzung des Lachens gefunden, und es wurde ausgewählt mit der Überlegung, zu zeigen, dass eben dieses Thema nicht der Hauptgrund des Lachens ist. (Luborsky 1996, bezog das Thema „humorvolle Ideen“ bei seinen Studien zum Lachen ein, das sich hier aber nicht als relevant herausstellte). Das Paradoxe in diesem Fall ist die geringe Freude zwischen den vorrangigen Themen des Patienten beim vorherrschenden depressiven Affekt. Über den Zusammenhang von Lachen und Freude sei exemplarisch auf Izard (1994) verwiesen, die Lachen als Ausdruck der Emotion Freude betrachtet und beim Kleinkind wie beim Erwachsenen beschreibt, weiterhin auf Preuschoft (1992), der das Lachen bei spielenden jungen Affen als Ausdruck der Freude erkennt, Darwin (2000), Bergson (1900), Sartre (nach Izard 1994), Kuschel (1992), Poyatos (2002), Holland (1982) sowie weitere, wobei der Zusammenhang von Lachen und Freude zum allgemeinen Erfahrungsschatz und Verständnis jedes Menschen gehört, es werden deshalb die unzähligen weiteren Quellen nicht genannt.

Zum Thema *Freude/ Erfolg* in Zusammenhang mit dem Lachen in dem hier untersuchten Fall lässt sich zusammenfassen, dass es eine merkbare, jedoch untergeordnete Rolle spielt. Eher zutreffend erscheint die Theorie des Lachens aus Erleichterung (Freud 1905d; Zijderfeld 1979; Grotjahn, zitiert nach Affeld- Niemeyer 2000; Poyatos 2002; Weiss, zitiert nach Volkart 1998). Es ist sehr gut nachzuvollziehen, dass der Patient lacht, wenn er für kurze Zeit beim Berichten positiver Erlebnisse eine Erleichterung seines affektiven Erlebens erfährt.

Die Hypothese- Lachen 5 postuliert höhere Werte für *Aggression* beim Lachen im Vergleich mit der Kontrolle und einen Anstieg des Themas vor dem Lachen. Die vorhergesagten höheren Mittelwerte des Themas beim Lachen finden sich nur beim Modus Intervention. Anstiege des Themas vor dem Lachen finden sich in der Gesamtdati und in der

Bewertung des Raters P beim Modus Intervention. Die Hypothese kann also nur teilweise angenommen werden.

Die dem Lachen innewohnende Aggression wird am plastischsten von den Biologen dargestellt: Die Herkunft des Lachens aus der Verhaltensweise des Zähne Zeigens im Tierreich (Eibl-Eibesfeldt 1984; Lorenz 1974) zeigt die aggressive Wurzel des Lachens, auch wenn sie häufig in maskierter Form in Erscheinung tritt. Auch die verhaltensbiologischen Untersuchungen am Menschen zeigen die Herkunft des Lachens aus der Aggression (ebenefalls Eibl-Eibesfeldt 1984; Lorenz 1974). Das Auslachen enthält bekanntlich einen erheblichen Anteil an Aggression (Guegler 1958; Freud 1905e; Poyatos 2002). Die griechischen Philosophen fürchteten das Lachen wegen seiner subversiven Potenz (Aristoteles, zitiert nach Ueding 1992; Holland 1982; Platon, zitiert nach Heinrich 1986) was ebenfalls einen Anteil von Aggressivität im Lachen erkennen lässt. Aristoteles empfahl zudem das Lachen als Mittel im rhetorischen Kampf, was seinen Nutzen als Waffe anzeigt, der von Lorenz (1974) auch explizit formuliert wurde. Unter den klassischen Philosophen lässt sich Nietzsche anführen, der dem Lachen die Funktion zusprach, mit gutem Gewissen schadenfroh sein zu dürfen (zitiert nach Jacobson 1961). Nach Glasgow (1997) kann Lachen die Funktion haben, Überlegenheit zu erreichen oder zu demonstrieren, worin eine aggressive Komponente deutlich zum Vorschein kommt. Der Soziologe Zijderfeld (1979) meint, dass die aggressive Komponente im Lachen überbetont worden sei. Als Beispiel führt er an, dass Nonsens- Witze kein erhebliches aggressives Potential enthielten. Dieser Einschätzung wird hier widersprochen: Die Auflösung von Sinn enthält zerstörerische Aggression. Auf diese verweist auch Bataille (zitiert nach Bahr 1986), der schreibt, dass Lachen einen Sinn auflöse. Weiterhin enthält eine Vielzahl anderer als Nonsens- Witze ein massives aggressives Potential (Freud 1905). Gerade die Enthemmung der vom Ich im Dienste des Überichs nicht zugelassenen Aggression führt ja zum Freiwerden der seelischen Energie und damit zum Lachen. Poyatos (2002) benennt ebenfalls ausdrücklich, dass Aggression einer der Gründe zum Lachen sein kann.

Im vorliegenden Fall zeigt sich die Aggression beim Lachen in zwei Zusammenhängen. Zum einen wird sie beim Modus Intervention von den Ratern klar erkannt und diskriminiert signifikant zwischen Lachen und Kontrolle. Dabei zeigt sich ein Anstieg des Themas vor dem Lachen sehr deutlich in der Beurteilung des Raters P. Diese Zunahme an Aggression wurde jedoch von der Ratergruppe nicht erkannt. Zum anderen zeigt das Thema *Aggression* in der Gesamtdatei einen signifikanten Anstieg vor dem Lachen, der sich aus den verschiedenen Modi speist und im Modus Monolog im Verlaufsdiagramm zu erkennen ist, dort jedoch nicht signifikant wird.



Es zeigt sich also beim Modus Intervention in den Beurteilungen des Raters P sehr deutlich und in den Beurteilungen der Ratergruppe weniger deutlich ein Zusammenhang in der Form, dass der Patient bei provokativeren und somit als aggressiver bewerteten Interventionen lacht. In den Beurteilungen der Ratergruppe wird ein starker Anstieg des Themas *Einlassen* vor dem Lachen deutlich. Es handelt sich hierbei um das Einlassen des Therapeuten bei der Intervention, wobei die Themen des Patienten wohlwollend aber auch provokativ benannt werden. Der deutliche Anstieg des Themas Aggression vor dem Lachen in der Beurteilung des Raters P findet sich nicht in den Bewertungen der Ratergruppe. Warum von ihnen der therapeutischen Provokation die anteilige aggressive Komponente abgesprochen wurde, lässt sich verstehen, jedoch nicht beweisen. Wie Lachen zunächst einen eher harmlosen Eindruck erweckt und auch zu erwecken sucht, so gilt Aggression als etwas Feindliches, und der Aspekt der zugewandten aggressiven Komponente beim sportlichen Wettkampf unter Freunden oder auch bei der therapeutischen Intervention, die manchmal den Schmerz der Einsicht nicht ersparen kann, wird nicht gesehen. Zusätzlich kann zum Erkennen und Benennen solcher gesellschaftlich eher geächteter Themen doch Selbsterfahrung und weitergehende Ausbildung erforderlich sein.

Die Hypothese- Lachen 6 behauptete die Relevanz der Themen *Ablehnung/ Abwertung* und *Ideal* beim Lachen in Form höherer Mittelwerte beim Lachen und von Anstiegen vor dem Lachen. Sie muss zurückgewiesen werden, da die angenommenen Effekte insgesamt statistisch nicht nachweisbar waren. Einziger signifikanter Unterschied zwischen Lachen und Kontrolle war sogar im Gegenteil ein höherer Mittelwert für *Ablehnung/ Abwertung* bei den Kontrollsegmenten des Modus Dialog im Urteil der Ratergruppe. Das Thema *Ideal* zeigte Anstiege in der Gesamtdatensatz und beim Modus Dialog im Urteil des Raters P, und *Ablehnung/ Abwertung* zeigte in seiner Bewertung einen Anstieg beim Modus Monolog. Diese Ergebnisse sollen jedoch wegen ihrer Geringfügigkeit vernachlässigt werden.

In der Literatur findet sich nur bei den klassischen Philosophen der Hinweis, dass das Lachen Ausdruck der Spannung zwischen Ideal und Realität sein kann (Schopenhauer, zitiert nach Holland 1982). Die Begriffe der Ablehnung und Abwertung sind in der Literatur zum Lachen nicht zu finden. Bischof (1986) und Glasgow (1997) beschreiben den Rangunterschied, den das Lachen markiert, was mit einer Bewertung und auch mit einer Abwertung einhergehen kann. Im Auslachen sind sicherlich Ablehnung und Abwertung enthalten. Zur Entscheidung für die Beurteilung dieser Themen war jedoch ihre Herleitung aus dem ZBKT und der OPD- Einschätzung des Patienten maßgeblich.

Die Tatsache, dass die Themen *Ablehnung/ Abwertung* und *Ideal* sich nicht als relevant im Zusammenhang mit dem Lachen erwiesen haben, bestätigt, dass beim Lachen des Patienten in diesem Fall kein Muster mit Aktivierung des ZBKT abläuft, zumindest nicht in statistisch messbarem Ausmaß. Dies bedeutet, dass das Lachen im vorliegenden Fall im Sinn der Symptom- Kontext- Methode als nicht- symptomatische Verhaltensweise zu sehen ist in Abgrenzung von Symptomen im engeren Sinn, bei welchen eine Aktivierung des ZBKT erfolgt (Luborsky 1996). Trotzdem hat das Lachen des Patienten symptomatischen Charakter im Sinn des Symptoms als Krankheitszeichen: Es verweist auf Affektabwehr und dahinterstehender Angst vor Verlust der Selbstkonstanz, und es ist Ausdruck eines Abwehrprozesses gegenüber dem Bewusstsein nicht tolerierbarer Themen.

In Hypothese- Lachen 7 wird die Bedeutung des Haupt- ZBKT- Wunsches des Patienten *Sich Behaupten* als relevant im Zusammenhang mit dem Lachen postuliert. Der Vergleich des Themas zwischen Lach- und Kontrollsegmenten ergab keine signifikanten Ergebnisse. Es zeigte sich jedoch übereinstimmend in der Gesamtdatensatz und beim Modus Monolog ein Anstieg des Themas vor dem Lachen, im Urteil der Ratergruppe auch beim Modus Dialog. Beim Modus Monolog erreicht das Thema bei den Lachsegmenten bei GE 3 die höchsten Mittelwerte. Die Hypothese- Lachen 7 muss somit zurückgewiesen werden. Das Thema *Sich Behaupten* ist als Hauptwunsch des ZBKT des Patienten durchgängig bedeutsam, differenziert aber ungenügend zwischen Lachen und Kontrolle und zeigt keine Spezifität zum Lachen. Es bestätigt sich der Ablauf ohne ZBKT- Aktivierung, wie schon im vorigen Abschnitt beschrieben. Dass das Thema *Sich Behaupten* beim Modus Intervention keinen Anstieg zur GE 3 zeigt, liegt methodenbedingt an der Tatsache, dass der Therapeut keine stärker selbstbehauptenden Äußerungen als der Patient gemacht hat. In der Literatur findet sich kein Hinweis auf Lachen zur Selbstbehauptung außer wiederum Glasgow (1997) mit der Betonung des Rangunterschieds, der durch das Lachen hergestellt werden soll. Nach Bischof (1986) sichert das durch das Lachen bestätigte Selbstwertgefühl dem Lachenden die Gewissheit des Seins, was eine thematische Nähe zum Thema der Selbstbehauptung aufweist.

Gemäß der Hypothese- Lachen 8 werden erkennbar verschiedene Beurteilungen für die drei verschiedenen Modi erwartet, welche die unterschiedlichen Abläufe des Gesprächs und Anlässe des Lachens zum Ausdruck bringen. Die Ergebnisse des Vergleichs der Lach- und Kontrollsegmente zeigte beim Monolog keine signifikanten Unterscheidungen, beim Modus Dialog das Thema *Freude/ Erfolg* als diskriminierend und beim Modus Intervention das Thema *Aggression*. Aufgrund dieser klaren Unterschiede wird die Hypothese- Lachen 8

angenommen. Die Verläufe der Themen zeigen ebenfalls diskrepante relevante Themen, mit Ausnahme von *Freude/ Erfolg*, welches bei Monolog und Dialog zur GE 3 ansteigt.

Aus der Theorie über das Lachen sind keine Erkenntnisse zur verschiedenen Funktion von Lachen in verschiedenen Gesprächsmodi zu entnehmen, es handelt sich hierbei also um erstmalige Beschreibung solcher Beobachtungen.

Die aus der klinischen Beurteilung gewonnene Konstruktion des Lachens zur Selbstbestätigung als übergreifendes Prinzip soll nun ebenfalls diskutiert werden. Die Gesamtschau der anhand der Hypothesen geprüften Themen der Beurteilungen durch die Rater bestätigt diesen klinisch gefundenen Vorgang. Zusammenfassend lacht der Patient mit Abwehr der Affekte der Frustration, nach zunehmendem Einlassen, mit Berichten von freudigen und erfolgreichen Ereignissen sowie einer stärkeren aggressiven Komponente. Der Komplex dieser Vorgänge steht als Summe von Indizien für die Funktion des Lachens zur Selbstbestätigung. Die Abwehr frustrierender Affekte dient diesem Ziel ebenso wie die Begrenzung der Intimität. Das Berichten positiver Inhalte dient gemeinsam mit dem Lachen dem Schaffen positiver Affekte und die Selbstbestätigung geht mit einer Abgrenzung und damit einer aggressiven Komponente einher. Die entsprechenden Literaturstellen sind bei der Diskussion der einzelnen Hypothesen aufgeführt. Das Lachen in der Funktion der Selbstbestätigung ist in dieser Funktion in der Literatur noch nicht beschrieben. Poyatos (2000) benennt als eine Funktion des Lachens das Selbst- bezogene Lachen, womit er jedoch Lachen für sich selbst und nicht in der Funktion der Selbstbestätigung meint. Nach Glasgow (1997) kann Lachen die Funktion haben, Überlegenheit der lachenden Person auszudrücken oder zu etablieren und kollektives Selbstbewusstsein und Selbstbestätigung auf Kosten anderer zu erreichen. Auch dies trifft nicht für den hier untersuchten Fall zu, denn hier vergleicht sich der Patient nicht mit anderen, sondern er bekämpft sein eigenes bedrohliches Erleben. Nach Holland (1982) kann kollektives Lachen Sicherheit und Selbstbestätigung geben. Im hier untersuchten Fall lacht aber meist der Patient alleine und die Funktion ist nicht eine gemeinsame Bestätigung, sondern ein beim Patienten ablaufender Vorgang ohne wesentliche Einbeziehung des Gegenübers.

Durch die Beurteilungen der Rater darf das Lachen zur Selbstbestätigung in dem hier untersuchten Fall als bestätigt angesehen werden. Eine Überprüfung, ob sich das Lachen zur Selbstbestätigung auch bei anderen Menschen finden lässt, wäre wünschenswert, die Erwartung, dass dies zutrifft, wird vom Schreiber dieser Zeilen hiermit formuliert.

Zu dem hier untersuchten Patienten kann angenommen werden, dass seine Prognose ungünstig ist: Die Chance einer Verbesserung seiner Störung mindert sich mit seiner Weige-

rung und seinem Unvermögen, therapeutische Interventionen zuzulassen und anzunehmen. So kommt er zum Ende der Untersuchung in die Rolle des Leidenden um so mehr als er dies abzuwehren versucht.

Im Folgenden sollen die Hypothesen zur Symptom- Kontext Methode anhand der erzielten Ergebnisse diskutiert werden .

Die Hypothese SKM- 1 nahm an, dass sich im vorliegenden Fall kein Ablauf mit Aktivierung des ZBKT darstellen werde. Die Ergebnisse bestätigen diese Hypothese: Eine Aktivierung des ZBKT und ein Ablauf entsprechend den psychoanalytischen Symptombildungstheorien (Freud 1925b, Brenner 2000, Engel und Schmale 1969, Overbeck 1979, Rudolf 2000, Thomä und Kächele 1992, Luborsky 1996) ist nicht erkennbar. Die Mittelwerte der Themen erreichen überwiegend Werte im Zahlenbereich zwischen 1 und 2, somit sind die beurteilten Themen im Mittel als nicht bis wenig berührt beurteilt worden. Dies erklärt sich durch die Heterogenität der Abläufe der einzelnen Lachsegmente. Zusätzlich zeigt sich kein erkennbarer Ablauf mit Aktivierung von Konflikten vor dem Lachen, sondern lediglich ein Anstieg einzelner Themen in Verbindung mit dem Anlass zum Lachen unmittelbar vor seinem Auftreten. In Luborskys (1996) zwei Symptom- Kontext- Studien zum Lachen fand er bei einer Patientin den Ablauf mit Aktivierung des ZBKT wie bei den Studien mit „echten“ Symptomen, bei der anderen Patientin fand er keinen solchen Ablauf.

Mit der Hypothese SKM- 2 wurde für den hier untersuchten Fall kein wesentlicher Informationsgewinn durch 6 versus 3 beurteilte Gedankeneinheiten erwartet, da die klinische Beurteilung den deutlichen Eindruck einer kurzfristigen Auslösung des Lachens durch heterogene Reize ohne spezifischen Ablauf mit Aktivierung des ZBKT ergab. In den Ergebnissen ist auch bei den 6 beurteilten Gedankeneinheiten kein spezifischer Verlauf mit langsamem Ansteigen bestimmter Themen vor dem Lachen zu erkennen, der auf einen übergreifenden typischen inneren Ablauf vor dem Lachen schließen ließe. Das Lachen wird im vorliegenden Fall wie angenommen kurzfristig durch einen Anlass ausgelöst. Die Hypothese SKM- 2 kann somit angenommen werden. Einschränkend ist jedoch festzustellen, dass der Nachweis dieser nicht erreichten zusätzlichen Erkenntnis durch 6 bewertete Gedankeneinheiten nur durch die Überprüfung bewiesen werden konnte. An Literatur kann nur auf Luborsky (1996) verwiesen werden, der die Beurteilung von 6 Gedankeneinheiten für Symptom- Kontext- Studien empfahl.

Die Hypothese- SKM 3 nahm an, dass studentische Rater grundsätzlich zur Beurteilung von Themen in Symptom- Kontext- Studien geeignet sind. Dies folgt der Überlegung, dass nicht nur Psychoanalytiker sondern auch weniger hoch spezialisierte und sensibilisierte

Menschen die Aktivierung von Themen in therapeutischen Gesprächen erkennen können. Zum Experiment mit den studentischen Ratern führte die Überlegung, dass es wichtig sei, unsere Forschung auf die Basis allgemein verstehbarer und nachvollziehbarer Erkenntnisse zu stützen. Es wurde erwartet, dass eventuell einzelne Rater keine guten Übereinstimmungen mit den anderen Ratern erreichen würden und von der weiteren Berechnung der Ergebnisse ausgeschlossen werden müssten. Um das Experiment auf sichere Daten stützen zu können, wurde nicht wie bei Luborsky (1996) für zwei sondern für eine Zahl von sieben Ratern entschieden, wie im Methodenkapitel dargelegt. Tatsächlich musste nach Bestimmung von Clusteranalysen zwischen den Ratern und von Interraterkorrelationen ein Rater von der weiteren Berechnung der Ergebnisse ausgeschlossen werden. Die anderen Rater erreichten bei einigen Themen hochsignifikante Korrelationen mit hohen Übereinstimmungen (Spearman- Rho zwischen  $.26^{**}$  und  $.57^{**}$  für die Themen *Ablehnung/ Abwertung* und *Freude/ Erfolg*, Darstellung der Korrelationen im Methodenkapitel), der psychoanalytisch geschulte Rater ist in dieser Datei mit vertreten, sodass diese Korrelationen ihn einschließen. Bei anderen Themen wurden zum Teil nicht signifikante und zum Teil signifikante Übereinstimmungen erreicht. Der Vergleich der Ergebnisse der Ratergruppe und des Raters P zeigt vor allem bei der Berechnung Lachen versus Kontrolle klare Übereinstimmungen bei den wesentlichen Themen.

Die Hypothese- SKM 3 wird deshalb als bestätigt angesehen. Allerdings wurden bei den leichter zu erkennenden Themen höhere Übereinstimmungen erreicht als bei den schwierig zu erkennenden Themen. Insbesondere das Thema *Aggression* wurde von der Ratergruppe unzureichend erkannt, wie schon oben geschildert.

Dies führt weiter zur Hypothese- SKM 4, welche differenzierte Ergebnisse durch die Beurteilungen des psychoanalytisch geschulten Raters erwartet. Sie kann angenommen werden und wird ergänzt durch die Beobachtung, dass durch die sicherere Beurteilung mit höheren Mittelwerten klarere Ergebnisse resultieren (Siehe vergleichende Angabe der Mittelwerte am Ende des Methodenkapitels).

Die Hypothese- SKM 5 postuliert die in Hypothese- Lachen 8 angenommenen verschiedenen Abläufe bei den unterschiedlichen Modi nochmals aus Sicht der Symptom- Kontext- Methode. Luborsky (1996) nutzte grundsätzlich monologische Gesprächssequenzen bei seinen Symptom- Kontext- Studien und beschrieb, dass einzelne Segmente mit eingeschobenen Äußerungen des Therapeuten die Ergebnisse nicht wesentlich beeinflussen würden. Die hier erzielten Ergebnisse zeigen für die in diesem Fall nicht- symptomatische Verhaltensweise (in Luborskys Sinn, das heißt ohne Aktivierung des ZBKT) klare Unterschiede, wenn die drei Modi systematisch getrennt untersucht werden. Ob dies für Symptome mit Aktivierung des

ZBKT ebenfalls zutrifft, wäre getrennt zu untersuchen. Man kann jedoch annehmen, dass bei Symptomen mit Aktivierung des ZBKT deutlich weniger Unterschiede in den Gesprächsmodi erreicht werden.

Bei der Konzeption der Studie wurde vorgesehen, die Themen neben dem ZBKT zusätzlich durch die OPD- Einschätzung anzureichern. Bei der Auswahl der Themen wurde deutlich, dass die OPD- Einschätzung die gewählten Themen unterstützt und bestätigt, jedoch keine zusätzlichen Themen erbringt, die für den Beurteilungsvorgang hinzugefügt werden sollen. Die OPD- Einschätzung führt sehr wohl zu einer Bereicherung und Differenzierung der Themen, die Haupt- Themen werden aber im ZBKT ausreichend erfasst. Allerdings wäre die Frage der Ergänzung der Methode durch die OPD- Einschätzung besser mit einer Studie mit einem Symptom mit ZBKT- Aktivierung und kompletten und typischem Symptombildungsablauf zu beantworten.

Nach der Prüfung der Hypothesen und der daraus folgenden Diskussion sollen nun die Ergebnisse insgesamt im Kontext der Theorie betrachtet werden. Dabei wird zunächst das Lachen des Patienten thematisiert und danach das Ergebnis mit jenen anderer Symptomkontext- Studien verglichen.

Das Lachen lässt sich insgesamt nach den Ergebnissen an einer geringen Aktivierung des Themas *Freude/ Erfolg* im Vergleich zu keiner Aktivierung des Themas bei der Kontrolle kennzeichnen. Dabei ist es verbunden mit Anstiegen des ZBKT- Hauptwunsches *Sich Behaupten* und dem Thema *Aggression*. Im Urteil der Ratergruppe gelingt es dem Patienten, *Frustration* nicht mehr spürbar zu machen: Die Bewertungen dieses Themas liegen bei den Lachsegmenten signifikant niedriger als bei den Kontrollsegmenten. Ein Anstieg des Themas *Einlassen* ist vor dem Lachen überwiegend nachweisbar. Es lässt sich also extrahieren, dass der Patient bei zunehmender Intimität, Aggression und Selbstbehauptung lacht, um sich zu distanzieren und Affekte der Frustration und Resignation abzuwehren. Als Ersatz werden mit dem Lachen Deckemotionen von Freude und Erfolg in niedriger Intensität erzeugt, die aus der depressiven Grundstimmung herausragen. Mit der gemessenen ansteigenden Selbstbehauptung lässt sich der Versuch des Patienten erkennen, die Selbstkonstanz zu erhalten. Dabei müssen gefährdende Impulse von außen und innen abgewehrt werden und dürfen nicht zum Bewusstsein zugelassen werden.

Das Lachen folgt durchaus einer typischen inneren Notwendigkeit über die verschiedenen Gesprächsmodi hinweg. In diesen lassen sich unterschiedliche Nuancen erkennen, während die grundlegende Funktion des Lachens in diesem Fall eine einheitliche Tendenz erkennen lässt. So sind zunehmende Intimität bei Monolog wie Intervention an der Auslösung

des Lachens beteiligt, welches die Zunahme der Intimität abwehren muss (Plessner 1961, Zijderfeld 1976 Chapman, zitiert nach Bänninger- Huber 1996). Beim Modus Dialog zeigt sich besonders der Aspekt der Aufrechterhaltung der Selbstkonstanz mit dem Ersatz der Frustration durch künstlich erzeugte positive Emotionen (Nietzsche, zitiert nach Ueding 1992, Freud 1905, Lemma 2000, Bänninger- Huber 1996, Krause 1988). Beim Modus Intervention ist es die einlassende, provozierende Aggression des Therapeuten, welche den Rückzug durch das Lachen auslöst (Eibl- Eibesfeldt 1984, Lorenz 1974, Aristoteles, zitiert nach Ueding 1992, Holland 1982, Platon, zitiert nach Heinrich 1986, Poyatos 2002, Kuschel 1992).

Die aus der Theorie und der klinischen Beurteilung des Patienten entwickelte Funktion des Lachens zur Selbstbestätigung und Affektabwehr ist bisher nicht in dieser Form beschrieben. Sie kann aufgrund der gewonnenen Ergebnisse als bestätigt angesehen werden und ergänzt das Wissen um die Funktionen des Lachens um einen neuen Aspekt. Dabei wird das ZBKT nicht aktiviert, dessen Hauptwunsch dennoch ständig hintergründig spürbar bleibt. Es handelt sich um einen primitiveren Abwehrvorgang, der keinen komplexen Ablauf mehrerer Schritte aufweist, sondern direkt auf Bedrohung mit Abwehr derselben reagiert, ohne dass die Bedrohung spürbar oder nachfühlbar wird.

Der Vergleich der hier vorliegenden Studie mit den beiden bisher bekannten Symptom- Kontext- Studien zum Lachen durch Luborsky (1996) zeigt das Lachen wie von Luborsky beobachtet als nicht- symptomatische Verhaltensweise ohne Aktivierung des ZBKT. Während bei den von Luborsky untersuchten Patientinnen einmal *Einlassen* und *Ängstlichkeit* und einmal *Wütend Sein* zwischen Lachen und Kontrolle diskriminierten, wurden in der hier durchgeführten Untersuchung *Freude/ Erfolg*, *Einlassen*, *Frustration* und *Aggression* als relevante Themen bei der Auslösung des Lachens extrahiert. Der Unterschied zur Symptombildung, den Luborsky erarbeitete, wird durch die hier vorgelegte Untersuchung bestätigt. Trotzdem hat das Lachen im vorliegenden Fall Symptomcharakter im Sinn als Krankheitszeichen. Es verweist auf spezifische Abwehrprozesse und seine Unangemessenheit ist offensichtlich, auch wenn seine Notwendigkeit zur Regulation der Selbstkonstanz erkannt werden kann.

Eine Einordnung des Lachens dieses Patienten in die Symptombildungstheorien zeigt Übereinstimmungen und Widersprüche mit deren Vorgaben. Aus der Liste von Merkmalen der Symptombildung, die Luborsky erarbeitete (siehe Kapitel 2.) treffen die Merkmale 1,4,6,7,8 für diesen Patienten zu, sie sind aber im Rating nicht zu erkennen. Diese zutreffenden Merkmale sind:

- 1.) Wahrnehmung einer potentiellen Gefahr.

- 4.) Zunahme von Hoffnungslosigkeit, Kontrollverlust, Angst, Blockiert Fühlen, Hilflosigkeit.
- 6.) Psychologische Veränderungen begleitet von physiologischen Veränderungen.
- 7.) Der Hintergrund- Zustand spiegelt den augenblicklichen Zustand wider.
- 8.) Ein Zielsymptom tritt auf, welches von der biopsychosozialen Disposition bestimmt wird.

Die folgenden Merkmale treffen nicht zu:

- 2.) Die Gefahr hat Bezug zu Menschen, mit welchen die Person involviert ist.
- 3.) Aktivierung des ZBKT.
- 5.) Gesteigerte Kognitive Beeinträchtigung (bei einigen Patienten).

Das ZBKT wird zumindest nicht immer aktiviert, und die Abläufe sind sehr verschieden, was an den Rating- Werten gut abzulesen ist, sowie am Cluster der Fälle. Es handelt sich also beim Lachen in diesem Fall um eine sehr heterogene Verhaltensweise, die nicht im Sinne eines gleichförmigen psychischen Symptoms verstanden werden kann. Trotzdem behält das Lachen des Patienten an einigen Stellen symptomhaften Charakter als Hinweis auf eine maladaptive psychische Funktion mit Abwehr bedrohlicher Inhalte, unangenehmer Affekte und Einlassen.

Insgesamt erfüllt das Lachen im vorliegenden Fall nicht alle Kriterien der Symptombildungstheorie, und ist anhand dieser Charakterisierung klar getrennt von Symptomen einzuordnen. Dennoch werden einige der Kriterien erfüllt und das Lachen zeigt symptomatischen Charakter. Es tritt wiederholt auf mit nicht passendem Affekt, der auffällig und emotional schwer nachzuvollziehen ist. Seine Auslöser sind nicht angemessen. Es zeigt typische Charakteristika wie Vermeidung bestimmter Themen und Affekte, und es zeigt regelmäßig die Funktion der Vermeidung von Nähe und der Selbststabilisierung. Man könnte es als ein „Münchhausens Lachen“ bezeichnen, mit dem sich der Patient wie Münchhausen am eigenen Schopf des Lachens aus dem Sumpf des depressiven Affektes zieht. In diesem Sinn ist das Lachen im vorliegenden Fall durchaus als Symptom anzusehen, vor allem auch in der Bedeutung als Krankheitszeichen. Es ist Ausdruck der narzisstisch gestörten Selbstregulation.

Der Einsatz der Symptom- Kontext- Methode im vorliegenden Fall soll ebenfalls kritisch beleuchtet werden. Einerseits erlaubt dieser den Vergleich des Lachens im vorliegenden Fall mit der Symptombildung bei anderen Symptomen und beim Lachen in den Untersuchungen von Luborsky. Es lässt sich, wie die Ergebnisse zeigen, doch viel anhand des Einsatzes dieser Untersuchungsmethode herausarbeiten, und dies, obwohl es sich um sehr heterogene Lachsegmente handelt. Andererseits wäre eine Untersuchung des Lachens mit Methoden, die mehrere Untersuchungsebenen einbeziehen lassen, noch vielversprechender. Der Informationsverlust bei den verschiedenen Übersetzungsprozessen (Bandaufnahme,



---

Transkription) lässt manche Feinheiten nicht mehr erkennen, vielleicht bewirkt dies andererseits eine Reduktion auf Wesentliches. Bei weiteren Studien wären Kombinationen von Bandaufnahmen mit Videoaufzeichnung, spektrografischen Untersuchungen der Stimme und Einsatz des FACS interessant, um eine weitere Differenzierung der beobachteten Phänomene zu ermöglichen.

## 8. Zusammenfassung

Anhand der vorliegenden Symptom- Kontext- Studie wurde untersucht, welche Gesprächskontexte im Umfeld des Lachens eines Patienten zu erkennen sind. Dabei wurden die symptomatischen Segmente und Kontrollsegmente erstmals unterteilt in drei Modi des therapeutischen Gesprächs: Monolog, Dialog und Intervention des Therapeuten. Beurteilt wurden die Themen, die sich aus Luborskys Vorgaben, der klinischen Beurteilung und dem ZBKT (zentralen Beziehungs- Konflikt- Thema) ergaben. Diese sind: *Ablehnung/ Abwertung*, *Ideal*, *Freude/ Erfolg*, *Frustration/ Resignation*, *Einlassen*, *Sich Behaupten* und *Aggression*. Bewertet wurden die Segmente und Themen einmal von einer Gruppe von 7 studentischen, ungeschulten Ratern und einmal von einem psychoanalytisch geschulten Rater.

Die Studie bestätigt den klinisch gewonnenen Eindruck, dass der Patient Lachen häufig nutzt, um sich von belastenden Emotionen und Erkenntnissen abzulenken. Dies zeigt sich an den höheren Bewertungen für das Thema *Freude/ Erfolg* bei den Lachsegmenten bei gleichzeitig niedrigeren Bewertungen für das Thema *Frustration/ Resignation* (in der Beurteilung durch die Ratergruppe). Dabei ist deutlich, dass der Patient wenig Freude und Erfolg erlebt, und die anderen oben beschriebenen Themen erreichen überwiegend höhere Mittelwerte, als das Thema *Freude/ Erfolg*.

Der Verlauf der Themen aller drei Gesprächsmodi über die Zeit zeigt einen Anstieg von 5 der 7 Themen zum Zeitpunkt unmittelbar vor dem Lachen. Die verschiedenen Segmente sind jedoch sehr heterogen, sodass sich statistisch wenig ausgeprägte Effekte finden. Der Verlauf der Themen zeigt keinen spezifischen Ablauf mit Aktivierung des ZBKT, wie es von Luborsky für psychogene und psychosomatische Symptome gefunden wurde. In diesem Sinn muss das Lachen also nicht einem Symptom gleichgesetzt werden, sondern behält, wie von Luborsky vorgegeben, den Status einer nichtsymptomatischen Verhaltensweise.

Die Aufteilung der Ergebnisse in die drei Modi zeigt wesentliche Unterschiede zwischen Monolog, Dialog und Intervention.

Beim Monolog lacht der Patient, nachdem er sich mehr eingelassen hat, und nutzt das Lachen zur Distanzierung vom Therapeuten. Zusätzlich dient es zum Aufbau der Selbstbehauptung und zum „Wegspülen“ unerträglicher Affekte.

Beim Dialog dient das Lachen der Affiliation und dem Beziehungserhalt. Dabei ist eine die Vermischung von Freude und Frustration erkennbar, die das bittere Lachen zur

vordergründigen Kompensation belastender Emotionen ohne wirkliche Bewältigung ausdrückt.

Beim Modus Intervention folgt das Lachen unmittelbar auf eine therapeutische Interpretation. Hier lacht der Patient deutlich erkennbar bei provokativeren Interventionen, was an einer höheren Bewertung für Aggression beim Lachen ablesbar ist. Dabei ist ein hohes Ausmaß an Einlassen durch den Therapeuten erkennbar, welches das Einlassen des Patienten weit übersteigt. Wie beim Modus Monolog beobachtet, scheint der Patient dies ebenso wie den Inhalt der Intervention durch Lachen abwehren zu müssen.

Die Studie zeigt also insgesamt deutliche Unterschiede in den verschiedenen Modi des therapeutischen Gesprächs. Insbesondere Reaktionen auf die therapeutische Intervention sind bisher nicht mittels Symptom- Kontext- Studien untersucht worden.

In dieser Studie wurden erstmalig Beurteilungen ungeschulter studentischer Rater und eines psychoanalytisch geschulten Raters verglichen. Dabei zeigt sich, dass für leichter erkennbare Themen (*Freude/ Erfolg, Einlassen und Sich Behaupten*) die Beurteilungen eine gute Übereinstimmung zeigen, wogegen die Themen *Ablehnung/ Abwertung, Ideal, Frustration/ Resignation* und *Aggression* deutliche Unterschiede in den Bewertungen aufweisen. Der psychoanalytisch geschulte Rater erreichte eine deutlich höhere Streuung der Bewertungen und beurteilte Themen als stärker berührt als die studentischen Rater. Diese Ergebnisse sind vorsichtig zu bewerten, da der psychoanalytisch geschulte Rater im Gegensatz zu den studentischen Ratern die Tonbandaufnahmen und das Studiendesign kannte. Die Beurteilung durch die Ratergruppe hat den Vorteil der Objektivität. Zusätzlich erscheint das feinere Erkennen der Themen durch Psychoanalytiker gelegentlich hinderlich: Die angenommene Abnahme an *Frustration/ Resignation* beim Lachen wurde durch die studentischen Rater erkannt, wogegen der psychoanalytisch geschulte Rater dieses Thema als beim Lachen weiterhin aktiv bewertete.

Die Untersuchung zeigt insgesamt eine Funktion des Lachens auf, die noch wenig beschrieben wurde: Lachen kann einer Selbstbestätigung und Aufrechterhaltung des narzisstischen Gleichgewichts sowie der Abwehr belastender Affekte und Inhalte dienen. Lachen in Folge der therapeutischen Intervention kann, wie von Freud beschrieben, Einsicht anzeigen, es kann aber auch der Distanzierung dienen und die Verweigerung weiteren Einlassens und die Verhinderung des Zulassens der Inhalte der Interpretation ausdrücken.

## 9. Literaturverzeichnis

- Adamaszek R: Lachen und Therapie. *Integrative Therapie* 3: 279-299 (1991)
- Adler R, Herrmann J M: A context study of psychological conditions prior to shifts in blood pressure. *Psychotherapy and Psychosomatics* 27: 198-204 (1976)
- Affeld- Niemeyer P: Das Lachen und sein Schatten. *Analytische Psychologie* 21: 171-198 (1990)
- Ahrens S, Schneider, W: Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin, S. 57-105 (2002)
- Alberti L: Von quantitativer zur qualitativen Forschung. In: Faller, H., Frommer, J (Hrsg) *Qualitative Psychotherapieforschung*. Asanger, Heidelberg, S. 53-56 (1994)
- Alexander F: Grundzüge der psychosomatischen Forschung. In: Overbeck, G und A (Hrsg) *Seelischer Konflikt - körperliches Leiden*. Rowohlt, Reinbek, S. 46-55 (1978)
- Arbeitskreis OPD: Operationalisierte psychodynamische Diagnostik. Bern, Huber, 105-188 (1998)
- Askenasy J J: The Functions and Dysfunctions of Laughter. *Journal of General Psychology* 114: S. 317-334 (1987)
- Bahr H-D: Die Schildkröte und die Leier: eine lachende Entdeckung. In: Kamper D, Wulf C (Hrsg) *Lachen- Gelächter- Lächeln*. Syndikat, Frankfurt, S. 87-105 (1986)
- Bänninger- Huber E: Was soll das Lächeln auf der Couch? *Intra* 16: 50-53 (1993)
- Bänninger- Huber E: Die Kunst des Lächelns. *Psychomed* 8: 114-121 (1996)
- Bänninger- Huber E: Mimik Übertragung Interaktion. Huber, Bern, S. 72-94 (1996)
- Bateson G: Ökologie des Geistes. Suhrkamp, Frankfurt, S. 270-301 (1988)
- Baudelaire C: Über das Wesen des Lachens, insbesondere über das Komische in der Kunst. *Abi Melzer, Dreieich*, S. 24-38 (1981)
- Bergson H: Das Lachen. Westkulturverlag Anton Hain, Meisenheim am Glan, S. 7-39, 40-73, 74-109 (1900, Lizenzausgabe 1921)
- Bischof R: Lachen und Sein. In: Kamper D, Wulf C (Hrsg) *Lachen- Gelächter- Lächeln*. Syndikat, Frankfurt, S. 52-67 (1986)
- Blurton Jones N G: Non- Verbal Communication in Children. In: Hinde R A (Hrsg) *Non- Verbal Communication*. Cambridge University Press, Cambridge, S. 271-295 (1972)
- Brenner C: Grundzüge der Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt, S. 158-176 (2000)

- Buchholz M B, Streeck U: Psychotherapeutische Interaktion: Aspekte qualitativer Psychotherapieforschung. In: Buchholz M B, Streeck U (Hrsg) Heilen, Forschen, Interaktion. Westdeutscher Verlag, Opladen S. 67-106 (1994)
- Crits-Christoph P, Connolly M B: Reliability and base rates of interpersonal themes in narratives from psychotherapy sessions. *Journal of clinical child and adolescent psychology* 55: 1227-1242 (1999)
- Crits-Christoph P, Luborsky L: What makes Susie cry? A symptom-context study of family therapy. *Family process* 30: 337-345 (1991)
- Darwin C: Der Ausdruck der Gemütsbewegungen bei dem Menschen und den Tieren (1872), (kritische Edition von Paul Ekman). Eichborn, Frankfurt, S. 217-244 (2000)
- Davidhizar R, Bowen M: The dynamics of laughter. *Archives of Psychiatric Nursing* 6: 132-137 (1992)
- Dressen W: Possen und Zoten: Ausflüge unter die Gürtellinie. In: Kamper D, Wulf C (Hrsg) Lachen- Gelächter- Lächeln. Syndikat, Frankfurt, S. 147-169 (1986)
- Dunbar F: Psychosomatic diagnosis. Hoeber, London, S. 645-687 (1968)
- Eco U: Der Name der Rose. Deutscher Taschenbuch Verlag, München, S. 168 (1986)
- Eibl-Eibesfeldt I: Die Ko-Buschmannsgesellschaft. Gruppenbindung und Aggressionskontrolle. Piper, München, S. 244-248 (1972)
- Eibl-Eibesfeldt I: Die Biologie menschlichen Verhaltens. Seehamer Verlag, München, S. 483-489 (1984)
- Ekman P, Friesen W V: felt, false and miserable smiles. *Journal of nonverbal behaviour* 6: 238-250 (1982)
- Endres-de-Oliveira G: Reagieren Kleinkinder auf affektive mimische Reize affektiv? *Acta Paedopsychiatrica* 52: 26-35 (1989)
- Engel G L, Schmale A H: Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung. *Psyche* 23: 241-261 (1969)
- Fahrenberg J: Ambulantes psychophysiologisches Monitoring in der klinischen Psychologie. In: Rockstroh B, Elbert T, Watzl H (Hrsg) Impulse für die klinische Psychologie. Verlag für Psychologie, Bern, S. 143-166 (1997)
- Farely F, Brandsma J: Provokative Therapie. Springer, Berlin, S. 125-156 (1986)
- Fehrle E: Das Lachen im Glauben der Völker. *Zeitschrift für Volkskunde* 2: 1-5 (1930)
- Freud S: Die Traumdeutung (1900). In: Gesammelte Werke, Fischer, Frankfurt, Band II/III, S.611 (1999)

- Freud S: Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten (1905). In: Gesammelte Werke, Fischer, Frankfurt, Band VI (1999)
- Freud S: Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten (1905a). In: Gesammelte Werke, Fischer, Frankfurt, Band VI, S. 164 (1999)
- Freud S: Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten (1905b). In: Gesammelte Werke, Fischer, Frankfurt, Band VI, S. 194 (1999)
- Freud S: Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten (1905c). In: Gesammelte Werke, Fischer, Frankfurt, Band VI, S. 252 (1999)
- Freud S: Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten (1905d). In: Gesammelte Werke, Fischer, Frankfurt, Band VI, S. 133 (1999)
- Freud S: Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten (1905e). In: Gesammelte Werke, Fischer, Frankfurt, Band VI, S. 256 (1999)
- Freud S: Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten (1905f). In: Gesammelte Werke, Fischer, Frankfurt, Band VI, S. 260-269 (1999)
- Freud S: Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten (1905g). In: Gesammelte Werke, Fischer, Frankfurt, Band VI, S. 131-135 (1999)
- Freud S: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, XXIII. Vorlesung: Die Wege der Symptombildung (1916). In: Gesammelte Werke, Fischer, Frankfurt, Band XI, S. 374 (1999)
- Freud S: Der Humor (1925a). In: Gesammelte Werke, Fischer, Frankfurt, Band XIV, S. 383-389 (1999)
- Freud S: Hemmung, Symptom und Angst. (1925b) In: Gesammelte Werke, Fischer, Frankfurt, Band XIV, S. 118-123 (1999)
- Freyberger H J: Symptom- Kontext- Beziehungen im psychosomatisch-psychoanalytischen Erstinterview bei Patienten mit herzneurotischem Beschwerdebild. Medizinische Dissertation, Universität Hamburg (1986)
- Freyberger H J: Unveröffentlichte Befunde (2003)
- Glasgow R D W: Split down the sides- On Humour. University Press of America, Lanham, S. 55-76 (1997)
- Göbel R, Bräuning P: Pathologisches Lachen. Krankenhauspsychiatrie 9: 93-97 (1998)
- Grotjahn M: Laughter in group psychotherapy. The International Journal of Group Psychotherapy 21: 234-238 (1971)
- Guegler A: Sie lachen mich immer aus. Heilpädagogische Werkblätter 27: 254-261 (1958)

- Haig R: Some sociocultural aspects of humour. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 22: 418-422 (1988)
- Heinrich K: "Theorie" des Lachens. In: Kamper D, Wulf C (Hrsg) Lachen- Gelächter- Lächeln. Syndikat, Frankfurt, S. 17-38 (1986)
- Hoffmann S, Hochapfel G: Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. Schattauer, Stuttgart, S. 199-215 (1999)
- Höfner E: Der provokative Stil bei depressiven Störungen. Psychotherapie im Dialog 2: 450-456 (2001)
- Höfner E, Schachtner U: Psychotherapie ist eine ernste Sache. Oder? Psychologie heute 22: 25-29 (1995)
- Holland N N: Laughing- A Psychology of Humour. London, Cornell University Press, S. 15-106 (1982)
- Izard C E: Die Emotionen des Menschen. Beltz, Weinheim S. 271-289, 310-312 (1994)
- Jacobson E: Das Lachen des Kindes. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 10: 33-43 (1961)
- Jürgens U: The Squirrel Monkey as an Experimental Model in the Study of Cerebral Organization of Emotional Vocal Utterances. European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences 236: 40-43 (1986)
- Jurzik R: Die zweideutige Lust am Lachen. Eine Symptomanalyse. In: Kamper D, Wulf C (Hrsg) Lachen- Gelächter- Lächeln. Syndikat, Frankfurt, S. 39-51 (1986)
- Jüttemann G: Induktive Diagnostik als gegenstandsangemessene psychologische Grundlagenforschung. In: Jüttemann G. Qualitative Forschung in der Psychologie. Asanger, Heidelberg S. 45-70 (1989)
- Kächele H, Schaumburg C, Thomä H: A study of recurrent anxiety. Universität Ulm (1974)
- Kamper D, Wulf C: Der unerschöpfliche Ausdruck. In: Kamper D, Wulf C (Hrsg) Lachen- Gelächter- Lächeln. Syndikat, Frankfurt, S. 7-14 (1986)
- Kratz T, Wallesch C W: Pathologisches Lachen und Weinen. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie 69: 353-358 (2001)
- Krause R, Lütolf P: Facial Indicators of Transference Processes within Psychoanalytic Treatment. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (Hrsg) Psychoanalytic Process Research Strategies, Springer, Berlin, S. 257-272 (1988)
- Kris E: Das Lachen als mimischer Vorgang. Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago 24: 146-168 (1939)

- Kuschel K-J: Christus hat nie gelacht? - Überlegungen zu einer Theologie des Lachens. In: Vogel T (Hrsg) Vom Lachen. Attempo, Tübingen, S. 106-128 (1992)
- Lemma A: Humour on the Couch. Whurr, London (2000)
- Lempp R: Das Lachen des Kindes. In: Vogel T (Hrsg) Vom Lachen. Attempo, Tübingen, S. 79-92 (1992)
- Lorenz K: Das sogenannte Böse. Deutscher Taschenbuch Verlag, München, S. 256 (1974)
- Luborsky L: Onset conditions for psychological and psychosomatic symptoms during psychotherapy: a new theory based on a unique data set. American Journal of Psychiatry 153: 11-23 (1996)
- Luborsky L: The Symptom- Context Method: symptoms as opportunities in psychotherapy. American Psychological Association, Washington DC, S. 3-28, 279-297, 353-406 (1996)
- Luborsky L: Einführung in die analytische Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 150-169 (2001)
- Luborsky L: The only clinical and quantitative study since Freud of the preconditions for recurrent symptoms during psychotherapy and psychoanalysis. The international journal of psychoanalysis 82: 1133-1154 (2001)
- Luborsky L, Bachrach H: Preconditions and consequences of transference interpretations. A clinical-quantitative investigation. The journal of nervous and mental disease 167: 391-401 (1979)
- Luborsky L, Docherty J P: A context analysis of psychological states prior to petit mal EEG paroxysms. The journal of nervous and mental disease 160: 282-298 (1975)
- Luborsky L, Kächele H: Die Symptom- Kontext- Methode. In: Buchheim P, Cierpka M, Seifert T (Hrsg) Symptom und Persönlichkeit im Kontext. Springer, Berlin S. 19-39 (1999)
- Luborsky L, Stuart J: The Penn Psychoanalytic Treatment Collection: a set of complete and recorded psychoanalyses as a research resource. Journal of the American Psychoanalytic Association 49: 217-234 (2001)
- Mahler M S, Pine F, Bergmann A: Die psychische Geburt des Menschen, Symbiose und Individuation. Fischer, Stuttgart, S. 65, 72, 161, 215, 257 (1980)
- Marty P, de M'Uzan M: La pensee operationelle. Revue francaise de Psychoanalyse 27: 345-356 (1963)
- Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse. In: Jüttemann G (Hrsg) Qualitative Forschung in der Psychologie. Asanger, Heidelberg, S. 187-211 (1989)



- Merten J: Affekte und die Regulation nonverbalen, interaktiven Verhaltens. Peter Lang, Bern, S. 41-55, 64-78 (1996)
- Merten J: Beziehungsregulation in Psychotherapien. Kohlhammer, Stuttgart, S. 89-114 (2001)
- Mitscherlich A: Anmerkungen über die Chronifizierung psychosomatischen Geschehens. *Psyche* 15: 1-25 (1961/62)
- Morgan R, Luborsky L: Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn Helping Alliance Rating Method. *Archives of general psychiatry* 39: 397-402 (1982)
- Neumann K: Amüsieren wir uns zu Tode? *Göttinger Zeitschrift für Erziehung und Gesellschaft* 31: 270-279 (1991)
- Nietzsche F: Werke in drei Bänden. München, Band III S. 467 (1966)
- Overbeck G: Was ist psychoanalytische Psychosomatik? *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 29: 160-172 (1979)
- Overbeck G: Groddeck's psychosomatisches Konzept - Versuch einer kritischen Würdigung. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 5: 4-10 (1985)
- Petrilowitsch N: Beitrag zur Psychologie des Lachens. *Jahrbuch für Psychologie und Psychotherapie* 5: 149-154 (1958)
- Pierce R A: Use and Abuse of laughter in Psychotherapy. *Psychotherapy in Private Practice* 3: 67-73 (1983)
- Plessner H: Lachen und Weinen. Franke, Bern, S. 63-154, 185-212 (1961)
- Poland W S: The gift of laughter: on the development of a sense of humor in clinical analysis. *The psychoanalytic quarterly* 59: 197-225 (1990)
- Poyatos F: Nonverbal Communication across Disciplines. John Benjamins B V, Amsterdam/Philadelphia, 114-156 (2002)
- Preuschoft S: Laughter and smile in Barbary macaques. *Ethology* 3: 220-239 (1992)
- Reik T: Lachen, dessen man sich schämt. Internationaler psychoanalytischer Verlag, Wien, S. 257-262 (1929)
- Rötzer F: Wie einen das Lachen ankommt. In: Kamper D, Wulf C (Hrsg) *Lachen- Gelächter- Lächeln*. Syndikat, Frankfurt, S. 68-86 (1986)
- Ruch W: Erheiterung. In: Otto J H, Euler H A, Mandl H (Hrsg) *Emotionspsychologie, Psychologie Verlags Union, Weinheim*, S. 231-238 (2000)
- Rudolf G: Persönlichkeit und Symptom im Kontext der Psychotherapie. In: Buchheim P, Cierpka M, Seifert T (Hrsg) *Symptom und Persönlichkeit im Kontext*. Springer, Berlin S. 1-18 (1999)

- Rudolf G: Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Thieme, Stuttgart, S: 129, 158, 161, 166 (2000)
- Sargent H: Intrapsychic change: Methodological problems in psychotherapy research. *Psychiatry* 24: 93-108 (1961)
- Schneider E: Vom lauten Lachen des Kindes und vom Humor. Internationaler psychoanalytischer Verlag, Wien, S. 201-202 (1956)
- Schneider G: Strukturkonzept und Interpretationspraxis der objektiven Hermeneutik. In: Jüttemann G (Hrsg) *Qualitative Forschung in der Psychologie*. Asanger, Heidelberg, S. 71-91 (1989)
- Schur M: Zur Metapsychologie der Somatisierung. In: Brede, K (Hrsg) *Einführung in die psychosomatische Medizin*. Fischer- Athenäum, Frankfurt S. 335-391 (1974)
- Sifneos P F: Problems of Psychotherapy with Alexithymic characteristics and physical disease. *Psychotherapy and psychosomatics* 26: 65-70 (1975)
- Spitz R A: Vom Säugling zum Kleinkind. Klett, Stuttgart, S. 102, 120, 163 (1967)
- Steinmann G, Nordmeyer J, Deneke F-W, Von Kerekjarto M: Nonverbale Kommunikation zwischen Arzt und Patient. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 4: 68-80 (1978)
- Strauß B: Zukunft einzelfallstatistischer Methoden in der Psychosomatik. In: Strauß, B: *Zukunftsaufgaben der psychosomatischen Medizin*. Berlin, Springer- Verlag, S. 471-486 (1987)
- Thomä H, Kächele H: *Lehrbuch der Psychoanalytischen Therapie, Band 1, Theorie*. Springer, Berlin, S. 350-371 (1985)
- Thomä H, Kächele H: *Lehrbuch der Psychoanalytischen Therapie, Band 2, Praxis*. Springer, Berlin, S. 406-413 und 543-544 (1992)
- Titze M: *Die heilende Kraft des Lachens*. Kösel, München, S. 238-253 (1995)
- Ueding G: Rhetorik des Lachens. In: Vogel T (Hrsg) *Vom Lachen*. Attempo, Tübingen, S. 24-44 (1992)
- Valsiner J: *The individual subject and scientific psychology*. Plenum Press, New York, S. 1-16 (1986)
- Van Hooff J A R A M: *A Comparative Approach to the Phylogeny of Laughter and Smiling*. In: Hinde R A (Hrsg) *Non- Verbal Communication*. Cambridge University Press, Cambridge, S. 209-237, (1972)
- Verdi G: *Othello*. (1887) Ausgabe: B. Schott's Söhne, Mainz, S. 129 (1994)
- Volkart R, Heri I: Kann man die Spirale aus Scham, Wut und Schuldgefühlen durch Lachen auflösen? *Psychotherapeut* 43: 179-191 (1998)

- Von Uexküll Th: Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Rowohlt, Hamburg, S. 150-154, 195-198 (1963)
- Winnicott D W: Übergangsobjekte und Übergangsphänomene, Psyche 23: 666 (1969)
- Wittmann L: Lachen in der Psychotherapie. Genuss und Genießen: zur Psychologie des genußvollen Erlebens und Handelns. Beltz, Weinheim, S. 90-107 (1983)
- Wühl M I: Mythologische Amplifikationen zum Thema des Lachens. Analytische Psychologie 21: 214-218 (1990)
- Wurmser L: Die schwere Last von tausend unbarmherzigen Augen- zur Psychoanalyse der Scham und der Schamkonflikte. Forum der Psychoanalyse 2: 111-133 (1986)
- Wurmser L: Die Maske der Scham. Springer, Berlin, S. 144 (1993)
- Zijderfeld A C: Humor und Gesellschaft - eine Soziologie des Lachens und des Humors. Styria, Graz, S. 51-66, 173-204 (1976)

## Danksagung

Mein Dank gilt meiner Familie, die mir die Freiheit und den Rückhalt zur Durchführung dieser Arbeit gegeben haben. Ich danke Herrn Prof. Dr. Streeck für die Vermittlung der Arbeit, Herrn Prof. Dr. Kächele für die Vergabe der Arbeit und die Betreuung sowie die Möglichkeit, meinem Doktorvater in dieser Form über die Schulter zu blicken. Herrn Dr. Pokorny gilt mein Dank für die Formatierung des Datensatzes und die statistische Unterweisung und ich widme ihm die Boxplot- Darstellungen im Ergebnisteil. Ich danke Frau PD Dr. Schatz für die Betreuung beim Schreiben. Herrn Dr. Schütt und Kollegen danke ich für die Gewährung der Freiheiten, die das Schreiben ermöglicht haben. Herrn Prof. Dr. Dr. Schneider danke ich für die motivierende Unterstützung und die Gewährung der Freiheit zur Fertigstellung der Arbeit. Frau Werner danke ich für die sorgfältige Fleißarbeit der Transkription. Frau Langfeld danke ich für die Versorgung mit „exotischer“ Literatur. Dem Patienten danke ich für sein Einverständnis zur Tonbandaufnahme und Beforschung, ohne das diese Arbeit nicht existieren würde.

## Anhang

### I. Zitate

Jorge von Burgos: „Das Lachen schüttelt den Körper, entstellt die Gesichtszüge und macht den Menschen dem Affen gleich.“- William von Baskerville: „Die Affen lachen nicht, das Lachen ist dem Menschen eigentümlich, es ist ein Zeichen seiner Vernunft“ (Eco 1980, S. 168).

„Le sage ne rit qu'en tremblant“ (Baudelaire zitiert nach Lemma 2000, S. 168)

„Der Humor hat etwas Befreiendes... und etwas Großartiges... Das Großartige liegt offenbar im Triumph des Narzissmus, in der siegreich behaupteten Unverletzlichkeit des Ichs“ (Freud 1925a, S. 385).

„Vielleicht weiß ich am besten, warum der Mensch allein lacht: er leidet so tief, dass er das Lachen erfinden musste“ (Nietzsche 1966, Bd. 3, S. 467).

Jago: „ride chi vince – ha ha“

Cassio: „...vince chi ride - ha ha“ (Verdi 1887, S. 129)

„Hunde, welche bellen, beißen immerhin manchmal, aber Menschen, welche lachen, schießen *nie!*“ (Lorenz 1974, S. 256)

„Lachen tötet“ (- durch Beschämung) (Wurmser 1993, S. 144).

"Viele meiner neurotischen, in psychoanalytischer Behandlung stehenden Patienten pflegen regelmäßig durch ein Lachen zu bezeugen, dass es gelungen ist, ihrer bewussten Wahrnehmung das Unbewusste getreulich zu zeigen, und sie lachen auch dann, wenn der Inhalt des Enthüllten es keineswegs rechtfertigen würde. Bedingung dafür ist allerdings, dass sie diesem Unbewussten nahe genug gekommen sind, um es zu erfassen, wenn der Arzt es erraten und ihnen vorgeführt hat" (Freud 1905, S. 194).

"In laughing, we suddenly and playfully recreate our identities" (Holland 1982 S. 198).

## II. Einschätzung nach OPD

Aufgrund der Transkripte wurde ohne gezielte Exploration und Untersuchung und ohne den Patienten zu kennen eine Einschätzung nach der OPD (Arbeitskreis OPD 1998) vorgenommen. Diese Einschätzung ist deshalb unvollständig. In der Arbeit genutzt wurden nur die Achse 2a und 3, um Beziehungsstruktur und Konflikte zu bestimmen. Ziel der Einschätzung ist, neben dem ZBKT die breitere Beziehungsdynamik zu erheben, die wesentlichen Themen des Patienten differenzierter und weiter gehend zu erfassen, um eine breitere und sicherere Grundlage zur Auswahl der Themen zu erhalten.

### *Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen*

Schweregrad des

1. Somatischen Befundes: niedrig
2. Psychischen Befundes: hoch
3. Leidensdruck: hoch
4. Beeinträchtigung des Selbsterlebens: mittel
5. Ausmaß der körperlichen Behinderung: nicht vorhanden
6. Sekundärer Krankheitsgewinn: mittel

Einsichtsfähigkeit für

7. Psychodynamische/ -somatische Zusammenhänge: mittel
8. Somatopsychische Zusammenhänge: nicht beurteilbar

Einschätzung der geeigneten Behandlungsform

9. Psychotherapie: mittel
10. Körperliche Behandlung: mittel

Motivation zur

11. Psychotherapie: mittel
12. Körperlicher Behandlung: mittel
13. Compliance: mittel

Symptomdarbietung

14. Die somatische Symptomatik stellt sich dar: nicht vorhanden
15. Die psychische Symptomatik stellt sich dar: hoch
16. Psychosoziale Integration: mittel

17. Persönliche Ressourcen: mittel
18. Soziale Unterstützung: mittel
19. Angemessenheit der subjektiven Beeinträchtigung zum Ausmaß der Erkrankung:  
niedrig

## ***Achse II: Beziehung***

### *Perspektive A: Das Erleben des Patienten*

Der Patient erlebt sich selbst immer wieder so, dass er

4. sich behaupten will/ muss (OPD: Ansprüche und Forderungen stellt)
5. nach dem Idealen strebt
6. die Hoffnung verliert, aufgibt, depressiv wird (OPD: resigniert aufgibt)

Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass sie

4. ihn ablehnen (OPD: entwerten und beschämen)
5. ihn kritisieren (OPD: ihn zurückweisen)
6. ihn abwerten

### *Perspektive B: das Erleben des Therapeuten*

(Das Erleben des Therapeuten kann ich nicht wissen. Ich erlaube mir, mein Erleben an Stelle des Therapeuten anzugeben)

Der Therapeut erlebt, dass der Patient (ihn) immer wieder

1. sich besonders in den Mittelpunkt stellt
2. sich besonders anvertraut und anlehnt
3. resigniert aufgibt

Der Therapeut erlebt sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass er

1. ihn beschwichtigt
2. ihn akzeptiert und anerkennt
3. ihm hilft, ihn beschützt

Anmerkung: ich habe zum Teil Begriffe aus der Itemliste im OPD- Manual benutzt, zum Teil eigene Formulierungen, wenn sie mir treffender erschienen.

### ***Achse III Konflikt***

Zeitlich überdauernde Konflikte:

1. Abhängigkeit versus Autonomie: vorhanden und bedeutsam
2. Unterwerfung versus Kontrolle: vorhanden und sehr bedeutsam
3. Versorgung versus Autarkie: vorhanden und wenig bedeutsam
4. Selbstwertkonflikte: vorhanden und sehr bedeutsam
5. Schuldkonflikte: vorhanden und wenig bedeutsam
6. Ödipal- sexuelle Konflikte: vorhanden und wenig bedeutsam
7. Identitätskonflikte: vorhanden und wenig bedeutsam
8. Eingeschränkte Konflikt- und Gefühls- Wahrnehmung: vorhanden und bedeutsam
9. Konflikthafte äußere Lebensbelastungen: vorhanden und wenig bedeutsam
10. Modus der Verarbeitung: gemischt, eher passiv

Wichtigster Konflikt: Selbstwertkonflikt

Zweitwichtigster Konflikt: Unterwerfung versus Kontrolle

### ***Achse IV Struktur***

1. Deskriptive Einschätzung
  - 1.1 Selbstwahrnehmung: gering integriert
  - 1.2 Selbststeuerung: gering integriert
  - 1.3 Abwehr: gering integriert
  - 1.4 Objektwahrnehmung: gering integriert
  - 1.5 Kommunikation: gering integriert
  - 1.6 Bindung: gering integriert
- 2 Gesamteinschätzung der Struktur: gering integriert

### ***Achse V Psychische und Psychosomatische Störungen***

Achse V a

Hauptdiagnose: Dysthymia

Achse V b

Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Achse V c

Keine körperlichen Erkrankungen/ nicht beurteilbar

### III. Korrelationen der Themen

Um die Zusammenhänge der Themen untereinander zu bestimmen, wurden Korrelationen für die Themen bei Gedankeneinheit 3 berechnet. Dabei zeigten sich wiederum Übereinstimmungen und Differenzen zwischen der Bewertung der Ratergruppe und dem psychoanalytisch geschulten Rater. Die Zahlen der Korrelationen für die Ratergruppe sollen zunächst angegeben werden.

**Tabelle 14:** Signifikante Korrelationen der Themen bei Gedankeneinheit 3 im Urteil der Ratergruppe RG (N= 7), Gesamtdatensatz Lach- und Kontrollsegmente

	Ablehnung	Ideal	Freude	Frustration
Freude	-,381**			
Frustration	,505**		-,409**	
Einlassen				
Sich Behaupten		,318**	,315**	
Aggression	,366**			

**Legende:** \*\*  $p < ,01$

Nur Korrelationen über ,3 sind angegeben. Zur besseren Übersicht sind die Werte nur von den waagrechten Zeilen aus eingetragen und nicht im oberen Tabellenteil doppelt eingegeben.

Zum Vergleich werden die Korrelationen der Themen im Urteil des psychoanalytisch geschulten Raters angegeben. Die zwischen den beiden Tabellen differierenden Werte sind grau unterlegt. Korrelationen unter ,3 werden in Klammern angegeben, wo sie anhand ihrer Signifikanz eine ähnliche Tendenz wie im Urteil der Ratergruppe aufweisen.



**Tabelle 15:** Signifikante Korrelationen der Themen bei Gedankeneinheit 3 im Urteil des psychoanalytisch geschulten Raters (N= 1), Gesamtdatensatz Lach- und Kontrollsegmente

	Ablehnung	Ideal	Freude	Frustration
Freude	(-,190*)			
Frustration	,459**		-,301**	
Einlassen				,394**
Sich Behaupten			(,292**)	
Aggression	(,171*)			

**Legende:**      \*\*  $p < ,01$       \*  $p < ,05$

Übereinstimmend finden sich die folgenden Korrelationen der Themen, die über alle Lach- und Kontrollsegmente berechnet wurden:

*Ablehnung* korreliert mit *Frustration* und *Aggression* und negativ mit *Freude*.

*Freude* korreliert mit *Sich Behaupten* und negativ mit *Ablehnung* und *Frustration*.

*Frustration* korreliert mit *Ablehnung* und negativ mit *Freude*.

*Sich Behaupten* korreliert mit *Freude*.

*Aggression* korreliert mit *Ablehnung*.

Im Urteil der Ratergruppe korreliert *Sich Behaupten* zusätzlich mit *Ideal*. Im Urteil des psychoanalytisch geschulten Raters korreliert *Einlassen* mit *Frustration*.

In den Korrelationen der Themen findet sich also eine Polarität der positiv besetzten Themen *Ideal*, *Freude* und *Sich Behaupten* gegen die negativ besetzten Themen *Ablehnung*, *Frustration* und *Aggression*. In beiden Gruppen zeigen sich jeweils positive Korrelationen innerhalb der Gruppe und negative Korrelationen im Vergleich zur entgegen gesetzten Gruppe. Das Thema *Einlassen* korreliert im Urteil des psychoanalytisch geschulten Raters mit *Frustration*.

Inhaltlich finden sich jeweils Zusammenhänge der positiv besetzten Themen und der negativ besetzten Themen. Rückschlüsse über besondere Zusammenhänge der Themen lassen sich nicht ziehen.

Die Bestimmung der Korrelationen zwischen den Themen für die einzelnen Modi brachte heterogene Ergebnisse, die keinen weiteren Informationsgewinn darstellen und hier nicht aufgeführt werden.

Die Prüfung der Untersuchungshypothesen anhand der gewonnenen Ergebnisse soll im Kapitel „Diskussion“ durchgeführt werden, um die weiter gehende Interpretation sowie die Einordnung in den Zusammenhang der Theorie und der vorliegenden wissenschaftlichen Grundlagen und Erkenntnisse direkt anzuschließen.

#### **IV. Vorgaben zur Beurteilung des Symptom- Kontextes**

##### *Unterlagen für die Beurteiler*

Vor Ihnen liegen kurze Transkripte aus einer Psychotherapie. Alle Transkripte stammen aus der gleichen Therapie aus 32 Therapiestunden, die in einem Zeitraum über zwei Jahre erfolgten. Transkribiert wurden die Momente im Gespräch, an denen der Patient lachte, jeweils drei Gedanken- Einheiten vor und drei Gedanken- Einheiten nach dem Lachen. Der Patient lachte manchmal während er selbst sprach, manchmal im Dialog mit dem Therapeuten. Ich möchte erforschen, in welchem Gesprächs- Zusammenhang der Patient lachte, welche Themen dabei angesprochen waren. Dazu sollen Sie Gedanken- Einheit Eins, Drei und Sechs danach beurteilen, welche der folgenden 7 Themen berührt werden und in welchem Ausmaß. Eine Gedanken- Einheit geht von einer Kennzeichnung bis zur nächsten, z. B. von **(GE 3)** bis **(GE 4)**.

Die 7 Themen sind:

1. Ablehnung, Abwertung
2. Ideal, Vollkommenheit, Streben nach Idealen
3. Freude, Erfolg
4. Frustration, Resignation
5. Einlassen/ Bezugnahme auf den Therapeuten
6. Sich behaupten, Anerkennung
7. Aggressivität, Kontrolle gegenüber anderen, bestimmen, beherrschen

Die Themen können aktiv und passiv berührt werden, sie können direkt angesprochen oder indirekt erschließbar sein und sollen dann entsprechend bewertet werden.

Das Ausmaß, in welchem diese Themen angesprochen sind sollen Sie bestimmen auf einer Skala mit 5 Ausprägungsgraden:

Gar nicht      etwas      moderat      viel      sehr viel

Beispiele

***Ablehnung, Abwertung***

Der Patient fühlt sich abgelehnt oder abgewertet oder lehnt oder wertet andere ab. Er äußert dies direkt, oder es ist zu erschließen.

***Ideal, Vollkommenheit, Streben nach Idealen***

Der Patient äußert Ideal- Vorstellungen, leidet am nicht- Erfüllen eines Ideal- Zustandes durch sich selbst oder andere, zeigt idealisiert- überzogene Erwartungen an sich oder andere. Großartigkeit, Einmaligkeit

***Freude, Erfolg***

Der Patient zeigt oder äußert Freude, fühlt sich oder andere erfolgreich.

***Frustration, Resignation***

Der Patient zeigt sich frustriert, resigniert, hoffnungslos.

***Einlassen/ Bezugnahme auf den Therapeuten***

Der Patient zeigt sich beteiligt mit dem Therapeuten, reagiert emotional auf ihn.

***Sich behaupten, Anerkennung***

Der Patient zeigt den Wunsch oder das Gefühl, er müsse sich behaupten. Er wünscht oder vermisst Anerkennung oder bezeugt anderen Anerkennung.

***Aggressivität, Kontrolle gegenüber anderen, bestimmen, beherrschen***

Der Patient äußert aggressive Phantasien, den Wunsch, andere zu kontrollieren, bestimmen, beherrschen oder fühlt sich angegriffen, kontrolliert, bestimmt, beherrscht.

**Kennzeichnung in den Transkripten:**

A: oder Th: steht für Arzt und Therapeut

P: steht für Patient

Die Gedanken- Einheiten werden wie folgt gekennzeichnet:

**(GE 1)** 1. Gedanken- Einheit, etc.

Das lachen wird auf folgende Weise angezeigt:

**<lacht>** oder **<lachen>** oder **<lachend>**

Außerdem steht <EA> für Einatmen und <AA> für Ausatmen.

**Anmerkung:**

Die Therapie wurde in Süddeutschland durchgeführt und es wird teilweise Dialekt gesprochen. Bei der Transkription habe ich versucht, möglichst lautgetreu zu transkribieren, um keine Verfälschung der Themen zu verursachen.

Bitte geben Sie an, wie viele Stunden Sie insgesamt für die Beurteilung benötigt haben, danke.

## V. Beurteilungsbogen

(Transkript)

<b>1. Gedanken- Einheit</b>	Gar nicht	Etwas	Mode- rat	Viel	Sehr viel
Ablehnung, Abwertung	1	2	3	4	5
Ideal, Vollkommenheit	1	2	3	4	5
Freude, Erfolg	1	2	3	4	5
Frustration, Resignation	1	2	3	4	5
Einlassen/ Bezugnahme auf den Therapeuten	1	2	3	4	5
Sich behaupten, Anerkennung	1	2	3	4	5
Aggressivität, Kontrolle, bestimmen, beherrschen	1	2	3	4	5

<b>3. Gedanken- Einheit</b>	Gar nicht	Etwas	Mode- rat	Viel	Sehr viel
Ablehnung, Abwertung	1	2	3	4	5
Ideal, Vollkommenheit	1	2	3	4	5
Freude, Erfolg	1	2	3	4	5
Frustration, Resignation	1	2	3	4	5
Einlassen/ Bezugnahme auf den Therapeuten	1	2	3	4	5
Sich behaupten, Anerkennung	1	2	3	4	5
Aggressivität, Kontrolle, bestimmen, beherrschen	1	2	3	4	5

<b>6. Gedanken- Einheit</b>	Gar nicht	Etwas	Mode- rat	Viel	Sehr viel
Ablehnung, Abwertung	1	2	3	4	5
Ideal, Vollkommenheit	1	2	3	4	5
Freude, Erfolg	1	2	3	4	5
Frustration, Resignation	1	2	3	4	5
Einlassen/ Bezugnahme auf den Therapeuten	1	2	3	4	5
Sich behaupten, Anerkennung	1	2	3	4	5
Aggressivität, Kontrolle, bestimmen, beherrschen	1	2	3	4	5

**VI. Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig angefertigt habe und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt sowie die wörtlich oder inhaltlich übernommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

## VII. Lebenslauf

Geboren: 10.2.1960 in Lörrach

Schule: 1966 – 1979 Freie Waldorfschule Stuttgart

Familienstand: Verheiratet, zwei Kinder

Religion: Evangelisch

Studium: 1980 – 1988 Freie Universität Berlin und WWU Münster

### Tätigkeiten:

1988 – 1989 Kinderklinik Herford, Zivildienst als Assistenzarzt

1989 Psychiatrie Bielefeld, Psychotherapiestation

1990 – 1993 Psychosomatik Bad Salzuflen, Psychotherapie- Ausbildung

1993 – 1994 Kinder- und Jugendpsychiatrie Marburg, Assistenzarzt auf der Jugendstation

1994 – 1995 Kinder- und Jugendpsychiatrie Hamm, Assistenzarzt auf einer Kinderstation

1995 – 1996 Kinder- und Jugendpsychiatrie Bielefeld, Praxisassistent

1996 – 2001 Kinder- und Jugendpsychiatrie Bielefeld, selbständig in Praxisverbund mit Fachkollegen, Sozialpsychiatrie sowie einer Kinderärztepraxis

2001 – 2003 Kinder- und Jugendpsychiatrie Universität Rostock, Leitung der Institutsambulanz und Poliklinik

2003 Innere Medizin, Median- Klinik Heiligendamm

2004 Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Universität Rostock, Leitung der Institutsambulanz/ Poliklinik

### Qualifikationen:

1993 Zusatzbezeichnung Psychotherapie

1993 Hypnotherapie (Milton- Erickson- Gesellschaft)

1996 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie

1999 Systemische Therapie und Beratung, Familientherapie

seit 2000 Weiterbildung Psychoanalyse