

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft *Psychosoziale Gesundheit*

HUMOR, LACHEN UND KRANKHEIT

Krankhafte Lach-Blockierung und pathologisches Lachen

Lachen – was gibt es Schöneres als eine humorvolle Wesensart und die Fähigkeit zum befreienden Lachen. Natürlich gibt es auch im normal-psychologischen Alltag Unterschiede, je nach Situation und individueller Belastung. Dabei drängt sich manchmal auch die Frage auf: Gibt es seelische und körperliche Krankheiten, die das Lachen ersterben lassen, vielleicht sogar regelrecht blockieren? Und umgekehrt: Kennt man auch Erkrankungen, die ein dann mehr oder weniger unfreiwilliges Lachen auslösen, zumindest bahnen? Vielleicht so mitreißend und ansteckend, dass man fast neidisch werden möchte – obgleich man schon spürt, hier stimmt etwas nicht.

In der Tat: Es gibt beides, das krankheits-bedingte Ersterben von Humor und Lach-Bereitschaft und das ganz offensichtlich grenzwertig-unnormale bis eindeutig pathologische Lachen. Nachfolgend deshalb eine komprimierte Darstellung zu diesem ungewöhnlichen Thema, das selbst ein so freudiges Phänomen zum Krankheitszeichen machen kann.

Erwähnte Fachbegriffe:

Lachen – Lachen und Krankheit – krankhaftes Lachen – krankhafte Lach-Blockierung – pathologisches Lachen – Lachen der Narren – Lachen der Geisteskranken – Hofnarr – Irrenwitze – Lachen und erbliche Belastung – Lachen und Genetik – Lachen und chronischer Schmerz – algogenes dysphorisches Syndrom – Lachen und Depression – Humor und Depression – Witz-Verständnis und Depression – manische Hochstimmung und Lachen – manische Hochstimmung und Witze – manische Hochstimmung und Humor – manische Wortspiele – krankhafte Hochstimmung – hypomanische, submanische oder maniforme Zustände und Lachen – organische Ursachen manischer Zustände – seelische Ursachen manischer Zustände – Schizophrenie und Lachen – Schizophrenie und Humor-Bereitschaft – Schizophrenie und Witz-Verständnis – Psychose und Lachen – schizophrene Psychose und Lachen –

Konkretismus und Humor – konkretes Denken und Humor – Schizophrenie-Beginn und Humor-Fähigkeit – „blandes Lächeln“ chronisch Schizophrener – theory of mind und Humor – Angststörungen und Humor – Angststörungen und Lachen – Gelotophobie – „Lach-Angst“ – Pinocchio-Syndrom – soziale Phobie und Humor – soziale Phobie und Lachen – paradoxes Humor-Drama – Zwangsstörungen und Humor – Zwangsstörungen und Lachen – posttraumatische Belastungsstörungen und Humor – Persönlichkeitsstörungen und Humor – Psychopathie und Humor – Psychopathie und Lachen – narzisstische Persönlichkeitsstörungen und Lachen – boshafter Humor – antisoziale Persönlichkeitsstörung und Lachen – Borderline-Persönlichkeitsstörung und Lachen – Hysterie und Lachen – hysterischer Lachkrampf – Primitiv-Reaktionen und Lachen – Affekthandlung und Lachen – Suchtkrankheiten und Humor – Suchtkrankheiten und Lachen – Rauschdrogen und Lachen – Psychostimulanzien und Lachen – Halluzinogene und Lachen – Haschisch und Lachen – Designer-Drogen und Lachen – Party-Drogen und Lachen – „Harmonie-Drogen“ und Humor – Lachgas – Medikamenten-Abhängigkeit und Humor – Alkoholismus und Humor – Delirium tremens und Humor – pathologisches Lachen – pathologisches Lachen und neurologische Ursachen – pathologisches Lachen und seelische Ursachen – katatone Schizophrenie und mimisches Lachen – Zwangslachen – Zwangswainen – pathologische Lach-Anfälle – pathologisches Weinen – Parathymie – Affektlabilität – Epilepsie und Lachen – psychomotorischer Anfall und Lachen – fokal-komplexer Anfall und Lachen – Blitz-Nick-Salaam-Anfälle und Lachen – gelastische Epilepsie – gelastischer Krampfanfall – iktale Fröhlichkeit – iktales Lachen – epileptisches Lachen als Anfalls-Äquivalent – epileptische Wesensänderung und Humor – interiktale Persönlichkeitsstörung und Humor – Demenz und Humor – Demenz und Lachen – Humor-Therapie bei Demenz – Parkinson-Krankheit und Humor – Parkinson-Krankheit und Lachen – Autismus und Lachen – Multiple Sklerose und Lachen – Narkolepsie und Lachen – Narkolepsie und Lachschlag – Schlaganfall und pathologisches Lachen – Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) und Lachen – Gehirntumore und Lachen – Stirnhirntumor und Lachen – Risus sardonicus – Burnout und Humor – Burnout und Lachen – Innere Kündigung und Humor – Witze über Behinderungen – „Säufer-Witze“ – Neurobiologie des Humors – „Humor-Zentren im Gehirn“ – Gehirn-Zentren und Humor – Humor-Forschung und Gehirn – Gehirn-Physiologie und Humor – u.a.m.

Lachen – was gibt es Schöneres. Allein schon die entsprechenden Begriffe machen gute Laune: das heitere, humorvolle, spaßhafte, schalkhafte, lebenslustige, unbeschwerte, fröhliche, vor allem ansteckende Lachen. Und selbst das leicht überdrehte, übermütige, spitzbübische, neckische, „feuchtfröhliche“ Lachen ist letztlich ein positiver Beitrag zur Lebensfreude. Natürlich gibt es auch das grenzwertige Lachen, wo man dann gerne Einhalt gebieten würde; aber immer noch in verstehbarem, halt überdrehtem Rahmen. Kurz: Lachen = positiv.

Doch neben dem breiten Spektrum von Zwischenstufen des Lächelns oder Lachens gibt es selbstredend auch den negativen Pol: beispielsweise das un-

gelegene, peinliche, ärgerliche, „dumme“, unausstehliche, ätzende, widerwärtige, vielleicht sogar gezielt ironische bis verletzende, zynische oder sarkastische Lachen. Wer kennt sie nicht, diese vielfältigen negativen Spielarten einer Gemütsäußerung, die eigentlich positiv gedacht, aber auch negativ konnotiert bis missbraucht werden kann. Aber das ist eben der Alltag, das Leben schlechthin. Und Lachen gehört dazu, im erfreulichen wie verstimmenden Sinne.

So weit, so täglich registrierbar. Darüber hinaus aber hört man auch von *krankhaftem Lachen*, und das bezieht sich nicht nur auf schlechte Eigenschaften bei ansonsten gesunder seelischer, geistiger und körperliche Ausstattung, das bezieht sich auf bestimmte Krankheiten. Und hier wiederum nicht nur seelisch und geistig, wie man noch am ehesten annehmen könnte, sondern auch körperlich, nämlich Lachen durch eine organische Störung. Das kann man sich zwar kaum vorstellen, es ist aber häufiger, als vermutet.

Nachfolgend deshalb eine Übersicht zu möglichen krankhaften Ursachen des Lachens bzw. der krankheits-bedingten Verhinderung des Lachens. Letzteres kommt übrigens häufiger vor und beeinträchtigt die Betroffenen oft noch stärker als ein krankhaft erzwungenes Lachen.

Dass Lachen an sich jedoch ernsthaft krank machen kann, wurde bisher nicht bewiesen. Es gibt allerdings neben einigen(?) fernöstlichen „Lach-Krankheiten“ (z. B. Latah, was aber nur das ratlose Umfeld lustig findet) auch ein seltenes neurologisches Leiden, die Narkolepsie, bei der sogar ein „Lachschlag“ droht, eine plötzliche Muskelschwäche durch unkontrollierbares Lachen („es lacht immer weiter“). Aber totgelacht hat sich noch keiner, auch wenn das zu unserem täglichen Wortschatz gehört.

Gleichwohl: Die Sache ist ernst und betrifft gar nicht so wenige kranke Menschen, vor allem auf seelischem Gebiet. Nachfolgend also eine etwas ausführlichere Darstellung auf der Grundlage eines größeren Beitrags in dieser Serie mit dem Thema *Zur Psychologie von Humor, Lachen und gehobener Albernheit*. Dort findet man bei Interesse weitere Aspekte aus unterschiedlichem Blickwinkel. Hier beginnen wir mit einer historischen Einführung:

DAS LACHEN ÜBER NARREN UND GEISTESKRANKE

„Kinder und Narren sagen die Wahrheit“, eine alte Erkenntnis. Was den Kindermund anbelangt meist arglos, frei heraus und ohne Hemmungen, da gibt es keine offenen Fragen.

– Bei den Narren aber fehlt es inzwischen an aktuellen Beispielen; denn meist waren es ja *Hofnarren*, die als Einzige wagen durften, scherzend die Wahrheit über den Fürsten bis hinauf zu König und Kaiser zu äußern.

Dabei vergisst man gerne, dass diese Freiheit nicht grundsätzlich riskant war. Denn es wurde ja nicht nur die unantastbare Obrigkeit bloß gestellt, und dann doch letztlich mit gebotenen Respekt und entsprechender Vorsicht. Es wurden vor allem Hofstaat und Klerus durch (in)direktes Verspotten und Lächerlich-Machen getroffen, beispielsweise um an die traditionellen Werte und Normen der Gemeinschaft zu erinnern. So wurde dann auch sicher von ganz unterschiedlicher Seite her gelacht und geklatscht, je nach dem, wen es gerade traf.

Heute haben diese Funktionen vor allem die Kabarettisten, die von Stil, Auftreten und bevorzugter Stoßrichtung ebenfalls versuchen, die „Schräglagen“ und Ungerechtigkeiten unserer Zeit und Gesellschaft aufs Korn zu nehmen.

– Eine ganz andere Ebene sind die so genannten *Irrenwitze*, wie man das früher nannte. Sie waren/sind entweder direkt als solche angelegt oder der Gedankenfehler ist so ausgeprägt und die Komik dazu so absurd, dass man solche Witz-Dialoge gerne den „Irren“ in den Mund legt.

Andererseits hat wohl jeder den Eindruck, dass die Irrenwitze eher etwas mit skurrilen Charakteren, mit verschrobenen Einfallspinseln und liebenswerten Tölpeln zu tun haben, weniger mit „Geisteskranken“, wie das früher genannt wurde, d. h. seelischen Störungen von heute. Ja, man spricht sogar in Fachkreisen über eine eher versöhnliche Wirkung, wenn man die – zumindest früher gefürchteten und deshalb ausgegrenzten – „Geisteskranken“ auf diese Weise als harmlose Spinner darstelle, so das Psychiater-Ehepaar *Johanna Peters* und *Prof. Dr. Uwe Hendrik Peters* in ihrem Buch über den Irrenwitz. Denn der Irrenwitz nährt keine Vorurteile, im Gegenteil, er vermittelt eher ein freundliches, fast schon menschliches Bild des Irreseins.

Außerdem machen die Experten darauf aufmerksam, dass derartige originelle Störungen des Denkens in Wirklichkeit bei psychisch Kranken nicht beobachtet werden. Irrenwitze, die ja – zumindest in Deutschland – üblicherweise „Dummenwitze“ sind, haben also nichts mit der notvollen Einstellung seelisch Kranker zu tun. Im Gegenteil, dort fehlt den Betroffenen Humor, Lachen und die Feinheiten gehobener Albernheit, wie jeder (Fach-)Arzt und sogar die meisten aus dem Umfeld dieser Patienten zu bestätigen wissen. Nachfolgend deshalb einige konkrete Hinweise darauf:

WENN DER LEIDENSDRUCK DEN HUMOR VERSIEGEN LÄSST

Belastend für die Betroffenen, diagnostisch wegweisend für den Arzt und interessant für die Allgemeinheit ist allerdings die Erkenntnis, dass man seinen bisher hilfreichen Humor und damit seine Lach-Bereitschaft krankheitsbedingt verlieren kann – wenngleich glücklicherweise meist nur vorübergehend.

Humor und die gnadenreiche Fähigkeit zum Lachen ist nicht zuletzt eine Frage der Anlage und damit Vererbung, auch wenn sich das wissenschaftlich nicht so einfach belegen lässt. Doch wenn man fröhliche Menschen fragt, woher sie diese beneidenswerte Gabe haben, dann erinnern sie sich nicht selten an nahe Verwandte (meist Eltern, Großeltern oder deren Geschwister), die ebenfalls ein heiteres Gemüt gehabt haben sollen.

Natürlich gibt es auch den Gegenpol: Menschen, die eher düster, ständig missgestimmt und nörgelig daherkommen – und darunter selber leiden, denn wer mag mit solch belastenden Zeitgenossen dauernd Kontakt haben. Auch hier können hereditäre Belastungen eine schwere Bürde darstellen, unabhängig von Kränkungen und Schicksalsschlägen, die gerne als eigentlicher Grund herangezogen werden.

Aber auch die glücklicher Gestellten können einmal ihren Humor verlieren, wie erwähnt: krankheitsbedingt. Das findet sich vor allem bei körperlichen Leiden und hier insbesondere langfristigen Beeinträchtigungen (man denke nur an *chronische Schmerzbilder*, was dann – medizinisch gesprochen – zu einem algogenen dysphorischen Syndrom führen kann). Das Gleiche gilt für seelische Störungen ohne körperliche oder psychosoziale Ursachen, manchmal aus „heiterem Himmel“ und dann besonders schwer nachvollziehbar, verstehbar und damit tolerierbar. Dazu einige Beispiele:

DEPRESSIONEN

Depressionen, inzwischen nicht nur die häufigsten, sondern auch gefürchteten seelischen Störungen, können bekanntlich selbst einem sonnigen Gemüt die Stimmung langsam oder sogar über Nacht verdüstern, bis hin zur Lebensmüdigkeit und Gefahr, Hand an sich zu legen. Das ist natürlich eine gefährliche End-Konsequenz. Aber schon zuvor klagen diese Patienten im Rahmen einer sich ansonsten noch nicht ernster äußernden depressiven Entwicklung, dass ihnen Fröhlichkeit und Lachen in ihrem Umfeld, ja eine sonnige Wetterlage oder heitere Musik plötzlich schwer zu schaffen machen, sie geradezu herunterziehen, „seelische Schmerzen“ bereiten. Solchen Krankheits-Opfern ist in diesem Zustand dann oftmals nicht einmal mehr klar, dass sie früher zu den Froh-Naturen, ja Stimmungskanonen zählten (was nebenbei für viele Depressive geradezu typisch ist: in gesunden Tagen überwiegend lebensfroh). Soweit der Alltag, den jeder Betroffene und sein näheres Umfeld bestätigen kann.

Wissenschaftlich wurde deshalb das Phänomen *Humor und Depression* auch gründlicher untersucht, allerdings mit unterschiedlichen Ergebnissen, wie so oft bei Humor-Studien. Einiges aber wiederholt sich immer wieder (Zusammenfassung in Barbara Wild):

Dass unter diesem Aspekt der Humor bei zuvor durchaus freudigen Charakteren rasch zu schmelzen beginnt, ist nachvollziehbar. Und so weiß man – wis-

senschaftlich objektivierbar – schon seit einem halben Jahrhundert, dass Menschen mit einer schweren Depression das Vermögen fehlt, bei einer positiven Stimmung mitzuschwingen. Ja, man konnte bereits damals zeigen, dass die schwindende Fähigkeit, auf witziges Material positiv zu reagieren, ein so genannter Prädiktor (also ein Vorhersage-Kriterium) ist, wenn sich das Leiden ankündigt. Aber auch umgekehrt, die wieder wachsende Fähigkeit dazu, wenn der Betroffene durch entsprechende Behandlung einer Besserung entgegen sieht.

Depressionen gehen mit Anhedonie einher, heißt es in der Fachsprache, also der verminderten Fähigkeit, positive Gefühle, insbesondere Freude zu empfinden (Charakteristikum: Freudlosigkeit). Und dies gepaart mit niedergedrückter Stimmung, Traurigkeit, geistigen und sozialen Defiziten. Menschen mit depressiver Stimmungslage lehnen auch Witze jeder Kategoriestärke ab, sagen die Experten. Auch benutzen sie Humor seltener als Bewältigungsstrategie für ihr trauriges Los. Und sie zeigen bzw. pflegen häufiger selbst-entwertende, ja aggressive Humor-Stile. Letzteres im Gegensatz zu selbst-bestärkender und damit Kontakt aufnehmender gesunder Humor-Bereitschaft, bei der man gemeinsam über das Gleiche lacht – und damit innerseelisch wieder zu Kräften kommt.

Es lohnt sich also, sagen die Psychiater, bei Patienten, die witzige Äußerungen machen, auf diesen Unterschied zu achten. Sie nennen das entweder einen maladaptiven Humor-Stil (also selbst-entwertend bis aggressiv) bzw. adaptiven Humor-Stil (selbst-bestärkend und humor-bereit).

Es versteht sich von selber, dass man einen Humor-Stil, der zur Selbst-Entwertung neigt, nicht noch mit entsprechenden Witzen bzw. Bemerkungen unterstützen sollte. Dabei sind Depressive durchaus in der Lage, Witze als solche zu erkennen (z. B. im Gegensatz zu anderen psychischen Störungen – s. u.). Sie lassen sich durch Witze und Komik aber weniger erheitern, was auch wissenschaftlich beweisbar ist. Zudem zeigen sie Defizite in der kognitiven (geistigen) Verarbeitung von Witzen. Und schließlich können sie die Witzigkeit bestimmter Stimuli weniger treffend wahrnehmen und als erheiterndes Witz-Angebot realisieren, vom Akzeptieren ganz zu schweigen.

Interessant ist auch die Frage, ob verminderter/veränderter Humor ein Risikofaktor für Depressionen sein könnte. Auch das wurde schon untersucht. Das Ergebnis: Menschen, die eine schwere (stationär behandlungsbedürftige) Depression durchlebt hatten, schließlich aber nicht mehr depressiv waren, also ehemalige Patienten, zeigten in einer entsprechenden Studie keine Abweichungen von gesund gebliebenen Mitmenschen, was konkrete Humor-Parameter wie Erheiterbarkeit, Bevorzugung bestimmter Witztypen, Humor als Bewältigungsstrategie usw. anbelangt.

Das spricht dafür, dass es sich bei depressions-bedingten Humor-Einbußen um ein vorübergehendes Krankheits-Phänomen handelt und nicht um eine

schon lange vorhandene Anlage. Oder auch umgekehrt: Anlage-bedingte begrenzte Humorfähigkeit disponiert offensichtlich auch nicht zu einer depressiven Krankheit, so Frau Professor Wild nach Kenntnis der bisher vorliegenden Untersuchungen zu diesem Thema.

Hier ist es vor allem die eingeschränkte emotionale Schwingungsfähigkeit bis hin zum „inneren Erkalten“, sowie die Neigung, sich durch grundlose Minderwertigkeitsgefühle selbst zu entwerten und damit negativ zu beurteilen, die gerade bei schweren Depressionen die Betroffenen ungewöhnlich humorlos erscheinen lassen. Deshalb ist ein Humor-Training bei depressiven Patienten zwar möglich, setzt aber erhebliche Fachkenntnisse und praktische Erfahrung voraus. Dort wird dann aber auch deutlich, dass die langsame Rückkehr für das ursprüngliche Witz-Verständnis und den daraus folgenden Witz-Genuss als Vorhersage-Kriterium für eine Stimmungs-Besserung genutzt werden kann. Oder auf Deutsch: Sobald sie wieder wie früher lachen können, geht es bergauf.

Letztlich aber kommt den Betroffenen trotz aller Belastung eines zugute, nämlich die Erkenntnis: Depressionen vergehen wieder – und es bleibt (zumeist) nichts zurück (außer der Angst vor einem Rückfall). Und so zeigen – wissenschaftlich untersucht – ehemals depressiv Erkrankte in Bezug auf die untersuchten Humor-Parameter keine signifikanten Abweichungen mehr von den vergleichbaren Kontrollgruppen. Und jeder Beteiligte weiß auch: Nach und nach stellt sich auch die alte Humor-Fähigkeit und Lach-Bereitschaft wieder ein und die übliche Einschätzung, was (schon früher) für witzig empfunden wurde oder nicht.

MANISCHE HOCHSTIMMUNG

Der Gegenpol der depressiven Seelenfinsternis, oft bei ein und demselben Betroffenen hintereinander, ist die **manische Hochstimmung**, bei der die Patienten (die sich aber gar nicht als krank einstufen) eine geradezu typisch ansteckende(!) Heiterkeit entwickeln können, auch wenn sie immer häufiger „über die Stränge schlagen“.

Und deshalb gibt es wohl kein seelisches Krankheitsbild, das so „positiv“, wenn auch völlig befremdlich oder gar folgenreich auffallen kann wie die manischen Affekt-Störungen, wie V. Faust in seinem Buch über die *Manie* darlegt. Denn hier ist die Stimmung zumeist gehoben, unbeschwert, übermütig, heiter, fröhlich, „sonnig“, optimistisch, ja enthusiastisch. Der Maniker ist voller Wohlbehagen und strahlender Laune, witzig, spritzig, schalkhaft, schlagfertig, „mit goldenem Humor“, wobei manchmal eine regelrechte „ekstatische Seelenstimmung“ entsteht. Oft auch mit der Neigung, allen Dingen und allen Ereignissen die scherzhafte, positive Seite abzugewinnen. Daraus resultieren dann natürlich auch originelle Interpretationen (wenn man es einmal wohlwollend bezeichnen will), gutmütiger Spott, kleinere, letztlich durchaus treffende Sar-

kasmen sowie allerlei Schabernack und Streiche. Und das bei Menschen, die ansonsten sehr ernst zu nehmen sind, bisweilen zu eher tiefgründiger Wesens- und Lebensart neigen (und nicht selten mit schweren depressiven Episoden geschlagen sind – s. o.).

Dabei imponiert vor allem die Ausdruckskraft des Manikers, nicht nur beschleunigt bis weitschweifig, sondern auch mit eingestreuten Wortspielen, Gags, Witzeleien oder Fremdwörtern, mitunter sogar saftigen Kraftausdrücken; meist aber etwas ungewohnt theatralisch, aber voller Witze, Wortspiele und amüsanter Belanglosigkeiten.

Wenn das Ganze jedoch nicht nur grenzwertig, sondern offensichtlich krankhaft ausfällt, dann erhärtet sich auch beim Umfeld der Verdacht und beim Facharzt schließlich die Diagnose: Manie, krankhafte Hochstimmung.

Schwieriger wird es bei so genannten *hypomanischen, submanischen oder maniformen Zuständen*, also einer Art verdünnter Manie, bei der sich zwar ebenfalls gesteigerter Antrieb, entsprechende Aktivitäten, gehobene Stimmung, ausgeprägtes Wohlbefinden, vermehrte körperliche sowie geistige Leistungsfähigkeit, umtriebige Geselligkeit, übermäßige Gesprächigkeit, ungewöhnliche Vertraulichkeiten, vermindertes Schlafbedürfnis u.a.m. zeigen können, aber alles noch in vertretbarem Rahmen.

Doch auch hier können Witze, Wortspiele und heitere Belanglosigkeiten an der Tagesordnung sein, die Sprache etwas laut und schneller als sonst, aber letztlich noch rechtzeitig bremsbar, wenn der Betroffene ein zunehmendes Befremden in seinem Umfeld registriert. Allerdings sind die Grenzen fließend und hängen von vielerlei Umständen ab, nicht zuletzt den Reaktionen der anderen.

Und hier zeigt sich dann auch ein wichtiger diagnostischer Aspekt: nämlich die Gefahr beim manischen Syndrom rasch, unvermittelt und unkorrigierbar umzuschlagen, was die Stimmung angeht. Oder kurz: von ansteckend-heiter zu gereizt, aggressiv oder gar bösartig. Das findet sich dann vor allem beim ausgeprägten manischen Krankheitsbild, ernüchert und irritiert die anderen, lässt sie auf Distanz gehen und erhärtet den Verdacht: hier stimmt was nicht.

Die oben dargestellte, mitunter fast beneidenswerte manische Hochstimmung findet sich übrigens zumeist bei der manisch-depressiven Erkrankung (früher Zylothymie, heute Bipolare affektive Störung genannt). Darüber hinaus gibt es aber das so genannte *manische Syndrom* generell, das von einer erstaunlichen Vielzahl meist organischer Erkrankungen ausgelöst werden kann. Nachfolgend im Kasten eine stichwortartige Übersicht:

Beispiele: manisches Syndrom im Rahmen einer manisch-depressiven Erkrankung oder beim schizo-manischen Syndrom einer schizo-affektiven Psychose (Schizophrenie und Depression oder Manie zugleich). Ferner manisches Angetrieben-Sein bei „neurotischer“ Entwicklung (vorübergehend „über-

dreht“) sowie schizophrener Psychose, bei bestimmten Hirnkrankheiten (z. B. Hirntumore wie parasagittale Meningeome, dienzepale Gliome, ferner frontobasal, temporal usw.), Temporallappen-Verletzungen des Gehirns, Chorea Huntington, bei progressiver Paralyse, Multiplen Sklerose, Demenz, Enzephalitis/Meningitis. Im Weiteren endokrine und metabolische Ursachen wie frühe hepatische Enzephalopathie, Morbus Cushing, Morbus Addison, Morbus Wilson, Porphyrie, Hyperthyreoidismus, Vitamin-B 12-Mangel, Hämodialyse u. a. Nicht selten, aber häufig verkannt nach Schädel-Hirn-Unfall. Außerdem möglich nach Rauschdrogen (z. B. Haschisch/Marihuana, LSD, Meskalin, Kokain, PCP, Designerdrogen) sowie Arzneimitteln (Psychostimulanzien, Appetitzügler, Schilddrüsenhormone, Glucocorticoide, Corticosteroide, ACTH, L-Dopa, Bromocriptin, Amantadin, Isoniacid, Methylphenidat, Cimetidin, Captopril, Ranitidin, MAO-Hemmer u. a.).

SCHIZOPHRENE PSYCHOSE

Während man eine beginnende Depression in der Regel zwar erstaunlich spät, letztlich aber doch relativ sicher zu erkennen vermag und damit auch die Erklärung für das ungewöhnliche Stimmungstief und „verlorene Lachen“ hat (obgleich in seltenen Fällen auch eine „lachende“ oder zumindest „lächelnde Depression“ täuschen kann) und die manische Hochstimmung auch irgendwann einmal zu denken gibt, ist das bei **schizophrenen Psychosen** oder schizophrenie-nahen Erkrankungen schon komplizierter. Letztere sind ohnehin ein Kapitel für sich und sollen hier nicht weiter erläutert werden (Fachbegriffe: schizoide, paranoide und schizotypische Persönlichkeitsstörungen, wahnhafte Störungen u. a.). Einzelheiten siehe die entsprechenden Beispiele in dieser Serie.

Patienten mit einer schizophrenen Psychose oder ähnlichen Erkrankung aber können – entgegen dem irrtümlichen Meinungsbild – zwar den größten Teil ihres Lebens völlig unauffällig sein, geraten aber auch mal mehr oder weniger plötzlich in einen „psychotischen Sog“, gegen den sie ohne fremde (vor allem medikamentöse) Hilfe nichts ausrichten können. Und – wichtig – der sich besonders im Vorfeld des Leidens in einigen Besonderheiten von Stimmung und Wesensart äußern kann.

Solche Vorposten- und damit Warn-Symptome einer Schizophrenie sind beispielsweise neben zunehmender ängstlicher Unruhe, Spannung und Nervosität, neben Schlaflosigkeit, Merk- und Konzentrationsstörungen und unklaren körperlichen Beeinträchtigungen, vor allem eine wachsende Freudlosigkeit, Empfindlichkeit und Humorlosigkeit (!), selbst bei ansonsten heiterer Wesensart. Dabei legen die Betroffenen plötzlich jedes Wort auf die Goldwaage und werden dadurch immer reizbarer, mitunter geradezu aggressiv bis feindselig – und zwar für das Umfeld grundlos.

Eine der Ursachen sind formale Denkstörungen, die im Alltag eines schizophränen Erkrankten viele Irritationen auslösen und den Betroffenen in die Isolation treiben können. Auf der Humor-Ebene ist es beispielsweise das so genannte konkrete Denken mancher Schizophrener (Fachbegriff: Konkretismus, eine Eigentümlichkeit des Denkens und Fühlens, die sich ausschließlich an sichtbare und fassbare Vorstellungen hält). Nun beruhen aber viele witzige Bemerkungen auf Wortspielen, die im übertragenen Wortsinn gebraucht werden – und vom Schizophrenen mit diesem kognitiven Symptom und damit kommunikativen Defizit nicht richtig verstanden werden.

Ähnlich folgenschwer ist die mangelnde Fähigkeit, sich in andere hineinzusetzen (englischer, aber auch internationaler Fachbegriff: theory of mind). Gerade das ist aber bei vielen Witzen gefordert – und damit für Schizophrene nicht erfassbar, erlebbar. Und nicht nur das, sondern dadurch auch aus der Gemeinschaft (der Humor-Verständigen), zumindest aber der Alltags-Kommunikation ausgrenzend. Letzteres vor allem dann, wenn der Schizophrene noch eine Depression durchmachen muss (dann als schizo-affektive Psychose bezeichnet – s. o.).

Im Weiteren irritiert bei manchen schizophränen Betroffenen auch eine reduzierte Ausdrucks-Fähigkeit, bisweilen fast erstarrte Mimik. Das hat zwar nichts mit der inneren Wahrnehmung von Gefühlen zu tun, die genauso lebhaft wie in gesunden Tagen sein kann, doch dies nützt dem Gegenüber wenig. Er registriert im direkten Kontakt eine mangelhaft auslösbar Heiterkeit oder gar Unbeeindruckbarkeit – und zieht sich irritiert zurück. Da dieses befremdliche Äußere nichts mit seinem bedürftigen Inneren zu tun hat, schließt sich der Schizophrene damit gleichsam aus der Kommunikation aus, was ihm leidvoll bewusst, aber kaum korrigierbar ist, jedenfalls in der psychotischen Episode.

Das heißt aber auch, dass man sich von einer solchen, nur scheinbaren Distanzierung des Schizophrenen nicht irritieren lassen sollte, die Bedürftigkeit ist da, vielleicht sogar noch größer als bei anderen Menschen mit gesunder Kommunikationsfähigkeit. Kurz: Schizophrene Patienten können kognitive Probleme beim Verstehen von Witzen haben und zeigen einen scheinbar distanzierten emotionalen Ausdruck. Sie schätzen aber durchaus auch Komik und Erheiterung, wie man aus entsprechenden Untersuchungen weiß (nach B. Wild). Das sollte man sich vor Augen halten, ehe man sich ratlos oder verärgert abwendet.

Bei so genannten „chronischen Fällen“ von Schizophrenie findet sich übrigens nicht selten das, was man in Expertenkreisen ein „blandes Lächeln“ nennt. Das ist ein eigentümliches, zwar nicht-herzliches, eher ausdrucksarmes, keinesfalls „dämmliches“, sondern eher milde-witzelndes Lächeln.

Insgesamt ist die Fragestellung „Schizophrenie und Humor“ wissenschaftlich nicht einfach zu lösen, da gerade bei diesem Krankheitsbild eine große Zahl von zusätzlichen psychopathologischen Phänomenen zu beachten und bei der

Interpretation zu berücksichtigen ist. Was auf jeden Fall eine Rolle spielt, fasst Frau Professor Wild wie folgt zusammen: Schizophrene Patienten können kognitive Probleme beim Verstehen von Witzen haben und zeigen einen veränderten emotionalen Ausdruck. Doch sie schätzen Komik und Erheiterung durchaus genauso wie Gesunde.

ANGSTSTÖRUNGEN

Wer von **Angst** umgetrieben wird, hat wenig für Humor und Lachen übrig; konkreter: weniger seelisch-körperliche Reserven, die auch für Heiteres gebraucht werden. Das fällt dem Gesunden nur nicht auf, wird aber in dem Satz deutlich: „Du hast gut lachen, weil...“.

Trotzdem kann Witziges durchaus Ängstlichkeit reduzieren, kurzfristig zwar, aber nachvollziehbar. Doch *ängstlich* ist „nur“ eine Wesensart, eine Angststörung hingegen eine belastende seelische Krankheit. Dabei gibt es zahlreiche, meist gar nicht mit Angst assoziierte seelische, psychosomatisch interpretierbare und psychosoziale Symptome. Sie sind den wenigsten als konkrete Krankheitszeichen für dieses Leiden bekannt, dafür umso mehr als Belastung, und zwar ohne zu wissen, dass es sich hier um eine Angst-Erkrankung handelt.

Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

Angst kann man einteilen in „normale“ Angst, also nachvollziehbare Furcht bzw. Befürchtung, deshalb auch als „normale“ Angst bezeichnet. Zur Krankheit wird es durch endokrine (z. B. Schilddrüse), metabolische (z. B. Blutzucker) sowie kardiale (Herz-bedingte) Angstzustände; ferner durch eine Reihe neurologischer Krankheiten (Epilepsie, Kopf-Unfall) usw. Und natürlich Ängste auf der Grundlage seelischer Krankheiten wie Schizophrenie, Depression, Suchtkrankheiten, hirngorganische Psychosynndrome usf.

Am häufigsten sind aber so genannte primäre Angsterkrankungen, nämlich das Generalisierte Angstsyndrom (früher am ehesten als Angst-Neurose bezeichnet), die überfallartigen Panikattacken, die Agoraphobie (Angst und damit das Vermeiden von Situationen, in denen es besonders gefährlich werden könnte), die Sozialphobien (Angst vor dem Anderen schlechthin) und die spezifischen Phobien mit vielfältigen Ursachen (von der Spinne bis zur Flugreise).

So kann man sich denken, dass einem dabei der Humor vergeht. Allerdings handelt es sich hier um eine Vielzahl von Einflüssen und damit individuelle Konsequenzen, weshalb es wissenschaftlich sehr schwer ist, zum Thema „Humor und Angst“ allgemeingültige Erkenntnisse zu gewinnen. Die sind noch am ehesten dort zu erwarten, wo es sich um konkrete Angststörungen im obigen Sinne handelt, wobei auch zahlreiche körperliche Angst-Symptome wie

Herzrasen, Atemnot, Schweißausbrüche, Zittern usw. ihren unseligen Beitrag leisten, d. h. die „innerseelische“ Angst noch organisch verstärken.

Letztlich aber geht es einfach um den unterschiedlichen Schweregrad, der besagt: Im Extremfall hat hier Humor keine Chance; lässt die Angst aber nach, kommt es auf die zugrundeliegende Persönlichkeitsstruktur an, ob man auch (wieder) lachen kann.

GELOTOPHOBIE

Bei den spezifischen Phobien gibt es - wie erwähnt - eine große Zahl von Ursachen und Auslösern. Hier würde man wohl am ehesten jene Phobie einordnen, die man als **Gelotophobie** bezeichnet (z. B. M. Titze, W. Ruch, U.R. Kühn). Im Einzelnen nach diesen Experten:

Für Menschen mit einer Gelotophobie wird zur Qual, was anderen Spaß und gute Laune bereitet. Sie leben in der ständigen Angst, von ihren Mitmenschen negativ bewertet oder gar ausgelacht zu werden, vor allem was mögliche Anzeichen von peinlicher Lächerlichkeit anbelangt. Deshalb bemühen sie sich, den Erwartungen ihres Umfelds nicht zu widersprechen, gelangen aber dabei paradoxerweise in die Rolle des unfreiwilligen Komikers. So stolpern sie etwa immer wieder über Stühle, verschütten Getränke und erröten bei jeder Kleinigkeit.

Diese Fehlleistungen gehen mit einem Ohnmachts-Empfinden einher, und das wirkt sich vor allem im körperlichen Bereich aus. Beispiele: Herzrasen, Muskelzuckungen, Zittern, Erröten, Schwitzen, Kurzatmigkeit, Mundtrockenheit usw. Auch die Mimik ist wenig lebhaft und die Gestik fast hölzern (weshalb man auch von einem Pinocchio-Syndrom spricht).

Betroffenen sind insbesondere Menschen, die nie wirklich Kinder im gemütsmäßig spontanen Sinne sein durften, die starre Rollen aufgezwängt bekamen und sich so verhalten mussten, als wären sie kleine Erwachsene mit der ständigen Aufgabe: Niemanden enttäuschen, es allen recht machen, immer nachgeben, kurz: das Wohlergehen anderer sichern.

Und was sagen die Wissenschaftler bzw. ihre testpsychologischen Untersuchungen? Tatsächlich haben Menschen mit einer Gelotophobie, also der Angst vor dem Ausgelachtwerden, große Probleme, sich wirklich erheitern zu lassen bzw. dem Leben mit einem Mindestmaß an Heiterkeit zu begegnen – und fallen deshalb öfter durch scheinbare Miss-Stimmung bzw. schlechte Laune auf.

Einzelheiten sind zwar noch nicht genau erforscht, aber einiges ist schon heute sicher: Solche Menschen erleben das Lachen anderer objektivierbar als unangenehm und gegen sie gerichtet, selbst wenn es gar nicht stimmt. Und tatsächlich sind die Betroffenen in ihrer Kindheit häufig ausgelacht worden oder

einem Erziehungsstil mit wenig Wärme und starker Kontrolle unterworfen gewesen (s. o.). Doch ähnliches gilt auch für Menschen mit sozialer Phobie, Depression oder autistischen Störungen. Viele nehmen Lachen verzerrt wahr und können schlechter zwischen den Lach-Formen unterscheiden. So beispielsweise Sozialphobiker, die offenbar jede Art des Lachens negativer interpretieren als Gesunde.

Außerdem ist vielen von ihnen verwehrt, was den meisten ganz selbstverständlich vergönnt ist: das automatische Mitlachen, wenn andere herzlich lachen. Eine solche Ansteckung ist wahrscheinlich hirnpfysiologisch erklärbar, weil beim Beobachten von Lachen die gleichen Hirn-Regionen aktiviert werden wie beim Lachen selber, so die Wissenschaftler.

Hier gibt es sogar ein – in der Tat erfolgreiches – Behandlungsschema, nämlich das Humor-Drama, in dem paradoxerweise bewusst gemacht wird, was im Laufe des Lebens zu dieser Gelotophobie geführt hat.

WEITERE SEELISCHE STÖRUNGEN

– Schließlich nimmt es nicht wunder, dass Patienten mit einer **Zwangsstörung** - je nach Intensität des Leidens - so absorbiert sind, dass ihnen ein befreites, sorgloses und innerlich stabilisierendes Lachen mitunter nur noch selten gelingt. Auch hier sind es die psycho-physischen Reserven, die durch die zermürbenden Zwänge regelrecht aufgesaugt werden und dann für Humor und Lachen kaum mehr zur Verfügung stehen. Allerdings hat dies nichts mit der zugrundeliegenden Persönlichkeitsstruktur zu tun. Wenn die Zwänge nachlassen, ist auch wieder befreiendes Lachen möglich, wie entsprechende Behandlungsergebnisse zeigen.

– Ein besonderes Problem in unserer Zeit und Gesellschaft sind die offenbar zunehmenden Extrem-Belastungen und damit **psychischen Traumata**, z. B. bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Hier ist es dann ein alles absorbierendes Ereignis, das einen vielleicht früher fröhlichen und lachbereiten Menschen förmlich „umgedreht“ hat, was sich aber bei erfolgreicher Therapie wieder ändern kann.

– Auch bei den verschiedenen **Persönlichkeitsstörungen** (früher Psychopathien genannt) kann man davon ausgehen, dass Humor und Lachen unterschiedlich ausgeprägt oder verfügbar sind. Darüber gibt es aber offenbar keine systematischen Untersuchungen - jedenfalls bisher.

Allerdings wird auch schon ohne wissenschaftliche Objektivierung oft darüber geklagt, dass insbesondere Menschen mit *narzisstischer Persönlichkeitsstörung* dazu neigen, ihr brüchiges Selbstwertgefühl dadurch zu stabilisieren, dass sie anderen gerne mit boshafem Humor begegnen, um sie zu entmündigen, zu erniedrigen oder zu kränken.

Eine ähnliche Strategie, wenn auch nicht so gezielt ausgeprägt, verfolgen im Übrigen auch *antisoziale/asoziale/dissoziale Persönlichkeitsstörungen*, dort ggf. sogar mit physischer Gewalt-Drohung.

Auf einer anderen, zumeist zwischenmenschlichen und insbesondere partnerschaftlichen Ebene machen nicht zuletzt *Borderline-Persönlichkeitsstörungen* Probleme, die für viel Unverständnis, Kummer und Unglück sorgen können, wobei dann beiden Seiten meist das Lachen vergeht.

Das muss man allerdings differenzierter zu sehen versuchen (was nicht einfach ist, das geben nicht zuletzt die dafür zuständigen Psychotherapeuten zu). Doch man kann es bei einiger Kenntnis sogar nutzen. Denn in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen sind verschiedene Erscheinungsformen von Humor sowie dessen Toleranz durch den Patienten auch ein Indikator (Gradmesser) für das so genannte Integrations-Niveau des Selbst (W. Herbold). Unter dem Selbst versteht man die Gesamtheit des Seelischen bei einem Menschen, d. h. die bewussten und unbewussten Anteile der Psyche im Zusammenhang mit der „äußeren Welt“. Dabei können gerade Humor und Witz in der oft gespannten Therapeut-Patient-Beziehung den weiteren Krankheits-Verlauf durchaus günstig beeinflussen (E. Fabian).

Diese und andere Hinweise mit Fallbeispielen finden sich beispielsweise in den *Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie* 3/2011, dem Verbandsorgan der Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen im Schattauer-Verlag.

– Schließlich diskutierte man in der früheren Psychiatrie auch den so genannten hysterischen Lachkrampf. Einzelheiten zur Hysterie (heute histrisches Syndrom genannt) finden sich in den entsprechenden Kapiteln dieser Serie. Hier handelt es sich um ein „krampfhaft“ gesteigertes und bisweilen stundenlang anhaltendes Lachen, das willentlich nicht mehr beendet werden kann, und wenn, dann nur durch Erschöpfung, Atemnot u. ä. Eingereicht wird es in die so genannten **Primitiv-Reaktionen**, die sich durch unvermittelte impulsive Augenblick-Handlungen auszeichnen, z. B. Schreien, Gemüts-Blockierung (Fachbegriff: affektiver Stupor) und eben unterbrechbares hysterisches Lachen. So etwas findet man heute noch bei **Schreck-, Panik-** und unkontrollierbaren **Affekthandlungen**, nicht zuletzt bei „psychischen Epidemien“, in denen eine größere Anzahl von Betroffenen sich gegenseitig immer wieder „anstecken“.

SUCHTKRANKHEITEN

Bei den **Suchtkrankheiten**, also Rauschdrogen-Konsum, Medikamenten-Abhängigkeit und Alkoholismus lassen sich einige Hinweise aus dem Alltag von Klinik und Praxis finden, allerdings wissenschaftlich seltener konkret untersucht, als bei anderen seelischen Leiden. Im Einzelnen:

- So finden wir beispielsweise bei den **Rauschdrogen** plötzliche regelrechte Lach-Orgien, aber auch genauso plötzliche depressive, Angst-, ja Panik-Reaktionen (bis hin zum Horror-Trip) – hier allerdings rein biochemisch ausgelöst (z. B. Haschisch, LSD, Kokain, Amphetamine u. a.). Dazu etwas ausführlicher, weil gar nicht so selten bzw. wohl immer häufiger und weder von den Konsumenten noch von ihrem Umfeld adäquat erkannt:

- **Psychostimulanzien**, auch Psychoanaleptika, Energetika, Psychotonika, Weckamine u. a. genannt, sind aktivierende Substanzen, die schon vor über 100 Jahren synthetisiert wurden. Einige sind vergessen, andere aktueller denn je (z. B. Methylphenidat gegen die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung – ADHS).

Unter ärztlicher Kontrolle, d. h. bei indikations-gerechtem Einsatz, haben sie Sinn und Erfolg. Bei missbräuchlicher Einnahme hingegen (z. B. Gewichts-Reduktion, körperliche Aktivierung beim Sport-Doping oder geistigen Aktivierung beim Gehirn-Doping/Neuroenhancement, ganz zu schweigen in der Rauschdrogen-Szene) drohen dagegen unerwünschte bis gefährliche Folgen.

Das kann in körperlicher Hinsicht von dezenten Hinweisen (Pupillenweite, Mundtrockenheit, aber auch Übelkeit, Durchfall) bis zur ernsteren Gefahren gehen (vor allem Herz-Kreislaufstörungen). Und in seelischer Hinsicht schockieren neben Größenideen, aggressiven Durchbrüchen (und Tätlichkeiten?) vor allem Angstzustände, Panikattacken, Depersonalisation (ich bin nicht mehr ich selber) und Derealisation (alles so sonderbar um mich herum), Ideenflucht, Verwirrtheitszustände und ein eigenartiges Zwangslachen.

- Bei den **Halluzinogenen**, also den Sinnestäuschungen auslösenden Drogen, insbesondere bei *Haschisch* und *Marihuana* droht ein irritierend breites Wirk-Spektrum von extrem folgenschwer bis kurzfristig positiv. Beispiele: Gefühl von wohliger Leichtigkeit (man glaubt zu schweben oder auf Wellen zu gleiten), von Zufriedenheit und inhaltslosem Glück. Außerdem plötzlich und unerwartet heiter-freundlich, gelöst, kontaktfreudig, grundlos optimistisch, ja sogar ausgelassen mit unmotiviertem Kichern und Lachen. Das allerdings kann – wie erwähnt – rasch umschlagen.
- Eine neuere Drogen-Generation sind die **Designer-Drogen** oder **Party-Drogen**, früher eher in Künstlerkreisen, heute vor allem bei der Jugend in riskanter Mode. Dabei handelt es sich überwiegend um synthetische und halbsynthetische Halluzinogene, die in so genannten „Rauschgift-Küchen“ im Ausland ständig molekular abgeändert und damit polizeilich kaum fassbar werden.

Wichtig ist dabei vor allem ein für unsere Zeit offenbar bedeutsames Wirkungsspektrum: Gemeint sind nicht nur die als wohlig empfundenen Rauschzustände mit gesteigerter Sinnes-Wahrnehmung, sondern Gesprä-

chigkeit, euphorisierende Grundstimmung, insbesondere aber Offenheit und Emotionalität. Deshalb auch als „Harmonie-Drogen“ bezeichnet, die das Gefühl vermitteln, alle zu verstehen, alles zu lieben, heiter, vergnügt und humor-bereit zu sein.

- Inwieweit das früher bisweilen missbräuchlich inhalierte *Lachgas* derzeit noch einen Einfluss hat, ist schwer überblickbar. Offenbar gibt es heute andere Möglichkeiten, als dieses inhalierbare Anästhetikum (zur Narkose eingesetzt). Angestrebt wurde dabei auch weniger ein unmotiviertes Lachen, mehr optische und akustische Wahrnehmungs-Veränderungen, ein schwebendes Zeitgefühl, Entspannung und Euphorie (Glückgefühl).

In allen Fällen von Rauschdrogen-Konsum aber muss am Ende so gut wie immer ein hoher Preis gezahlt werden, nämlich die möglichen Folgen einer Negativ-Symptomatik, ganz zu schweigen von den später drohenden Abstinenz-(Entzugs-)Symptomen.

- Bei der **Medikamenten-Abhängigkeit**, zumeist Beruhigungs- und Schlafmittel-Sucht vom Typ der Benzodiazepine oder ähnlichen Substanzen, seltener Schmerzmittel, Schlankheitsmittel usw., finden sich bezüglich Humor und Lachen offenbar keine Besonderheiten. Dafür aber im fortgeschrittenen Stadium eine gemütsmäßige Abstumpfung (Indolenz-Syndrom, auch als „chemische Wurstigkeit“ bezeichnet). Wo den Betroffenen dann wirklich Humor und Lachen vergehen, sind die Entzugs-Phasen, sofern man sich konsequent für diese schwere, glücklicherweise aber zeitlich begrenzte Bürde zu entscheiden gedenkt.
- Eindeutiger liegen die Verhältnisse beim **Alkoholismus**. Auch dort gibt es eine Vielzahl von seelischen, psychosozialen und organischen Symptomen, alle negativ und belastend. Scheinbar positiv mitunter eine Neigung zu großspurigem Auftreten, zu Überbereitswilligkeit und einem etwas distanzlosen Humor mit flachem, unbegründetem Glücksgefühl und kumpelhaft anbietendem Verhalten.

Das kann sich schon im so genannten vor-alkoholischem Stadium abzeichnen, wo Kummer und Sorgen schwinden, Hemmungen fallen, das Leben durch künstliches Wohlbefinden sonnig und leicht wird. Und selbst in der alkoholischen Vorläufer-Phase wird man gerne als trinkfester Stimmungsmacher gefeiert. Im kritischen oder gar chronischen Alkoholismus-Stadium wird aber dann alles radikal anders.

Einiges täuscht aber auch, weil mancher Alkoholiker sogar im *Delirium tremens* zwar desorientiert und verwirrt halluzinieren kann, bisweilen aber noch ausgesprochen schlagfertig zu reagieren vermag. Dabei kann die Stimmung sogar wohl gelaunt und unternehmungslustig sein, wobei diese Heiterkeit und ihr Lachen selbst für Ahnungslose einen irgendwie befremdlichen Aspekt enthält.

PATHOLOGISCHES LACHEN

Ein besonderes irritierendes Phänomen, das schon die ältere Psychiater-Generation treffend beschrieben hat, ist das so genannte **pathologische Lachen**. Darunter versteht man ein unwillkürliches Lachen, das ohne entsprechende Auslösung oder nachvollziehbaren Erlebnis-Hintergrund unvermittelt beginnt und auch wieder endet, also eine Art „anfallsartiges Lachen“. Wegen seiner fehlenden emotionalen Basis und der impulsiven Art des Auftretens wirkt es nicht nur befremdlich, sondern regelrecht bizarr.

Dabei muss man aber aufpassen, dass man es nicht mit den psychischen Symptomen Parathymie und Affektlabilität verwechselt, wo ein nicht immer nachvollziehbares Lachen ebenfalls registriert werden kann. Einzelheiten siehe unten.

Als *Ursachen des pathologischen Lachens* gelten eine Reihe von Krankheitsbildern, und zwar sowohl organische Hirnerkrankungen als auch psychische Störungen. Beispiele in Fachbegriffen und ohne weitere Erläuterung, da nur für Spezialisten interessant:

– An *neurologischen Erkrankungen* finden sich vor allem Hirnkontusionen (Gehirnquetschungen), die Multiple Sklerose, die früher häufige Hirn-Syphilis, epileptische Anfälle, die früher ebenfalls häufige Enzephalitis epidemica usw. Von den erblichen Erkrankungen des Zentralen Nervensystems vor allem das so genannte Angelman-Syndrom (ausgeprägte geistige Retardierung mit einer Reihe neurologischer Symptome). Nicht zu vergessen ischämische Folgen, d. h. Störungen der Gehirndurchblutung im Bereich des Orbitofrontal- und Stammhirns. Außerdem Intoxikationen (Vergiftungen) durch Alkohol und Rauschdrogen (z. B. Haschisch/Marihuana). Und schließlich Raumforderungen des Gehirns, vor allem Hypothalamus und Temporallappen. Weitere Einzelheiten siehe am Ende das Kapitel über spezielle neuropsychiatrische Krankheitsbilder mit pathologischem Lachen (aber auch Weinen).

– Bei den *seelischen Störungen* sind es - neben den Vergiftungen durch Alkohol und Rauschdrogen - besonders das, was man früher Spaltungs-Irresein und hier insbesondere die katatone Schizophrenie nannte. Dabei irritieren folgende Ausdrucks-Phänomene, wie sie wiederum vor allem von der älteren Psychiater-Generation treffend beschrieben wurden:

Leeres, läppisches Lachen, das keiner heiteren Stimmung entspricht, wobei einzelne Kranke sogar direkt beklagen, dass sie lachen müssten, ohne dass es ihnen entsprechend zumute sei. – Nicht ein hysterischer Lachkrampf, sondern eine seelenlose mimische Äußerung, gleichsam hohl und künstlich, hinter der man kein Gefühl bemerkt. Manchmal fühlen die Betroffenen selber lediglich die unwillkürlichen Bewegungen der Gesichtsmuskeln, auch als „ziehen-des Lachen“ beschrieben.

Pathologisches Lachen verläuft nach stereotypem Muster, beginnt meist abrupt und entwickelt sich dann fast anfallsartig, zumindest aber stufenförmig bis zum Extrem. Feinere Unterschiede, z. B. Lächeln oder Ausdrücke geringerer Intensität gibt es nicht. Außerdem können solche Anfälle weder durch den Patienten noch durch andere beeinflusst oder gar unterbrochen werden. Sie verlaufen vielmehr wie Automatismen oder motorische Stereotypen, früher als „motorische Schablonen“ bezeichnet. Der Affekt des Lachens dient nicht wie beim Gesunden der Auflösung einer inneren Spannung und ist auch nicht an einen Kommunikationspartner gerichtet, läuft zumeist also ins Leere.

Schließlich ist in diesem Zusammenhang noch zu wiederholen, dass es nicht nur das Zwangslachen, sondern auch Zwangsweinen gibt, das recht quälend sein kann, da die Patienten die Unmotiviertheit dieser Gefühlsäußerung selber bemerken.

Mitunter kann das Zwangslachen und Zwangsweinen zusammen vorkommen, jedenfalls nicht sicher voneinander getrennt werden. Bisweilen geht auch das eine in das andere über. Die Mimik, die Bewegung der Gesichtsmuskeln ist auf jeden Fall die gleiche wie beim normalen Lachen und Weinen. Ähnliches gilt für Atmung, Gefäßreaktion, Speichel-Sekretion und Stimme.

Allerdings werden heute solche Phänomene nur noch selten beobachtet, zumindest in jenen Nationen, in denen ein entsprechendes Beschwerdebild rechtzeitig diagnostiziert und gezielt behandelt zu werden pflegt.

Doch auch da finden sich noch mitunter Schilderungen wie „unvermitteltes Lachen aus mutistischen Zuständen heraus, zusammen mit plötzlicher dringhafter Bewegungsunruhe“. Wobei die Lachanfalle meist nur wenige Minuten dauern, u. U. aber mehrfach täglich. Und auch hier die Schilderung im Sinne von „unmotiviertem, grellem, ausgesprochen kurzzeitigem Lachen, ohne Anlass, impulsiv, laut, fast schreiend“. Wichtige Beiträge zu diesem Thema sind beispielsweise: K. Kleist: Kriegsverletzungen des Gehirns, 1934; K. Poeck u. Mitarb.: Beiträge zur klinischen Symptomatik und Pathogenese des pathologischen Lachens und Weinens, 1963; K. Poeck, G. Pilleri: Pathologisches Lachen und Weinen, 1963; W. Gottwald: Paroxysmen von pathologischem Lachen und Weinen, 1982; C. Frank, G. Harrer: Über das pathologische Lachen und Weinen, 1983; R. Göbel u. P. Bräunig: Pathologisches Lachen, 1998; T. Kratz, C. W. Wallesch: Pathologisches Lachen und Weinen, 2001 u. a.

Die Behandlung orientiert sich dann an der Grund-Erkrankung, d. h. entweder neurologisch oder psychiatrisch und hier vor allem medikamentös.

Anhang: Parathymie und Affektlabilität

Um auf die oben erwähnte differentialdiagnostische Mahnung zurückzukommen, nämlich das pathologische Lachen nicht mit Parathymie oder Affektlabilität zu verwechseln, kurz eine Erläuterung zu diesen beiden Phänomenen:

- Als *Parathymie* werden situations-inadäquate Stimmungsäußerungen bezeichnet, die nicht zu den Gesprächs- oder Denk-Inhalten passen. Beispiel: ein lächelnder Patient berichtet von seinen qualvollen Schmerzen. Das findet sich natürlich auch bei besonders gefassten und tapferen Betroffenen, aber hier ist es eine Art Spaltung zwischen Denk- und Gesprächs-Inhalten einerseits sowie Gestimmtheit und emotionaler Reagibilität andererseits, wie es von den Psychiatern bei schizophrenen Psychosen geschildert wird.
- Unter *Affektlabilität* versteht man eine veränderte gemütsmäßige Reaktionsfähigkeit mit schnellem, überschießendem und vor allem inadäquatem Stimmungswechsel bei geringen Anlässen. Dabei ist es aber die Änderung der Stimmungslage und nicht die eigentliche Stimmungs-Äußerung, die als grenzwertig bis pathologisch verändert erscheint.

WEITERE NEURO-PSYCHIATRISCHE KRANKHEITSBILDER

In neuro-psychiatrischer Hinsicht gibt es ebenfalls Krankheitsbilder, bei denen das Lachen im Verlauf der Erkrankung des Zentralen Nervensystems „erstirbt“ (z. B. Epilepsie, Alzheimer-Demenz, Parkinson-Krankheit, Multiple Sklerose, Schlaganfall, Amyotrophe Lateralsklerose, Zerebrale Mikroangiopathien, natürlich bestimmte Hirntumore u. a.). Im Einzelnen:

- Früher irritierte vor allem ein eigenartiges Lachen bei manchen **Epilepsie-Formen**. Das wurde dann als epileptischer Anfall gedeutet, häufig als Teil-Phänomen des einst so genannten psychomotorischen Anfalls (heute fokalkomplexer Anfall genannt). Auch bei den sonderbaren „Blitz-Nick-Salaam-Anfällen“ und anderen epileptischen Formen wurde dies beschrieben, bis hin zu dem Fachbegriff der gelastischen Epilepsie (in Form eines ausschließlichen epileptischen Lachens als Anfalls-Äquivalent).

Inzwischen weiß man natürlich viel mehr, vor allem leider Negatives, trotz scheinbar positivem Humor. Es beginnt schon mit so genannten affektiven Auren vor dem eigentlichen Anfall. Das sind Vorposten-Symptome auf der Gemütsebene. Meist haben sie unangenehmen Charakter, aber nicht immer. Typisch ist das anfallsartige Auftreten. In negativer Hinsicht Angst, Wut, Ärger, Traurigkeit, unvermittelt und ohne Grund. Patienten, die das öfters mitmachen müssen, können das sehr genau als erste Anfalls-Symptome einstufen, am häufigsten Angstzustände.

Es gibt aber auch positive Gefühle, ebenfalls grundlos. Das können Entspannung sein, beispielsweise als „passives Hineingleiten in die epileptische Um-dämmerung“, als Aufgeben eines Widerstandes oder gar Hingeben an das krankhafte Geschehen. Auch sexuelle Gefühle sind möglich, bis zum Orgasmus. Wie häufig das zutrifft, ist nicht genau erkennbar, wahrscheinlich aber öfter als berichtet (Scham).

Der gemütsmäßige Extremfall ist aber dann das so genannte „gelastische Lachen“ als eigene, vor allem eigenartige Anfalls-Form. Das ist ein sehr eindrucksvoller Zustand, bei dem der Patient meist in sehr gezwungener, stereotypen und insbesondere unmotivierten Art eine dem Lachen ähnliche Lautbildung zeigt, was man deshalb auch als iktales Lachen bezeichnet (vom lat.: ictus = Schlag, Hieb, Streich, Stoß, Wurf, hier also einen Anfall bezeichnend).

Dabei unterscheidet man noch zwischen iktaler Fröhlichkeit und iktalem Lachen. Das versucht man sogar unterschiedlichen Hirn-Regionen zuzuordnen (in Fachbegriffen: diencephal, hypothalamisch, frontaler Kortex u. a.).

Manchmal kommt es nicht zu gelastischem Lachen, sondern lediglich einen schwer unterdrückbaren Druck, lachen zu müssen, allerdings nicht zwanghaft und deshalb vermeidbar. Auf jeden Fall wird das epileptische Lachen als nicht begründet und vor allem nicht der eigenen Wesensart entsprechend erlebt, gleichsam als seelischer Automatismus, roboterhaft leer und ohne Gemüts-Äquivalent.

Inzwischen interessierten aber auch andere Aspekte: So finden sich bei den Epilepsien mitunter einige Besonderheiten, was dann die schon typische, aber eben krankhafte Wesensart anbelangt. Manches geht auf das neurologische Leiden zurück, anderes auf die Nebenwirkungen der Antiepileptika; und nicht Weniges auf die psychosoziale Reaktion der Betroffenen auf ihr Leiden mit entsprechenden Konsequenzen im Alltag.

Früher nannte man das eine „epileptische Wesensänderung“, inzwischen spricht man von einer „interiktalen Persönlichkeitsstörung“. Beispiele: mangelnde Umstellungsfähigkeit und Wendigkeit, zähflüssiger Gedankengang, Umständlichkeit, überzogenes philosophisches Interesse, gesteigerte Emotionalität („Gefühlsduselei“), Neigung zu Passivität, Zwanghaftigkeit u. a. Deutlich wird auch eine vermehrte Neigung zur Traurigkeit, zu Schuldgefühlen, zur Hyper-Religiosität, eine Art Hyper-Moralismus mit überzogen moralisierend-religiösem Gepräge.

Und eine leider gelegentlich sehr deutliche Humorlosigkeit, die natürlich auch die Lach-Bereitschaft erheblich einschränkt.

– Sicher ist die **Demenz** ein „Schreck-Gespent“ in unserer ansonsten so selbstsicher erscheinenden Zeit und Gesellschaft geworden. Dabei machen aber vor allem die Extrem-Zustände Angst, z. B. das nun in der Tat völlig „abgebaute dementielle Dahindämmern“. Das ist allerdings seltener als man denkt, selbst im 3. oder gar 4. Lebensalter. Viel häufiger sind partielle kognitive und emotionale Einbußen, die hier nicht weiter erörtert werden sollen, fast jeder kennt sie aus seinem näheren oder weiteren Umfeld. Auch das pathologische Weinen und sogar Lachen sollen nach einigen Untersuchungen nicht selten sein.

Ist damit auch die Fähigkeit zu Freude, Humor und Lachen versiegt? Keine Frage: Patienten mit Demenz haben Probleme, komplexe Witze oder Ironie zu verstehen. Das fängt schon beim normalen Älterwerden an. Andererseits bleibt die Freude am Komischen generell erstaunlich lange erhalten. Das beweisen die Erfahrungen entsprechender Humor-Gruppen, nicht zuletzt durch Klinik-Clowns, in speziellem Fall sogar „Geri-Clowns“ auf geriatrischen Stationen. Da kann man dann sehen, dass selbst fortgeschrittene Demenz-Kranke lächeln oder herzlich lachen können, man muss nur eine gewisse „gehobene Albernheit“ zulassen dürfen. Denn – so schon Albert Einstein, der sich diesen Satz natürlich leisten konnte –, „man muss die Welt nicht verstehen, um in ihr leben zu können“.

Man kann von manchen Demenz-Kranken sogar ein von allen gesellschaftlichen Zwängen befreites Lachen lernen. Denn ein grundlegender Sinn für Humor bleibt den meisten Kranken erstaunlich lange erhalten. Dabei macht sich dann doch positiv bemerkbar, dass es nicht das *eine* Humor-Zentrum im Gehirn gibt, sondern dass in das Verstehen von und die Freude an Witzen, Komik und Humor sehr viele Teile des Gehirns eingebunden sind. Das macht dann auch den Humor im Alter weniger anfällig in Bezug auf zerebrale Defizite, gleichsam „alters-resistent“ (B. Wild).

Dafür gibt es eine wachsende Zahl von Humor-Interventionen bei Menschen mit Demenz. Beispiele: Milieu-Gestaltung durch „Humor-Prothesen“, Humor-Reize als Orientierungshilfe (Bilder, Sprüche, Smileys usw.), fröhliche Musik, Liederrunden und Tanz (Menschen mit Demenz singen und tanzen gern). Ferner die den Gesunden versagten und doch oft so entlastenden Übertreibungen, Absurditäten, komischen Verhaltensweisen usw. Dazu Situations-Komik mit Verwechslungen spielerisch verarbeiten und scheinbar groteske Handlungen als Ausdruck von Kreativität interpretieren, ja Humor-Tage organisieren und die Angehörigen einbeziehen (R. D. Hirsch).

– Schwieriger, aber nicht unmöglich, was konkrete Erleichterungs-Strategien anbelangt, wird es ggf. bei **Parkinson-Kranken**, bei denen die mimische Erstarrung natürlich die Kommunikation, insbesondere das „Gegen-Lächeln“ erschwert. Und die Parkinson-typischen Depressionen mit ihren seelischen Zusatz-Belastungen und psychosozialen Konsequenzen; von der im Spät-Stadium einer Parkinson-Krankheit mitunter drohenden Demenz ganz zu schweigen.

– Einfach ist es auch nicht bei **autistischen Patienten**, die vor allem Schwierigkeiten bei der verstandesmäßigen Einordnung haben. Witze, wo dies gefordert ist, können sie nicht so gut durchschauen und damit schätzen. Visueller Nonsens hingegen wird von ihnen genauso beurteilt wie von den Gesunden.

– Eine neurologische Krankheit mit vielen leidvollen Gesichtern ist die **Multiple Sklerose (MS)**. Diese chronisch entzündliche Nerven-Erkrankung, auch

Enzephalomyelitis disseminata genannt, hat leider noch weitgehend ungeklärte Ursachen – und ein verwirrendes Beschwerdebild mit unheilvollen und oft kaum befriedigend zu behandelnden Störungen.

Was deshalb schon früher das Umfeld irritierte, ist eine gelegentliche Euphorie, ein inhaltsloses Wohl-, ja Glücksgefühl. Das aber ist vor allem eine hirnorganische Beeinträchtigung in Form flacher Heiterkeit und Lach-Bereitschaft, selbst dann, wenn man durch eine Ataxie das Gleichgewicht verliert („wer wackelt, lacht“).

Schwer nachvollziehbar aber dann doch halbwegs mildernd ist auch eine sonderbar optimistische Einstellung, ja eine durchgehend heitere Grundstimmung, selbst wenn der Verlauf chronisch fortschreitet. Besonders verwirrend ist allerdings das dann ggf. seltenere Zwangs-Lachen (oder Zwangs-Weinen), je nach Befall entsprechender Hirn-Regionen.

– Fast noch erschreckender für die Betroffenen ist die schon eingangs erwähnte **Narkolepsie**. Das ist eine Sonderform der Schlafstörung, im Volksmund auch als „Schlafkrankheit“ bezeichnet, auf jeden Fall ein chronisches organisches Leidensbild, das durch folgende Funktionsstörungen der Schlaf-Wach-Regulation gekennzeichnet ist:

1. Tagesschläfrigkeit, entweder als ständige Müdigkeit bzw. übermäßige Schläfrigkeit oder als zwanghaftes Einschlafen am Tage im Sinne von regelrechten Schlaf-Attacken.
2. Gestörter Nachtschlaf mit häufigen Wachpausen; und wenn Schlaf, dann nicht selten lebhaft, oft übertrieben wirklichkeitsnahe, auf jeden Fall angsterfüllende Horror-Träume.
3. Noch irritierender sind so genannte kataplektische Attacken, Anfälle von plötzlichem Spannungsverlust der Muskulatur. Das kann die Gesichtsmuskeln betreffen, dann ohne ernstere Konsequenzen. Es kann aber auch durch das plötzliche Weichwerden in den Knien zum vollständigen Hin- stürzen führen. Und das wird dann als affektiver Tonusverlust oder „*Lachschlag*“ bezeichnet, weil viele dieser Anfälle durch Gemütsregungen wie Freude, Lachen, aber auch Ärger und Enttäuschung ausgelöst werden. Das Bewusstsein bleibt meist ungestört
4. Und schließlich das in vielen Narkolepsie-Fällen schockierendste Symptom: die Schlaflähmung. Hier kommt es zu einer völligen Bewegungsunfähigkeit, und zwar bei vollem Bewusstsein, wie eine Lähmung. Kurz: Die Narkolepsie hat es in sich; man muss selbst auf Freude, Spaß und Lachen aufpassen.

– Auch beim **Schlaganfall** wird von pathologischem Lachen und Weinen berichtet, und zwar nicht selten (in jedem 3. Fall?). Und es wird ein Sonderfall

des „unaufhaltsamen Lachens“ diskutiert, und zwar als Vorzeichen eines nahenden Schlaganfalls. Dieses Phänomen könne Minuten bis Stunden vor Ausbildung der Halbseiten-Lähmung nach einem solchen Insult beobachtet werden, was auf die Beeinträchtigung bestimmter Hirn-Areale hinweise.

– Auch die eher seltene neurologische Krankheit **Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)** scheint betroffen. Einzelheiten würden hier zu weit führen, doch nannte man zu Beginn des letzten Jahrhunderts diese Erkrankung zusammen mit der so genannten vaskulären Pseudobulbärparalyse im englischen Sprachbereich schon „laughing sickness“.

– **Gehirntumore** sind zwar tragisch, werden aber mit den heutigen technischen Diagnose-Möglichkeiten wenigstens rasch erkannt und gezielt behandelbar. Dabei ist es oft der Sitz des raumfordernden Hirn-Prozesses, der für das Beschwerdebild mitbestimmend sein kann.

So kann man bei den *Stirnhirn-Tumoren* beispielsweise unterscheiden zwischen dem augenhöhlen-nahen Bereich (orbitale Rinde), bei dessen Befall der Patient wie eine atypische Manie wirken kann: flache Euphorie mit distanzlosem Witzeln, aber auch irritierendem zwischenmenschlichem Verhalten (z. B. sexuelle Enthemmung, aggressive Durchbrüche u. a.). Das Gegenteil findet sich dann beim Befall des oberen Stirnhirn-Anteils: spontan, einsilbig, schließlich völlig initiativlos. Auch bei dem selteneren Befall des 3. Ventrikels (Hirnkammer) können kurzfristig schizophrene-, aber auch manie-artige Symptome auftreten.

Spezielle Tumor-Hinweise mit möglichen Stimmungs-Folgen in Richtung manischer Heiterkeit siehe der Kasten mit den Ursachen eines manischen Syndroms.

– **Weitere neurologische Erkrankungen**, die in der Literatur immer wieder mit pathologischem Lachen und Weinen in Zusammenhang gebracht werden, zumindest in vereinzelt Fall-Beschreibungen, sind das Trigemini-Neurinom, der Hirnstimm-Insult, das Trochlearis-Neurinom, das retroclivale Meningeom, das Clivus-Chordom sowie Hirnstamm-Läsionen (Übersicht nach T. Kratz und C. W. Wallesch, 2001).

– Ein nicht psychiatrisch-neurologisch und schon gar nicht normal-psychologisch interpretierbares Phänomen ist schließlich noch der **Risus sardonicus**. Das ist das starre, ja sogar „teuflische Grinsen“ als Folge einer Kontraktur (d. h. unwillkürlichen Dauerverkürzung) der mimischen Muskulatur, vor allem ein Verziehen der Mundwinkel nach außen. Dabei kommt es auch noch zu einem Krampf der Kaumuskulatur bis zur Kieferklemme. Die Ursache ist eine Tetanus-Infektion, also der „Starrkrampf“.

ANHANG: BURNOUT UND INNERE KÜNDIGUNG

Ein wachsendes Problem bezüglich Humor-Verlust und Lach-Defizit sind zwei Krankheiten, die nicht als solche anerkannt sind, weshalb man sie nicht als Krankheits-, sondern Leidensbilder umschreibt - und zwar gesellschaftlich, psychosozial, letztlich stress- und überwiegend berufs-bedingt. Im Einzelnen:

– Der eine Begriff ist - obgleich nur englisch verfügbar - inzwischen in aller Munde: **Burnout**: *erschöpft* → *verbittert* → *ausgebrannt*. Wegen seiner wachsenden Bedeutung mit durchaus ernststen Konsequenzen nachfolgend eine etwas ausführlichere Darstellung:

Das Phänomen ist jedoch alt: Früher als Elias-Syndrom nach dem Propheten Elias umschrieben, später in der Fachpresse als Betriebsneurose, Helfer-Syndrom, Psychasthenie, Neurasthenie, chronischer nervöser Erschöpfungszustand, Erschöpfungsdepression u. a. und in der Allgemeinheit als Schaffens- oder Sinn-Krise, Midlife-Crisis, innere Kündigung usw. bezeichnet (was aber immer nur die Richtung vorgibt, nie deckungsgleich ist).

Allen diesen Störungen, zeit- und gesellschafts-abhängig, liegt vor allem eines zugrunde: ein kompliziertes Wechselspiel von Persönlichkeits-Eigenschaften und – zumeist beruflichen – Umweltfaktoren. Nach und nach versuchte man das Burnout-Syndrom deshalb etwas genauer zu differenzieren: So sprach man von „echten Ausbrennern“, also den ursprünglich dynamischen und zielstrebigen Männern und Frauen, die an schlechten Bedingungen zugrunde gehen, sich aber letztlich ihren Stress weitgehend selber verschafft haben und vor allem nicht Nein zu sich selber sagen können (deshalb auch als „Selbst-Verbrenner“ bezeichnet). – Zum anderen die „Verschlissenen“, die wenig durchsetzungsfähig und passiv sind, nicht Nein zu anderen sagen können, weil sie Angst haben, deren Sympathie zu verlieren - und damit tatsächlich die Opfer äußerer Umstände werden, wenngleich letztlich auch persönlichkeits-spezifisch ausgelöst. – Und schließlich jene „Kandidaten“, die zwar von der positiven Seite der Burnout-Ursachen Nutzen ziehen, in Wirklichkeit aber überhaupt nie „gebrannt“, geschweige denn „gelodert“ haben, also die bekannten „Trittbrettfahrer“.

Einzelheiten dazu siehe die umfangreiche Literatur zu diesem Thema. Hier nur einige Hinweise, weil dieser „Schwelbrand der Gesellschaft“ langsam in der Tat folgenschwere Konsequenzen nach sich zu ziehen droht. Also: wie es beginnt - und endet (einschließlich der erwähnten Humor-Konsequenzen):

Der *Beginn einer Burnout-Krise* erscheint erst einmal positiv: aktiv, dynamisch, zupackend, ideenreich, engagiert (allerdings eher über-engagiert) mit vermehrtem Einsatz, freiwilliger Mehrarbeit, (subjektivem) Eindruck der eigenen Unentbehrlichkeit und dem Gefühl, eigentlich nie mehr richtig Zeit zu haben;

damit wachsende Verleugnung eigener Bedürfnisse und vielleicht eine heimlich zunehmende Beschränkung zwischenmenschlicher Kontakte.

Nach und nach wird das (Über-)Engagement aber durch eine sich langsam, jedoch unerbittlich ausbreitende Erschöpfungsphase gleichsam ausgebremst: Jetzt drohen verminderte Belastbarkeit, wachsende Stimmungslabilität und vor allem eine bisher nicht gekannte Erholungsunfähigkeit. Auch eine zunehmende Infektanfälligkeit gehört dazu (meist ständige banale Erkältungen und Grippe-Infekte). Dazu Müdigkeit im Sinne einer eigenartigen, alles durchdringenden Mattigkeit (in Fachkreisen als Tagesmüdigkeit oder chronische Müdigkeit bezeichnet). Und am Schluss rasche Erschöpfbarkeit und schließlich regelrechte Kraftlosigkeit. Dazu die unselige Kombination aus innerlich müde, matt und abgeschlagen sowie unruhig, nervös, gespannt, fahrig, ja sogar reizbar und gelegentlich aggressiv nach außen (früher treffend als „reizbare Schwäche“ bezeichnet).

Der *Endzustand* ist gekennzeichnet durch Resignation, Entmutigung, verringerte Frustrations-Toleranz, leichte Kränkbarkeit, Niedergeschlagenheit, schließlich sogar durch Minderwertigkeits- und Versagensgefühle. Die Sichtweise wird schwernehmend, pessimistisch, von Negativismus oder Fatalismus geprägt. Dazu baut sich das frühere Leistungsvermögen regelrecht von selber ab, beginnend mit Kreativität, Motivation, schließlich Gedächtnisleistung, psychosomatisch interpretierbaren Beschwerden (ohne organischen Grund) und zuletzt körperlichen Schwachpunkten, die psychosozial bedingt plötzlich gesundheitlich relevant werden. Dazu Partnerprobleme, familiäre Schwierigkeiten (und damit „Kerze, die an beiden Seiten gleichzeitig abbrennt“), verzweifelte Selbst-Behandlungsversuche mit Alkohol, Nikotin und Kaffee, möglicherweise auch noch mit Beruhigungs-, Schmerz- und Schlafmittel (aus fremden Beständen, da man noch immer nicht freiwillig zum Arzt geht). Und schließlich eine Vielzahl von Konsequenzen am Arbeitsplatz, die das Ende einleiten.

Zuletzt ein spezifisches Charakteristikum des voll ausgeprägten, sozial verhängnisvollen Leidensbildes, nämlich die Neigung zu ständiger, ja wachsender Ironie, zu Sarkasmus und Zynismus. War der Betreffende schon früher so angelegt, wird es noch unerträglicher, dafür aber vom leid-geprüften Umfeld besser zu verstehen. Passt es jedoch nicht zu seiner Persönlichkeitsstruktur, fällt es zwar schneller auf, ist aber fast noch unerträglicher, weil bisher ungewohnt.

Spätestens in dieser unseligen Phase, meist aber schon (weit?) vorher, zeichnet sich auch das ab, was wir von anderen Krankheitsbildern mit biologischem Hintergrund (wenn auch später mit psychosozialer Verstärkung) kennen gelernt haben: zunehmende Humorlosigkeit mit entsprechendem Lach-Defizit.

Und wenn, dann eher in der unangenehmen Form des entweder defensiven, meist aber angriffslustigen „Humor-Produzenten“. Dabei muss die Schadenfreude nicht einmal so ausgeprägt sein, eher eine Art Galgenhumor, aber meist weniger passiv duldend, eher ungehalten, entwertend, kränkend, fast

schon gezielt beleidigend, schließlich reizbar, aggressiv oder gar feindselig getönt.

– Hier zeichnet sich dann auch der Unterschied zur so genannten „**inneren Kündigung**“ ab. In wenigen Sätzen formuliert: Der Ausgebrannte kann nicht (mehr) leisten, was er eigentlich gerne leisten möchte; der innerlich Kündigende könnte vielleicht, aber er mag nicht mehr. Die innere Kündigung ist also nicht einfach eine Vorstufe des Ausbrennens, wie gelegentlich geäußert wird, obgleich es sicher Berührungspunkte, vielleicht sogar Überschneidungen geben mag. Dabei kann sich der innerlich Kündigende emotional besser über die Runden retten, ja sogar seine Beziehung zu seiner Klientel (seine Schüler, Patienten, Kunden u. a.) in selbst-bestimmtem Rahmen ordnen.

Deshalb findet man bei innerer Kündigung auch seltener das erwähnte Humor- und damit Lach-Defizit wie beim Burnout-Syndrom, aber eine gewisse Bitterkeit, vielleicht sogar Verbitterung ist durchaus spürbar. Und das färbt dann auch auf Humor und Lachbereitschaft ab.

Und *was kann man tun*, vor allem beim Burnout? Hier wird der Humor als eines der wichtigsten Mittel zur Prävention empfohlen, und zwar in Form einer spielerischen Einstellung oder als humorvolle, lachende Interaktion mit anderen. Das mag nicht immer einfach sein, doch zeigt die Realität, dass der Gebrauch von Humor ohnehin eine der häufigsten Bewältigungs-Strategien am Arbeitsplatz war, ist und wohl immer sein wird. Oder kurz: Humor als protektive Wirkung gegen ein Leiden, das zwar verhängnisvoll um sich greift, aber auch durchaus steuerbar (z. B. im Gegensatz zur Krankheit Depression), zumindest abzumildern ist.

WITZE ÜBER BEHINDERUNGEN

Ja, in unserer Zeit und Gesellschaft sind Witze über Gebrechen nicht mehr tragbar. Das war aber nicht immer so. Im Altertum galt Trotteln als Inbegriff der Komik, im Mittelalter der Zwerg als lächerlich, und im 16. und 17. Jahrhundert haben selbst ausgewiesene und berühmte Geistesgrößen Missbildungen und Gebrechen durchaus als komisch empfunden (z. B. Francis Bacon und Thomas Hobbes). Und noch Ende des 19. Jahrhunderts musste der berühmte Psychiatrie-Professor Emil Kraepelin missbilligend feststellen: „Eine sehr ergiebige Quelle der Anschauungskomik bilden für das unerzogene Gemüt die mannigfachen Missbildungen und Verkrüppelungen der menschlichen Gestalt“.

Kinder mögen hier noch etwas unbedarft sein, werden aber rasch zurechtgewiesen und behalten diese Abmahnung auch in Erinnerung. So sind Witze über Gebrechen auch relativ selten und wenn, dann nur mit schlechtem Gewissen oder in entsprechenden Kreisen geäußert. Viele behaupten auch, dass sie sich solche Witze gar nicht merken können (oder wollen). Sie gelten in der

Tat heute fast schon als tabuisiert, was wenigstens in dieser Hinsicht als Fortschritt zu interpretieren wäre.

Eine Ausnahme sind jene Extreme, die sich die Karikaturisten erlauben können, weil sie schnell durchschaubar und rein theoretisch für irgendwelche Attacken herhalten müssen. Und auch dort bevorzugt man eher jene Absurditäten oder Monstrositäten, die nicht der Realität entsprechen. Echte, im Alltag vorkommende Krankheiten sind ein „Geschmacks-Risiko“, auch wenn sie gut gemacht und treffend-erheiternd formuliert sind.

Ein Mittelweg scheint auch der zu sein, bestimmte Beeinträchtigungen, z. B. Stottern, Lispeln u. ä. zwar als humor-bezogen anzubieten, aber keinesfalls in direkter Verbindung zu einem entsprechend Betroffenen. Wird es also ohne direkten Bezug nur vorgetäuscht, ist Mitgefühl überflüssig und man kann selbst darüber guten Gewissens lachen; aber auch das wird seltener und muss gegebenenfalls mit sehr gemischten Gefühlen und damit Reaktionen rechnen.

Eine Sonderstellung nehmen die „Säufer-Witze“ der Betrunkenen ein. Das muss noch keine Behinderung sein, wie sie in der Sparte über den Alkoholismus besprochen wird. Betrunkener kann sich schließlich jeder Gesunde machen und erlebt dann ggf. einen Ausnahmezustand, über den er nachträglich vielleicht nicht besonders erheitert ist.

Dass der Alkohol halt die Zunge löst und den sonst eher gesellschaftlich gezügelten Gedanken freien Raum lässt, ist allseits bekannt und findet auch seinen komprimierten Ausdruck in der psychotherapeutischen Erkenntnis: Das Über-Ich ist alkohol-löslich... (Unter dem Über-Ich versteht man ja bekanntlich die höchste Instanz der Persönlichkeit im Rahmen einer psychischen Topographie, gleichsam die Vertretung aller moralischen Beschränkungen, kurz das, was „man“ eigentlich (sein) sollte.)

ANHANG: NEUROBIOLOGIE DES HUMORS

Bei allen Symptomen, Krankheitsbildern und wissenschaftlichen Problemen hat sich also immer wieder die Frage aufgedrängt: Gibt es ein konkretes Humor-Zentrum im Gehirn? Und die Antwort lautete: nach bisheriger Erkenntnislage nein. Dazu im Anhang eine kurz gefasste Übersicht, basierend auf dem Fachbuch *Humor in Psychiatrie und Psychotherapie* von Barbara Wild (2012). Im Einzelnen:

Zur Klärung dieser Frage hilft vor allem die moderne Technik weiter, die so genannte funktionelle Bildgebung, die – schlicht gesprochen – das Gehirn immer subtiler zu untersuchen vermag und dabei auch Schlussfolgerungen auf seine Funktion zieht. Und wie reagiert es dann auf Witze, Cartoons oder Filmsequenzen? Was sagt beispielsweise die funktionelle Kernspintomographie?

Sie sagt: Ja, hier tut sich was. Wo? Beispielsweise linke Gehirnhälfte im Grenzgebiet zwischen Schläfenlappen, Scheitellappen und Hinterhauptlappen (Fachbegriff: temporo-parieto-occipital). Ferner an der Außenseite, der Vorder- und Mittelseite des linken Stirnhirns und in verschiedenen Teilen des limbischen Systems (unterhalb des Großhirns). Von einem umschriebenen Humor-Zentrum kann also nicht die Rede sein, eher von einer erstaunlich breiten Aktivierung verschiedener Gehirn-Areale.

Wenn also so viele Gehirn-Regionen durch Humor-Anregung aktiviert werden, dann muss sich da ja eine regelrechte Funktions-Kette in Bewegung setzen. Und siehe, das scheint auch so (theoretisch) abzulaufen. Wie schon relativ früh in entsprechenden Wissenschaftskreisen überlegt wurde, muss bei einem Witz zunächst eine Inkongruenz zwischen Witz-Anfang und der verblüffenden Pointe am Ende erkannt werden. Die wäre dann in einem zweiten Schritt aufzulösen, in dem man einen neuen Zusammenhang herstellt. So etwas ist natürlich auch beim Rätsel-Lösen möglich. Doch bei einem guten Witz kommt noch etwas hinzu, nämlich nicht nur die Befriedigung über die Lösung, sondern zusätzlich die Emotion der Erheiterung.

Kein Wunder, dass hier verschiedene Gehirn-Areale notwendig sind, wobei zumindest ein Teil dieser Erkenntnis durch die moderne funktionelle Kernspintomographie auch belegt wird. Denn hier sind mehrere Leistungs-Ebenen gefordert: visuell-räumliche Aufmerksamkeit, Verarbeitung komplexer Sprache, Gedächtnisfunktionen, die Fähigkeit zu logischer Schlussfolgerung u. a. Nicht zuletzt die Fähigkeit zur Mentalisierung (mit dem Ziel einer positiven inneren Grundeinstellung).

Und nicht nur dies: Es sind auch Gehirn-Zentren gefordert, die für komplexere Sprachfunktionen zuständig sind (z. B. das Ironie-Verständnis). Und für das Verstehen von Metaphern (Verbildlichung, Übertragung abstrakter Sachverhalte in einen bildhaften Ausdruck, man denke nur an Bildwitze). Auch die Zeichensprache muss dekodiert (entschlüsselt) werden, um die Bedeutung von nicht wörtlicher Sprache und anderen Symbolen zu verarbeiten und damit einen neuen Zusammenhang zu konstruieren, wie es beispielsweise der Witz verlangt.

Aber das alles reicht noch nicht. Die frontalen Aktivierungen der Vorder- und Mittelseite des Stirnhirns legen beispielsweise nahe, dass auch Gedächtnisfunktionen und Handlungs-Entscheidungen notwendig sind. Und Aufmerksamkeitsprozesse in Bezug auf emotionale Stimuli (die also das Gemüt ansprechen sollen). Und Entscheidungen zwischen verschiedenen Belohnungen, dazu Selbstwahrnehmungs-Fähigkeiten, soziale Erkenntnisse, bewusste Gefühls-Regulationen u. a.m. Denn gerade bei Witzen ist es ja relevant, inwiefern sich der Witz auf einen selbst bezieht bzw. sozial akzeptabel ist.

Es geht also – gehirn-physiologisch gesprochen – nicht nur um eine subjektive Witzigkeit, sondern auch um eine positive Wechselbeziehung bzw. gegenseitige

ge Beeinflussung zwischen subjektiver Witzigkeit und sozialer Akzeptanz der Witze.

Schließlich wird aber – wie bereits erwähnt – auch das neuronale Belohnungssystem des Gehirns angesprochen, wenn der Witz zu einer guten Stimmung oder gar zum Wohlgefühl beiträgt. Das ist nun interessanterweise nicht nur im (menschen-typischen) Großhirn lokalisiert, sondern auch in (im wahrsten Sinne des Wortes, also gehirn-anatomisch und stammes-geschichtlich) darunter gelegenen älteren Gebieten der Gefühls-Verarbeitung. Hier sparen wir uns die dafür zuständigen Begriffe, obgleich sie durchaus freudvolle Beiträge leisten. Deshalb vielleicht doch noch einige Beispiele: Hippocampus, Nucleus accumbens, Amygdala, Hypothalamus, Thalamus, Basalganglien u. a., teilweise im übergeordneten limbischen System integriert, was eine wichtige Rolle bei der Emotions-Verarbeitung spielt. Wenn sich etwas Positives ereignet, dann kann man dort auch entsprechende Aktivitäten registrieren. Das geht von jeglicher freudigen Ursache bis zu einem guten Witz.

Das alles mündet aber auch in mimische Äußerungen, von einem zarten Lächeln bis hin zum dröhnenden Lachen. Auch das wurde wissenschaftlich untersucht, vor allem mit kernspintomographie-tauglichen Videokameras. Das Ergebnis: Wurde das erwähnte limbische System freudig aktiviert, dann auch die damit hirnstamm-anatomisch eng verbundenen Kerngebiete bestimmter Hirnnerven, die dann wiederum das erkennbare Lächeln oder Lachen in der Muskulatur triggern. Diese Verbindung, gleichsam vom echten Innerseelischen bis zum muskulär Erkennbaren, findet sich übrigens nicht, wenn ein willkürliches bzw. ein willentlich gesteuertes Lächeln oder Lachen „durchgeführt“ wird. Hier ist dann nicht das echte Gefühl sichtbar, sondern die nüchterne Strategie im Einsatz.

Schlussfolgerung: Was die Wissenschaft bisher erarbeitet hat ist erstaunlich, aber reicht noch lange nicht aus, um das Phänomen Humor und Lachen beim Menschen befriedigend zu erklären. Eines aber ist nach wie vor sicher: Es gibt kein „Humor-Zentrum“ im Gehirn; was aktiv wird, sind in der jeweiligen Situation ganz unterschiedliche „Werkzeuge“ des Gehirns, so Frau Professor Wild. Und noch etwas anderes gilt es einschränkend zu bedenken:

„Alle bisher dargestellten Befunde beziehen sich auf die Wahrnehmung von Witz-Material. Das lässt sich mittels funktionaler Bildgebung am einfachsten untersuchen. Der Begriff Humor umfasst aber eben noch sehr viel mehr.“ Und hier gibt es noch sehr wenig und wenn, dann unterschiedliche Ergebnisse, die dann aber nicht falsch oder irreführend sind, sondern die Komplexität der Forschungs-Aufgaben verdeutlichen. „So zeigt sich auf neurobiologischer Ebene, dass selbst etwas so vermeintlich Einfaches wie die Wahrnehmung von Witzen ein – viele Gebiete des Gehirns einschließendes – Netzwerk aktiviert und dabei je nach Bedarf auf einzelne „Werkzeuge“ oder Funktionen des Gehirns zurückgreift.“

Viele anderen Aspekte des Humors, die uns beschäftigen, zum Beispiel die Fähigkeit zur Produktion von Komik und Witzen, zum passenden Verhalten in sozialen Situationen, zur Neigung über sich selbst lachen zu können oder spielerisch und kreativ zu sein, sind bisher leider noch nicht ausreichend untersucht worden. So die Expertin, Frau Professor Dr. B. Wild.

Wir stehen also noch am Anfang entsprechender Forschung. Das betrifft schon allein die Gesunden. Wie steht es nun aber mit seelisch Erkrankten? Gibt es da vielleicht einen Erkenntnis-Gewinn, wenn man sie mit den wissenschaftlichen Daten gesund Gebliebener vergleicht? Die Antwort: Wohl nein, es wird sogar noch komplexer und damit schwieriger zu verstehen, wie die vorangegangenen Titel verdeutlichen. Gleichwohl kann es auch hier einen bisher verborgenen Zugang zu einem Phänomen eröffnen, das alle Menschen nicht missen möchte, nämlich Humor und insbesondere das Lachen.

SCHLUSSFOLGERUNG

Humor, eine der wertvollsten Charaktereigenschaften und Lachen, eine der anregendsten Stimmungsäußerungen des Menschen – was gibt es Schöneres. Und gerade deshalb diese zwei eigenartig berührenden Phänomene: 1. Das krankhafte Versiegen von Humor und Lachbereitschaft sowie 2. das befremdende pathologische Lachen aus einer seelischen oder körperlichen Störung heraus. Dabei gibt es natürlich Unterschiede, sowohl zahlenmäßig als auch von der irritierenden Bedeutung, wenn nicht gar Sonderlichkeit her:

An erster Stelle, schon statistisch gesehen, stehen die affektiven Störungen Depression oder Manie, nicht selten zusammen bzw. nacheinander als manisch-depressive Erkrankung (früher Zykllothymie, heute bipolare affektive Störung genannt). Eindrucksvoll-erschütternd der depressions-typische Verlust der Fähigkeit, allein schon Freude zu empfinden; und dann natürlich auch keine Humor- und Lachbereitschaft mehr. Das Leben ist grau, trostlos, der Patient hilflos und vor allem hoffnungslos.

Und umgekehrt: die manische Hochstimmung. Häufig ist sie nicht, jedenfalls bei weitem seltener als die depressiven Episoden. Aber auch um ein Vielfaches eindrucksvoller, allemal beim ausgeprägten manischen Krankheitsbild mit seinen zahlreichen psychosozialen Konsequenzen. Eines fällt jedoch positiv auf, wenn auch für begrenzte Zeit: Die heitere Laune und Witze-Neigung ist ansteckend, zumindest am Anfang. Später hat der Maniker oft mit mehr Problemen zu kämpfen als der Depressive, ein meist böses Erwachen, das die gute Laune rasch wieder versiegen lässt.

Schizophrene Psychosen meint man sicher erkennen zu können, aber das trifft nur auf Extrem-Zustände und chronisch Erkrankte zu. Ein interessantes Phänomen, und zwar schon im frühen Erkrankungs-Stadium, ist die pathologische Einstellung zu Humor und Lachen, nämlich Schwierigkeiten im Erkennen

des humorvollen Hintergrunds – und befremdliche Reaktionen darauf. Bei den Angststörungen ist es vor allem das furcht-zentrierte Leiden an sich, das jegliche Humor-Bereitschaft unterbinden kann, bis hin zur Gelotophobie, der konkreten Angst vor Spaß, guter Laune, Humor und Witzen. Im Übrigen nicht so selten, wie man denkt, zumal sich die Betroffenen eher verschüchtert zurückziehen.

Bei weiteren seelischen Störungen, bei denen Humor und Lachen beeinträchtigt sein können, wird es schon schwieriger, dieses unglückselige Defizit zu erkennen. Bei den Suchtkrankheiten, insbesondere den Rauschdrogen wird es da schon einfacher, allerdings biochemisch bedingt und auf die jeweilige Intoxikation begrenzt. Bei den Designer-Drogen kommt dann allerdings noch eine Glücks-Komponente hinzu, die ihre eigene Wirkung entfaltet. Und beim Alkoholismus ist es nicht zuletzt der „Galgenhumor“ bzw. das kumpelhaft anbietende Verhalten, das sogar im Delirium auffallen kann.

Sehr spezielle Kenntnisse erfordern schließlich entsprechende Gemütsregungen bei eher seltenen neurologischen bzw. neuropsychiatrischen Erkrankungen wie Epilepsie, Parkinson, Multiple Sklerose, ja sogar bei der Narkolepsie mit ihrem „Lachschlag“. Häufiger durchschaubar dafür wieder zwei Leidensbilder, die unserer Zeit und Gesellschaft angelastet werden, nämlich Burnout und Innere Kündigung. Auch hier gibt es Hinweise darauf, dass Menschen, die sich erschöpft, verbittert und ausgebrannt fühlen, schon im Vorfeld dieser Entwicklung ihren Humor zu verlieren drohen. Und das findet sich dann inzwischen öfter als bei den meisten anderen Krankheiten, die in diesen Ausführungen dargestellt wurden.

LITERATUR

Auf den ersten Blick nicht gerade alltägliches, eigentlich sogar ungewöhnliches Thema: Lachen und seelische Krankheit. In der Psychiatrie allerdings ein wichtiger Hinweis, wenn auch in der Psychopathologie, d. h. der psychiatrischen Krankheitslehre, kaum berücksichtigt. Nachfolgend in Ergänzung der zitierten wissenschaftlichen Publikationen eine kleine Übersicht zu jenen deutschsprachigen Fachbüchern, die vielleicht zu Anamnese und Befund diesbezüglich weiterhelfen:

Bachmaier, H. (Hrsg.): Lachen macht stark: Humorstrategien. Wallstein-Verlag, Göttingen 2007

Bernhardt, J. A.: Humor in der Psychiatrie. Beltz-Verlag, Weinheim 1985

Bernhardt, J. A.: Humor in der Psychotherapie. Beltz-Verlag, Weinheim u. Basel 1985

Birklbauer, W.: Warum Lachyoga? Book on Demand, Norderstedt 2008

Bischofsberger, I.: **Das kann ja heiter werden – Humor und Lachen in der Pflege.** Verlag Hans Huber, Bern 2008

Bischofsberger, I.: **Humor kann Ihrer Krankheit schaden.** UNI NOVA – Wissenschaftsmagazin der Universität Basel, Basel 2011

Boethius, S.: **Cum grano salis. Humor aus der Sicht der analytischen Psychologie.** Diplomarbeit C. G. Jung-Institut, Küsnacht 1993

Bönsch-Kauke, M.: **Psychologie des Kinderhumors.** Verlag Leske & Budrich, Opladen 2003

Bra, K. de: **Beiträge zur Psychologie des Humors.** Diss., Universität Jena, 1913

Delling, H., H. J. Freyberger (Hrsg.): **Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen.** Verlag Hans Huber, Bern 2012

Effinger, H. (Hrsg.): **Die Wahrheit zum Lachen bringen. Humor als Medium in der Sozialen Arbeit.** Juventa-Verlag, Weinheim 2008

Emmelmann, C.: **Das kleine Lachyoga-Buch.** dtv, München 2007

Esch, T.: **Die Neurobiologie des Glücks.** Thieme-Verlag, Stuttgart 2012

Faust, V.: **Manie.** Enke-Verlag, Stuttgart 1997

Faust, V.: **Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung.** Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-New York 1995

Faust, V., C. Scharfetter: **Psychopathologie, Band 1 bis 13.** Enke-Verlag, Stuttgart 1997-2000

Frank, R. (Hrsg.): **Therapieziel Wohlbefinden.** Springer-Verlag, Berlin 2011

Frankl, V. E.: **Das Leiden am sinnlosen Leben.** Herder-Verlag, Freiburg 1977

Frankl, V. E.: **Ärztliche Seelsorge.** Fischer-Verlag, Frankfurt 1983

Frankl, V. E.: **...trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager.** dtv, München 2008

Freud, S.: **Der Humor.** GW XIV, Fischer-Verlag, Frankfurt 1999

Freud, S: **Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten.** Fischer-Verlag, Frankfurt 1999

Frings, W.: **Humor in der Psychoanalyse. Eine Einführung in die Möglichkeiten humorvoller Intervention.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 1996

Fröscher, W. u. Mitarb. (Hrsg.): **Die Epilepsien: Grundlagen – Klinik – Behandlung.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2004

Grotjan, M.: **Vom Sinn des Lachens.** Kindler-Verlag, München 1957 (1974)

Hain, P.: **Humor und Hypnotherapie.** In: D. Revenstorf, B. Peter (Hrsg.): *Hypnose in Therapie, Psychosomatik und Medizin.* Springer-Verlag, Heidelberg 2009

Hain, P.: **Humor.** In: G. Stumm, A. Pritz (Hrsg.): *Wörterbuch der Psychotherapie.* Springer-Verlag, Wien 2000

Hecker, E.: **Die Physiologie und Psychologie des Lachens und des Komischen.** Dümmler-Verlag, Berlin 1873

Hehl, F. J.: **Humor in der Therapie und Beratung.** Asanger-Verlag, Kröning 2004

Hirsch, E. C.: **Der Witzableiter oder Schule des Gelächters.** Verlag Hoffmann & Campe, Hamburg 1985

Hirsch, R. D. u. Mitarb. (Hrsg.): **Heiterkeit und Humor im Alter.** Schriftenreihe der DGGPP, Band 2. Chudeck-Druck, Bornheim-Sechtem 2001

Hirsch, R. D. u. Mitarb. (Hrsg.): **Heiterkeit und Humor im Alter.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2001

Hirschhausen, E. v.: **Humor hilft heilen: leicht ist schwer – ein paar Grundideen.** In: B. Wild (Hrsg.): *Humor in Psychiatrie und Psychotherapie.* Schattauer-Verlag, Stuttgart 2012

Höfner, E., H. U. Schachtner: **Das wäre doch gelacht. Humor und Provokation in der Therapie.** Rowohlt-Verlag, Reinbek b. Hamburg 2008

Hole, G.: **Herzlichkeit als Lebenskunst.** Verlag Herder, Freiburg 2008

Kachler, R.: **Warum Lachen die besten Therapie für Paare ist.** Kreuz-Verlag, Stuttgart 2001

Kauke, M.: **Humor in den verschiedenen Lebensphasen.** In: R. D. Hirsch u. Mitarb. (Hrsg.): *Heiterkeit und Humor im Alter,* Chudeck-Druck, Bornheim-Sechtem 2001

Kienzel, A.: Humor trotz Tumor. Besser leben mit Krebs. Ueberreuther-Verlag, Wien 2006

Kraepelin, E.: Zur Psychologie des Komischen. In: W. Wundt (Hrsg.): Philosophische Studien. Verlag Wilhelm Engelmann, Leipzig 1885

Kranzhoff, E. U., R. D. Hirsch: Humor in der gerontopsychiatrischen Klinik. In: R. D. Hirsch u. Mitarb. (Hrsg.): Heiterkeit und Humor im Alter. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2001

Lempp, R.: Das Lachen des Kindes. In: T. Vogel (Hrsg.): Vom Lachen. Attempto-Verlag, Tübingen 1992

Leroy, P.: Angst und Lachen. Walter-Krieg-Verlag, Wien 1954

Metzner, M. St.: Achtsamkeit und Humor. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2013

Moody, R. A.: Lachen und Leiden. Rowohlt-Verlag, Reinbek 1979

Ohm, D.: Lachen, lieben, länger leben. Trias-Verlag, Stuttgart 1997

Papousek, I.: Heiterkeit und Gelassenheit trainieren mit Lachen. In: H. Effinger (Hrsg.): Die Wahrheit zum Lachen bringen. Juventa-Verlag, Weinheim 2008

Payk, Th. R.: Psychopathologie. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2010

Payk, Th. R.: Checkliste Psychiatrie. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2013

Peters, U.-H., J. Peters: Irre und Psychiater. Struktur und Soziologie des Irren- und Psychiaterwitzes. Kindler-Verlag, München 1974

Petrowitsch, N.: Beitrag zur Psychologie des Lachens. Jahrbuch für Psychologie und Psychotherapie, 1957

Pfeiffer, W. M.: Transkulturelle Aspekte der Psychiatrie. In: V. Faust (Hrsg.): Psychiatrie. Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1995

Plessner, H.: Das Lächeln. Gesammelte Schriften VII. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 1982

Räwel, J.: Humor als Kommunikationsmedium. Universitätsverlag Konstanz, Konstanz 2005

Ramondt, M.: Studien über das Lachen. Wolters-Verlag, Groningen 1962

Reik, Th.: **Lust und Leid im Witz.** Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien 1929

Robinson, V. M.: **Praxishandbuch Therapeutischer Humor.** Ullstein-Medical, Wiesbaden 1999

Rubinstein, H.: **Die Heilkraft Lachen.** Kallweg-Verlag, Bern u. Stuttgart 1985

Ruch, W.: **Die Emotion Erheiterung – Ausdrucksformen und Bedingungen.** Habil.-Schrift, Universität Düsseldorf, Düsseldorf 1990

Ruch, W., K. Zwyer: **Heiterkeit und Humor.** In: R. D. Hirsch u. Mitarb. (Hrsg.): Heiterkeit und Humor im Alter. Chudeck-Druck, Bornheim-Seckem 2001

Ruddies, G. H.: **Vergnügliche Seelenkunde. Eine Psychologie des Humors.** Kösel-Verlag, München 1983

Salameh, W.: **Humor in der integrativen Kurzzeittherapie.** Verlag Klett-Cotta, Stuttgart 2007

Sanchez-Ruphuy, R.: **Witzverständnis bei Psychotikern und Normalen.** Diss., Universität Mainz, Mainz 1967

Sassenrath, S.: **Humor und Lachen als Stressbewältigungsstrategie.** Universität Wien, Wien 2001

Scharfetter, C.: **Allgemeine Psychopathologie.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York

Seligman, M.: **Der Glückfaktor. Warum Optimisten länger leben.** Ehrenwirth-Verlag, Bergisch Gladbach 2003

Steiner, R.: **Die Ausdrucksfähigkeit des Menschen in Sprache, Lachen und Weinen.** Rudolph Steiner-Verlag, Dornach 1979

Steiner-Junker, G.: **Lachyoga.** Südwest-Verlag, München 2006

Stemmer, B.: **Wie stark machen Lachen und Humor?** In: H. Bachmaier (Hrsg.): Lachen macht stark. Wallstein-Verlag, Göttingen 2007

Titze, M.: **Heilkraft des Humors.** Herder-Verlag, Freiburg 1985

Titze, M.: **Die heilende Kraft des Lachens.** Kösel-Verlag, München 1995

Titze, M., C. T. Eichenröder: **Therapeutischer Humor.** Fischer-Verlag, Frankfurt 2007

Titze, M., I. Patsch: Die Humorstrategie. Kösel-Verlag, München 2012

Titze, M., R. Kühn: Lachen zwischen Freude und Scham. Verlag Königshausen-Neumann, Würzburg 2010

Trenkle, B.: Das Ha-Handbuch der Psychotherapie. Witze – ganz im Ernst. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg 2000

Wetzel, P.: Clowns in der Psychiatrie. Diplom-Arbeit, Universität Tübingen, Tübingen 2002

Wild, B.: Humor in Psychiatrie und Psychotherapie. Neurobiologie – Methoden – Praxis. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2012

Woynar, J.: Heiterkeit und Demenz. In: R. D. Hirsch u. Mitarb. (Hrsg.): Heiterkeit und Humor im Alter. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2001