

Katholische Hochschule NRW Köln

Studiengang: „Master of Science in Addiction Prevention und Treatment“

Masterthesis

Humor als eine wirkungsvolle und geeignete Kommunikationsebene in der Beratung und Therapie für Suchtkranke

Eine qualitative Leitfadestudie mit Suchtberatern und Suchttherapeuten

vorgelegt von:

Valentina Komusin

Matrikelnummer: 509243

Erstleser: Prof. Dr. Thorsten Köhler

Zweitleser: Prof. Dr. Wolfgang Schwarzer

Friedrichsdorf, 10. Dezember 2018

Wer das liest, braucht Humor

„Wer leidet, braucht Humor. Wer warten muss, braucht Humor. Wer sich etwas in den Kopf gesetzt hat, braucht Humor. Wer sich nützlich macht, braucht Humor. Wer spart, braucht Humor. Wer mit den Wölfen heult, braucht Humor. Wer Frauen und Männer miteinander wechselt, braucht Humor. Wer ängstlich ist, braucht Humor. Wer alles auf eine Karte setzt, braucht Humor. Wer wegen Nebel ausfällt, braucht Humor. Wer an den Verstand appelliert, braucht Humor. Wer sabbert, braucht Humor. Wer einen Schatz findet, einen Schatz hat oder ein Schatz ist, braucht Humor. Wer alles wieder von vorne anfängt, braucht Humor. Wer von irgendwo hinunterfällt, braucht Humor. Wer lacht, braucht Humor. Wer neue Hoffnung schöpft, braucht Humor. Wer die Wahrheit kennt, braucht Humor. Wer liebt, braucht Humor. Wer sein Recht vor Gericht sucht, braucht Humor. Wer zur Heilsarmee geht, braucht Humor. Wer das liest, braucht Humor. Alle anderen brauchen keinen.“

Georg Kreisler

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	6
2.	Fragestellungen zum Forschungsfeld	9
3.	Theoretischer Hintergrund	11
	3.1. Was ist Abhängigkeit / Sucht?	11
	3.1.1. Kurze Geschichte zum Begriff	11
	3.1.1.1. Wortgeschichte	12
	3.1.1.2. Sucht-Stammbaum	12
	3.1.1.3. Neue Entwicklung zur Verständigung über das Phänomen Sucht	13
	3.1.2. Vorläufersyndrome von Suchtstörungen: Sucht, Suchtmittel und süchtiges Verhalten	19
	3.1.3. Fazit der Überlegungen zur Sucht und zu den Suchtmitteln	
	3.2. Das Beratungsgespräch in der Suchtberatungsstelle	20
	3.2.1. Definition	20
	3.2.2. Der Inhalt der Beratung	21
	3.2.3. Ziele der Beratung	22
	3.2.4. Das Setting und Ablauf einer Beratung	22
	3.2.5. Der Beratungsprozess	22
	3.2.6. Kommunikation	23
	3.3. Die ambulante Therapie in der Suchtberatungsstelle	24
	3.3.1. Der Inhalt der ambulanten Therapie	24
	3.3.2. Ziele der ambulanten Therapie	24
	3.3.3. Das Setting und Ablauf der ambulanten Therapie	25
	3.3.4. Der ambulanten Therapieprozess und die Kommunikation	25
	3.4. Stationäre Therapie in einer Suchtklinik	27
	3.4.1. Der „innere Prozess“ der stationären Therapie	27
	3.4.2. Ziele der stationären Therapie	28
	3.4.3. Das Setting und Ablauf der stationären Therapie	28
	3.4.4. Kommunikation im stationären Bereich	28
	3.5. Die Nachsorge	29

3.6. Humor – mehr als eine wortgewandte Witzigkeit	30
3.6.1. Humor ist kein Quatsch. Eine Frage der Definition	30
3.6.1.1. Humor schon in der Antike? Eine ‚antike‘ Definition	30
3.6.1.2. Humor im Mittelalter. Eine erneute Definition	31
3.6.1.3. Freud und der Humor	31
3.6.1.4. Lachen in der Nazi-Herrschaft. Gab es was zu lachen?	31
3.6.1.5. Der jüdische Humor	33
3.6.1.6. Lenin, der spätere Kommunismus und der Humor	33
3.6.1.7. Hamburg 2017 und der Humor	35
3.6.2. Humor – eine Definitionslandschaft	36
3.6.3. Ist Lachen gesund?	37
3.6.4. Humor in der Beratung und Therapie: leichte Kost für schwere Arbeit?	39
4. Methoden der empirischen Untersuchung	44
4.1. Forschungsdesign	44
4.1.1. Forschungsthema und Theorie	44
4.1.2. Beschreibung der Einrichtungen	46
4.1.3. Forschungsfrage	46
4.2. Methodologische Positionierung: qualitative oder quantitative Studie	47
4.3. Entwicklung eines Leitfadeninterviews	49
4.4. Auswahl der Interviewpartner	52
4.5. Planung und Durchführung der Interviews	53
4.6. Datenaufbereitung	54
4.7. Datenauswertung anhand der qualitativen Inhaltsanalyse	55
5. Darstellung der Untersuchungsergebnisse	57
5.1. Vorstellung der Interviewpartner	57
5.2. Interpretation der Interviews	58
5.2.1. Analyse der Antworten vom Interviewpartner A	58
5.2.2. Analyse der Antworten vom Interviewpartner B	61
5.2.3. Analyse der Antworten vom Interviewpartner C	65
5.2.4. Analyse der Antworten vom Interviewpartner D	67
5.2.5. Analyse der Antworten vom Interviewpartner E	70

5.3. Ergebnisse	73
5.3.1. Darstellung der Ergebnisse anhand der Fragestellung	73
5.3.2. Hypothesengenerierung	
6. Erkenntnisse für die Beratung und Therapie von Suchtkranken	85
7. Forschungsperspektiven	87
8. Literaturverzeichnis	88
9. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	97
10. Selbständigkeitserklärung	99
11. Danksagung	100
12. Anhang	101
12.1. Einwilligung und Datenschutz	101
12.2. Interview A	102
12.3. Interview B	113
12.4. Interview C	126
12.5. Interview D	134
12.6. Interview E	147
12.7. Tabellen	163

1. Einleitung

„Jeder Tag, an dem du nicht lächelst, ist ein verlorener Tag“ – Charlie Chaplin

Bis heute bin ich weder eine Humorexpertin, noch eine Humorthérapeutin und keine sonst wie ausgewiesene oder zertifizierte „Fachfrau für Humor“, sondern eine arbeitende Sozialpädagogin in einer Fachambulanz für Suchtkranke/ Suchtberatungsstelle, die sich sehr für das Thema Humor interessiert und immer wieder aufs Neue bemüht ist, Humor in ihr Leben, beruflich und privat, zu bringen.

Interesse an Thema Humor habe ich schon in der Kindheit entdeckt. Später sollte ich, als Heranwachsende in Rumänien in einer kommunistischen Diktatur noch deutlich merken, dass Humor und kommunistische Diktatur sich nicht ausschließt. Im Gegenteil: in den kommunistischen Ländern war nicht alles schlecht: es gab etwas, in dem man sich mit dem Westen messen konnte: Humor. Man konnte den Kommunismus auch subtil, humorvoll und verdeckt bekämpfen: mit Witz und Humor. Der Humor war ein Mittel zum Zweck. Konkret hieß das, dass man das repressive Herrschaftssystem, das uns von außen aufgezwungen worden war, ausgelacht, es bloßgestellt und den Mut zum Widerstand unterstützt hat. Gleichzeitig versuchte Humor zu bewirken, dass die Menschen das verhasste Herrschaftssystem nicht als überwältigende Bedrohung empfanden.

Zurückblickend bin ich der Überzeugung, Humor hat die, die in diesem System leben mussten, sicher zusammengeschweißt und aufgemuntert. Humor schützt nicht vor den Widrigkeiten des Lebens. Aber Humor hilft, besser hindurchzukommen.

Wie es ja so schön heißt, wenn einem das Wasser bis zum Hals steht, soll man den Kopf nicht hängen lassen. Auslachen und Spott seien natürlich nicht angebracht, aber es sei zu betonen, dass sich in wohlwollendem Humor bereits Optimismus und Zumutung, im Sinne von „ich mute jemanden etwas zu“, verbergen. (vgl. Hain 2001).

Je länger das System in Rumänien andauerte, desto wichtiger wurde die Rolle der Satire und des Humors, der später groteske Formen annahm. Wir hatten die Lügen der vorherrschenden Propaganda bloßgestellt. Es war tatsächlich die zentrale Aufgabe der Satiriker, die Verblödung der Menschen zu verhindern. Schon der Witz: „*Warum wird Rumänien das Ende der Welt überleben? Weil es in allem fünfzig Jahre hinterher ist!*“,

hat die Katastrophenszenarien, die mit Angst verbunden waren, in einem ganz anderen gedanklichen Bezugsrahmen gestellt. Dadurch erschien die Lage weit weniger bedrohlich – möglicherweise sogar komisch.

Was zählte waren nicht die Witze selbst, sondern das Empfinden, das sie in den Menschen auslösten. Millionen von Bürgern ehemaliger kommunistischer Staaten sahen in den Witzen einen Akt der Rebellion.

In den Achtzigern machten wir, die Bürger des kommunistischen Regimes in Rumänien, sogar über Butter und Wurst Witze. Wir gestanden uns die grausame Lage, in der wir uns befanden, das unglaubliche Elend des Alltags, die Ungerechtigkeit und Brutalität des Staates ein, in dem wir im großen Stil Witze und Galgenhumor angewendet haben: *„Der Kommunismus wurde vor geraumer Zeit erreicht. Ein kleiner Junge fragt seine Großmutter, was ‚Schlange stehen‘ bedeutet, worauf die Oma antwortet: ‚Im Sozialismus muss man sich anstellen. Die Leute stehen in einer langen Schlange nach Butter oder Wurst an‘. ‚Großmutter, was sind Butter und Wurst?‘“* (vgl. Kalina 1986, S.104).

Gerade diese schwierigen Momente haben dazu beigetragen, dass ich anfangs, mich mit dem Thema „Humor in schwierigen Situationen“ zu beschäftigen.

Meine Erinnerungen entsprechen fast hundertprozentig der Realität und die Version in meinem Kopf lautet: ruft Traurigkeit, Aussichtslosigkeit, Ernst, schicksalsschwere Stimmung und Betroffenheit eine Humorlosigkeit in der Beratung und Therapie von suchtkranken Menschen hervor? Was ist, wenn wir nicht mit Gleichgültigkeit, sondern mit Humor und Gleichmut reagieren und trotzdem weitermachen? Besteht der Sinn oder die Funktion von Humor auch darin, Hemmungen zu beseitigen oder sich Hemmungen zu ersparen? Humor kann eine wirksame Methode der Lebensführung und Lebensbewältigung darstellen: ein Witz kann eine alternative Sinnebene und damit Handlungsfähigkeit in Situationen herstellen, die vormals als lähmend oder langweilig erschienen.

Das Relativieren der eigenen Ansichten und Bewertungen ist genau jener Aspekt von Humor, der emotionale Distanz schafft. Erst wenn ich meinen festgefahrenen Standpunkt aufgebe, bin ich fähig, die Sache mit Distanz aus einem anderen Blickwinkel zu

sehen. Von diesem sieht so manches Problem oftmals weit weniger tragisch, ja vielleicht sogar komisch aus.

Jahre später in Deutschland, diesmal als Suchtberaterin in einer Fachambulanz für Suchtkranke, bin ich tagtäglich mit Personen konfrontiert, die mit Problemen zu kämpfen haben, oder die sich schlicht in einer schwierigen Situation befinden. Ich stelle mir die Frage, ob Humor dabei helfen kann, nicht ständig negative Gedanken zu haben. Kann eine Beratung eine positive Ablenkung und gerade das miteinander Lachen helfen neuen Mut zu fassen, Probleme anzugehen oder Situationen zu akzeptieren? Kann ein kleiner Scherz, eine witzige Anekdote oder zarte Ironie ebenso heilsam sein wie ernste Worte?

Können Witze in der Beratung und Therapie von Suchtkranken die Wirklichkeit relativieren? Wer Witze macht und wer Witz hat, relativiert, was ohne Alternative als ausweglos erscheint. Witze eröffnen neue Perspektiven und vermindern die Gefahr geistiger und affektiver Erstarrung (vgl. Effinger 2014, S. 48).

Dieser Forschungsbericht geht der Frage nach, ob Humor ein Mittel ist, mit dem sich Heiterkeit in der menschlichen Kommunikation zwischen Berater und Klient erzeugen lässt, um – zumindest bei einige Menschen – gute Stimmung zu gewinnen und bei der sich eine oder mehrere Personen in guter Laune befinden und dabei lachen. Die Forschungsfrage, welche in Zentrum dieser Arbeit steht lautet: *„Ist Humor eine wirkungsvolle und geeignete Kommunikationsebene in der Beratung und Therapie für Suchtkranke?“* Bei der Beantwortung dieser Forschungsfrage, stehen vor allem die Bedeutung von Humor, die Wichtigkeit des Humors, die Anwendung von Humor und die Chancen und Gefahren von Humor, aus Sicht der Berater, im Vordergrund. Es ist unerlässlich die Wirkfaktoren von Humor, ihre Wechselwirkung, sowie ihre Bedeutung für die Suchtberatung und –therapie zu verstehen, um die Kommunikation nachhaltig zu verbessern und die Großzahl der Ziele zu erreichen, welche die Klienten/innen der Beratung und Therapie verfolgen.

Kernstück meiner Arbeit sollen die Ergebnisse einer qualitativen Auswertung von insgesamt 5 problemzentrierten Interviews bilden, 3 davon mit Beratern einer Fachambulanz für Suchtkranke im Rahmen der Suchtberatung und ambulanten Suchttherapie und 2 davon mit Suchttherapeuten einer Suchtklinik im Rahmen einer stationären

Langzeitentwöhnungsbehandlung, zu der Thematik von Einsatz von Humor durchgeführt wurden. Des Weiteren, werden die Einrichtung, in welcher die Erhebung durchgeführt wurde, beschrieben und das Praxisproblem umfassend dargestellt. Darüber hinaus wird die Methode, mit welcher die Erhebung durchgeführt wurde, zusammen mit dem Forschungsdesign und den verwendeten Instrumenten ausführlich erklärt.

Am Ende werden die Ergebnisse präsentiert, interpretiert und neue Fragestellungen aufgeworfen. Im Anhang habe ich die Einwilligung zum Datenschutz und die Transkriptionen der geführten Interviews eingefügt. Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung habe ich im gesamten Text die traditionellen sprachlichen Gepflogenheiten beibehalten und ausschließlich die männliche Form (Mitarbeiter, Therapeut, Klient, Interviewpartner) benutzt. Jahrelange Erfahrungen in mehreren Einrichtungen fließen in diese Arbeit ein. Aus Datenschutzgründen werden diese im Verlauf der Arbeit nicht gekennzeichnet.

2. Fragestellungen zum Forschungsfeld

„Humor zu haben ist die List zu lachen, wenn's zum Weinen ist.“ – Wilhelm Busch

Eine qualitative Studie kann scheitern oder Erfolg haben, wichtig dabei ist die Fragestellung. Sie soll konkret sein und an der Planung so früh wie möglich angedockt sein. Allerdings ist die Fragestellung nicht statisch, sie kann im Verlauf der Studie immer wieder revidiert werden (vgl. Flick, 2010).

Wie schon in der Einleitung beschrieben, bin ich seit 2016 als Suchtberaterin in einer Fachambulanz für Suchkranke tätig, lache gerne, mir hilft Humor, um manche Dinge leichter zu nehmen, ich habe das Gefühl, dass ich meine humorvollen Potentiale auch in meiner Arbeit nutz voll anwenden kann und möchte meine humorvolle Grundhaltung auch in der Beratung wirkungsvoll umsetzen. Bei der täglichen Arbeit kam mir die Idee zum Thema der Masterthesis. Gleichzeitig bin ich der Auffassung, dass im beruflichen Alltag Gelegenheiten zum Lachen existieren und der Humor „zwischen-durch“ wahrgenommen und genutzt werden sollte. Das bedeutet, dass dem Humor in Beratung und Therapie Platz gemacht und Raum gegeben wird um lachen(d) zu beraten und zu therapieren und dabei Klienten und Patienten nicht das Fürchten und die

Erstarrung, sondern das Lachen und den Wandel zu lehren. Denn Lachen hat immer mit Veränderung zu tun – sei es auf der Ebene von Spannung und Entspannung, auf jener von Betroffenheit und Abstand, aber auch in Kontexten von Beziehungen und Rollen, von Erwartungen und Befürchtungen, von Befangenheit und Befreiung (vgl. Gruntz-Stoll 2001).

Übertragen auf die vorliegende Untersuchung bzw. auf die praktische Arbeit in der Einrichtung bedeutet das, wenn ich einer Beratung oder Therapie Humor einsetze, sich dann eine gute Möglichkeit ergibt, eine humorvolle und freundliche Atmosphäre für das Arbeitsbündnis mit dem Klient oder Patient herzustellen.

Weiterhin gehe ich davon aus, dass Humor im weiteren Beratungs- oder Therapieverlauf befähigt, einen Perspektivenwechsel (andere Sichtweise) zu eröffnen und bei schwierigen Themen sogar ermöglicht, neue Lösungen zu finden, eingefahrene Muster durch eine humorvolle Intervention zu durchbrechen, um positive Veränderungen zu erreichen.

Fragestellungen werden als Tür zum untersuchten Forschungsfeld gesehen (vgl. Flick 2007, S. 140). Folgende Fragestellungen sind nun für die Untersuchung von zentraler Bedeutung:

- Wie stehen Therapeut/innen dem Humor gegenüber, welchen Stellenwert sprechen sie ihm zu?
- In welcher Häufigkeit kommt Humor in Beratungs- und Therapiegesprächen zur Anwendung? Ist eine Beratung ohne Humor möglich?
- Welche Aspekte sind bei der Anwendung von Humor im Beratungsgespräch unter Berücksichtigung der Klientel zu beachten? Gibt es Grenzen des Humoreinsatzes? Mit wem kann eine humorvolle Beratung oder Therapie gelingen?
- Was sind die Chancen und Gefahren von Humoreinsatz?

Diese Fragestellungen sind von mir im Verlauf dieser Studie immer wieder revidiert und angepasst worden. Einige Fragen sind neu hinzugefügt worden, andere habe ich verworfen. Diese Fragen stellen das Grundgerüst für das Bilden der Kategorien, nach denen die Interviews ausgewertet wurden (vgl. Kapitel 5.2).

3. Theoretischer Hintergrund

„Humor sollte immer dabei sein, auch bei Problemen“ – Helge Schneider

Um ein besseres Verständnis für die vorliegende Arbeit zu erreichen, ist die Definition und Analyse von den grundlegenden Begriffen notwendig. Hierbei handelt es sich um *Suchtberatung, ambulante oder stationäre Suchttherapie, Humor als Medium, als Technik, als Lösungsmittel oder als Basis für eine gelungene Beratung oder Therapie*. Bei den Begrifflichkeiten kann es dazu kommen, dass ich Beispiele aus meiner praktischen Arbeit einfließen lasse.

3.1. Was ist Abhängigkeit/Sucht?

Der Begriff Abhängigkeit/Sucht wird heute inflationär und in zahlreichen Variationen gebraucht (vgl. Jauch 1992, S. 33). Dass nicht stoffgebundene Süchte wie Sport- oder Lesesucht eine andere Bedeutung besitzen als Alkoholabhängigkeit ist deutlich. Deshalb möchte ich mich zunächst mit der historischen Entstehung der Begriffe beschäftigen.

3.1.1. Kurze Geschichte zum Begriff

Die nähere Betrachtung der Geschichte des Sucht-Begriffs zeigt, dass dieser im historischen Sinne noch recht jung ist. Erst um das Zeitalter der Reformation (circa ab 1520) wird der Begriff häufig gebraucht, um das übermäßige Alkoholtrinken der Menschen aller Schichten zu geißeln. Es ging also im Zeitalter der Reformation darum, das übermäßige Trinken als eine Krankheit aufzufassen, die – nach damaliger Meinung – von Gott verführt und den Weg zum Paradies versperrt. Die Mäßigung und später die Nüchternheit wurden als Tugenden des Christenmenschen propagiert, die dieser zu Lebzeiten auf Erden zu praktizieren habe, um in das Himmelreich zu kommen.

Erst 300 Jahre später entstand ein medizinisch geprägter Sucht - Begriff. Um das Jahr 1800 herum erschien in verschiedenen Ländern eine Reihe von Schriften, die das übermäßige Alkoholtrinken und vor allem die sich ständig wiederholenden Alkoholexzesse mit einer Erkrankung des Körpers – und später der Seele – zu erklären suchten. Der

Amerikaner Benjamin Rusch, der Brite Thomas Trotter und der Deutsche Brühl - Cramer sind nur einige dieser Ärzte, die – meist durch jahrelange Erfahrungen mit Alkoholkonsumenten frustriert – diesen neuen Weg suchten. Im Laufe des 19. Jahrhunderts spitzte sich die Alkoholproblematik im Zuge der Industrialisierung und Proletarisierung von Millionen Familien zu.

Zu dieser Zeit wurde „Alkoholismus“ als Begriff geprägt und Alkoholismus als soziale Krankheit verstanden. Seine große sozialpolitische Bedeutung gewann der Alkoholismus durch den hohen Anteil sozialer Faktoren, die an der Ätiologie beteiligt waren (vgl. Hauschildt 1995, S. 92). Im Einzelnen sind hier Armut, Arbeitslosigkeit, soziale Deklassierung, Schulden, Wohnungslosigkeit, Geschlechterkonflikte, systematische Ungleichbehandlung Süchtiger usw. zu nennen.

Schon sehr früh erkannten einige Suchtfachleute, dass auch Kinder unter den gesellschaftlichen Bedingungen und den stark belasteten Familien so sehr litten, dass sie besonders prädisponiert für Suchtstörungen (insbesondere Alkoholismus) waren. Der deutsche Arzt A. Grotjahn, der sich über viele Jahre intensiv mit dem Alkoholismus beschäftigt hat, schrieb am Ende des 19. Jahrhunderts: *„Die Alkoholfrage hat eine biologische und eine sociologische Seite. Die erstere dem allgemeinen Verständnis näher zu bringen, war die Medicin imstande. (...) Doch bei der Untersuchung der Ursachen des Alkoholismus versagte sie vollkommen; denn diese liegen zumeist im Bau und Leben des socialen Körpers, der nun einmal der Untersuchung mittelst Secirmesser, Retorte und Linse unzugänglich ist.“* (vgl. Grotjahn 1898, S. 316).

Am Ende des 19. Jahrhunderts begann sich ein Alkoholbehandlungssystem zu etablieren, das mit großer Zuversicht und einer Vielzahl auch heute noch praktizierter Behandlungsmethoden aufwartete. So schrieb etwa E. Hirsch, Gründer und erster Leiter von Siloah, der ältesten Trinkerheilanstalt in Deutschland, schon im Jahre 1879: *„Gegenüber der vielfach verbreiteten Ansicht, dass einem richtigen Trinker nicht zu helfen sei, bezeuge ich vielmehr, dass im Grunde kein Trinker unheilbar ist.“* (vgl. Klein 2008, S. 3).

3.1.1.1. Wortgeschichte

Die Geschichte des Wortes „Sucht“ geht bis ins 8. Jahrhundert zurück. Es kam in allen germanischen Dialekten vor und stand von Beginn an für „Krankheit“ (vgl. Harten

1991, S. 79). Im Laufe der Zeit entstanden immer wieder neu zusammengesetzte Wörter, wurde „-sucht“ mit immer mehr Verhaltensweisen in Verbindung gebracht, so dass Harten zu folgender Einteilung kommt:

„A: Sucht = Körperliche Krankheit

B: Sucht = sittliche, seelische und geistige Krankheit

C: Sucht = seelische Krankheit, i.S. krankhaft übersteigender Trieb

D: Sucht = seelisch-körperliche Krankheit“ (ebd., S. 72).

Ab dem 16./17. Jahrhundert wird der Begriff „Sucht“ immer stärker auf geistig-seelische Krankheiten eingengt, während für körperlich nachweisbare Krankheiten, das heißt „*Krankheiten im medizinischen Sinne*“ (vgl. Wanke 1985, S. 14) der Begriff „Krankheit“ eingeführt wird.

3.1.1.2. Sucht-Stammbaum

Folgender Suchtstammbaum soll dies noch einmal verdeutlichen:

Sucht-Stammbaum

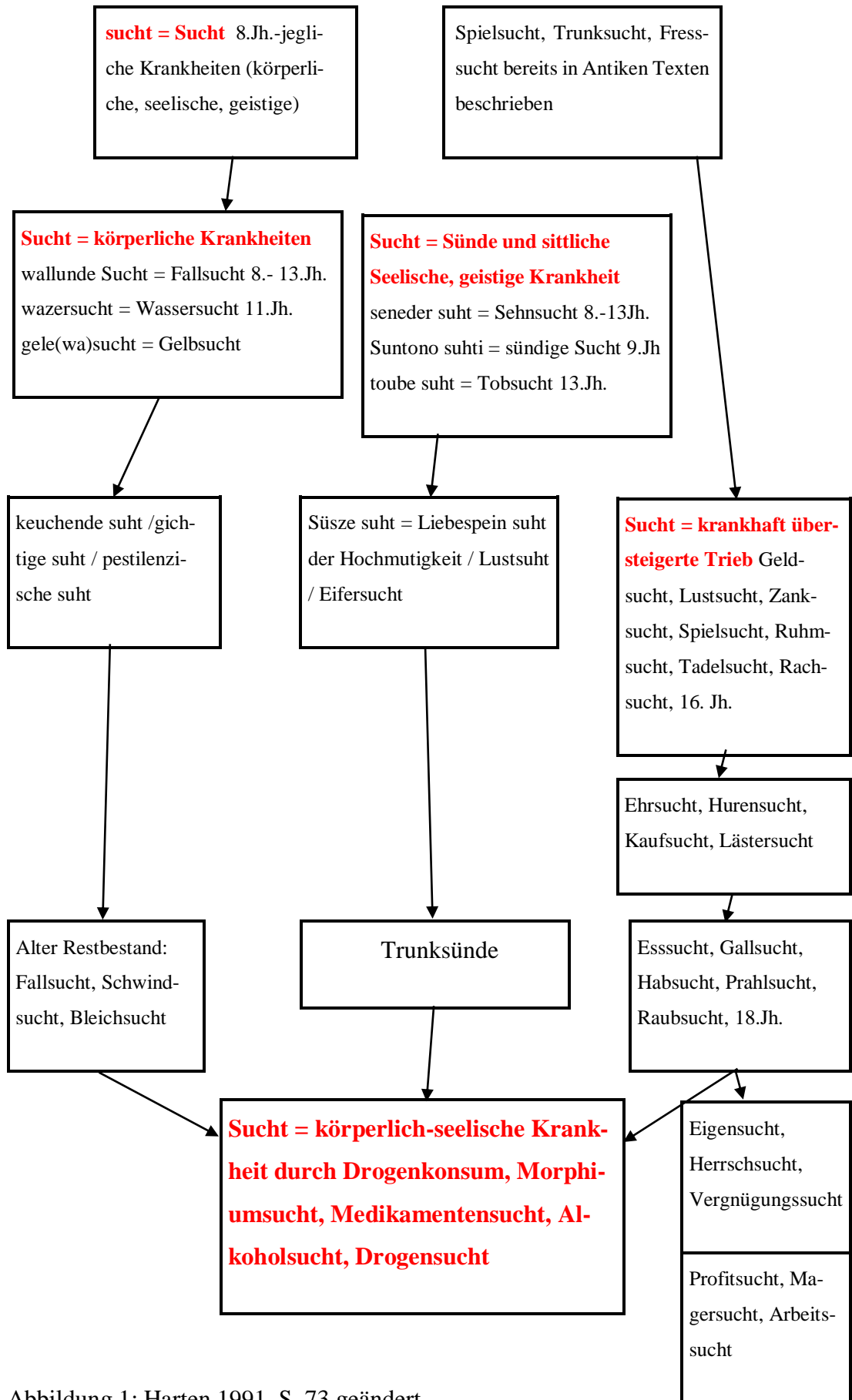


Abbildung 1: Harten 1991, S. 73 geändert

Der Abhängigkeitsbegriff ist relativ neu. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) benutzte den Begriff ‚Sucht‘ bis 1964. Danach wurde er durch ‚Abhängigkeit‘ ersetzt, was allgemein definiert ist als: „verschiedene Formen des Angewiesenseins auf bestimmte Substanzen oder Verhaltensweisen“. Die Spannbreite geht dabei von einfachen Gewohnheiten bis hin zur Abhängigkeit mit erheblichen Zerstörungspotenzial. Als „verschiedene Formen“ werden die körperliche (physische) und die seelische (psychische) Abhängigkeit unterschieden.

3.1.1.3. Neue Entwicklungen zur Verständigung über das Phänomen Sucht: die Entwicklung des Abhängigkeitsbegriffes

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) versuchte 1950 eine allgemeine Suchtdefinition durchzusetzen, die Sucht als eine besondere Krankheit fest schreibt. Sucht wurde als „*Zustand periodischer oder chronischer Intoxication*“ definiert, der für die Gesellschaft und das Individuum schädlich ist und durch den Gebrauch einer Droge hervorgerufen wird. Als Kennzeichen galten:

- „*Ein unbezwingbares Verlangen oder Bedürfnis (Zwang), den Drogengebrauch fortzusetzen,*
- *eine Tendenz, die Dosis zu erhöhen und*
- *eine psychische und manchmal auch physische Abhängigkeit von den Wirkungen der Droge.*“ (vgl. Scheerer 1995, S. 13).

Der Suchtbegriff wurde damit auf die Abhängigkeit von Rauschsubstanzen beschränkt. Die Internationalen medizinischen Klassifikationssysteme für die Bestimmung von Krankheiten (ICD- 10 und DSM- 5) orientieren sich bis heute an dem Begriff der Substanzabhängigkeit. In der Bestimmung von Sucht als Abhängigkeitserkrankung wurde eine medizinische Zuständigkeit für Suchtprobleme formuliert, die einen Anspruch auf Therapie und Krankenbehandlung im Fall von Suchtentwicklungen beinhaltet (vgl. Puls 2003, S. 25).

Seit 2013 gibt es die fünfte Version des Diagnostic and Statistical Manual (DSM-V).

Diese Klassifikation bricht mit der bisherigen Unterscheidung zwischen Missbrauch und Abhängigkeit und kategorisiert stattdessen anhand von insgesamt elf Kriterien, ob eine moderate oder eine schwere Substanzgebrauchsstörung vorliegt. Sind – bezogen

auf die vergangenen zwölf Monate – zwei bis drei Kriterien erfüllt, so liegt eine moderate Störung vor, bei vier oder fünf erfüllten Kriterien eine schwere Störung. Die Kriterien sind:

- wiederholter Konsum, sodass wichtige Verpflichtungen in der Arbeit, in der Schule oder zu Hause vernachlässigt werden;
- wiederholter Konsum in Situationen, in denen es auf Grund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann;
- wiederholter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme;
- Toleranzentwicklung, gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung;
- Entzugssymptome oder Substanzkonsum, um Entzugssymptome zu vermeiden;
- längerer Konsum oder in größerer Menge als geplant (Kontrollverlust);
- anhaltender Kontrollwunsch oder erfolglose Versuche der Kontrolle;
- hoher Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von der Wirkung des Konsums zu erholen;
- Aufgabe oder Reduzierung von Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums;
- fortgesetzter Gebrauch, obwohl körperliche oder psychische Probleme bekannt sind;
- starkes Verlangen oder Drang, die Substanz zu konsumieren (Craving).

Dieser Entwicklung schloss sich auch die Bundesrepublik Deutschland an, indem 1968 mit dem Urteil des Bundessozialgerichtes Alkohol- und Drogenabhängigkeit als Krankheit definiert wurden und damit in die Zuständigkeit der Kranken- und Rentenversicherung fielen (vgl. Richelshagen 1995, S. 18). Das Urteil fiel in eine Zeit, in der sehr viele junge Leute mit illegalen Drogen experimentierten. Bei Jugendlichen setzte ab Mitte der Sechzigerjahre eine regelrechte „Drogenwelle“ ein. Diese beiden Faktoren, Drogenwelle und Urteil des Bundessozialgerichtes, führten dazu, dass man sich zunehmend wissenschaftlich mit dem Thema Sucht befasste. Bis Ende der Sechzigerjahre waren die Heilstätten für die Behandlung suchtkranker Menschen hauptsächlich sozialfürsorgerisch und erzieherisch ausgerichtet. Erst nach dem Urteil wurde vermehrt psychotherapeutisch gedacht (vgl. Heigl-Evers 1977, S. 25).

Für die Ausgangsfrage: „Was ist Sucht?“ ist eine Unterscheidung von Alkohol- oder/ und Drogenabhängigkeit oder anderen Süchten zunächst nicht sinnvoll, weil zuerst nach dem Wesentlichen der „Krankheit Sucht“ gefragt wird (vgl. Knoll 2004, S.19).

3.1.2. Vorläufersyndrome von Suchtstörungen: Sucht, Suchtmittel und süchtiges Verhalten

Im weitesten Sinne meint Abhängigkeit / Sucht jede zwanghafte Befriedigung von Bedürfnissen, die mit abnormen, unerträglichen inneren Spannungszustand als zwingend erlebt wird. Die Befriedigung hebt einen solchen Zustand nur vorübergehend auf, um sich in gesteigertem Maße als eine Form unbezwingbarer Gier zu wiederholen. Neben Suchtmittel - Süchtigen gibt es auch süchtige Verhaltensweisen, wie zum Beispiel Spielsucht, Fernsehsucht, Arbeitssucht, Esssucht, Geltungssucht, Beziehungssucht, und so weiter. Sucht kann als Kompensations-, Flucht- oder Verweigerungsversuch interpretiert werden. Letztendlich handelt es sich immer um einen missglückten Konfliktlösungs - oder Anpassungsversuch eines Menschen.

Selbstverständlich ist beispielweise nicht jeder Fernsehkonsum als eine Form von Abhängigkeit zu bewerten. Eine Fernsehsendung kann genossen werden, anregen oder entspannen, auch wenn sie nicht immer das Prädikat „besonders wertvoll“ verdient. Von Missbrauch könnte man dann reden, wenn jemand vor den Fernseher flüchtet, anstatt sich beispielweise mit dem bestehenden Partnerkonflikt auseinanderzusetzen. Wird häufiger Missbrauch betrieben, zum Beispiel ein inneres Leergefühl regelmäßig mit Fernsehbildern überdeckt, so kann sich aus dieser Gewohnheit durchaus ein süchtiges Verhalten entwickeln.

Gabriel sieht in der Sucht die Entartung süchtigen Verhaltens, das „*drängende Verlangen nach Beseitigung einer seelischen Gleichgewichtsstörungen mit Hilfe äußerer Mittel*“ (vgl. Gabriel 1962, S.17), „*deren Träger wir als Suchtkranken bezeichnen können*“ (ebd., S. 21). Süchtiges Verhalten steht für ihn als „*Ausweichverhalten eine der möglichen menschlichen Verhaltensweisen da*“ (ebd., S. 20). So gesehen ist süchtiges Verhalten im menschlichen Verhaltensrepertoire angelegt und kann als mögliche Handlungsreaktion auftreten.

Solms/ Steinbrecher schreiben hierzu: „*Süchtige Fehlhaltungen können aus den verschiedensten Persönlichkeitsstrukturen hervorgehen. Alles scheint sogar dafür zu*

sprechen, dass sich eine süchtige Fehlhaltung prinzipiell in jedem Menschen ausbilden, dass jede menschliche Tätigkeit auch süchtig entarten kann. Süchtigkeit ist demnach ein allgemein menschliches Problem“ (vgl. Solms/ Steinbrecher 1975, S. 13).

Allgemein gesprochen kann jedes Verhalten, da es von starken Gefühlsregungen begleitet wird, zu süchtigem Verhalten entarten. Am bekanntesten ist die Spielsucht. Glücksspiel erzeugt beim Spieler starke Erregungszustände. Diese sind die eigentlichen Wurzeln für süchtiges Spielen. Ähnlich dem Spiel gibt es noch andere Tätigkeiten, die in süchtiges Verhalten abgleiten können, wie zum Beispiel Fernsehsucht, Sportsucht, Sexsucht und so weiter. Weil es neben der Alkohol- beziehungsweise der Drogensucht die an Tätigkeiten gebundenen Süchte gibt, ist zunächst ganz allgemein zu unterscheiden in stoffgebundene Süchte und nicht stoffgebundene Süchte. Eisenburg nennt die nicht stoffgebundenen Süchte auch „*süchtige Entartungen*“ und die stoffgebundenen Süchte „*chemische determinierte Süchte*“ (vgl. Eisenburg 1988, S. 14).

Zu den nicht stoffgebundenen Süchten zählen zum Beispiel Esssucht, Arbeitssucht, Kaufsucht, Spielsucht, Fernseh- und Computersucht, um einmal jene zu nennen, die vor allem in letzter Zeit mehr im Rampenlicht stehen. Synonym für diese krankhaften Verhaltensweisen werden in der Umgangssprache auch die Begriffe der „Leidenschaft“, des „Lasters“ oder auch der „Manie“ verwandt. Problematisch ist, dass immer mehr Formen sozialen Fehlverhaltens als „süchtig“ oder „suchtähnlich“ bezeichnet werden, der Abhängigkeit von chemischen Substanzen gleichgestellt werden und das Problemfeld der eigentlichen (stoffgebundenen) Suchtkrankheiten durch diese „Suchtüberschwemmung“ verharmlost wird. Es gibt sogar findige Anwälte, die in allen möglichen Fehlhaltungen einen Suchtcharakter erkennen, sie in die Kategorie der „Nicht-stoffgebundenen Abhängigkeiten“ einordnen, um auf diese Weise eine Minderung der strafrechtlichen Verantwortbarkeit zu bewirken (vgl. Schumacher 1988, S. 65).

Stoffgebundene Süchte sind Alkohol -, Drogen- und Medikamentensucht. Bei diesen Süchten werden chemische Substanzen dem Körper zugefügt, die persönlichkeitsverändernd sind. „*Die toxischen Suchtformen (...) sind immer überlagert durch psychoorganische Veränderungen infolge eben der chronischen Gifteinwirkung. Eine vielleicht ursprüngliche reichhaltige Persönlichkeit wird eingeebnet, im Sinne des chronisch verlaufenden hirnnorganischen Psychosyndroms entdifferenziert*“ (ebd., S. 61).

Schneider vergleicht stoffgebundene Süchte mit nicht-stoffgebundenen Süchten (er nennt sie hier „*Tätigkeitssüchte*“) wie folgt:

„Die angestrebte Persönlichkeitsänderung kann ohne eigene Tätigkeit, allein durch das Einwirken der Droge auf das Zentralnervensystem eintreten, die Entzugserscheinungen im körperlichen Bereich sind zwangsläufiger und stärker als bei Tätigkeitssüchten und die körperlichen Folgeerkrankungen aufgrund der giftigen Wirkung der Stoffe lassen den Krankheitscharakter offensichtlicher werden“ (vgl. Schneider 1991, S. 14).

Mit Einschränkungen zählt auch das Rauchen (Suchtstoff: Nikotin) und das Kaffeetrinken (Suchtstoff: Koffein beziehungsweise bei Tee Tein) zu den stoffgebundenen Süchten. Anders als zum Beispiel bei der Alkoholsucht ist Rauchen und Kaffeetrinken jedoch nicht persönlichkeitsverändernd, demontiert nicht das Bewusstsein und die Verantwortlichkeit für das eigene Handeln.

Alle Suchtmittel haben gemeinsame Eigenschaften, die sich auf die Konsumenten auswirken können. Diese Eigenschaften unterscheiden sich in ihrer Stärke und Dynamik von Droge zu Droge. Die gemeinsamen Eigenschaften heißen Rausch, Toleranz, Suchtpotenzial, Bindekraft, körperliche Abhängigkeit und psychische Abhängigkeit.

3.1.3. Fazit der Überlegungen zur Sucht und zu den Suchtmitteln

Das „Süchtige an der Sucht“ ist nicht nur die Maßlosigkeit im Erleben und Verhalten. Neben dem Überschreiten von Grenzen, um sich bestimmte, sonst nicht vorstellbare Gefühle und Stimmungen zu verschaffen, ist darunter auch der sehr funktionale Gebrauch von Suchtmitteln zur „Selbstreparatur“ psychischer Missempfindungen zu verstehen, der am Ende oft in einen Verlust der Kontrollfähigkeit mündet. Dieser Verlust ist entweder zeitlich begrenzt, wiederholt sich dann aber periodisch („Kontrollverlust“) oder er findet kontinuierlich, dann aber eher mit geringeren Dosen des Suchtmittels statt („Unfähigkeit zur Abstinenz“): Eine Sucht, egal um welche es sich handelt, wirkt sich stets auf den Menschen als Ganzes aus. Nach und nach drängt sie sich in alle Lebensbereiche und zeigt sich in ihren Auswirkungen sehr vielfältig. Es geht dabei nicht allein um körperliche Beeinträchtigungen. Auch das Seelenleben, der Geist und das soziale Umfeld sind betroffen.

Bei einem süchtigen Menschen hat sich der Lebensinhalt verschoben. Alles dreht sich um das Suchtmittel. Zwischenmenschliche Beziehungen, Hobbies, Interessen – alles was das Leben ausmacht, gerät immer weiter aus dem Blickfeld. Oft verliert man Kontakte zu den Mitmenschen und kapselt sich ab, bis man irgendwann feststellt, dass niemand mehr da ist, auf den man sich stützen könnte. Was ist geblieben? – die Sucht. An diesem Punkt angekommen, wird allzu offensichtlich, was mit dem sprichwörtlichen Teufelskreis gemeint ist. Auch finanzielle Probleme können Folge einer Sucht sein, denn der „Stoff“ (gleich, um welchen es sich handelt) hat seinen Preis (auch, aber nicht nur im wahrsten Sinne des Wortes). Weiterhin hat die Sucht eines Menschen Einfluss auf sein gesamtes Umfeld: Angehörige und Freunde erkennen plötzlich ihren Verwandten/ Freund nicht mehr wieder und stehen den Veränderungen hilflos gegenüber. Doch auch der Süchtige selbst verliert mehr und mehr die Verbindung zu seinem „Ich“.

All diese Folgen ergeben sich aus der Krankheit „Sucht“ – doch je früher man Hilfe in Anspruch nimmt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, wieder gesund zu werden und Spätfolgen zu verhindern, in erster Linie aber - wieder zu leben!

3.2 Das Beratungsgespräch in der Suchtberatungsstelle

Suchtberatungsstellen sind Stellen für Lebensberatung. Hier werden keine allgemeingültigen Rezepte verschrieben und gegeben. Hier geht es um die einzigartige Lebenssituation eines konkreten Menschen mit seinen individuellen Besonderheiten.

3.2.1. Definition

Das Beratungsgespräch hat einen hohen Stellenwert innerhalb der Tätigkeit der Mitarbeiter in der Fachambulanz für Suchtkranke, gefolgt von Therapiegesprächen und stellt in der Ausstattung methodischer Handlungskonzepte ein unerlässliches Werkzeug dar. Wenn ein Mensch Probleme wahrnimmt, gibt es nach Reichel (vgl. Reichel 2005, S. 17) drei Handlungsmöglichkeiten. Entweder er wird selbst damit fertig, er nimmt sein soziales Netz in Anspruch oder er sucht geeignete professionelle Hilfe auf und lässt sich von ihr beraten.

Schwendtke (vgl. Schwendtke 1995, S. 66) beschreibt Beratung als einen Kommunikationsvorgang zwischen Berater und Klienten, in dem die Berater bestrebt sind, die Probleme der Klienten zu verstehen und ihnen Anregungen und Hilfen zur Selbsthilfe zu vermitteln. „Die Beratung schließt Diagnose, Beschaffung von Informationen, Gesprächsführung zur Sicherung des Verständnisses, Ermutigung und Ratschlag ein“ (ebd.).

Sickendieck/ Engel/ Nestmann (vgl. Sickendieck/ Engel/ Nestmann 2002, S.14) heben in ihrer Definition die Anregung zur eigenständigen Problembewältigung hervor. Ihnen zufolge zielt Beratung „auf die Förderung und (Wieder-) Herstellung der Bewältigungskompetenzen der Klient/innen selbst und ihrer sozialen Umwelt, ohne ihnen die eigentliche Problemlösung abnehmen zu wollen.“

3.2.2. Der Inhalte der Beratung

Bei den Klienten sollten die Bewältigungskompetenzen, die Entscheidungsfähigkeit, die Selbsthilfebereitschaft, die Selbststeuerung und die Handlungskompetenzen verbessert werden. Die Klienten werden angeregt, aktiv am Veränderungs- und Lösungsprozess teilzunehmen, um das Ziel jeder Beratung zu erreichen: die Veränderung der problematischen Situation (vgl. Blöchlinger/ Käser 2006, S. 334).

Während der Beratung bekommen die Hilfesuchenden Sachinformationen, die sich hauptsächlich auf konkrete Organisationsthemen wie beispielsweise die Vermittlung zu anderen Einrichtungen, die Klärung von Kostenfragen oder die Organisation weiterer Hilfsangebote, beziehen.

Der Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle gilt heute als Voraussetzung für eine stationäre Therapie in einer Suchtklinik. Bevor der Rentenversicherungsträger oder manchmal die Krankenkasse eine Kostenzusage für eine stationäre Entwöhnungsbehandlung erteilt, wird vom Betroffenen verlangt, dass er Kontakt zu einer Beratungsstelle aufnimmt. Befürwortet die Beratungsstelle dann ebenfalls eine stationäre Entwöhnungsbehandlung, leitet sie das Behandlungsverfahren ein, indem sie an den Kostenträger einen Antrag mit einem Sozialbericht stellt.

Die Beratung wird schwerpunktmäßig auf die Förderung der psychosozialen Kompetenz oder die Information gerichtet.

3.2.3. Ziele der Beratung

Lüssi (vgl. Lüssi 1995, S. 394) sieht das Ziel der Beratung darin, „Klarheit zu schaffen darüber, worin das Problem besteht, und den Klienten zu befähigen, sich so zu verhalten, dass es gelöst wird.“

Bei den Klienten sollen die Bewältigungskompetenzen, die Entscheidungsfähigkeit, die Selbsthilfebereitschaft, die Selbststeuerung und die Handlungskompetenzen verbessert werden (vgl. Rauchfleisch 2001 zit. n. Rauchfleisch 2006, S. 163).

3.2.4. Das Setting und Ablauf einer Beratung

Die Suchtberatungsstelle bietet gemütliche und schön eingerichtete Zimmer, wo die Beratungsgespräche ungestört durchgeführt werden können. Zu Beginn einer Beratung treffen Berater und Klienten, die sich (normalerweise) nicht kennen, aufeinander. Es wird aber nicht erwartet, dass zwischen den beiden Menschen sofort etwas Hilfreiches und Gemeinsames entsteht. Es ist die Aufgabe beider, eine Situation herzustellen, in der menschliche Nähe und wechselseitiges Verstehen möglich sind (vgl. Junker 1973, S. 231).

3.2.5. Der Beratungsprozess

Die Suchtberatung (folgende Beschreibung entspricht meiner praktischen Erfahrung) versucht eine Gesprächsatmosphäre zu erzeugen, in der der Klient selbst auf die Idee kommt, wie er seine Probleme lösen kann. Zuerst wird das Problem erfragt und der Klient wird aufgemuntert über seine Ressourcen zu sprechen: was hat er bis jetzt unternommen, welche Personen stehen den Klienten nah und können Hilfe anbieten. Es folgt die Problemformulierung, indem einzelne Elemente des Problems identifiziert werden. Im Vordergrund steht das Selbstbild des Klienten und dessen Bewertung wird analysiert. Später wird geschaut, dass er Alternativen zur Lösung des Problems entwickelt, die so gut wie möglich konkretisiert werden. Die vorletzte Phase der Beratung beinhaltet das Treffen einer Entscheidung, indem der Klient angeregt wird, sich mit den Konsequenzen der jeweiligen Alternativen auseinander zu setzen und anhand bestimmter Kriterien abzuwägen. Zum Schluss werden zusätzliche Schritte zur Lösung des Problems verarbeitet, aber auch längerfristige therapeutische Maßnahmen müssen erachtet werden.

Dass, was die Klienten erzählen, ist „die Grundlage der gemeinsamen Wirklichkeitskonstruktion und damit die Voraussetzung für ein auf das gesamte Modell abgestimmtes Handeln“ (vgl. Steinebach 2006, S. 54).

Beratungsprozesse mit suchtkranken Menschen können sich auch über mehrere Jahre erstrecken, weil viele Betroffene noch nicht so weit sind, sich endgültig vom Alkohol oder anderen Suchtmitteln zu trennen. Manche brechen die Beratung ab, werden rückfällig und kommen nach einiger Zeit wieder, wenn sie Hilfe brauchen. Das geschieht nicht selten in einem Zeitraum von vielen Jahren. Manche bitten um Bedenkzeit. Dann wird eine längere Beratungsphase vorgeschaltet, in der der Antragssteller seinen Therapiewunsch überdenken kann.

3.2.6. Kommunikation

Die Basis für jeden Veränderungsprozess ist die Kommunikation. Dabei trägt die Qualität des Kommunikationsflusses entscheidend zum Gelingen des Hilfeprozesses bei (vgl. Hoffmann/ Gerbis 1981, S. 61).

Die Berater haben verschiedene Hilfsmittel um den Beratungsprozess vorwärts zu bringen, zu fördern und zu gestalten (vgl. Bürgi 2004, S. 237). Als Hilfsmittel kann angewendet werden die verbale und die nonverbale Kommunikation, genauso wie die paraverbale Kommunikation, d.h. sprachbegleitende Merkmale wie Betonung, Lachen, Lautstärke, Pause oder Tempo.

In Rahmen dieser Studie werde ich später auf das Thema Lachen, Lächeln und Humor eingehen.

Eine erfolgreiche Kommunikation in der Beratung – so ist meine Erfahrung – hat mit Wissen und Können zu tun, aber vor allem vielmehr mit einer positiven Grundhaltung. Die Hoffnung, die Empathie und die Fähigkeit zum positiven Denken vom Berater, also dessen Fähigkeit, die es einem erlaubt, die wahren Bedürfnisse und verdeckten Ressourcen der Klienten zu erkennen und in Vertrauen dies alles zu vermitteln, schafft die notwendige Basis für eine gute Kommunikation.

3.3. Die ambulante Therapie in der Suchtberatungsstelle

Die ambulante Therapie in der Suchtberatungsstelle soll suchtkranken Menschen, die mit geringer Unterstützung abstinent leben können, die Möglichkeit bieten, eine Psychotherapie zu erfahren, ohne dafür in eine Klinik gehen zu müssen.

Zielgruppe der Einrichtung sind zu einem Großteil alkohol- und drogenabhängige bzw. gefährdete Menschen, welche relativ stabil sozial verankert sind, keine zu schwerwiegenden organischen, psychischen oder sozialen Störungen aufweisen und über die Motivation und Fähigkeiten verfügen, festgelegte Strukturen und Vereinbarungen einzuhalten, sowie sich auf einen Prozess der Veränderung einzulassen. Für die ambulante Weiterbehandlung oder Therapie wird eine Abstinenzfähigkeit vorausgesetzt.

3.3.1. Der Inhalt der ambulanten Therapie

Die ambulante Rehabilitation ist ein von Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen finanzierte Entwöhnungsbehandlung. Sie ist durch die Kostenträger an strenge Auflagen gebunden. Während der Therapie gelten folgende Regeln: Abstinenz von Suchtmitteln, regelmäßige und pünktliche Teilnahme an den Gesprächen, ärztliche Krankmeldung bei Fehlen von mehr als drei Sitzungen. Beharrliches Verweigern der Auseinandersetzung mit dem Therapieangebot kann als Abbruch gelten.

3.3.2. Ziele der ambulanten Therapie

Ziel der Therapie ist eine selbstverantwortete und zufriedene Lebensführung auf der Grundlage der Abstinenz. Die Therapie findet in direkten Lebenszusammenhängen der Klienten statt. Das bedeutet, dass der Klient während der Behandlung in seinem für ihm vertrauten sozialen Umfeld bleibt. Gemeint sind damit beispielweise die Familie, und/oder der Arbeitsplatz. Wenn jemand noch in der Lage ist, den Alltag selbständig zu bewältigen (z.B. zur Arbeit oder Schule zu gehen), so besteht die Möglichkeit eine ambulante Therapie zu absolvieren.

Ziel dieser Therapie ist sowohl eine andauernde und zufriedene Abstinenz, als auch eine Stabilisierung im psychischen, sozialen und körperlichen Bereich.

3.3.3. Das Setting und Ablauf der ambulanten Therapie

Die Therapie besteht in der Regel aus einer Kombination von Gruppen- und Einzeltherapie. Je nach Bedarf und Bewilligung dauert eine ambulante Rehabilitation über vierzig bis Hundertzwanzig Sitzungen. Die Gruppentherapiegespräche sind Kern der ambulanten Rehabilitation. Die Gruppe findet einmal in der Woche statt und dauert meistens eineinhalb Stunden. Zudem gibt es Einzeltherapiesitzungen, die fünfzig Minuten dauern.

Die Suchtberatungsstelle bietet gemütliche und schön eingerichtete Zimmer, wo die Therapiegespräche ungestört durchgeführt werden können. Für die Gruppengespräche steht ein Gruppenraum zur Verfügung. Zu Beginn eines therapeutischen Prozesses treffen Therapeuten und Klienten, die sich kennen, aufeinander. Das Kennenlernen findet i.d.R. schon Wochen, sogar Monate vorher, entweder im Rahmen der Beratungs- oder Motivationsgespräche statt.

Eine ambulante Therapie beginnt mit einem ersten Gespräch, bei dem der Therapeut zunächst eine Art Bestandsaufnahme vornimmt, damit er sich ein Bild von der Problemlage und Vorgeschichte machen kann. Manchmal ist es auch nötig, Fragebögen auszufüllen und psychologische Tests durchzuführen. Dann wird gemeinsam geklärt, welche Veränderungen und Ziele angestrebt werden sollen.

3.3.4. Der ambulante Therapieprozess und die Kommunikation

Um eine Beziehung aufzubauen und gemeinsam am Problem arbeiten können, bedarf es bestimmter Einstellungen des Beraters. Sie wurden von Rogers (2001b) definiert und sind eine wichtige Grundlage während der Beratung: Echtheit, Akzeptanz und Empathie.

Eine wichtige Voraussetzung für eine ambulante Suchttherapie ist die Entscheidung etwas ändern zu wollen. Dabei spielt es zunächst keine Rolle, welches Suchtmittel konsumiert wird.

Wichtig für eine ambulante Therapie meines Erachtens ist, dass sich ein vertrauensvolles Gesprächsklima entwickelt, bei dem die Klienten das Gefühl haben, „gut aufgehoben“ zu sein.

Das Kernstück der ambulanten Therapie ist die Gruppentherapie. Die Klienten haben die Möglichkeit, viel über sich zu lernen, vor allem, dass sie mit ihren Problemen und Schwierigkeiten nicht allein sind. Scham – und Schuldgefühlen können besprochen werden. Dort lernen die Klienten, dass sie keine Exoten sind, viele haben die gleichen Erfahrungen gemacht, sitzen sozusagen in gleichem Boot und versuchen die Fehler, die im Grunde jeder gemacht hat, zu analysieren, zu besprechen, was zu ändern.

In den Einzelgesprächen werden bestimmte Themen noch weiter bearbeitet. Dies ist oft sinnvoll, weil in der Gruppe nicht immer Raum ist, all die teilweise schweren seelischen Konflikte ausreichend zu bearbeiten. Manche Klienten meinen auch, dass die tiefen seelischen Themen besser in der Einzeltherapie aufgehoben seien, weil sie sonst niemanden etwas angingen.

Zu einem befriedigenden Gruppenergebnis kann es kommen, wenn alle Beteiligten zur selben Zeit und am selben Ort an der Lösung eines gemeinsam definierten Problems beteiligt sind. Das erfordert eine gute Kommunikation zwischen den Gruppenteilnehmern und der Gruppenleitung. Schulz von Thun (vgl. Schulz von Thun 2001, S. 13) schreibt jeder Nachricht vier Seiten zu: Sachinhalt (Worüber ich informiere), Selbstoffenbarung (Was ich von mir selbst kundgebe), Beziehung (Was ich von dir halte und wie wir zueinander stehen), Appell (Wozu ich dich veranlassen möchte) (vgl. ebd., S. 26-30). Diese vier Seiten sind allerdings nicht nur im Senden, sondern auch im Empfangen von Nachrichten relevant. Es ist hier vom „vierohrigen Empfänger“ (ebd., S. 45) die Rede, dem es möglich sein soll, Botschaften jeder Seite zu empfangen. Je nachdem welches „Ohr“ gerade vorrangig auf Empfang geschaltet ist, können Gespräche einen sehr unterschiedlichen Verlauf nehmen.

Ein wichtiger Aspekt in der ambulanten Gruppentherapie ist die nonverbale Kommunikation. Manche Klienten benutzen „die Augensprache“ (vgl. Titze 1995, S. 307). Klienten stehen im Kreis, jeder versucht herauszufinden, was sein Auge ausdrücken kann. Dabei mag es sich um Freude, Ekel, Liebe, Dummheit oder Wut handeln. In der Zuneigung ist der Blick nach oben gerichtet. Bei einer depressiven Verfassung ist das Auge niedergeschlagen. Was spüren die Klienten, wenn die Augen ständig in Bewegung sind? Und was bringt dabei der Mund zum Ausdruck? Stimmt er überein mit der Sprache der Augen? Es kann eine Gesprächsrunde der Augen entstehen.

3.4. Stationäre Therapie in einer Suchtklinik

Ist die Suchtproblematik stark ausgeprägt, das heißt, jemand ist durch die Erkrankung „tief abgestürzt“ und da auch keine guten Beziehungen zu nicht süchtigen Personen mehr existieren, ist eine stationäre Therapie notwendig. Es ist ein besonderer Rahmen (Setting), der dem Patienten hilft mindestens während der Behandlung die Abstinenz aufrechtzuerhalten. Patienten mit einer Suchterkrankung weisen schwere Ich-Störungen und geringe Frustrationstoleranz auf, die dazu führen, dass das klassische therapeutische Arbeitsbündnis nicht tragfähig genug ist.

3.4.1. Der „innere Prozess“ der stationären Therapie

Die Grundprinzipien der Suchtkliniken ähneln sich: die Behandlung in der Fachklinik für Suchtkranke ist von einem Prinzip der gleichzeitigen Beachtung von Kontrolle und Verständnis geprägt. Man „zwingt“ den Menschen ein Regelsystem auf, in dessen Grenzen man ihnen mit uneingeschränkter Wertschätzung, Akzeptanz und Nächstenliebe entgegenkommt.

Das Zusammenleben in der Klinik ist durch Hausordnungen detailliert geregelt, in denen Ausgang, Kontrollen des Suchtmittelkonsums, Einhaltung der Therapiestunden usw. festgehalten sind. Die oft streng anmutenden Vorschriften weisen auf einen letztlich ungelösten Widerspruch hin. Dem Anliegen, einem alkoholkranken Menschen wieder zu einer selbstbestimmten und selbstverantworteten Lebensführung zu verhelfen, steht der Erfahrung gegenüber, dass alte Gewohnheiten und Suchtmittelkonsum so funktional und attraktiv sind, dass sie immer wieder die Oberhand gewinnen können.

Im Lauf der Therapie werden die Persönlichkeitskonflikte aus der Kindheit aufgearbeitet und der Patient erlebt und lernt ein höheres Maß an seelischen Schmerzen ohne Hilfsmittel, in dem Fall Suchtmittel, verkraften zu können. Das Ich des Klienten wird folglich gestärkt und er hat sich gleichzeitig selbst besser kennen gelernt sowie seine Kindheitskonflikte verarbeitet.

3.4.2. Ziele der stationären Therapie

Die stationäre Therapie, oder die Langzeitentwöhnungsbehandlung in einer Suchtklinik hat das Ziel, die psychische Abhängigkeit zu mindern und zu beenden (vgl. Schneider 2009, S. 305). Ein allgemeines Ziel der Suchttherapie in einer Klinik ist, dass der Patient nach der Entlassung aus der Behandlung neue Fähigkeiten gelernt hat, die ihm ermöglichen, selbstbestimmt und nachhaltig am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und dafür zu sorgen, dass die neu dazu gewonnene Gesundheit nicht mehr im Gefahr ist. Unter Gefahr ist zu verstehen: körperliche, soziale oder psychische Probleme.

3.4.3. Das Setting und Ablauf der stationären Therapie

An den Entzug (in einem Krankenhaus) schließt sich idealtypisch eine stationäre Therapie in einer Fachklinik an. Die Behandlungsdauer betrug vor einigen Jahren sechs Monate oder länger und wurde inzwischen auf regelhaft drei Monate verkürzt. In den Therapiekonzepten werden verschiedenartige Interventionsformen gut aufeinander abgestimmt vorgehalten. Neben dem für alle Patienten vorgesehenen Programm gibt es ausdifferenzierte Angebote je nach der individuellen Problematik, also bei Angststörungen, depressiven Erkrankungen oder Traumafolgen. Ein Gegengewicht zu den Einzel- und Gruppentherapien stellen körperbezogene Verfahren wie Sporttherapie und Entspannungsverfahren dar. In der Ergotherapie liegen die Akzente meist bei der Gestaltungstherapie (oder Maltherapie). Dabei werden freizeitpädagogische Zielsetzungen ebenso verfolgt wie die Förderung von Selbsterfahrung durch nonverbale emotionale Ausdrucksmöglichkeiten. Die Arbeitstherapie soll durch eine Reorganisation der Tagesstruktur und die Übernahme von Verantwortung auf die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit vorbereiten.

3.4.4. Kommunikation im stationären Bereich

Da in der stationären Therapie die Patienten intensiv und fast täglich mit ihrer Vergangenheit und Gegenwart konfrontiert sind, über Wünsche und Ziele nachdenken und diese auch formulieren sollten, mit erfolgreichen und gescheiterten Versuchen diese Ziele zu erreichen konfrontiert sind, an neuen Möglichkeiten für eine befriedigende Lebensführung arbeiten, spielt die Kommunikation eine sehr wichtige Rolle. Es braucht eine stabile Vertrauensbeziehung zum Therapeuten. Dies lässt sich allerdings

nicht von heute auf morgen aufbauen. Manchmal reicht die Zeit nicht aus, um in einem tatsächlichen Veränderungsprozess endlich die negativen Gefühle auch zulassen zu können. Gegen das Aufdecken von schmerzhaften Erfahrungen stehen bei vielen Patienten starke Widerstände. Manche Patienten in den Fachkliniken versuchen aufgrund von Ängsten wegen seelischer Schmerzen, die Bearbeitung ihrer tieferen Probleme zu vermeiden, sie arbeiten nicht an sich. Öfters hörte ich: „*Ich habe nichts, mir geht es gut, ich gebe wieder*“, oder: „*Dieses ständige Gequatsche bringt mir doch nichts*“, oder sehr oft: „*Ich muss nur mit der Sauferei aufhören, dann kriege ich die Sachen wieder in den Griff*“. Solche oder ähnliche Äußerungen werden von den Therapeuten dann als Widerstand gedeutet und sie müssen sich überlegen, wie sie mit dem Widerstand umgehen. Es muss in der Therapie eine Atmosphäre erzeugt werden, in der die betroffenen Patienten Vertrauen und Sicherheit auf der einen Seite gewinnen können, aber auch einem gewissen Druck und einer Konfrontation auf der anderen Seite ausgesetzt sind.

3.5. Die Nachsorge

Das Ziel der Nachsorge ist die Entwöhnungsbehandlung zu stabilisieren und sie erfolgt ambulant.

Der Übergang in eine nachsorgende Behandlung ist oft schwierig, wenn er während der Therapie nicht ausreichend vorbereitet wird. Gerade unmittelbar nach einer stationären Therapie besteht jedoch ein stark erhöhtes Rückfallrisiko. Besonders die ersten drei bis sechs Monate gelten als die kritischste Zeit, in der zwei Drittel aller Rückfälle stattfinden (vgl. John et al. 1996). Die Nachsorgeangebote finden in Suchtberatungsstellen, Institutsambulanzen und anderen psychosozialen Diensten statt. Manche Klienten entscheiden sich für eine Teilnahme an Selbsthilfegruppen. Manche Klienten wechseln von der professionellen Nachsorge ganz in die Selbsthilfegruppen, manche nutzen beide Angebote parallel und wiederum andere werden erst durch die professionelle Nachsorge zu Gruppenbesuchen angeregt.

3.6. Humor – mehr als eine wortgewandte Witzigkeit

3.6.1. Humor ist kein Quatsch. Eine Frage der Definition

Das Interesse am Verstehen des Humors ist so alt wie die Wissenschaft selbst. So gab es in der ersten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts eine Häufung von Arbeiten zu diesem Themenbereich, diese Welle ebte aber bald ab. Die zweite Welle kam in den siebziger Jahren, und sie war durch das Interesse an der Grundlagenforschung geprägt. In dieser Zeit wurde das wegweisende Buch „The psychology of Humor: Theoretical perspectives and empirical issues“ von Jeff Goldstein und Paul McGhee (1972) herausgegeben, und 1976 organisierten Antony Chapman und Hugh Foot den ersten wissenschaftlichen Kongress über Humor und Lachen in Cardiff, Wales. Kaum 15 Jahre später kann man einen erneuten Aufbruch beobachten; diese dritte Welle betrifft die zahlreichen Anwendungsmöglichkeiten von Humor und Lachen. Die Forschungsfragen betreffen mehr den Nutzen von Humor, nicht mehr allein die Frage wie man Humor erklären kann.

3.6.1.1. Humor schon in der Antike? Eine „antike“ Definition

Genau das Gegenteil von trocken ist Humor. Das lateinische Wort Humor bedeutet „Feuchtigkeit“. Die antike Humoralpathologie (oder „Viersäftelehre“) mit der sich der griechischen Arzt Hippokrates von Kos (ca. 460- 370 v. Chr.) beschäftigt hat (sich gewidmet hatte), besagt, dass die seelische Gestimmtheit einer Person von der Mischung der vier Körperflüssigkeiten: Blut, Schleim, gelbe Galle und schwarze Galle abhängig ist (vgl. Weeber 2011).

Witz und Spott, Heiterkeit und Lachen sind aus der griechisch-römischen Zivilisation und ihrer literarischen Produktion nicht wegzudenken. Humor als Ausdruck spezifisch menschlicher Gefühlswelt und Lebensbewältigung findet sich auch in Schriften von Cicero, Caesar und Seneca aber auch von Sophokles oder Platon. Immerhin sind es ja die Griechen gewesen, die die Komödie als ausgelassenes, heiteres Pendant zur ernsten Tragödie erfunden haben. Die Römer fanden bei aller vermeintlichen Griesgrämigkeit durchaus Zeit, ein literarisches Genuss aus der Taufe zu heben und zu schönster Vollkommenheit zu erheben, das seitdem als Inbegriff einer humorvollen Gattung gilt: die Satire (vgl. Karl- Wilhelm Weber 2011). „*Etwas eleganter nahm Cicero die Koketterie seiner Bekannten Fabia mit ihrem Alter aufs Korn. Als sie einem gemeinsamen Freund*

erzählte, sie sei 30 Jahre alt, bestätigte Cicero diese Aussage mit den Worten: „Stimmt genau! Denn das höre ich schon seit 20 Jahren von ihr!““ Quintilian, *Institution oratoria* 6,3,73 (vgl. Karl- Wilhelm Weber 2011).

3.6.1.2. Humor im Mittelalter. Eine erneute Definition

Später im Mittelalter kam dazu die Auffassung, dass sich je nach Überwiegen eines dieser Säfte mit der Zeit das damit verbundene Temperament besonders herausbilde (vgl. Drosdowski 1989/ Ruch 2012).

Im Mittelalter spielte das rechte Verhältnis der Flüssigkeiten eine große Rolle: sie bestimmten das Temperament und die Charaktereigenschaften einer Person. So zum Beispiel war der Sanguiner, bei dem das Blut (lat. *Sanguis*) dominiert, heiter, beflügelt und aktiv. Der Phlegmatiker hatte einen höheren Anteil an Schleim (griech.- lat. *Phlegma*). Er ist schwerfällig und passiv. Dem reizbaren Choleriker kocht wiederum schnell die (gelbe) Galle (griech. *Chole*) hoch. Und der Melancholiker verdankt sein nachdenkliches bis trauriges Gemüt einem hohen Anteil an schwarzer (griech. *Melas*) Gallenflüssigkeit (griech. *Chole*) (vgl. ebd.).

3.6.1.3. Freud und der Humor

Freud hat auf die Frage, warum ein Witz Gelächter auslöst, bekanntlich eine sehr lakonische Antwort gegeben. Demnach erklärt sich die Wirkung des Witzes bündig aus der Ersparnis von psychischem Aufwand, die er uns ermöglicht. Der Witz ermöglicht die Befreiung eines Triebes (des lüsternen und feindseligen) gegen ein im Wege stehendes Hindernis, er umgeht dieses Hindernis und schöpft somit Lust aus einer durch das Hindernis unzugänglich gewordenen Lustquelle (vgl. Freud 1970, S. 96).

Freud zeigt auch, dass sich hinter Witzen etwas Wahres verbirgt und dass sie somit ein befreiendes Moment besitzen (vgl. Freud 1905, S. 76). Mittels Witzen, so Freud und mit ihm die Minimalisten, ließe sich lediglich ein Moment der persönlichen Genugtuung herbeiführen.

3.6.1.4. Lachen in der Nazi-Herrschaft. Gab es was zu lachen?

Am dringendsten benötigt der Mensch den Humor, wenn es ihm schlecht geht (vgl. Ruch 2015, S. 35). Willibald Ruch, der an der Universität Zürich lehrt, erforscht seit

40 Jahren die Wirkungen der Heiterkeit. Freude ist nun einmal der mächtigste Antagonist der Angst. Deshalb sei Humor eine extrem effektive Technik der Gefühlsverarbeitung. Positive Emotionen erweitern das Blickfeld, Angst und Ärger bewirken das Gegenteil. Viele Studien zeigen, dass der Mensch mit schwierigen Situationen besser umgehen kann, wenn er Humor einsetzt (vgl. Ruch 2015, S. 62).

Lachen über Hitler? In den dreißiger Jahren stritt der antifaschistische Widerstand noch darüber, ob Witz eine geeignete Waffe im Kampf gegen den Faschismus sei. Satirikern wie Karl Kraus fiel zu Hitler „*nichts ein*“; andere, wie Bertolt Brecht, versuchten im satirischen Blick auf den Nationalsozialismus auch die Abgründe der eigenen geschichtlichen Situation zu verstehen. Karikaturen blühten, und Flüsterwitze machten die Runde, von denen man heute nicht mehr so genau zu sagen vermag, ob sie am Ende nicht dazu dienten, sich in dem Schrecken einzurichten, soweit man dazu in der Lage war, oder sich mit ihm zu arrangieren, soweit es nicht der eigene Schrecken war (vgl. Frölich et al. 2003, S. 11).

Lachen konnte tödlich sein. Das Lachen über Hitler war während der Zeit des Nationalsozialismus ein befreiender Akt, der helfen konnte, dem Terror zu widerstehen. Es war eine Geste des Widerstandes, die wie eine Waffe gehandhabt werden konnte und oft genug tödliche Konsequenzen hatte für den, der sie einsetzte (vgl. ebd., S. 65).

Viktor Frankl, Überlebender von Auschwitz, erklärte später, dass den KZ-Insassen fast alles genommen werden konnte, nur nicht „die letzte menschliche Freiheit, sich zu den gegebenen Verhältnissen so oder so einzustellen“. Zu dieser Freiheit gehörte für ihn der „Lagerhumor“, der ihm, wenn auch nur für Sekunde oder Minuten, aus dem Elend geholfen habe (vgl. Frankl 2009). Für Viktor Frankl war die Heiterkeit ein Essential, das wie kaum sonst etwas im menschlichen Dasein geeignet ist, sich über die Situation zu stellen.

„Ist es schon erstaunlich genug für den Außenstehenden, dass es im Konzentrationslager so etwas wie Natur- oder Kunsterleben gibt, so mag es noch erstaunlicher klingen, wenn ich sage, dass es dort auch Humor gibt. Freilich: wiederum nur in Ansätzen, und wenn, das natürlich nur für Sekunden oder Minuten. Auch der Humor ist eine Waffe der Seele im Kampf um ihre Selbsterhaltung. Ist es doch bekannt, dass der Humor wie kaum sonst etwas im menschlichen Dasein geeignet ist, Distanz zu schaffen

um sich über die Situation zu stellen, wenn auch nur, wie gesagt, für Sekunden“ (vgl. Frankl 2017, S. 71).

Bekanntlich eignet sich der Humor gerade in extremen Situationen zur Bewältigung, ja sogar im Wortsinne als Mittel zum Überleben. „Wer lacht, der kann nichts anderes tun, für den Moment des Lachens wenigstens. Er ist besiegt und entwaffnet“ (vgl. Schütte 1980, S. 101).

Humor wird von Viktor Frankl als ein Versuch interpretiert, die Dinge irgendwie aus einer witzigen Perspektive zu sehen, im Sinne einer Art Lebenskunst.

3.6.1.5. Der jüdische Humor

Jüdischer Humor: er ergibt sich aus den besonderen historischen Situation des Judentums. Schon früh stellte sich aufgrund von Verfolgungen und Ghettoisierungen, denen die Juden ausgesetzt waren, die Notwendigkeit eines zumindest inneren Widerstandes ein, welcher sich vor allem durch hartnäckiges Festhalten an traditionellen Bildungsgütern äußerte. Verstärkt wurde diese Tendenz noch durch die spezielle Exilsituation, welche auch heute noch, trotz eines Staates Israel, vorherrscht. Der jüdische Humor ist dabei seit dem Altertum ein großartiges Mittel in Hinsicht auf die Selbstbehauptung des Juden. Dieser findet sich zwar äußerlich mit einer gegebenen Situation ab, schöpft aber Kraft aus einem inneren intellektuellen Protest (vgl. Hellenthal 1989, S. 37).

3.6.1.6. Lenin, der spätere Kommunismus und der Humor

Die überwiegende Mehrheit der nun aufkommenden Witze in Zeiten von Lenin handelte vom Gulag, einem System aus Festnahmen, Inhaftierungen, Deportation, Verbannung und Zwangsarbeit, mit dessen Hilfe Stalin den Strukturwandel durchsetzt: „*Ein Mieter bezieht ein neues Zimmer. In der kahlen Wand steckt nur ein Nagel. Die unvermeidlichen Bilder von Lenin und Trotzki in der Hand, fragt er sich: welchen hänge ich auf, und welchen stell ich an die Wand?*“ (vgl. Wolle 1999, S. 53).

„*Ein Lehrer fragt seine Klasse: Wer ist eure Mutter, und wer ist euer Vater? Ein Kind antwortet: meine Mutter ist Russland, und mein Vater ist Stalin. Sehr gut, sagt der Lehrer. Und was möchtest du werden, wenn du einmal groß bist? Vollweise!*“ (vgl. Lewis 2010, S. 138).

In den fünfziger Jahren erfanden die Menschen kommunistische Witze, erzählten sie ausgiebig und wurden dafür verhaftet. Für den offiziellen Humor gründeten die Ostblockstaaten ihr jeweils eigenes Organ. Die sechziger Jahre waren das „goldene Zeitalter“ des kommunistischen Witzes. Nie waren so viele Witze in Umlauf gewesen (vgl. Kalina 1986, S. 23). Der Humor nahm die Trunksucht, die Trägheit der Arbeiter, die schlechte Wirtschaftsleistung und die lähmende Bürokratie ins Visier.

Unter dem Kommunismus gab es zwei Arten von Humor. Die inoffiziellen, anonymen Witze hinter vorgehaltener Hand nahmen die Mängel und Verfehlungen des Kommunismus aufs Korn, wohingegen der offizielle Humor in den Satirezeitschriften, im Film und im Kabarett das Volk mittels Komik für die Sache gewinnen wollte (vgl. Schiewe 2000, S. 125). *„Ein rumänischer Kosmonaut fährt zum Mond. Auf dem Küchentisch hinterlässt er eine Notiz für seine Mutter: bin zum Mond gefahren, bin in einer Woche wieder da. Als er zurückkommt, ist das Haus leer. Auf dem Tisch liegt eine Notiz seiner Mutter: bin Käse kaufen gegangen. Weiß nicht, wann ich wieder da bin.“* (vgl. Stefanescu 1991, S. 144).

Jeder Witz, der damals nur im Flüsterton und nur im Kreise von Vertrauten erzählt wurde – auf Witzeerzählen war eine Gefängnisstrafe ausgesetzt –, war mit tosendem Applaus aufgenommen worden, weil Autor und Adressat stets gleicher Aussicht waren.

„Eine alte Frau läuft jeden Morgen zum Zeitungsstand, um das erste Exemplar der Scanteia zu erhalten (eine rumänische Tageszeitung). Sie kauft sie, überfliegt die Schlagzeilen auf der ersten Seite, knüllt sie angewidert zusammen und trampelt darauf herum. So macht sie das jeden Tag. Der Zeitungsverkäufer kann schließlich seine Neugier nicht mehr zügeln. Wenn Sie die Zeitung nicht lesen, warum haben Sie es dann jeden Morgen so eilig, sie zu kaufen? Zeitungen sind teuer. Ich suche nach einer Todesanzeige, erklärt die Alte. Kein Wunder, dass Sie sie nicht finden, Sie dumme alte Frau, sagt der Verkäufer. Wissen Sie denn nicht, dass Todesanzeigen immer auf der letzten Seite stehen? Nicht die, nach der ich suche, sagt die Frau. Die würde auf der Seite eins kommen.“ (vgl. Stefanescu 1991, S. 139).

Die Ostblockländer haben eine sehr humorvolle Vergangenheit. Gerade wir in Rumänien haben uns mit Witzen „über Wasser gehalten“.

Beispiele:

- „*Was ist in Rumänien kälter als das kalte Wasser? Das warme Wasser.*“
- „*Warum hat Ceausescu am 1. Mai jedes Jahr eine Großveranstaltung abgehalten? Um zu sehen, wie viele Leute den Winter überlebt haben.*“
- „*Und was ist der Unterschied zwischen dem rumänischen Radio und einer rumänischen Zeitung? Mit der Zeitung kann man einen Fisch einwickeln.*“

Für uns war Humor ein besonderes Lachen, das Glucksen über unangenehme Wahrheiten, die allem Galgenhumor zugrunde liegen.

Lachen und Humor waren Instrumente sowohl der Anpassung und der Normierung, wie auch des Widerstandes und des Tabubruchs: darum fürchten Diktatoren nichts mehr als den Humor und das Lachen ihrer Unterdrückten und Entmachteten. Und deswegen war kaum eine Maßnahme für die Betroffenen peinlicher oder schmerzlicher als der öffentliche Spott und das Verlachen unerwünschten Verhaltens.

3.6.1.7. Hamburg 2017 und der Humor

Und nicht zuletzt: das haben offenbar auch jene Hamburger verstanden, die dem gewalttätigen G20-Wochenende im Juli 2017 mit Humor trotzten, wie etwa der Comedian Andre Kramer. Als hochgerüstete Polizeitruppen und schwarzer Block die Atmosphäre anheizten, trat Kramer mit einem Pappschild auf die Straße, auf dem stand: „*Ich bin Anwohner und gehe kurz zu Edeka. Danke*“. Um humorvolle Deeskalation bemühten sich auch andere. „*Wir sind süße Ostfriesen. Bitte nicht hauen*“, hatten zwei Demo-Teilnehmer auf ihr Transparent geschrieben, ein anderer fragte hintersinnig: „*Wo geht's denn hier zum Hafengeburtstag?*“ – eine Anspielung auf Olaf Scholz unbedachten Vergleich des G20-Gipfels mit einem Hafengeburtstag.

Denn gerade in kritischer Frage hilft Humor gegen das Gefühl der Machtlosigkeit, das viele Hamburger angesichts der geballten Aggression empfanden. Wer es da schaffte, seine Wut in Witz zu verwandeln, eröffnete sich einen emotionalen Spielraum für neue Deutungsmöglichkeiten.

3.6.2. Humor – eine Definitionslandschaft

Der Duden definiert den Humor als die Gabe eines Menschen, den Unzulänglichkeiten der Welt und der Menschen sowie den Schwierigkeiten und Missgeschicken des Alltags mit heiterer Gelassenheit zu begegnen (vgl. Titze 2013, S. 11).

Der bekannte Literat und Humorforscher Arthur Koestler sieht im Humor die *„einzige Form der Kommunikation, bei der ein Reiz auf einer hohen Stufe kognitiver Komplexität eine stereotype, vorhersehbare Reaktion auf der physiologischen Reflexstufe (das heißt im Lachen) auslöst“* (vgl. Koestler 1966).

Freud (vgl. Freud 1927/ 2004b, S. 254) führt aus, der Humor habe nicht nur etwas Befreiendes, sondern auch etwas Großartiges und Erhebendes. Das Großartige liege *„in der siegreich behaupteten Unverletzlichkeit des Ichs“*, welches sich von den Veranlassungen der Realität nicht kränken lasse. *„Das Wesen des Humors besteht darin, dass man sich die Affekte erspart, zu denen die Situation Anlass gäbe, und sich mit einem Scherz über die Möglichkeit solcher Gefühlsäußerungen hinaussetzt“* (ebd. 254).

Höfner/ Schachter (vgl. Höfner/ Schachter 1995, S. 27) zeigen das Positive, das der Humor uns geben kann. Er befähigt uns, *„das Absurde an einer Sachlage zu erkennen und sich davon nicht unterkriegen zu lassen, sondern darüber zu lachen.“*

Von Bedeutung, um die Forschungsfrage voll zu verstehen, ist ein Grundverständnis darüber, was unter Humor verstanden wird. Neben dem Begriff von Humor gibt es auch andere Wörter, die mit dem Komischen assoziiert werden: Ironie, Sarkasmus und Zynismus. Ironie meint im Wesentlichen, dass man das Gegenteil von dem sagt, was man meint (rhetorische Ironie). Es geht dabei also lediglich um die Form, wie etwas gesagt wird, nicht die Absicht, die dahintersteckt. Diese kann freundlich oder weniger freundlich sein. Mit Sarkasmus ist ein beißender Spott gemeint, der verletzen soll. Oft dient er dem Opfer von Unterdrückung und Gewalt als Waffe zur Verteidigung, um etwa den Macht-Ausübenden herabzusetzen und lächerlich zu machen (vgl. Sachsse 2012). Zynismus ist eher eine Haltung, eine Weltanschauung, die auf die philosophische Schule der Kyniker (von griechisch *kyon* = Hund) zurückgeht und Normen ins Lächerliche zieht und verwirft (vgl. Drosdowski 1989). Oft geschieht dies aus Frust

und Resignation und findet Ausdruck in giftigen, schamlosen und spöttischen Bemerkungen.

Nicht alles was humorig ist, ist gleichzeitig auch lustig, fröhlich oder heiter. Humor ist nicht gleich Humor. Es gibt zum Beispiel trockenen Humor, Galgenhumor, schwarzen Humor und manche rechnen Ironie, Sarkasmus, Spott und sogar Zynismus ebenfalls dazu. Sicher ist, dass Humor uns dabei helfen kann, schwierige Zeiten oder Situationen mit mehr Gelassenheit durchzustehen. So beschreibt Sigmund Freud Humor als „*eine seelische Grundhaltung, die in den Missständen des Lebens menschliche Unzulänglichkeiten erkennt und lachend verzeiht*“ (vgl. Freud 1905/ 2004a, S. 62).

3.6.3. Ist Lachen gesund?

Lachen und auch Lächeln sind Signale der Freundlichkeit, Entspannung und Solidarität. Gerade die kommunikativen Fähigkeiten des Humors können in Gesprächen oder Gruppengeschehen von Problemen, Unterschieden oder Rivalitäten ablenken. Eine humoristische Bemerkung kann in der Aufnahme eines Gespräches mit Fremden die anfängliche Distanz verringern und „*das Eis brechen*“ (vgl. Moody 1979, S. 30).

Insgesamt stellt der Humor ein erfrischendes, entspanntes, originelles und anregendes Kontaktmedium dar. Gemeinhin verbinden wir diesen Begriff mit einer „*Erheiterung*“ (vgl. Ruch 1993, S. 605), die uns zum Lachen, Lächeln oder Schmunzeln bringt.

Schon Friedrich Nietzsche hat seinen Zarathustra vor mehr als hundert Jahre sagen lassen: „*Zehnmal muss du lachen am Tage und heiter sein: sonst stört dich der Magen in der Nacht, dieser Vater der Trübsal*“ (vgl. Nietzsche 1980).

Dass die heilende Kraft des Lachens auch vom medizinischen Standpunkt nachweisbar ist, hat vor etwa mehr als fünfzig Jahren Norman Cousins bewiesen. Damals erkrankte er an einer Spondylarthritis, einer degenerativen Entartung der Grundsubstanz des Knochengewebes. Er hatte starke Schmerzen und die Prognose war denkbar schlecht. In seinem autobiographischen Krankheitsbericht „*Der Arzt in uns selbst*“ (vgl. Cousins 1981) spricht Cousins von einer Überlebenschance von 1:500. Die Situation wollte er nicht akzeptieren und begann nach neuen Wegen der Therapie zu suchen. Er wollte positiv denken, eine Heiterkeit unmittelbar erleben, die aus dem Bauch kommt und die den gesamten Körper erfasst. Nach einem Gespräch mit dem Arzt zog er in einem Hotel in der Nähe von Klinik um und dort ließ er sich von einer Krankenschwester

lustige Slapstick- Filme vorführen oder witzige Bücher vorlesen. Zusätzlich bekam er Besuch von Freunden, die mit ihm so viel wie möglich scherzten und lachten. Dabei spürte Cousins bald, dass seine Schmerzen weitgehend nachließen, nachdem er ca. zehn Minuten lang lauthals gelacht hatte. Noch dazu konnte er danach problemlos eine Stunde laufen. Nachdem Cousins vollständig genesen war, verfasste er Zeitschriftartikel und Bücher über seine Lachkur. Ab dann kam in die Fachwelt viel Bewegung. Eine Reaktion auf die Publikationen von Norman Cousins war die Entwicklung vor ca. zwanzig Jahre in den USA von „*Gelotologie*“, die Wissenschaft vom Lachen.

„Das Lachen führt in aller Regel zu Heiterkeit, welche wiederum innere Gelassenheit erleichtert, begünstigt oder verstärkt“ (vgl. Effinger 2009, S. 34).

Erheiterung kann als ein emotionaler Prozess gesehen werden, der sich in einer kurzfristigen Veränderung im heiteren Erleben (erheitern bedeutet, jemanden heiter, lustig „*stimmen*“), in der Auslösung von Lachen oder Lächeln und in phasischen physiologischen Veränderungen vollzieht (vgl. Ruch 1993a, S. 277-285).

Ruch (vgl. Ruch 1990) spricht von zwei *Erheiterungsverhalten*: zu einem von Lächeln, was bei geringer erlebtem Verhalten auftritt und von Lachen, was bei stärkerer Erheiterung auftritt. In beiden Fällen kommt es zur Anspannung der Muskeln zygomaticus major und orbicularis oculi, pars orbitalis (vgl. Ekman & Friesen 1982), wobei beim Lachen noch eine Reihe weiterer Muskeln hinzukommen. Der Lachmuskel besteht aus 15 Gesichtsmuskeln. Beim Lachen werden wesentlich weniger Muskeln angespannt, als beim Ärger. Lachen ist ein gutes Mittel gegen Hängmundwinkel. Die Augenmuskeln werden angespannt und da diese die Tränensäcke umschließen, kommen beim Lachen oft die Tränen in Fluss. Dies sind die ungeweinten Tränen. Sobald die Mundwinkel nach oben gezogen werden, wird im Gehirn die Botschaft der Freude aktiviert. Da durch das Lachen die Selbstkontrolle ausgeschaltet wird, fühlt sich der Mensch mit seinen ursprünglichen, reinen und kindlichen Gefühlen und gleichzeitig stark und kompetent.

„Lachen ist das billigste Medikament“ sagt der Lach Yoga Experte V.K. Singh. Während des Lachens werden Endorphine ausgeschüttet, das sind die Glückshormone, ohne die wir nicht leben können. Dem Gehirn ist es dabei völlig egal, ob wir künstlich lachen oder nicht. Das kann es gar nicht unterscheiden.

Beim Lachen weitet sich der Brustkorb, die Bronchien öffnen sich und das Zwerchfell hebt und senkt sich in schnellem Rhythmus. Es kommt durch die vertiefte Atmung zu einer erhöhten Sauerstoffzufuhr, denn die Einatmung wird tiefer, die Atempause ist länger und das Ausatmen findet stoßweise statt. Die Sauerstoffaufnahme ist drei bis viermal höher und versorgt natürlich alle Körpergewebe. So kommt es zu einer besseren Durchblutung.

Beim Lachen wird der Verdauungstrakt gut durchmassiert. Luftbildung wird vermieden und der Verstopfung vorgebeugt. Dadurch, dass der Parasympathikus stimuliert wird, entspannt er eben auch diesen Bereich des Körpers. Nicht umsonst gibt es den Spruch: *„sich vor Lachen in die Hose machen“*.

Beim Lachen werden die rechte und die linke Gehirnhälfte miteinander verbunden. Die Kreativität wird angeregt. Beim heftigen, grundlosen Lachen wird das Kurzzeitgedächtnis ausgeschaltet. Dies ist ein Erlebnis des Hier und Jetzt.

3.6.4. Humor in der Beratung und Therapie: leichte Kost für schwere Arbeit?

„Wir Menschen (sind), insbesondere in Krisen, oft viel zu angespannt (...), um etwas dazuzulernen und uns zu entwickeln. Dazu müssen wir oft erst etwas runterkommen, wofür es kaum ein besseres Mittel als den Humor gibt. Eine humorvolle Atmosphäre schafft das ideale Klima, um sich zu öffnen und aufnahmebereit zu sein, zwei wesentliche Voraussetzungen für einen guten Therapieerfolg. Gerade im Rahmen eines gruppentherapeutischen Behandlungsrahmens ist diese Wirkung von Humor sehr wertvoll“ (vgl. Shaked 2012, S. 110-120).

Die Anwendung des Humors in der Beratung und Therapie soll jetzt kurz erörtert werden. Namhafte Vertreter/innen verschiedener therapeutischer Schulen und Richtungen haben sich mit Humor auseinandergesetzt. Im Besonderen werden die Beiträge von den Vertretern der *„Wiener Schule“*, Sigmund Freud, Alfred Adler und Viktor Frankl im Zentrum dieser Betrachtung stehen. Mit Frank Farrelly, dem Begründer der Provokativen Therapie, fügt sich ein Spezialist in diese Gruppe ein, der durch die Art seiner Humoranwendung durchaus polarisiert, aber für die Veranschaulichung der Fähigkeiten des Humors auf keinen Fall unbeachtet bleiben darf.

Der Wiener Arzt und Psychoanalytiker Sigmund Freud hat mit seinen Werken *„Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten“* (1905/2004a) und *„Der Humor“*

(1927/2004b) zwei unverzichtbarer Beiträge für die Auseinandersetzung mit Humor und Witz verfasst. Sowohl die Vertreter/innen aus der Psychoanalyse, als auch aus anderen therapeutischen Richtungen haben auf diese Erkenntnisse zurückgegriffen, sie interpretiert oder erweitert (vgl. Grotjahn 1974; Strotzka 1982; Bernhardt 1985; Frings 1996; Barron 1999; Kirchmayr 2006). Heidrun Görl fasst die Essenz der Erkenntnisse Freuds zusammen: *„Freud hält den Humor für eine Strategie, durch die ein Mensch Gefühle wie Ärger, Schmerz, Rührung, Bemitleidung umwandelt in Komik oder einen Witz oder andere Arten des Komischen. Der humorvolle Mensch ist sich der leidvollen Situation durchaus bewusst, aber er trotzt ihr und wandelt sie um in einen Triumph. So gelingt es ihm, das Lustprinzip durchzusetzen ohne die Realität zu leugnen“* (vgl. Görl 1994, S. 58).

Der Wiener Psychiater Alfred Adler befand sich im Kreise Sigmund Freuds, ehe er seinen eigenen tiefenpsychologischen Ansatz, die Individualpsychologie, etablierte. Adler (vgl. Adler 1976, S. 221) zufolge begegnen wir Menschen mit einer humorvollen, heiteren Gemütsverfassung mit großem Interesse: *„Sie kommen uns leicht näher, und wir beurteilen sie schon rein gefühlsmäßig viel sympathischer als andere Menschen. (...) Es sind Menschen, die ein heiteres Wesen haben, nicht immer bedrückt und besorgt einhergehen, auch die anderen nicht immer zum Objekt und Träger ihrer eigenen Sorgen machen, die es über sich bringen, im Zusammensein mit anderen Heiterkeit auszustrahlen, das Leben zu verschönern und lebenswerter zu machen. Man spürt den guten Menschen (...) in ihren Mienen und Gebärden, in freudigen Affekten und in ihrem Lachen“*.

Der Wiener Psychiater Viktor Frankl begründete mit der Logotherapie die dritte Wiener Richtung der Psychotherapie (vgl. Frankl, Kreuzer 1997, S. 14). Frankl hebt in der Beschreibung von Logotherapie, die sich auf zwei wesentliche Grundphänomene – auf Selbsttranszendenz und auf Selbstdistanzierung – bezieht, die Rolle des Humors heraus: *„Der Humor ist deshalb eine spezifisch menschliche Fähigkeit, weil er voraussetzt, dass der Mensch lachen kann, und zwar auch über sich selbst lachen kann, über seine Ängste lachen kann.“* (vgl. Frankl, Kreuzer 1997, S. 6). Frankl war während der nationalsozialistischen Zeit in mehreren Konzentrationslagern inhaftiert. Die Selbsttranszendenz und Selbstdistanzierung ermöglichten ihm das Weiter- und Überleben. Er verfasste später eine *„Erlebnisschilderung“* in Form seines Buches *„...und trotzdem Ja zum Leben sagen“*, in der auch der Humor Thema ist. *„ (...) so mag es noch*

erstaunlicher klingen, wenn ich sage, dass es dort auch Humor gibt. (...) Auch der Humor ist eine Waffe der Seele im Kampf um ihre Selbsterhaltung. Ist doch bekannt, dass der Humor wie kaum sonst etwas im menschlichen Dasein geeignet ist, Distanz zu schaffen und sich über die Situation zu stellen, wenn auch nur, wie gesagt, für Sekunden. (...) Stellt der Wille zum Humor, der Versuch, die Dinge irgendwie in witziger Perspektive zu sehen, gleichsam einen Trick dar, dann handelt es sich jeweils um einen Trick so recht im Sinne einer Art Lebenskunst“ (vgl. Frankl 2002a, S. 74-75).

In den sechziger Jahren des vorigen Jahrhunderts entwickelte Frank Farrelly einen Therapieansatz, den er später als „*Provokative Therapie*“ bezeichnete. Im Vergleich zu den zuvor vorgestellten therapeutischen Richtungen nimmt der Humor hier eine zentrale Rolle ein (vgl. Salameh 1983, S. 63). Farrelly formuliert zwei zentrale Hypothesen der Provokativen Therapie, wobei die erste sich an die Einstellung des Patienten an sich selbst richtet: *„Wenn er von dem Therapeuten provoziert wird (humorvoll, wahrnehmend und in des Patienten eigenem Bezugsrahmen), tendiert der Patient dazu, sich in die entgegengesetzte Richtung zu bewegen und zwar genau entgegengesetzt der Definition, die der Therapeut von dem Patienten als provokativ von dem Therapeuten dazu gedrängt wird (humorvoll und tiefblickend), seine Selbstverteidigung und sein eingeschränktes Verhalten fortzusetzen, dann wird der Patient dazu neigen, sich auf sein eigenes sichselbsterweiterndes und den anderen förderndes Verhalten einzulassen“* (vgl. Farrelly, Brasma 1974/2005, S. 68).

Welche Rolle der Humor in der Provokativen Therapie spielt, beschreibt Eleonore Höfner, die Farrellys Theorien weiter ausführt, allerdings unter der Bezeichnung „*Provokativer Stil*“. Sie erklärt, dass sie den Klienten als gleichwertigen Gesprächspartner herausfordert und ihm das Absurde und Selbstschädigende an seinem Denken zeigt. Auf diese Weise – inmitten einer humorvollen Atmosphäre – wird ihm beigebracht, über sich selbst zu lachen. Dieses Lachen trägt bereits die Hoffnung auf einen guten Ausgang in sich. Auch vonseiten der Berater wird diese Zuversicht vermittelt, weil die Probleme nicht so tragisch und bitter ernst genommen werden, der Klient allerdings ganz und gar für voll genommen wird. Während also der Mensch ernst genommen wird, macht man sich – mit dem Klienten gemeinsam – über das Symptom lustig (vgl. Höfner, Schachtner 2004, S. 42).

Die Verwendung humoristischer Methoden in der Verhaltenstherapie ist bis in Jahr 2000 nicht sehr oft thematisiert worden (vgl. Bernhardt 1985, S. 83- 90). Am ausführlichsten haben sich bisher Wittmann (1983) und Ventis (1987) mit dem Thema Humor und Lachen in der Verhaltenstherapie beschäftigt. Nach Ventis (1987, S. 154) kann von Therapeuten eingebrachter Humor Klienten dabei helfen, eine mit Angst oder Ärger assoziierte Situation auf neue und konstruktive Art zu betrachten. Wenn ein Klient dazu in der Lage ist, eine bisher ausschließlich mit negativen Gefühlen verbundene Situation und die Gefühle, die durch die Situation (bzw. die Erwartung der Situation) ausgelöst werden, kann Lachen nach Ventis (1987, S. 155) im verhaltenstherapeutischen Kontext auf zwei Arten betrachtet werden:

1. Es wird als Anzeichen für eine veränderte Bewertung einer Situation betrachtet, bei der negative Emotionen nicht mehr dominieren.
2. Das Lachen selbst führt zu einer physiologischen Reduzierung von Angst und Ärger, die mit dieser Situation assoziiert sind.

Der „*heilsame Humor*“ (vgl. Titze 2000) hat in fast alle psychotherapeutischen Schulen Eingang gefunden. Man spricht ihm sogar eine Art Schlüsselfunktion zu, wenn es um die Modifikation von starren kognitiven Mustern geht (vgl. Titze, Eschenröder 1998). Denn mit der „*Humor-Strategie*“ (vgl. Titze, Patsch 2004) lassen sich neuartige Zusammenhänge herstellen und innovative Entscheidungsprozesse fördern.

Insgesamt stellt der Humor ein erfrischendes, entspannendes, originelles und anregendes Kontaktmedium dar (vgl. Ruch 1993, S. 605). Wenn also Therapeut und Patient miteinander lachen, erfolgt in der Regel immer auch ein unmittelbarer, spontaner Austausch „*positiver Gefühle*“, über die sodann ein produktiver Erkenntnisprozess angeschoben werden kann (vgl. Franzini 2001).

Barbara Wild, Neurologin und Psychiaterin hat ein ganzes Fachbuch zum Thema Humor herausgebracht: „*Humor in der Psychiatrie und Psychotherapie*“. Sie versteht Humor als Hilfe für die Bewältigung von negativen Lebensereignissen. „*Ich würde denken, Humor hilft, resilient zu sein. Also resilient heißt ja, man kann bei schwierigen Situationen besser durchkommen, die überstehen, ohne jetzt seelische Schäden davonzutragen. Menschen, die eben Schwierigkeiten auch mit Humor nehmen können, die*

es schaffen, auch mal aus der Situation sich zu distanzieren, so einen Schritt zurückzutreten, die kommen damit besser zurecht, da unterstützt Humor“ (vgl. Wild 2012, S. 301).

Zusammenfassend möchte ich folgern:

„Lachen ist die beste Medizin“, „Lachen ist gesund“, „Humor ist wenn man trotzdem lacht“, „Humor ist der Knopf, der verhindert, dass uns der Kragen platzt“, sagt uns nur, dass Humor eine therapeutische Heilkraft hat. Humor ist wichtig um miteinander ins Gespräch zu kommen, um Situation zu entschärfen und Nähe herzustellen, oder Situationen zu lockern. Mit Hilfe von Humor lassen sich in scheinbar ausweglosen Situationen leichter Lösungen finden.

Humor wird gleichsam als Katalysator eines Veränderungsprozesses betrachtet und gedeutet, indem entweder vorhandene Zwänge oder Ordnungen vorübergehend außer Kraft gesetzt werden, so dass Entwicklungs- oder Lösungsperspektiven aufscheinen, oder aber diese Ordnungen und Sackgassen in einem neuen Licht gesehen und als veränderbar und durchlässig erkannt werden.

Humor kann deeskalieren und entkrampfen. Dadurch lösen sich Denkblockaden, was zu veränderten Sichtweisen führt, die schließlich in einer Erweiterung der Handlungsspielräume münden. Man fühlt sich dem Stress weniger ausgeliefert. Das wiederum erhöht das Gefühl von Selbstwirksamkeit und steigert die Resilienz, also die Widerstandskraft im Stressgeschehen.

Einen wichtigen Aspekt in der Beratung und Therapie ist die Offenheit. Sie ist eine Eigenschaft einer humorvollen Haltung. *„Damit ist zum einen die Offenheit in Bezug auf unsere eigenen Schwächen, Fehler und Schrulligkeiten gemeint, die wir gewöhnlich vor anderen verbergen. In einer von Humor geprägten, entspannten Situation können wir uns öffnen und sie preisgeben“* (vgl. Buchkremer u. Buchkremer 2012, S. 134).

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

4. Methoden der empirischen Untersuchung

„Humor ist einfach eine komische Art ernst zu sein“ – Sir Peter Ustinov

Auf den theoretischen Teil aufbauend, werde ich in diesem Kapitel die Erläuterung und die Herleitung der angewandten Forschungsmethoden aufzeigen. Forschungsstand, Forschungsdesign und die Erhebungsmethoden werden dargestellt, die Entwicklung des Interviewleitfaden wird aufgezeigt, die Auswahl der Interviewpartner begründet, die Planung der Durchführung der Interviews wird dargestellt und die Datenaufbereitung und deren Auswertung erläutert.

4.1. Forschungsdesign

In vielen Fällen war Humor für die Menschen eine Möglichkeit ihr Leid und ihr Schmerz erträglicher zu machen. Aber nicht alles, was komisch ist und worüber man lacht, wird geprägt von gleicher Motivation und innerer Haltung. Witze können auf Kosten von anderen gehen. Sie können die eigene Überlegenheit zum Ausdruck bringen und abschätzig sein. Oder als Waffe dienen, wenn man angegriffen und verletzt wurde. Ich möchte mehr über den Lacherfolg erfahren oder über die Unterhaltungsqualität während der Beratung oder Therapie von Suchtkranken. Ich möchte wissen, ob Humor wichtig für die Beratung ist. Brauchen wir Humor in der Beratung? Und wenn ja, wie sollen wir Humor anwenden? Können Humorinterventionen gelingen? Und wenn ja, wie und mit wem? Wo bestehen die Chancen, aber auch die Gefahren bei der Nutzung von Humor?

4.1.1. Forschungsthema und Theorie

Was das Praxisproblem angeht, so sind Suchterkrankungen ein Thema, welches wohl keinem Menschen unbekannt ist. Vielleicht hat er/sie eine solche schon durchlebt, bei Familienmitgliedern oder Arbeitskolleg/innen festgestellt oder in seinem sozialen Umfeld bemerkt. Fest steht, dass Suchterkrankungen immer problematisch sind, sowohl für Betroffene als auch für Angehörige.

Die Alkoholsucht nimmt dabei eine Sonderstellung ein, denn im Vergleich zu anderen toxischen Stoffen mit einem hohen Missbrauchspotential, (z.B. Tabak) kommt es im

Verlauf einer sogenannten „Alkoholkarriere“ zunächst meist nicht zu gesundheitlichen Schäden, sondern zu negativen, sozialen Auswirkungen (vgl. Feuerlein 2005, S. 62). Die Auswirkungen des Alkoholismus auf das soziale Umfeld sind grundsätzlich abhängig, von der Grundpersönlichkeit des Alkoholikers. Allerdings sind die Betroffenen in der kritischen Phase ihrer Erkrankung zumeist nicht mehr in der Lage, ihre Rollenfunktion innerhalb der Familie wahrzunehmen. Dies führt dazu, dass zumindest ein Teil dieser Funktionen, auf andere Familienmitglieder übertragen werden. Der Vollzug des Rollenwandels, in Verbindung mit einer emotionalen Abwendung, äußert sich häufig in Gewalttaten (vgl. Feuerlein 2005, S. 63). Auch die berufliche Leistung wird durch Alkoholmissbrauch oftmals in vielfältiger Weise negativ beeinflusst, woraus weitere psychosoziale Problemlagen entstehen. An dieser Stelle wird deutlich, dass sich eine Suchterkrankung auf so gut wie alle Lebensbereiche der Betroffenen auswirkt. Der Konsum von Alkohol wird allerdings innerhalb der Gesellschaft unterschiedlich bewertet. Dies geht aus einem breiten Wirkungsspektrum der Droge hervor. Sie hat sowohl erwünschte, als auch in der Gesellschaft als extrem negativ eingeschätzte Verhaltensänderungen zur Folge. Daraus ergibt sich die paradoxe Situation, dass der Alkohol an sich einen hoch angesehenen Stellenwert, sogar als i-Tüpfelchen für besondere Momente innerhalb unserer Gesellschaft besitzt, wohingegen der Alkoholiker stark stigmatisiert wird (vgl. Berger, Legnaro, Reuband 1980, S. 10).

Generell werden Drogen und Drogenkonsumenten stark diskriminiert. Die Abhängigkeit wird als ein Zeichen individueller, menschlicher Schwäche gesehen, deren Therapiebedürftigkeit sogar hoch hinterfragt wird. Diese Auffassung erschwert die Entwicklung kooperativer Handlungsmodelle der gesellschaftlichen Systeme und belastet die Betroffenen (vgl. Loviscach 1996, S. 13). Aus diesem Grund ist ein Wissen um begünstigende oder schützende Faktoren für die Entwicklung einer Sucht und um die Abläufe, die eine Sucht unterhalten, enorm wichtig. Dieses Wissen hilft vor Abhängigkeit zu bewahren, Abhängigen den Weg aus der Sucht zu erleichtern und erlaubt Angehörigen von Suchtkranken, angemessen mit dieser schwierigen Problematik umzugehen.

4.1.2. Beschreibung der Einrichtungen

Die Erhebung wird in einer Fachambulanz für Suchtkranke / Suchtberatungsstelle in einer Stadt in Hessen und in einer Suchtklinik in Hessen durchgeführt. Beide Einrichtungen sind in allen Bevölkerungsschichten anerkannt. Der Armutsbereich bildet einen speziellen Schwerpunkt der inhaltlichen Tätigkeit. Jedoch sind auch die Klienten aus dem bürgerlichen Milieu sehr stark vertreten, wodurch sich die Fachambulanz für Suchtkranke als idealer Ausgangspunkt für die Beantwortung der bereits erwähnten Forschungsfrage anbietet.

Die Fachambulanz für Suchtkranke arbeitet multiprofessionell, was die koordinierte Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen beschreibt. Das Team besteht aus Diplom Sozialpädagogen, Sozialarbeitern, Psychologen mit entsprechenden Zusatzausbildungen, welche wiederum mit einem Arzt eng kooperieren.

Die Suchtklinik nimmt Personen mit Abhängigkeitserkrankungen beiderlei Geschlechts ab 18 Jahre auf. Ein Schwerpunkt der Klinik ist die Behandlung von Personen, die neben ihrer Suchterkrankungen an sogenannten „komorbiden Störungen“ leiden, wie zum Beispiel Angsterkrankungen, depressive Störungen, Essstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen. Ein Therapieplan wird sich in jedem Einzelfall nach den persönlichen Bedürfnissen des Patienten und den Erfordernissen des Krankheitsbildes richten. Hierbei handelt es sich vorwiegend um folgende Erkrankungen: Alkoholabhängigkeit, Medikamentenabhängigkeit, polyvalente Abhängigkeit, pathologisches Glückspiel, pathologisches Kaufen, Tabakabhängigkeit und Nebenerkrankungen.

Kontraindikationen für eine Aufnahme in der Klinik sind: akute Suizidalität, akute Psychosen und ausgeprägte hirnorganische Störungen (Korsakow-Syndrom) wie ansteckende, körperliche Krankheiten, die eine Gefährdung für Mitpatienten darstellen.

4.1.3. Forschungsfrage

Wie schon erwähnt können die Wirkfaktoren einer humorvollen Beratung oder Therapie von Klienten und Therapeuten oftmals unterschiedlich gewichtet werden. Manche von ihnen möchten vernünftig, logisch, höflich, klug, kontrolliert, gewissenhaft, sachlich sein. Das heißt ‚vollkommen‘ (im ‚konventionellen‘ Sinne). Humor anzuwenden

würde bedeuten auch gedankenlos und spontan zu sein, innovativ, einfallsreich, begeistert, manchmal von einem spontanen „Bauchgefühl“ motiviert. *„Humorvolle Menschen lieben das Unvollkommene. (...) So können kleine Ticks, exzentrische Lebensstile, seltsame Angewohnheiten und andere Äußerungen von Unvollkommenheit einen reichen Nährboden für die Entstehung von Humor bereiten.“* (vgl. Salameh 2000, S. 6). Deswegen können zwei Therapeuten der gleichen Schule sogar meist uneins sein, wozu Humor in der Beratung oder Therapie gut sein sollte.

Die für diesen Forschungsbericht ausgewählte Forschungsfrage: *„Ist Humor eine wirkungsvolle und geeignete Kommunikationsebene in der Beratung und Therapie für Suchtkranke?“* bezieht sich auf die Sicht der Therapeuten.

Die Beratung und Therapie von Suchtkranken ist mit schicksalsschwerer Stimmung, Ernst, Traurigkeit und Betroffenheit bereits ausreichend vertraut. Darauf mit Humor und Gleichmut zu reagieren und weiterzumachen ist nicht immer möglich oder erwünscht. Kann eine besonders belastende Problematik des Klientels einen ernsten Arbeitsstil hervorrufen? Ist Humor nicht doch mehr als eine wortgewandte Witzigkeit? Sogar mit einem Lächeln lassen sich die zwischenmenschlichen Konflikte nicht selten „spielend“ auflösen (vgl. Titze, Patsch 2013, S. 122). Ein Witz kann eine alternative Sinnenebene und damit Handlungsfähigkeit in Situationen herstellen, die vordem als lähmend oder langweilig erschienen (vgl. Effinger 2014, S. 47).

Humor als komischer Sinn ist ein Mittel, mit dem sich Heiterkeit erzeugen lässt. Es ist ein Oberbegriff für eine besondere Form menschlicher Kommunikation, die sich jeweils unterschiedlicher Instrumente mit jeweils unterschiedlichen Funktionen und Wirkungen bedienen kann (vgl. Effinger 2014, S. 50).

4.2. Methodologische Positionierung: qualitative oder quantitative Studie

Bei der Durchführung meiner Forschung habe ich mich für ein qualitatives Forschungsdesign entschieden. Die qualitative Forschung legt ihren Schwerpunkt darauf, den Berufsalltag der Berater und Therapeuten, von innen heraus, zu beschreiben. Die qualitative Forschung ermöglichte mir einen tieferen und persönlichen Einblick in die Sichtweise meiner Interviewpartner hinsichtlich ihrer Therapie und Beratung und den

für sie entscheidenden Einsatz von Humor. Die qualitative Forschung ist in ihren Zugangsweisen häufig offener, wodurch sie auch „näher dran“ an den Untersuchungsgegenständen ist, als es beispielsweise bei quantitativen Methoden der Fall ist (vgl. Flick 2000, S. 17).

Als Instrument der Datenerhebung werde ich das problemzentrierte Interview wählen. Diese spezielle Form des Interviews ermöglicht es, die befragten Berater und Therapeuten aus der Beratungsstelle und Suchtklinik möglichst frei zu Wort kommen zu lassen, womit es einem offenen Gespräch sehr nahe kommt. Der Unterschied ist jedoch, dass das problemzentrierte Interview auf eine bestimmte Problemstellung bezogen ist, welche von mir eingeführt wird und auf welche ich immer zurückkomme. Das bedeutet, dass die Problemstellung von der Interviewerin bereits im Vorfeld analysiert wird. Es werden bestimmte Aspekte gesammelt, die in einem Interviewleitfaden zusammengestellt sind (vgl. Mayring 2002).

Mein Ziel ist es, dass meine Interviewpartner mir die Möglichkeit aufzeigen, ob und in welcher Form Humor in der Beratung und Therapie anwendbar ist. Sie sollen frei, jedoch konzentriert auf Humor als Kommunikationsebene in den Gesprächen, sprechen können.

Ein narratives Interview beispielsweise zielt mehr auf einen Zugang zu lebensgeschichtlichen Erzählungen und zu biografischen Ausschnitts-Erzählungen ab, deswegen kam es für mich nicht in Frage.

Ein Experteninterview wurde als geeignete Erhebungsmethode nicht herangezogen, da die Fachleute (Berater in der Fachambulanz und Therapeuten in der Suchtklinik) nicht Humorexperten sind. Sie haben zwar zum Thema Humor eine Meinung, aber kein langjähriges spezifisches Wissen/Können.

Die qualitative Erhebung sollte den Fragen:

- ob der Einsatz von Humor in der Beratung und Therapie von Suchtkranken anwendbar ist,
- ob Therapie mit Humor Situationen in den Gesprächen relativieren kann,
- ob Humor als Ressource in der Kommunikation zu sehen ist,
- ob Humor gerade in schwierigen Gesprächen als Kommunikationsebene „verpönt“ ist,

nachgehen.

Die Möglichkeit einer qualitativ orientierten Untersuchung in der Fachambulanz für Suchtkranke und in einer Suchtklinik bedeutet, dass Einzelfallanalysen in den Forschungsprozess einbezogen werden, dass der Forschungsprozess grundsätzlich für Ergänzungen und Revisionen offen gehalten wird, dass der Forschungsprozess als Interaktion betrachtet wird, dass an konkreten praktischen Problem - Stellungen angeknüpft wird und dass das Vorverständnis des Forschers offen gelegt wird und gegebenenfalls schrittweise am Gegenstand weiterentwickelt wird (vgl. Mayring, 2002).

Das problemzentrierte Interview besteht im Wesentlichen aus drei Teilen:

- Sondierungsfragen: diese sollen in die Thematik einführen. Es soll geprüft werden, ob das Thema für den Befragten von Bedeutung ist.
- Leitfadenfragen: sie beinhalten die wichtigsten themenbezogenen Aspekte, die im erstellten Leitfaden festgehalten sind.
- Ad-hoc-Fragen: die sollten vom Interviewer dann spontan formuliert werden, wenn der Befragte thematisch wichtige Aspekte anspricht, die zuvor im Leitfaden nicht berücksichtigt wurden (vgl. Mayring, 2002).

4.3. Entwicklung eines Leitfadeninterviews

Der Interviewleitfaden wurde mittels der SPSS Methode von Cornelia Helfferich erstellt. SPSS steht dabei für: sammeln, prüfen, sortieren und subsumieren. Damit ist gemeint, dass im ersten Schritt Fragen gesammelt werden, welche im Zusammenhang mit dem Forschungsinteresse von Bedeutung sind. Die Liste an Fragen, welche somit entsteht, muss im zweiten Schritt weiter bearbeitet und hinsichtlich des Forschungsinteresses geprüft werden. Es muss sich gefragt werden: Was interessiert mich wirklich? Worauf bin ich neugierig? Was weiß ich noch nicht? Dadurch wird der anfängliche Fragenkatalog reduziert. Der Sinn dieser Reduzierung ist vor allem, sich seiner eigenen Vorannahmen bewusst zu werden. Der darauffolgende Schritt prüft die Fragen erneut – in diesem Fall auf ihre methodische Eignung. So wird zum Beispiel geprüft, ob sich die Fragen dazu eignen, offene Antworten zu geben oder nicht. Im letzten

Schritt wird für jede Frage ein möglichst erzählgenerierender Stimulus erarbeitet. Damit wird sichergestellt, dass die Fragen flüssige Übergänge ermöglichen und nicht Frage auf Frage folgt (vgl. Helfferich 2004, S. 163-164).

Mit Hilfe des Leitfadens werden einzelne Themengebiete vorgegeben, wodurch das Interview thematisch eingegrenzt wird (vgl. Haberhauer-Stidl 2005a, S. 5). Die Reihenfolge und die Formulierung der Fragen sollten durch den Leitfaden nicht starr vorgegeben sein, diese sollten sich vielmehr an dem Gesprächsverlauf orientieren (vgl. Scholl 2003).

Um den Befragten nicht zu überrumpeln beziehungsweise um mir den Einstieg in die Befragung selbst zu erleichtern, werde ich zunächst allgemeine Fragen zum Thema Humor stellen: Warum lachen Sie? Worüber lachen Sie? Wie nehmen Sie bei anderen Personen deren Humor wahr? Danach werden die Leitfragen gestellt. Zwischendurch an passender Stelle werde ich konkrete Fragen, wie z.B.: brauchen Sie Humor in der Beratung oder können Humorinterventionen gelingen, stellen.

Interviewvorbereitung mit Befragten

- Danke für die Teilnahmebereitschaft;
- (Erneute) Vorstellung des Projekts und seiner Ziele;
- Vorgehen: Dauer des Gespräch (ca. 45 Minuten), Erzählungen wichtig, keine falschen Antworten;
- Vertraulichkeit und Datenschutz: Tonbandaufnahme, Schweigepflicht des Interviewers, vertrauliche Behandlung aller Daten, alle persönlichen Daten werden anonymisiert, Transkriptionen, Einverständnis einholen;
- Offene Fragen der Zielperson beantworten.
- Dank für Auskunfts- und Teilnahmebereitschaft;
- Beantwortung offener Fragen;
- Verabschiedung.

Interviewleitfaden:

Vor den Interviews habe ich folgende Leitfragen entwickelt:

1. Zu Beginn des Interviews möchte ich einmal gerne mehr über deine Arbeit erfahren. Wie würdest du die Beratung/Therapie beschreiben? (Belastungen? Stresssituationen? Gemeinsames Lachen? Heiterkeit? Welche Gefühle werden mit der Tätigkeit verbunden?)
2. Und wie sieht es mit deinem Leben außerhalb der Arbeit aus? Kannst du mir kurz deine private Situation schildern. (Welche Bedeutung außerhalb der Arbeit hat Humor?)
3. Was ist aus deiner Sicht wichtig, damit die Arbeit in der Beratung/ Therapie erfolgreich ist? (Gibt es hier eine persönliche Einstellung zum Humor?)
4. Zu dem Thema, ob Humor Platz in der Beratung/Therapie hat, würde ich heute gerne mehr erfahren. Was ist deine persönliche Meinung dazu? (Was fällt dir zum Humor in der Beratung/Therapie ein? Ist Humor wichtig in oder für die Beratung/Therapie?)
5. Denk bitte zurück an deine Erfahrungen. Was ist dir in Bezug auf die Anwendung von Humor im Gedächtnis geblieben? (Vielleicht eigene Beiträge oder von Klienten? Wie wird Humor angewendet? Was bedeutet es für dich, einen Witz zu machen, mal „Blödsinn“ zu erzählen, oder Komik anzuwenden?)
6. Und wie sieht es im Moment aus? (Wie häufig, wann, in welcher Situation? Hast du vielleicht Beispiele?)
7. Mit welchen Vorgefühlen, bzgl. Anwendung von Humor, gehst du gewöhnlich in ein Gespräch? (Einfluss von Problemen der Klienten? Wie entwickeln sich diese Gefühle während des Gesprächs? Dem Klient geht es schon schlecht, kannst du noch Humor anwenden?) Können Humorinterventionen trotzdem gelingen?
8. Wo siehst du die Chancen bzw. Gefahren beim Einsatz von Humor in der Beratung/ Therapie? (Humor als Ressource? Humor als Sarkasmus/ Ironie/ Überlegenheit?)
9. Kannst du den Satz beenden: „humorfrees Beratungsgespräch ist für mich...?“ (Würde etwas fehlen? Hast du in jedem Gespräch was zum Schmunzeln?)
10. Gibt es noch etwas, das du zum Abschluss dieses Gespräch zu diesem Thema sagen möchtest?

Die ersten Fragen sind Eingangsfragen, die zum einen statistische Daten der Befragten erheben, zum anderen sollen sie den Einstieg in das Gespräch erleichtern. Bei einem Leitfadenterview wird geraten, mit Einstiegsfragen zu beginnen und wichtige Fragen nicht zuerst zu stellen (vgl. Atteslander 2008, S. 129).

Die Fragen 4 bis 8 sind für mich die Hauptfragen, die sich nach meiner Forschungsfrage richten. Diese Fragen sollen die Befragten vor allem zum Reden über den Einsatz von Humor anregen. Manchmal habe ich auch eine Unterfrage hinzugefügt, um auch die Besonderheit der Beratung oder Therapie zu thematisieren: Humor in einem ernsthaften und seriösem Umfeld. Die Unterfragen, oben in Klammern geschrieben, habe ich mir vorher notiert. Sie sollten als Unterstützung dienen, um bei den Antworten der Befragten nachzuhaken und sie die Antworten vertiefen zu lassen. Nach meinem Vorwissen habe ich außerdem eine Frage zu dem Befinden in der Beratung gestellt, da ich als Beraterin beobachten konnte, dass Klienten manchmal andere Erwartungen an die Beratung oder Therapie haben und, dass sie die Gefühle sowie Einstellungen innerhalb der Beratung ändern können.

Abgeschlossen habe ich das Interview mit der Assoziationsfrage: „*humorfreies Beratungsgespräch ist für mich...?*“ beendet, damit die Befragten ihre wesentliche Wahrnehmung von Einsatz vom Humor in einem Satz und somit auf dem Punkt formulieren.

4.4. Auswahl der Interviewpartner

Aus strukturinternen Gründen in der Fachambulanz habe ich die Zahl der Interviews auf drei Befragungen begrenzt. Mit den Therapeuten, die in der Suchtklinik tätig sind, habe ich zwei Interviews durchgeführt.

Die Entscheidung, Personen aus der Suchtberatung und Suchttherapie zu interviewen habe ich getroffen, um das Forschungsfeld möglichst breit zu erfassen.

Mit der Leitung der Suchtberatungsstelle habe ich im Vorfeld der Arbeit gesprochen und mir die Zusicherung geholt, dass ich in der Beratungsstelle die drei Befragungen durchführen kann. Die Befragungen der Suchttherapeuten fanden außerhalb der Klinik statt. Der Grund dafür ist die Abwesenheit der Therapeuten, bedingt durch Mutterschutz und Urlaub. Mit Frau W. führte ich das Interview kurz vor der Geburt ihres

Kindes bei sich zu Hause. Das Interview mit Herr V. fand bei mir zu Hause statt. Die Interviewpartner, die für eine Interviewführung in Betracht kamen, sprach ich persönlich an und fragte, ob sie sich für eine Befragung zur Verfügung stellen würden. Alle Interviewpartner wussten, dass ich derzeit studiere und meine Masterthesis bald anfertigen werde. Termine wurden vereinbart, ich musste berücksichtigen, dass ich mich gerade im Sommer – Urlaubszeit – entschieden habe, die Interviews durchzuführen. Ab und zu habe ich Termine verschieben müssen.

4.5. Planung zur Durchführung der Interviews

Die drei Interviews, die ich in der Beratungsstelle durchgeführt habe, fanden in den jeweiligen Büros der Suchtberater statt. Die Atmosphäre dort ist angenehm und allen Interviewpartnern waren die Räume nicht fremd. Die Telefonapparate waren ausgeschaltet, das heißt, der automatische Anrufbeantworter war eingeschaltet worden. Wie schon erwähnt (siehe Kapitel 4.4.) habe ich die restlichen zwei Interviews außerhalb der Suchtberatungsstelle durchgeführt.

Vor Beginn der jeweiligen Interviews habe ich alle Interviewpartner nochmals über das Ziel der Befragung informiert. Die Interviews werden mit dem Einverständnis aller Interviewpartner durch eine Recording App aufgenommen werden.

Nach Wittkowski (vgl. Wittkowski 1994) werden für die Durchführung eines Interviews folgende vier allgemeine Regeln angewendet:

1. *„Erzeugung einer Gesprächsatmosphäre, in der der Befragte sicher sein kann, sich unbefangen äußern zu können, ohne Bewertung oder Kritik befürchten zu müssen;*
2. *Offenes Interesse am Gesprächsthema und am Gesprächspartner;*
3. *Wahrung einer Mindestdistanz zum Gesprächspartner, damit der Charakter des Forschungsinterviews unterstrichen wird;*
4. *Wissen um die Gefahr, die eigenen Einstellungen zur eigenen Forschungsaufgabe, zum Gegenstand des Interviews zu machen – und die eigene Bemühungen, das zu neutralisieren.“*

Die Interviews wurden zwischen dem 20. Juni und dem 13. September 2018 durchgeführt. Die Dauer der Befragungen dauerte zwischen 18 und 43 Minuten.

Die Interviews verliefen alle in einem sehr angenehmen Gesprächsklima und beinhalteten eine Ausprägung des Humors, nicht nur im sachlichen Inhalt, sondern auch im Gespräch selbst. So war der Humor in der Art der Erzählung, in heiteren Geschichten, mehrmals präsent. Mit dem erstellten Leitfaden konnten alle Fragestellungen, die qualitativ erfasst werden sollten, zumindest berührt werden. Die Kernfragen wurden von allen Interviewpartner beantwortet, ebenso wurden in jedem Gespräch neue Gebiete besprochen und neue Aspekte aufgeworfen. Aus dem Leitfaden sind Fragen weggelassen worden, wenn der Befragte schon die Antwort dazu bei einer der Fragen davor gegeben hatte und es sind neue hinzugefügt worden. Letzteres erlaubt das Prinzip der Offenheit (vgl. Helfferich 2005, S. 22). Um den Befragten Raum für ihre Antworten zu geben, sind die Fragen offen formuliert.

Eine schriftliche Vereinbarung zur Gewährleistung des Datenschutzes war vorbereitet und ist vor den Interviews erläutert worden (vgl. Lamnek, 2005). Dieses Schreiben findet sich im Anhang wieder.

4.6. Datenaufbereitung

Ich habe die Interviews mit Hilfe einer Recording App aufgenommen. Im ersten Schritt mussten diese transkribiert werden. Unter „*Transkribieren*“ versteht man die Übertragung von gesprochener Sprache in eine schriftliche Form (vgl. Mayring 2002, S. 89). Als Protokollierungstechnik habe ich mich für die wörtliche Transkription entschieden. Die Abschrift erfolgte pro Interview in ein Word-Dokument mit Zeilennummerierung, um bei der Datenauswertung (siehe Kapitel 5) genaue Quellenangaben machen zu können. Die einzelnen Dokumente habe ich zu diesem Zweck mit Ziffern nummeriert (Interview A, B, C usw.). Die Abkürzung „I“ habe ich den jeweiligen Fragen bzw. Anmerkungen meinerseits vorangestellt, die Buchstaben A, B, C, D und E für die jeweiligen Interviewspartner.

Die Sprechpausen und sonstige (zum Beispiel das Lachen) sind bei der Transkription berücksichtigt worden. Hessischer Dialekt wurde dabei soweit als möglich in normales

Schriftdeutsch übertragen, Satzbaufehler behoben und der Stil geglättet (vgl. Mayring 2002, S. 91).

Da der Vorgang der Transkription der Interviews immer mit einer gewissen Subjektivität desjenigen, der sie vornimmt, verbunden ist, wurden alle durchgeführten Interviews von mir selbst niedergeschrieben.

An dieser Stelle möchte ich nochmals auf den Datenschutz hinweisen. Alle Namen der Befragten werden nur verschlüsselt wiedergegeben.

Wie schon erwähnt, finden sich die transkribierten Interviews im Anhang dieser Arbeit wieder.

4.7. Datenauswertung anhand der qualitativen Inhaltsanalyse

Nach Mayring sollte eine zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse stattfinden. Die beinhaltet die Paraphrasierung inhaltstragender Textstellen, Generalisierung der Paraphrasen, die erste Reduktion durch Selektion, Streichung bedeutungsgleicher Paraphrasen und die zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen, Zusammenfassung der neuen Aussagen und Rücküberprüfung der Zusammenfassungen am Ausgangsmaterial (vgl. Mayring, 2003).

Das Verfahren vollzieht sich in vier Schritten, in denen das Material zunächst paraphrasiert und dann sukzessive und regelgeleitet auf das Wesentliche reduziert und über mehrere Aussagen hinweg zusammengefasst wird. Nach der Transkription des Interviews standen für die analytische Arbeit insgesamt 60 Seiten an verschriftlichten Gesprächsinhalten zur Verfügung. Der Prozess der Reduzierung größerer Datenmengen auf eine kleinere Anzahl allgemeiner Aussagen bzw. Dimensionen ist sehr wichtig. Dieser Prozess soll möglichst wenig Informationsverlust erleiden.

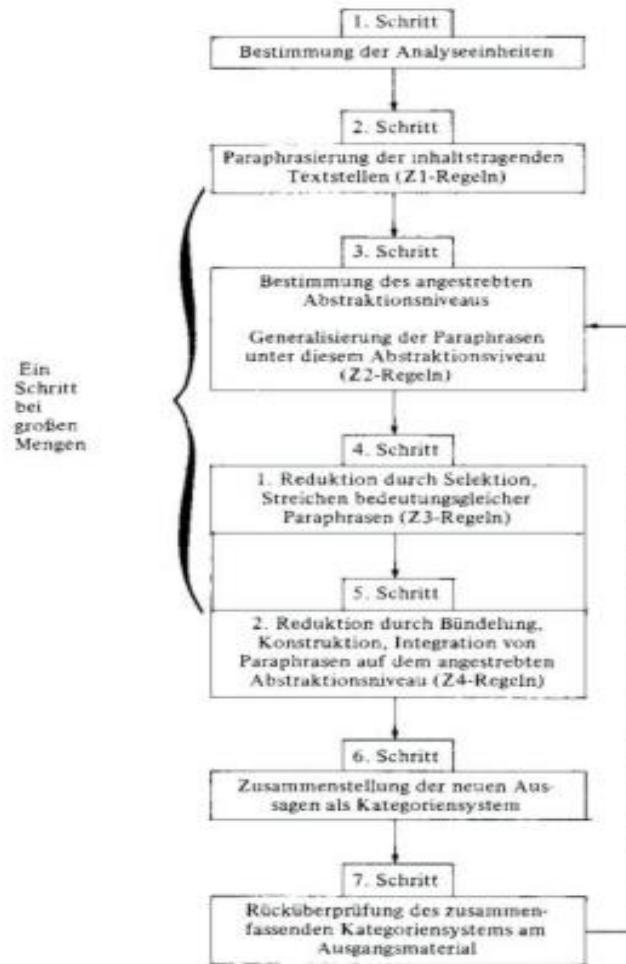


Abbildung 10: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse

Abbildung 2: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring (1988: S. 55)

Im Rahmen des folgenden Beispiels wurde das Abstraktionsniveau des Reduktionsdurchganges wie folgt festgelegt: *"Es sollten möglichst allgemeine aber fallspezifische (pro Berater und pro Therapeut) Äußerungen über den Einsatz von Humor sein"* (vgl. Mayring 1988, S. 58). In der mittleren Hauptspalte werden die einzelnen Paraphrasen auf dieses Abstraktionsniveau hin generalisiert. Doppelte oder unwichtige Äußerungen werden gestrichen und in der letzten Spalte werden Kategorien genannt, die aus den übrig gebliebenen Äußerungen „durch Bündelung, Integration und Konstruktion zu neuen Äußerungen fallspezifisch zusammengestellt“ (ebd.) wurden.

Die zusammenfassende Inhaltsanalyse findet sich im Anhang dieser Arbeit wieder.

5. Darstellung der Untersuchungsergebnisse

„Nimm Dir die Zeit zu lachen, das ist Musik für die Seele“ (Irisches Sprichwort)

Dieses Kapitel stellt den Kern der Masterthesis dar. Wie unter Kapitel 4.7 beschrieben, habe ich die Interviews zusammengefasst und anschließend analysiert. Zunächst werde ich kurz die jeweiligen Interviewpartner vorstellen, um danach zu den eigentlichen Interpretationen der Interviews zu kommen. Anhand der zentralen Fragestellungen (vgl. Kapitel 2) wurden die Interviews ausgewertet und die Resultate in den Abschnitten interpretierende Zusammenfassungen gebündelt. Im Kapitel 5.3 Ergebnisse sind dann die daraus entstandenen Hypothesen dargestellt.

5.1. Vorstellung der Interviewpartner

Hier werde ich eine kurze Vorstellung der einzelnen Interviewpartner präsentieren, um dem Leser die Möglichkeit zu geben, sich einen kurzen Eindruck über der jeweiligen Berufsgruppe der einzelnen Person machen zu können.

Interviewpartner A ist weiblich und 37 Jahre alt. Ausbildung als Diplom Psychologin und psychologische Psychotherapeutin und seit 2006 in einer Suchtklinik in Hessen tätig. Derzeit befindet sie sich im Mutterschutz und wartet jeden Moment auf die Geburt. Das Interview hat am 20.06.2018 stattgefunden.

Interviewpartner B ist männlich und 48 Jahre alt. Ausbildung als Diplom Psychologe und psychologischer Psychotherapeut und seit 2008 in einer Suchtklinik in Hessen tätig. Das Interview hat am 06.07.2018 stattgefunden.

Interviewpartner C ist weiblich und 53 Jahre alt. Sie ist vom Beruf Psychologin (B.Sc.) und seit 2014 als Beraterin in der Suchtberatung tätig. Das Interview hat am 24.07.2018 stattgefunden.

Interviewpartner D ist weiblich und 63 Jahre alt. Sie hat Erziehungswissenschaft (Magister) studiert und ist seit 1991 als sozialpädagogische Mitarbeiterin (M.A.) in der Suchtberatung tätig. Als Zusatzausbildung hat sie eine systemische Familientherapie Ausbildung absolviert. Das Interview hat am 27.07.2018 stattgefunden.

Interviewpartner E ist männlich und 54 Jahre alt. Er ist Diplom-Sozialpädagoge und seit 2007 in der Suchtberatung tätig. Seit 2012 bis dato ist er der Leiter der Fachambulanz für Suchtkranke. Zusatzausbildung als Sozialtherapeut. Das Interview hat am 13.09.2018 stattgefunden.

5.2. Interpretation der Interviews

In den Kapiteln 5.2.1 bis 5.2.5 werde ich dann die einzelnen Interviews anhand der folgenden Kategorien analysieren:

- Wie stehen Therapeut/innen dem Humor gegenüber, welchen Stellenwert sprechen sie ihm zu?
- In welcher Häufigkeit kommt Humor im Beratungs- und Therapiegespräch zur Anwendung? Ist eine Beratung oder Therapie ohne Humor möglich?
- Welche Aspekte sind bei der Anwendung von Humor im Beratungsgespräch unter Berücksichtigung der Klientel zu beachten? Gibt es Grenzen des Humoreinsatzes? Mit wem kann es in einer humorvollen Beratung oder Therapie gelingen?
- Was sind die Chancen und Gefahren von Humoreinsatz?

Wichtige Aussagen habe ich als wörtliches Zitat wiedergegeben. Diese sind kursiv gekennzeichnet und in der Klammer hinter den Zitaten ist die Zeilenzahl aus dem jeweiligen Originaltext vermerkt.

Anschließend werde ich die jeweiligen Kapitel mit einem Fazit beenden.

5.2.1. Analyse der Aussage vom Interviewpartner A

Wie stehen Berater und Therapeuten dem Humor gegenüber, welchen Stellenwert sprechen sie ihm zu?

Interviewpartner A antwortet, dass Erfolg in der Suchttherapie eine gute (zwischenmenschliche) Beziehung braucht (35-38). So eine Beziehung braucht Humor (42-43). Humor wird als Bereicherung gesehen und erlebt (49-50). Humor kann eine Therapie

auflockern, indem die Patienten die kritischen Dinge leichter annehmen (können). Humor hilft die kritischen Punkte besser zu vermitteln (61-66). Beziehungen auf Humorbasis helfen in den schwierigen Gesprächen. Wenn eine Beziehung mit Humor aufgebaut ist, werden die Patienten davon profitieren (294-296).

In welcher Häufigkeit kommt Humor im Beratungs- und Therapiegespräch zur Anwendung? Ist eine Beratung oder Therapie ohne Humor möglich?

Generell verwendet Interviewpartner A den Humor in den Therapiegesprächen. Gerade wenn es um Veränderungen von negativen und kritischen Verhaltensweisen geht, wird Humor angewendet (78-81). Patienten lachen und so kommen sie besser ins Nachdenken, es wird sozusagen gelacht und nachgedacht (102-104). Humor wird häufig angewendet (109-113). Je mehr Berufserfahrung, desto mehr und intensiv wird Humor angewendet (146-152). Der Anfang eines Gesprächs soll locker sein (158-172). Interviewpartner A plädiert von täglicher Anwendung von Humor. Er spricht von der Steigerung eines Therapieerfolges, wenn Humor angewendet wird (323-324). A hält von einer humorlosen Therapie nichts. Zu einem, weil er denkt, dass die Patient-Therapeut Beziehung darunter leiden wird und zum anderen, weil auch die Psychohygiene des Therapeuten eine Rolle spielt, die besser ist, wenn auch der Therapeut lachen kann, noch besser, wenn zusammen gelacht wird.

Welche Aspekte sind bei der Anwendung von Humor im Beratungs- und Therapiegespräch unter Berücksichtigung der Klienten zu beachten? Gibt es Grenzen des Humoreinsatzes? Mit wem kann eine humorvolle Beratung oder Therapie gelingen?

Interviewpartner A nennt generell die Empathie gegenüber den Patienten als wichtigen Aspekt bei der Anwendung von Humor in der Suchttherapie (38-41). Es ist wichtig Empathie und Achtung gegenüber den Patienten zu zeigen. Der Humor soll wohlwollend dosiert werden (181-184). Generell kann eine humorvolle Therapie mit allen gelingen (299-305). Humor kann immer angewendet werden. Wichtig ist eine gemeinsame Humorebene miteinander zu finden, eine sogenannte „Balance“ zwischen Ernsthaftigkeit und Humor im Gleichgewicht zu halten (189-194). Grenzen in der Humoranwendung erlebt Interviewpartner A bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung oder bei Patienten mit traumatischen Erfahrungen (262-267). Hier sollte der Humor nicht in vollen Umfang angewendet werden.

Was sind die Chancen und die Gefahren von Humoreinsatz?

Interviewpartner A kann die Frage deutlich beantworten. Humor hilft definitiv gute Beziehungen aufzubauen (223-231). Mit Humor kann das Gespräch an Lockerheit gewinnen (45-40), Veränderungen können stattfinden (80-81). Auch der Einsatz von Selbstironie seitens des Therapeuten wird im Gespräch deutlich. Somit präsentiert der Therapeut eine dossierte Selbstoffenbarung als Beziehungsaufbau (223-231).

Die Anwendung von Humor kann selbstverständlich auch Gefahren mit sich bringen. Hier nennt A das eventuelle Auslachen der Patienten (221-223), die Anwendung von Sarkasmus und/oder Ironie (213-217), besserwisserisches Auftreten seitens des Therapeuten.

Interpretierende Zusammenfassung zur Interview A

Das Interview war geprägt von einer netten Atmosphäre, Lockerheit und Offenheit. Es entstand ein unterhaltsames Gespräch rund um Thema Einsatz von Humor in der Suchttherapie. A schilderte und betonte mehrmals, wie wichtig die Beziehung zwischen Therapeut und Patient ist. Er beschrieb: *(..) also ich würde sagen, dass wichtigste ist eine gute Beziehung zum Patient hat, ohne gute Beziehung kann man glaube ich, selbst wenn man tolle Interventionen anwendet, (...) keinen Erfolg haben, also die Beziehung muss stimmen* (36-38). Die Rolle des Humors für die Beziehungsaufbau wird auch erwähnt: *Für eine gute Beziehung ist Humor auch schon wichtig* (42-43). Humor kann die Atmosphäre lockern, Mut und Offenheit seitens der Patienten öffnen. A teilt mir mit, dass Humor bei ihm in der Therapie häufiger vorkommt und er viel lacht: *Manche Menschen sind ja etwas humorvoller als andere, aber auch oft (..) ich würde sagen, es gibt eigentlich kaum eine Therapiesitzung wo nicht auch mal einfach gelacht wird (...) also. Und oft auch, das finde ich ganz schön, dass Patienten zum Beispiel was berichten können wo sie über sich selbst so ein bisschen lachen* (110-113).

Auf meine Frage, ob A auch mit Patienten mit Doppeldiagnosen humorvoll arbeiten kann, teilte mir A mit, dass auch hier eine gute Beziehung notwendig ist. *Aber klar, gerade jemand mit einer Persönlichkeitsstörung, dann muss man natürlich vorsichtiger sein* (262-263). *Und man muss natürlich auch gucken über was, ähm (nachden-*

kend) (...) also über was lacht man oder in welcher Moment oder wann ist es angemessen, nee? (267-269). Ich würde es sagen, grundsätzlich mir fällt keine Erkrankung so zusagen, keine psychische Diagnose ein, wo ich sagen würde, da darf man Humor nicht anwenden. Ich würde sagen grundsätzlich eigentlich mit jedem Menschen, es ist immer hilfreich, (...) aber (.), mit unterschiedlichen Menschen und Persönlichkeiten etwas unterschiedlich, (...) etwas wo man unterscheiden muss wann, wie schnell, in welche Situationen... (300-305).

Auf meine Frage, ob Humor von Anfang an, das heißt beginnend mit der Therapie anwendbar sei, antwortet A: Ich würde sagen, von Anfang an, vom Erstgespräch an, aber ich würde unterscheiden. Also ich würde (...) im Erstgespräch jetzt zum Beispiel nicht so provokant sein (...) und die Patienten jetzt nicht auf die Schippe nehmen und so. Ich würde kleine Witze machen, ähm (.), einfach weil wie gesagt, dass ist für die Beziehung auch wichtig und ganz am Anfang geht es vor allem einfach darum eine gute Beziehung aufzubauen und das hilft wenn man irgendwie ein bisschen locker ist und ein bisschen Spaß macht und so. Aber dann würde ich noch nicht quasi Witze machen über zum Beispiel Schwächen oder ungünstige Verhalten oder Einstellung von Patienten (157-165).

Angesprochen wann Humor nicht angebracht sei, meinte A, das könne man nicht verallgemeinern, aber weil es ist schon ein ernsthaftes Thema, wo es wichtig ist auch wieder zurück zu kommen, zu der notwendigen Ernsthaftigkeit (123-124) insgesamt kann Humor vorsichtig und ins Maße dosiert immer angewendet werden.

Als Resümee mit Interviewpartner A möchte ich festhalten: *Humor kann helfen eine gute Beziehung aufzubauen und wenn die steht, werden die Patienten eher bereits sich zu öffnen und schwierige Dinge zu erzählen.* (294-296).

5.2.2. Analyse der Aussage vom Interviewpartner B

Wie stehen Berater und Therapeuten dem Humor gegenüber, welchen Stellenwert sprechen sie ihm zu?

Interviewpartner B antwortet, dass Humor nicht primär zu sehen ist (48-51). Lockerheit in der Therapeut-Patient - Beziehung sei wichtig, genauso wie die Entstehung von positiven Gefühlen (59-60). Es sollte nicht zu steril sein. Mit Humor kann eine entspannte Atmosphäre erschaffen werden, denn Lachen gehört dazu (53-54). Allerdings

sieht B Humor nicht als gezielte Methode um jetzt die Patienten sofort zum Lachen zu bringen. Ein paar Themen vertragen Humor, andere wiederum nicht (122-124). Humor wird von B als Teilaspekt gesehen und eingesetzt (285-286).

In welcher Häufigkeit kommt Humor im Beratungs- und Therapiegespräch zur Anwendung? Ist eine Beratung oder Therapie ohne Humor möglich?

Interviewpartner B ist der Meinung, dass er am Anfang einer Therapie Platz für Humor einräumt, allerdings wird nicht viel gelacht (44-48). Es gibt für Humor Nebenschauplätze, die dafür benutzt werden können (53-54), aber Humor wird nicht durchgehend angewendet (158-162). B sieht Humor mehr als eine Strategie der Übertreibung für oder in manchen Situationen und als zusätzliche Register anwendbar (282-285). B verwendet Humor in der Therapie mit Vorbehalt der Vorsicht um nicht zu übertreiben (358-360). Wiederum humorfrei zu sein als Therapeut ist kein Gewinn für die Therapie (334-337). Eine gute Therapie braucht Humor.

Welche Aspekte sind bei der Anwendung von Humor im Beratungs- und Therapiegespräch unter Berücksichtigung der Klienten zu beachten? Gibt es Grenzen des Humoreinsatzes? Mit wem kann eine humorvolle Beratung oder Therapie gelingen?

Ein wichtiger Aspekt bei der Anwendung von Humor nennt Interviewpartner B die Anfangssituation in der Therapie, wo die Patienten von vielen Gefühlen geprägt sind: Traurigkeit, Unsicherheit, wenig Selbstkontrolle und vor allem, auch mit verschiedenen Diagnosen (25-28). Da ist es wichtig Humor vorsichtig anzuwenden. Noch einen wichtigen Aspekt nennt B die Ziele, die am Anfang der Therapie bearbeitet und gesetzt werden (128-130). Diese Ziele müssen verfolgt werden und nicht durch Humor verharmlost oder bagatellisiert werden. Eine humorvolle Therapie kann mit jedem gelingen, wenn Humor mit Bedacht eingesetzt wird. Humor ist Teil eine Therapie und Therapie ist Teil der Integration (208-213). B benennt Grenzen für die Anwendung von Humor: die Ironie oder der Sarkasmus, die nicht als Botschaft an die Patienten gesendet werden darf (194-201). Auch bestimmte Einschränkungen wie zum Beispiel Trauer oder Trauerphase bedeutet zuerst einen Verzicht auf Humor (220-222)

Was sind die Chancen und die Gefahren von Humoreinsatz?

B beschreibt, dass Humor hilft, positive Gefühle in der Therapie und im Leben zu entwickeln (56-61). Mit Humor werden positive Beziehungen aufgebaut, die eine stärkere Verbindung aufweisen (264-267). Humor macht offen und mutiger, ein positives Selbstbild wird aufgebaut und gestärkt (283-285). Als Gefahren sieht B in dem Einsatz von zu viel Humor. Hier kann der Humor schaden, da ein Zuviel davon zur Bagatellisierung des Ichs und der Umwelt führen könne (297-300). Zu viel Humor schadet der Aufmerksamkeit und der Konzentration auf das Wesentliche: die eigene Veränderung, das eigentliche Ziel einer Suchttherapie (362-364).

Interpretierende Zusammenfassung zur Interview B

Das Interview mit B war meines Erachtens sehr „ernsthaft“, in Anbetracht dessen, dass B ein sehr witziger, humorvoller Therapeut ist. Obwohl ich am Anfang zweimal die Aufnahme wegen Lachen unterbrechen musste, ging nachher alles sehr ernst und seriös vor sich, was mich persönlich sehr überraschte. Als „roter Faden“ war die Aussage zu erkennen, dass Humor nicht alles sei: *aber das Wesentliche ist nicht Humor sondern einfach (...) menschlich locker zu bleiben* (48-49). Humor sieht B als Teilaspekt in einer Suchttherapie, als zusätzliche Register: *Wie gesagt, zusätzlicher Register, glaube ich schon nee, das in die richtige Richtung gehen kann. Ermutigt, hm (nachdenkend), (...) auch im Sinne von, dass, dass, Patienten sich mehr zutrauen, im Sinne von mehr Offenheit, oder selber Verantwortung zu übernehmen. Aber wie gesagt, als Teilaspekt, es ist (...) die anderen Sachen dürfen nicht vernachlässigt werden dadurch.* (282-286).

Auf meine Frage, ob B auch mit Patienten mit Doppeldiagnosen humorvoll arbeiten kann, teilte mir B mit: *Auch da ist Platz, weil Therapie bedeutet ja irgendwann auch eine gewisse Integration (...). Und wenn man ja sagen würde, ich schütze jetzt den Patienten, indem ich jetzt den Humor rausnehme, aber er könnte ihn ja irgendwo draußen an der Rezeption wieder entdecken, oder von der Haustechnik, wenn du willst auch die falsche Botschaft, also, dass man sagen würde, die, die Sachen gibt es auf der Welt auch, versucht dich damit anzufreunden und nimmt es nicht persönlich, nee?* (208-213). Es gibt natürlich Einschränkungen, aber viele Diagnosen vertragen Humor: *es gibt einige Diagnosen, es gibt (...) was Trauer angeht, dass man jetzt wirklich zu Beginn, da passt es auf gar keinen Fall, aber (...) so von den Diagnosen, egal welche jetzt käme, könnte man sich das schon ein bisschen (...) in die Richtung erlauben, auch als*

Botschaft. Weil wie gesagt, es gehört auch dazu, auch in den Kulturen und in der Gesellschaft, das gelacht wird, nee, das (..) man seine Späßchen macht (..) das gehört dazu (214-220).

Auf meine Frage, ob Humor von Anfang an, das heißt beginnend mit der Therapie anwendbar sei, plädiert B für Humoreinsatz von Anfang an: *von Anfang an. (5) Es gibt hier die Meinung, dass sich Leute verstellen sollten, oder es gibt doch die Meinung, dass man sich den Bedürfnisse anpassen, aber ich glaube, dass kollidiert nicht mit den Werten oder im Endeffekt auch mit (..) Überzeugungen einer Schule. Das widerspricht sich nicht, dass ich eine Beziehung auch gestalten kann über etwas Humor (155-159).*

Humor sei nicht angebracht wenn die Patienten keine Grenze des Humors kennen, wenn zu viel gelacht oder gewitzelt wird: *da ist immer die Gefahr, hm (nachfragend), (..) wo hört man auf und wo wird es dann ein bisschen kritisch, das man sagen würde, dass man ein bisschen zu bagatellisierend insgesamt wirkt: mit sich, mit seiner Umwelt umgeht (297-300). Aber auch wenn Humor in Sarkasmus oder Ironie endet: Nee, das ist (..). Da gibt es schon eindeutige Erfahrungen und Regelungen, die Sachen die (..) die machen viel kaputt. (...) Weil Ironie geht immer auf Kosten von einem Mensch oder Gruppen, oder Kulturen. (..) Und Sarkasmus kann man in bestimmte Richtungen, aber jetzt nicht durchgehend. Sarkasmus ist, (.) die Definition (.), es gibt ja mehrere Definitionen in die Richtung, so von der klassischen (.) auch dieses fleischlichste (lacht), das sollte es nicht als Botschaft an die Patienten heran gebracht werden (195-201).*

Als Resümee mit Interviewpartner B möchte ich festhalten: *Humor verbindet sehr stark, entspannt, man kann locker damit miteinander umgehen, Nebenschauplätze, also, im Sinne von den Ängste könnten dadurch verschwinden (...). Die Chancen gehen ja so weit, es gibt ja auch das Konzept der Lachtherapie, nee, das man halt wirklich über die, ich sag mal, über Mechanik versucht in Richtung zu gehen. Ich glaub schon, dass die Chancen sehr hoch sind, (..) dass es eine gute Wirkung hat, wie gesagt, im Sinne von Signal, auch im Sinne von Verarbeitung (..) und auch im Sinne von Zielsetzung, nee? So das man sagen würde, nicht immer Trauerblasen, sondern dass mal auch ein bisschen in die Richtung sein Leben, auch seine Einstellungen gestalten kann (195-201).*

5.2.3. Analyse der Aussage vom Interviewpartner C

Wie stehen Berater und Therapeuten dem Humor gegenüber, welchen Stellenwert sprechen sie ihm zu?

Interviewpartner C betrachtet Humor als Teileinsatz der Suchtberatung (202-203). Humor ist nur ein Beitrag, der hilft, dass eine Art Leichtigkeit in den Tunnelblick der Sucht reingebracht wird (76-79). Humor ist nicht immer leicht und ist eine ernste Thematik (235).

In welcher Häufigkeit kommt Humor im Beratungs- und Therapiegespräch zur Anwendung? Ist eine Beratung oder Therapie ohne Humor möglich?

Interviewpartner C berichtet darüber, dass in der Beratung positive Gefühle selten vorkommen (27-29). Die Klienten bringen Druck mit und es ist nicht leicht eine Atmosphäre der Freude oder Heiterkeit herzustellen. Der Einsatz von Humor und die Quantität ist eine spontane Sache und Entscheidung (86-88). Humor gehört nicht zum Standard und wird bei Bedarf mit Bedacht und spontan eingesetzt (93-95). C fügt noch dazu, dass erst mit dem Eintreten von Entspannung Humor eingesetzt wird (132-134). Eine Beratung ohne Humor wird als trocken bezeichnet, wenig lebendig und wie ein formales Gespräch bezeichnet (225-228).

Welche Aspekte sind bei der Anwendung von Humor im Beratungs- und Therapiegespräch unter Berücksichtigung der Klienten zu beachten? Gibt es Grenzen des Humoreinsatzes? Mit wem kann eine humorvolle Beratung oder Therapie gelingen?

Einen wichtigen Aspekt bei der Anwendung von Humor in der Beratung nennt C die Erfahrungen, die der Berater mit Menschen gemacht hat (143-145). Hierzu gehören auch die erworbenen Menschenkenntnisse, die dem Berater das Gefühl der Sicherheit ermöglicht auch in der Entscheidung, wann ist Humor möglich und wann nicht (146-148). Berufserfahrungen sind ein wichtiger Aspekt. Grenzen bei dem Einsatz von Humor sieht C bei und während verschiedener Gespräche, wenn die Klienten zynisch oder selbstironisch werden, wenn die Ernsthaftigkeit verloren geht (43-45). Manche Klienten bagatellisieren die Problematik, die Lage wird verharmlost (133-116)

Was sind die Chancen und die Gefahren von Humoreinsatz?

C beschreibt, dass der Einsatz von Humor die Schwere der Problematik reduzieren kann, indem die Brisanz und Schwere der Problematik rausgenommen wird (74-76). Humor schafft Lockerheit und Entspannung (187-189). Humor kann helfen über das eigene Leben aus einer anderen Perspektive zu reflektieren, indem eine eigene Reflexion entwickelt wird (117-118). Mit Humor können auch neue positive Perspektiven eröffnet werden (194-195). Als Gefahr sieht C, dass der Einsatz von Humor die Ernsthaftigkeit gefährden kann (88-90), da manche Klienten ein anderes Verständnis vom Humor, Lachen oder Heiterkeit mit sich bringen. Humor sei Einsichtssache (208-210) und es besteht immer ein Restrisiko, dass es übertrieben wird, dass alles nur lustig betrachtet wird und die eigene Problematik auf der Strecke bleibt (216-217).

Interpretierende Zusammenfassung zur Interview C

Interviewpartner C findet Humor wichtig: *Humor ist glaube ich schon manchmal ganz gut einfach um die Brisanz raus zu nehmen um die Schwere auch raus zu nehmen aus der ganze Thematik so ein bisschen Leichtigkeit rein zu bringen im Sinne von (..) auf die Schulter klopfen, „das wird schon“ und jetzt, (..) nicht nur in diesen Tunnelblick der schlimmen Abhängigkeitserkrankung des Katastrophalen irgendwie zu bleiben, es ist schon wichtig, doch (74-79). Allerdings es geht nicht mit allen, also es (..), kommt doch immer noch an wer mir gegenüber sitzt (79-80).*

C zeigt auch eine andere Seite bei der Anwendung von Humor: *Und Humor ist auch manchmal schwierig, ja. Was für den einen Humor ist, ist für den anderen eine Klatzsche ins Gesicht, oder so, ja. Das kann auch nach hinten losgehen. Die Gefahr sehe ich beim Humor manchmal (208-210).*

Über den Einsatz von Humor in der Beratung sagt C: *ich würde jetzt im Moment denken, dass ist jeher eine spontane Sache bei mir, dass entscheidet sich im Augenblick (..) und auch welche Portion Humor ich in einer Beratungssituation wage (86-88).*

Auf meine Frage, ob Humor von Anfang an in der Beratung eingesetzt wird, teilte mir C mit: *Also es ist, es ist wirklich so ein Spontanes mich einstellen drauf wer sitzt mir gegenüber. Und dann schaue ich was geht. Oder eben was geht nicht. (lacht) Ja, meistens läuft so bei mir, ja. Da fällt auch der Humor rein oder eben nicht (180-182).*

Humor sei nicht angebracht wenn schon Klienten eine besondere Art von Humor mitbringen: *Klienten, die sind, (..) diesen (..) eine Art von Zynismus irgendwie mitbringen, die, hm (nachdenkend) (..), selbst ironisch dann über sich, hm (nachdenkend), vermeintlich lustig Auskunft geben was sie alles schon schlimmes erlebt haben (43-44). Oder wenn: die Leute dann irgendwie anfangen was ins Lächerliche zu ziehen oder dann so zu tun als wäre das alles ganz witzig und harmlos. Ja, verharmlosen das dann. Dann finde ich nicht gut (114-116).*

Als Resümee mit Interviewpartner C möchte ich festhalten mit Humor, *dann kann das auch für Entspannung, Lockerheit auf der Seite des Klienten sorgen oder vielleicht auch ein Gefühl vermitteln, ah, das ist doch alles ganz nicht so schlimm wie ich selber für mich dachte und ich kriege das schon hin. Also so eine positive Perspektive vielleicht einfach eröffnen, erstmal für die Beratung und für alles was sie sich daraus weiter ergibt (191-195).*

5.2.4. Analyse der Aussage vom Interviewpartner D

Wie stehen Berater und Therapeuten dem Humor gegenüber, welchen Stellenwert sprechen sie ihm zu?

Interviewpartner D berichtet, dass er Humor mag, das Lachen und die freudigen Momente werden sehr geschätzt. Humor, Lachen und Freude gehört einfach dazu, auch in schwierigen Situationen (28-32). D ist der Meinung, dass Humor im Beratungsgespräch und bei allen Themen einen Platz haben muss, es muss ihn immer geben (125-127). Es gehört dazu, Humor für den Beziehungsaufbau zu nutzen (174). Das Positive versucht D so oft wie möglich im Auge zu behalten, hervorzurufen und zu erheben (248-249). D möchte sich nicht verstellen, so bleiben wie er ist, offen und sensibel für die Klienten und deren Stellenwert zum Humor (164-167).

In welcher Häufigkeit kommt Humor im Beratungs- und Therapiegespräch zur Anwendung? Ist eine Beratung oder Therapie ohne Humor möglich?

Wie schon bei der erste Frage, ist D der Meinung, dass er Humor generell und oft benutzt, sei es in der Beratung, früher in der ambulanten Therapie oder Nachsorge. Einsetzen von Humor heißt nicht, dass die ernsthafte Problematik auf der Strecke bleibt. Im Gegenteil, nach spontanen Lachen und Witzen kann auf ein ernsthaftes Thema umgeschaltet werden (128-130). Witze sind erlaubt, die dank Interventionen

die Situationen beenden können um etwas Ernsthaftes zu besprechen (217-218). Lachen und Weinen sei immer erlaubt (134-135), die Klienten geben aber den Ton an, ob Humor mehr oder weniger Platz in der Beratung einfließen kann (166-167). Humor wird spontan eingesetzt, ohne große Überlegungen (178-180). Entweder es passiert oder nicht. Für D ist der Einsatz von Humor auch in der Arbeit mit Angehörigen präsent. Ein wenig und gut dosierter Humor kann eine positive Richtung eröffnen (245-248). Ein Beratungsgespräch ohne Humor kann sich D nicht vorstellen (321-323). Sich vornehmen, keinen Humor zu benutzen ist für D unvorstellbar (323-324). Wenn sich humorfreie Beratungsgespräche ergeben, dann nur weil Humor kein Platz hat.

Welche Aspekte sind bei der Anwendung von Humor im Beratungs- und Therapiegespräch unter Berücksichtigung der Klienten zu beachten? Gibt es Grenzen des Humoreinsatzes? Mit wem kann eine humorvolle Beratung oder Therapie gelingen?

Als einen wichtigen Aspekt nennt D die Zeit, die für die Beratung oder für die ambulante Therapie oder Nachsorge zur Verfügung steht. Mehr Humor findet in einer Gruppe als in Einzelgesprächen statt (136-138). Gruppentherapien in Rahmen von ambulanten Therapien und Nachsorgen über Monate bieten mehr Platz für die Anwendung von Humor. In einer kurzen Beratungszeit ist es schwierig Humor anzuwenden (151-153). Während einer monatlichen Begleitung (ambulante Therapie oder Nachsorge) wird eine Beziehung aufgebaut, wo Humor einen festen Platz hat (153-155). Aber es wird nicht immer gelacht. Mit manchen Klienten ist Lachen möglich, mit anderen wird auf der Sachebene geblieben (24-27). Als noch einen wichtigen Aspekt nennt D die Empathie im Beruf, die eine wichtige Rolle spielt (181-183). Mit Empathie entwickelt der Berater ein Gespür, wann Humor eingebracht wird oder nicht. Die Grenzen bei der Anwendung von Humor sieht D bei den Klienten, die zu viel Humor benutzen, um sich nicht auf etwas einzulassen, die nur kaspeln. Kaspeln ist nicht Humor (133-134).

Was sind die Chancen und die Gefahren von Humoreinsatz?

D teilt mit, dass Humor gut für die Beziehung ist, für die Entwicklung von positiven Gefühlen und für den allgemeinen Entwicklungsprozess, die die Klienten erleben und gestalten (283-284). Und eine gute Berater-Klient - Beziehung öffnet neue Perspektiven. Die Gefahr sieht D dort, wo nicht mehr ernsthaft miteinander gesprochen wird

(297) – wenn Flapsigkeit, Oberflächlichkeit, ‚nur Witze machen‘ den Entwicklungsprozess stören oder bremsen (301-304).

Interpretierende Zusammenfassung zur Interview D

Während des Interviews haben D und ich sehr viel gelacht. D sagt: *Das gehört für mich dazu* (128). Über Humor bei und während der Arbeit teilt D mit: *es muss immer Platz geben auch in der Beratung, auch in der Therapiesitzungen, auch in der Nachsorgegruppe, wo bei alle Ernsthaftigkeit der Themen, (...) wir auch über etwas lachen können* (125-127). Über die sachliche und humorvolle Ebene sagt D: *Ich habe lieber die humorvolle Seite, wenn wir hier miteinander lachen, hm (wohlführend), weil ich finde, dass das jeder (...) auch wenn Probleme schon ganz schrecklich sind, das es immer so einen Aspekt gibt, (...) hm (bejahend), mit dem man sich (...) auch man amüsieren kann, mit dem man sich freuen kann* (28-32).

Was den Einsatz von Humor von Anfang an betrifft, sagt D: *Ich mache das spontan. (lacht) Also, (lacht) ich bin so. Entweder das ist, (...) ich überlege mir das nicht. Ich überlege mir nicht, ich will jetzt irgendwie witzig sein, oder ich will jetzt irgendwie (...) dann Heiterkeit rein bringen. Das passiert mir oder passiert nicht. Das spüre ich, (...) ich spüre halt, glaube ich, also so viel Empathie traue ich mich beruflich zu, (...) (lacht), (...) dass ich dann spüre wenn das für jemand ganz schwierig ist dann, (...) halte ich mich zurück dann* (340-347).

Humor sei bei D nicht angebracht wenn: *Dann merke ich bei manchen, hm, (...) dann ist das (...) passt es nicht, dann geht es nur um das sachliche Aufzählung von irgendwas und mehr soll es überhaupt nicht laufen* (170-172).

Als Resümee mit Interviewpartner D möchte ich festhalten: wie Interviewpartner B, der sich mit dem Thema Humor in der Ausbildung von Therapeuten beschäftigte, warf D die Frage auf: *aber ich dachte so, ja, Humor in der Therapie, jetzt ist es plötzlich Thema überall, es gibt ja Fortbildungen und Vorträge dazu, (...) soll was das sein (...) was man lernen kann? Was gezielt einsetzt? Ich mache das nicht. Ich setze es nicht gezielt ein, ich setze so ein wie es mir (...), zu mir passt in der bestimmten Situationen und das war so mal eine Gedanken, was ist eigentlich, (...) was ist da, sollte man als Strategie sozusagen jetzt in der Beratung und Therapie jetzt anwenden? Weil (...) setzt was weiß ich was frei und (...) es tut den Leuten gut wenn sie auch mal lachen dürfen,*

so. *Muss ich tagtäglich anwenden?* (340-347). Ich konnte nicht sofort antworten, aber ich denke, dadurch, dass die Arbeit mit suchtkranken Menschen von schicksalsschwerer Stimmung, Traurigkeit, Ernsthaftigkeit und Betroffenheit begleitet ist, einfach nicht daran gedacht worden ist, dass Humor hier was dagegen wirken könnte.

D fügt dazu: *Ich bin so, ich halte mich nicht (...), also, (...) wenn mir danach ist, irgendwie (...) so zu sein, dann bin ich es auch. Ich kann gar nicht anders. Es geht bei mir nicht. Aber ich merke es natürlich wenn bei manche Personen Humor mehr Platz annimmt als bei anderen* (164-167).

5.2.5. Analyse der Aussage vom Interviewpartner E

Wie stehen Berater und Therapeuten dem Humor gegenüber, welchen Stellenwert sprechen sie ihm zu?

Interviewpartner E findet Humor privat aber auch beruflich sehr wichtig (59-60). Über etwas zu lachen hat viel Wert (90-91). Humor entspannt viel, schafft eine Spannungsabfuhr (93-94). Mithilfe von Humor kann in der Beratung oder Therapie eine tragfähige Beziehung zwischen Berater oder Therapeut und Klient aufgebaut werden und eine vertrauensvolle Bindung hergestellt werden (222-224). E ist der Meinung, ohne Humor geht es gar nicht im Leben (91).

In welcher Häufigkeit kommt Humor im Beratungs- und Therapiesgespräch zur Anwendung? Ist eine Beratung oder Therapie ohne Humor möglich?

E teilt auch die Meinung von D, dass die zeitliche Differenz zwischen Beratung und ambulante Therapie eine Rolle bei der Häufigkeit von Anwendung vom Humor spielt. Die Art des Humors entwickelt sich im Laufe der Zeit (334-335). Je länger die Therapie dauert, desto mehr und häufiger wird gelacht. Und es wird öfters über dasselbe gelacht. Je besser die Beziehungsebene sich entwickelt und ein gutes Vertrauen entsteht, desto häufiger wird auch Humor angewendet (288-290). Eine Beziehungskonstanz, die unter anderem auch mit Hilfe von Humor erreicht wird, ist das Entscheidende für die Beratung, Therapie oder Nachsorge (294-295). Beratung oder Therapie ohne Humor ist für E, wenn es dazu kommt, denkbar, aber die Beziehungsqualität würde darunter leiden (476-477). Einsatz von Humor fördert eine besondere Qualität und ohne Humor würde auch etwas fehlen.

Welche Aspekte sind bei der Anwendung von Humor im Beratungs- und Therapiegespräch unter Berücksichtigung der Klienten zu beachten? Gibt es Grenzen des Humoreinsatzes? Mit wem kann eine humorvolle Beratung oder Therapie gelingen?

Einen wichtigen Aspekt bei der Anwendung von Humor in der Beratung nennt E die Kontakte zu den Klienten, die schon im Vorfeld stattfinden: im Flur in der Beratungsstelle oder im Wartezimmer (34-37). Es ist wichtig für E schon im Vorfeld ein freundliches Lächeln zu zeigen, vielleicht sogar was zu sagen. Genauso wichtig findet E eine Begegnung zwischen Berater und Klient auf Augenhöhe, wo beide über Fehler (von Berater und Therapeut) lachen können (64-65). E findet beide nicht perfekt, beide machen Fehler, jeder auf eine andere Art. Aber mit Humor kann eine Distanz zum Leben und vor allem zu den Fehlern geschafft werden und man kann aus dem eigenem Schicksal ein Stück heraustreten (67-68). So gesehen, kann eine humorvolle Beratung oder Therapie mit jedem gelingen, der die Möglichkeit hat oder ergreift, die ernsthafte Situation gelassener zu betrachten. Grenzen bei der Anwendung von Humor sieht E in dem Moment, wo der Klient sich verbissen in einen Kampf reinsteigert. In solchen Fällen kann es dazu kommen, dass der Klient sich nicht mehr verzeihen kann (242-243) – zu vieles könne verloren gegangen sein und es sei dann schwierig noch Humor anzuwenden.

Was sind die Chancen und die Gefahren von Humoreinsatz?

Die Beziehungsgestaltung kann laut E besser mit Verwendung von Humor gelingen. Humorvolle Interventionen können dem Klient auch helfen, unangemessene Einstellungen zu verstehen und diese weiter im Verlauf der Beratung oder Therapie zu verändern. Als große Chance sieht E in einem des auf eine Problemsicht oder ein Problemverhalten gerichteten Humors, der den Klienten eine gewisse Distanzierung von seiner Sicht der Probleme ermöglicht (67-68). Gefahr in der Anwendung von Humor sieht E dann, wenn jemand das Problem auslacht (66-67) und dieses damit nicht mehr wahrgenommen werde – wenn die Ernsthaftigkeit nicht mehr vorhanden sei (346-348). Auch die Anwendung von Sarkasmus oder Ironie sei eine heikle Angelegenheit (343). Gerade weil die Suchtkranken stark Ich-Bezogen seien und viele nicht differenzieren könnten zwischen Witz oder Ironie und Ernsthaftigkeit.

Interpretierende Zusammenfassung zur Interview E

Ein Lächeln von Anfang an findet E sehr wichtig: *„Ich selber finde immer das sehr wichtig, dass man schon im Vorfeld, wenn Leute im Wartebereich sind, mal Gelegenheit hat dran vorbei läuft schon mal vielleicht einen kurzen Blick zuwirft, ein freundliches Lächeln, vielleicht noch ein paar Takte redet“* (34-37). Über Humor sagt E: *„Und dann sind auch solche Elemente wie Humor, was ich persönlich als sehr wichtig empfinde, um Distanz zu schaffen zu sich, auch mal über sich selber lachen zu können, sich selber auf dem Arm nehmen zu können, das ist immer diese Gefälle der Therapeut oder Berater und der Klient“* (59-62).

Auf meine Frage, ob E auch mit Patienten mit Doppeldiagnosen humorvoll arbeiten kann, teilte E mir mit: *„gerade wenn sie zusätzlich noch Depressionen haben zum Beispiel, auf andere Gedanken kommen, wenn schon sowieso alles sich um ihre Problematik dreht, es gibt nichts Gutes mehr. Dann ist für die, dann kann es eine Erleichterung sein“* (317-320). Aber gerade hier plädiert E für Vorsicht, denn es können Momente eintreten, wo Humor nicht mehr angebracht sei: *„Manchmal habe ich auch erlebt, (..) man muss echt sehr aufpassen nee, weil manche erleben das auch dann so, dass sie sagen, der/die nimmt mich vielleicht nicht ernst, nee (320-322). Das ist, denke ich immer so einen schmalen Grad auf dem man sich da befindet, nee, wann setzt man und wie setzt man den Humor ein, nee? An was für eine Stelle, nee?“* (325-327)

E antwortete auf meine Frage, ob Humor von Anfang an einsetzbar wäre: *“ Das muss der Humor erst vorsichtig dosiert sein, zuerst verstehen wie der Klient tickt, wo der mitgehen kann, und was nutzt es für ihm? Nicht immer ist es gut, nicht immer ist es hilfreich eine humorvolle Seite mitreinzubringen. Und das hängt immer von der jeweiligen Lebenssituation, von der Persönlichkeit ab ob er das auch als angenehm oder als unangenehm empfindet zum Beispiel. Oder ob man etwas miteinander anfangen kann und so weiter. Es sind komplexe Vorgänge, die meistens ja nie benannt werden so richtig, sondern die einfach immer so mittragen, mitschwingen in den persönlichen Kontakt, ohne dass man dann jemals darüber geredet hat“.* (lacht) (362-370).

Als Resümee mit Interviewpartner B möchte ich festhalten: *“ Ich denke man kann, (..) meine Erfahrung ist, wenn denn kein Humor mitschwebt in der Beziehung, nee, ob es eine Arbeitsbeziehung, im therapeutischen Bereich, im Beratungsbereich oder auch irgendwo im privaten Bereich (..) dann ist das ja nicht der ganze komplette Ausschnitt,*

nee, was ein Mensch ans Beziehungsqualitäten hat, was er liefert. Und das ist glaube ich, dann spart man was aus, künstlich vielleicht, und man redet über einen technischen Vorgang, nee, eine Arbeitsbeziehung, nee? Das kann jemand machen der eine Brücke konstruiert vielleicht, oder ein Haus bauen will, aber ich denke wenn man mit Menschen zu tun hat, dann wärest glaube ich immer von Vorteil wenn man eine Art und Weise hat wo man sich über den Humor auch sympathisch sein kann und näher kommt. Das denke ich ja hat eine besondere Qualität. Wenn nicht so ist wird es vielleicht auch (..) gehen können, (...) aber ich denke, ganzheitlich betrachtet wäre so eine Beziehung sicherlich tragfähiger, wenn auch so eine Seite gibt wo man sagt, man ist sich auf der Ebene auch sympathisch“ (473-486).

5.3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werde ich die interpretierten Daten gemäß der Fragestellungen (vgl. Kapitel 2) nochmals zusammenfassen und aus diesen Ergebnissen Hypothesen bilden. Die Frage *Können Humorinterventionen in der Beratung und Therapie von Suchtkranken gelingen?* werde ich in Kapitel 6 gesondert bearbeiten.

An dieser Stelle ist mir wichtig zu betonen, dass das Anliegen meiner Arbeit nicht darin liegt, ein repräsentatives Ergebnis vorzulegen, sondern sich hypothesengenerierend dem Thema *Humor als wirkungsvolle und geeignete Kommunikationsebene in der Beratung und Therapie für Suchtkranke* zu nähern.

5.3.1. Darstellung der Ergebnisse anhand der Fragestellung

Wie stehen Berater und Therapeuten dem Humor gegenüber, welchen Stellenwert sprechen sie ihm zu?

Bis auf Interviewpartner C sehen die Befragten in der Beratung und Therapie von Suchtkranken keine humorlose Profession. C teilt mit, „*dass Heiterkeit, Freude, hm (nachdenkend), kommt sehr selten vor*“ (Interview C, 27-28). C sagt, dass Humor „*eine ernste Thematik ist und (...) ja, (..) ernsteres Anliegen*“ (Interview C, 235-236). Alle fünf Interviewpartner haben einen Zugang zum Humor, aber jeder einzelne hat eine andere Haltung gegenüber dem Einsatz von Humor. Aus der Haltung heraus können

die Interviewpartner unterschiedlich mit Gelassenheit und Heiterkeit den Klienten oder Patienten gegenüber treten. A, D und E können mit Humor die Kommunikation zur Herstellung und Aufrechterhaltung einer Klient/Patient - Beziehung effektiver und effizienter gestalten als es B und C angegeben haben. B sieht Humor als einen Teilaspekt der Therapie: *„Aber wie gesagt, als Teilaspekt, es ist (...) die anderen Sachen dürfen nicht vernachlässigt werden dadurch“* (Interview B, 285-286) und sinnvoll als zusätzliches Register angewendet: *„Wie gesagt, zusätzlicher Register, glaube ich schon“* (Interview B, 282). Genau wie B bewertet C den Einsatz von Humor zurückhaltender als: *„Humor vielleicht ein Beitrag“* (Interview C, 202).

Insgesamt gaben alle Interviewpartner an, dass Humor dem Beziehungsaufbau dienen kann, nämlich in Form von Lächeln und als eine Art von Freundlichkeit und Heiterkeit. Damit kann man im Erstgespräch mit Humor eine Atmosphäre schaffen, in der die Herstellung und Festlegung eines Arbeitsbündnisses erleichtert werden kann.

In welcher Häufigkeit kommt Humor im Beratungs- und Therapiegespräch zur Anwendung? Ist eine Beratung oder Therapie ohne Humor möglich?

Den Interviews war zu entnehmen, dass dem Einsatz von Humor in der Beratung und Therapie von Suchtkranken grundsätzlich nichts entgegen spricht. Die lockere, humorvolle Kommunikation wird von den Interviews Partnern unterschiedlich eingesetzt. A versucht Humor täglich einzusetzen, was wiederum B nicht macht. C betrachtet Humor nicht als Standard einer Beratung, deswegen kommt er erst dann, wenn eine entspannte Atmosphäre geschaffen worden ist. D benutzt Humor generell und oft. Eine humorvolle Kommunikation heißt für D nicht, dass die ernsthafte Problematik auf der Strecke bleiben muss. E teilt mit, dass je besser die Beziehungsebenen sich entwickeln und ein gutes Vertrauen entsteht, desto häufiger wird Humor angewendet. Fazit: zwei Interviewpartner (A und D) benutzen Humor täglich, zwei (C und E) sehen die Grundvoraussetzung zuerst im Aufbau einer Beziehungsebene, die Entwicklung des Vertrauens, die Schaffung einer entspannten Atmosphäre und erst danach die Benutzung von Humor. B teilt mit, dass in der Therapie nicht täglich Humor angewendet wird.

Eine humorfreie Beratung oder Therapie sei für alle Interviewpartner nicht denkbar. Alle denken, dass etwas fehlen würde, wenn eine humorlose Kommunikation stattfindet. A hält nichts davon, auch im Sinne von Psychohygiene, weil er es sehr wichtig findet, dass auch Therapeuten lachen, noch besser, dass zusammen gelacht wird:

„Halte nichts von. Weil ich erstes eben glaube, dass die Patienten weniger gut profitieren können, weil eben die Beziehung schlechter ist, weil schwierige Themen irgendwie schwierig sind auch anzunehmen, ähm (nachdenkend), (...) und ich würde auch für mich, jetzt auch ganz im Sinne von Psychohygiene (lacht) sozusagen gedacht, (lacht) (..) ähm (nachdenkend) würde ich auch für mich nicht wollen, weil ich viel weniger Spaß an der Therapie hätte wenn ich nicht, also, wenn ich nicht auch mal lachen könnte, auch zusammen lachen könnte. Genau. (.) Also, ganz egoistisch gesehen, mir würde die Therapie weniger Spaß machen und ähm (nachdenkend), auch im Sinne der Patienten, ich glaube Therapie ist weniger wirksam, wenn sie von Humor befreit ist“ (Interview A, 315-324).

B findet, dass ein humorfreier Therapeut kein Gewinn für eine Therapie sei: „wenn der Therapeut zum Beispiel nicht ein bisschen lächeln kann, bei Aufnahme, bei Verabschiedung, (..) und diesen Satz „ich wünsche Ihnen alles Gute“ zu trocken, ohne bisschen Schwingung, ohne ein bisschen, hm (nachdenkend) (..), im Vorfeld auch gefühlsmäßig so ein bisschen miteinander geschwungen zu sein, nicht nur auf der ernststen Schiene, sondern, dass auch ein bisschen (...) wechselhaft stattfindet, kann das auch von der traurige Seite mal auch ein bisschen weg kommt, und (...) das kann ich mir schon schwer vorstellen, nee, dass man sagen würde, dass wäre eine umfangreiche Therapie“ (Interview B, 330-337).

C beschreibt eine Beratung ohne Humor als trocken, wenig lebendig, einfach als ein formales Gespräch: *dann denke ich erstmal, dass es trocken ist und (...) ja, so eine, so eine Amtssprache vielleicht auch das man die Dinge abhakt, die erledigt werden müssen, so ein formales Gespräch irgendwie, mit wenig Leben. (..) Aber (...) Das muss es ja nicht sein“* (Interview C, 225-228).

D findet es unvorstellbar Humor nicht einzusetzen: „Ein humorfreies Beratungsgespräch? Es wäre scheußlich.. Wenn ich mir das vornehme müsste, dass dann keine Humor sein dürfte, (...) na, das kann ich mir nicht vorstellen. (..) Also ich kann mir nicht vorstellen, das ist, (..) dass ich mir so was (..) hm (nachdenkend), vornehmen würde. Es gibt humorfreie Beratungsgespräche aber nur, weil es sich so ergeben, weil (..) gerade kein Humor Platz hat, ja, aber als Motto, keinesfalls“ (Interview D, 321-326).

Und für E wäre es ein Verlust, gerade für die Beziehungsqualität: *„ich denke wenn man mit Menschen zu tun hat, dann wäre es glaube ich immer von Vorteil, wenn man eine Art und Weise hat, wo man sich über den Humor auch sympathisch sein kann und näher kommt. Das denke ich ja hat eine besondere Qualität. Wenn es nicht so ist, wird es vielleicht auch (..) gehen können, (...) aber ich denke, ganzheitlich betrachtet wäre so eine Beziehung sicherlich tragfähiger, wenn es auch so eine Seite gibt, wo man sagt, man ist sich auf der Ebene auch sympathisch“* (Interview E, 478-484).

Insgesamt fanden alle Interviewpartner, dass ein Beratungs- oder Therapiegespräch, das gänzlich frei von Humor ist als eine Sitzung, die nicht komplett ist, wo etwas fehlen würde: die menschliche Seite, oder die Stimmigkeit zwischen Klient/ Patient und Berater/ Therapeut, oder die Lebendigkeit.

Welche Aspekte sind bei der Anwendung von Humor im Beratungs- und Therapiegespräch unter Berücksichtigung der Klientel zu beachten? Gibt es Grenzen des Humoreinsatzes? Mit wem kann eine humorvolle Beratung oder Therapie gelingen?

Bei dieser Fragestellung kamen verschiedene interessante Aspekte im Betracht: die Empathie und Achtung gegenüber Klienten oder Patienten, die Anfangssituation (oder Erstkontakt sogar), die menschlichen und beruflichen Erfahrungen und die Zeit, die zur Verfügung für eine Beratung oder Therapie steht. Zwei der Befragten (A und D) nannten als Grundsatz oder Richtlinie in der Humorarbeit eine große Empathie gegenüber den Klienten oder Patienten. *„Dafür denke ich, ist es wichtig empathisch zu sein, die Patienten zu validieren, in ihrem Erleben nicht zu schnell mit Veränderungsvorschlägen zu kommen und nicht zu schnell sozusagen korrigierend einzugreifen, sondern erstmal so anzunehmen, wie die Patienten es erleben und empfinden* (Interview A, 38-41). D betont: *(...) ich spüre halt, glaube ich, also so viel Empathie traue ich mir beruflich zu, (..) (lacht), (..) dass ich dann spüre, wenn das für jemand ganz schwierig ist. Dann, (..) halte ich mich zurück dann“* (Interview D, 181-183). B und C brachten als wichtigen Aspekt die Anfangssituation, in der die Klienten oder Patienten sich befinden, mit all deren Gefühlen, die sie mitbringen und die unbedingt zuerst berücksichtigt werden müssen. *„Die Patienten selber (...) wenn sie ankommen, sind alle sehr nervös zu Beginn, unabhängig jetzt von Eigenschaften und/ oder Vorerfahrungen“* (Interview B, 28-30). *Ich habe eigentlich überwiegend zu tun mit viel Druck, den die Leute mitbringen. Das ist oft, (.) das erste, was ich spüre, sehr viel Druck, Anspannung auch Angst vor dem Gespräch, vor dem Kontakt“* berichtet C (Interview C, 28-30).

Ähnlich wie B und C berichtet E, dass er die Kontakte im Vorfeld als wichtigen Aspekt betrachtet: *ich selber finde das immer sehr wichtig, dass man schon im Vorfeld, wenn Leute im Wartebereich sind, mal Gelegenheit hat, dran vorbei läuft schon mal vielleicht einen kurzen Blick zuwirft, ein freundliches Lächeln, vielleicht noch ein paar Takte redet*“ (Interview E, 34-37).

Angesprochen auf die Grenze in der Humoranwendung, also wann Humor nicht angebracht sei, konnten die Befragten nicht verallgemeinern. Es ist abhängig von der einzelnen Situation und vom einzelnen Menschen, die dem Berater oder Therapeut gegenüber sitzen. Die Möglichkeit, Humor einzusetzen, hängt mit der Fähigkeit zusammen, eine Distanz zu bestimmten Problemstellungen herzustellen. *„Aber klar, gerade jemand mit einer Persönlichkeitsstörung, dann muss man natürlich vorsichtiger sein und gerade, klar, die Narzissten (.), die sind einfach nun mal leicht kränkbar* (Interview A, 262-264). *„Und man muss natürlich auch gucken über was, ähm (nachdenkend) (..) also über was lacht man oder in welchem Moment oder wann ist es angemessen, nee? Also, wenn mir eine Frau jetzt gerade erzählt, wie sie vergewaltigt wurde (...), dann (.) ähm (nachdenkend), und das ist, ich meine, das ist natürlich was sehr Ernstes. Wenn ich dann da jetzt irgendwie einen komischen Witz machen würde zu ihrem Vergewaltiger, oder so, es ist unangemessen. Also, es ist nicht der richtige Moment, nee? Da ist es wichtig, ernsthaft zu sein (.) Und dann kann es aber mit so einer Frau, ähm (nachdenkend), ähm Momente geben, und ich finde sollte es auch geben, weil es sonst alles zu schwer ist. Es braucht da ja wieder das Gegengewicht, um auch wieder mal rausgehen zu können, wo man über was anderes spricht, wo man es auflockert, wo man miteinander auch mal lacht. Gott sei Dank, weil sonst wäre es einfach zu schwer, nee?“* (Interview A, 267- 278). In diese Richtung äußerte sich auch B, wo er die Grenze bei Trauerphasen sieht: *„sehe ich keine Einschränkungen, wie gesagt, außer es ist eine, hm (nachdenkend), hm, eine aktuelle Trauer, dass man da doch Rücksicht in dem Moment darauf nehmen sollte, das dann doch unpassend ist“* (Interview B, 217- 220).

Wenn es um die weiteren Grenzen der Anwendung von Humor geht, dann ist dabei bei allen Befragten zuerst ein wichtiger Aspekt erkennbar, welche Art von Humor man verwende. Der entscheidende Punkt liegt darin, dass alle Beteiligten aber auch die Probleme mit „Humor“ nicht entwertet werden. Mit „Humor“ meinten alle: Ironie, Sarkasmus, Zynismus oder Selbstironie.

Humor ist trotz Problemen anwendbar und Humor ‚trotzt Problemen‘ – soll heißen, dass mit Hilfe des Humors neue Perspektiven möglich sind, man wieder Mut fasst und sich nicht unterkriegen lässt. Auch wenn die Klienten oder Patienten verletzt worden sind, Schreckliches erlebt haben, können sie in solchen schwierigen gesundheitlichen oder sozialen Lagen mit einer humorvollen Intervention, gut und passend dosiert, eine bestärkende Haltung gewinnen mit dem Fokus auf die Ressourcen, die in jedem Menschen vorhanden sind. Alle Befragten außer C gaben an, dass Humor, wenn er wohlwollend dosiert ist, mit allen Klienten gelingen kann.

A meinte: *ich würde sagen, grundsätzlich mir fällt keine Erkrankung sozusagen keine psychische Diagnose ein, wo ich sagen würde, da darf man Humor nicht anwenden. Ich würde sagen grundsätzlich eigentlich mit jedem Menschen, es ist immer hilfreich*“ (Interview A, 300-303).

B äußerte dazu: *aber das man da relativ häufig, so häufig es geht, aber diesbezüglich so, mit Vorbehalt der Vorsicht, nicht zu übertreiben nee? (..) Dann muss man ein bisschen aufpassen, dass es nicht zu viel wird*“ (Interview B, 355-357).

D berichtet, dass für Humor immer Platz sei, allerdings wird nicht immer gelacht: *jetzt mal auf den Humor, manche Personen (..), hm (nachdenkend) da kann man Späßchen machen in der Beratung, bei anderen weiß ich genau, wenn ich die hier sehe, oh, oh, mach ganz schön langsam und (..), sehe, dass ich auf der Sachebene bleibe*“ (Interview D, 24-27).

E sieht es ähnlich wie D, dass nicht alle Klienten oder Patienten Sinn für Humor haben. Wenn, dann hätten sie diesen nur oberflächlich und nicht echt. E sei der Meinung, dass Humoreinsatz nur dann gelingen kann, wenn die Klienten die Möglichkeit haben, bekommen oder ergreifen, die ernsthafte Situation gelassener zu betrachten und nicht weiter verbittert dagegen ankämpfen: *„jetzt habe ich es wieder verbockt. Dieses Unverzeihliche, das ist ja dass, was unsere Klienten so stark drin haben, nee? Jetzt bin ich wieder rückfällig geworden, nee? Und dann haben sie es (...), ja, verschissen bis in die Steinzeit ja? Da ist ja nichts mehr zu retten, nee, da geht alles den Bach runter, dass man raus kommt aus diesem schwarz-weiß*“ (Interview E, 248-253). Leider habe ich C die Frage nach Gelingen nicht direkt gestellt. So gesehen kann ich hier nicht darüber schreiben. C sagte mir aber im Interview, dass er insgesamt nicht viele Gespräche, wo gelacht wird, führt: *„ich würde sagen, es sind unterm Strich nicht so viele,*

weil es schon insgesamt doch eine ernste Thematik ist und (...) ja, (...) ernstere Anliegen, aber vielleicht von zehn Gesprächen zwei, (...) oder so“ (Interview C, 234-236). „Und ja, also für eine gute Beziehung ist Humor auch schon wichtig“ (Interview C, 42- 43).

Was sind die Chancen und Gefahren von Humoreinsatz?

Mir wurde in der Interviews deutlich, dass die Befragten dem Humor eine beachtliche Präsenz zuschreiben. Hauptsächlich wenden sie Humor wegen seiner entspannenden Wirkung an, die für beide Seiten relevant ist: *„wo man ein bisschen in diese Richtung Entspanntheit ein wenig Humor benutzt“ (Interview B, 52- 53). „Das sind so Momente, (...) die man ein bisschen nutzt, damit der Patient auch merkt, dass es locker zugehen kann, auch das Gefühl des Vertrauens bekommen kann, und auch natürlich der Hinweis, ähm, (...) Humor oder im Sinne auch von positiven Gefühlen (Interview B, 56- 58). C meinte: Humor ist glaube ich schon manchmal ganz gut einfach um die Brisanz raus zu nehmen um die Schwere auch raus zu nehmen aus der ganze Thematik, so ein bisschen Leichtigkeit rein zu bringen“ (Interview C, 74- 76).*

Wenn es um den Aufbau und Erhalt einer tragfähigen Beziehung geht, dann wird Humor häufig eingesetzt: *„wenn es um Beziehungsaufbau geht, dann gehört es für mich dazu (Interview D, 174). Es ist wie gesagt wichtig für die (...) Beziehung, für das Miteinander, (...) es ist sehr, sehr wichtig (Interview B, 264-265). Humor kann helfen eine gute Beziehung aufzubauen und wenn die steht, werden die Patienten eher bereit sich zu öffnen und schwierige Dinge zu erzählen“ (Interview A, 294- 296).*

Humor verhilft zur Einnahme eines anderen Blickwinkels, *„wo Patienten Sichtweisen haben, die ungünstig sind, Verhaltensweisen haben, die ungünstig sind, dysfunktional sind, darum geht es ja nun Mal, um Veränderung und (...) daraufhin zu weisen (Interview A, 79- 81). Es gibt andere Themen, dann kann man ein bisschen humorvoll herangehen, auch den Schrecken zu nehmen (Interview B, 122- 123). C selbst sieht es so: „ wenn es wirklich so eine Reflexion irgendwie auf das eigene Leben beinhaltet, dann ist das für mich okay“ (Interview C, 117- 118) und: „also so eine positive Perspektive vielleicht einfach eröffnen, erstmal für die Beratung und für alles, was sich daraus weiter ergibt“ (Interview C, 194- 195). „Und wir schauen mal und versuchen (...), ich versuche mal im Auge das Positive zu behalten, von beiden Seiten das Positive rauszustellen (Interview D, 248- 249).*

Humor wird also dann eingesetzt, wenn zu bestehenden Themen Distanz eingenommen und die Schwere aus denselben genommen werden soll: *„wenn man andererseits zu viel Ernsthaftigkeit, zu viel Schwere, dann ist das halt ein zu schweres Thema. Insofern so eine Balance aus beidem – Humor und sich ein bisschen auf die Schippe nehmen – ein bisschen witzeln und dann gleichzeitig aber auch wieder auf die Ernsthaftigkeit der Lage sozusagen kommen“* (Interview A, 124- 128). *„Es hat nichts mit Auslachen zu tun, oder mit ‚nicht ernst nehmen‘ zu tun, aber schon so mit einem Stückchen aus meinem eigenen Schicksal heraustreten und eine Distanz schaffen auch zu meinem Leben und auch vielleicht zu sehen, es geht anderen auch so und andere sind auch nicht perfekt“* (Interview E, 65- 69).

A wendet Humor auch wegen seiner psychohygienischen Wirkung: *„und ich würde auch für mich, jetzt auch ganz im Sinne von Psychohygiene (lacht) sozusagen gedacht, (lacht) (..) ähm (nachdenkend) würde ich auch für mich nicht wollen, weil ich viel weniger Spaß an der Therapie hätte, wenn ich nicht, also, wenn ich nicht auch mal lachen könnte, auch zusammen lachen könnte“* (Interview A, 318- 321).

Humor schafft Vertrauen: *„das Vertrauen geschafft wird so, Humor verbindet sehr stark“* (Interview B, 264). Außerdem lassen sich mit Humor Botschaften annehmbarer transportieren: *„manche provokante Sachen mit Humor sagen zu dürfen und (...) hm (nachdenkend), ich würde denken, dass man (4), manche Punkte, wenn man sie etwas humorvoll verpackt, dass sie für die Patienten leichter sozusagen zu schlucken sind. Das sie sie besser annehmen können“* (Interview A, 70- 74).

Gefährlich wird es bei der Humoranwendung, wenn Humor in dem Beratungs- oder Therapiegespräch eine Form des Auslachens und der Geringschätzung annehmen würde. Die Interviewten sehen die Gefahren von Humor dann, wenn er aufgrund der bestehenden Problematik als unpassend erscheint, oder wenn das Thema nicht mehr ernst genommen wird: *„also wenn man gar nicht ernsthaft miteinander reden kann, sondern nur flapsig oder nur so, dass es nur oberflächlich ist und dann (..), dann ist es eher (..), dann ist nicht förderlich für den (.) Entwicklungsprozess“* (Interview D, 299- 302). Noch gefährlicher kann es werden, wenn die Klienten oder Patienten aufgrund des Einsatzes von Humor sich nicht ernst genommen fühlen oder der Lächerlichkeit preisgegeben werden: *“ansonsten kann das, kann der Patient sich auch ausgelacht fühlen oder sich lächerlich gemacht und (.) das wäre das Schlechteste“* (Interview A, 221- 223). C sieht es ähnlich wie A: *„denn es kann auch nach hinten losgehen,*

dass einer sich komplett auf dem Schlipps getreten fühlt oder denkt, was ist jetzt das hier, ich werde nicht ernstgenommen oder so (Interview C, 88- 90).

Zu viele Witze, zu viel Humor ist also nicht angebracht: *„und da ist immer die Gefahr, hm (nachfragend), (...) wo hört man auf und wo wird es dann ein bisschen kritisch, dass man sagen würde, dass man ein bisschen zu bagatellisierend insgesamt wirkt: mit sich, mit seiner Umwelt umgeht“* (Interview B, 295- 298), denn es kann sehr schnell in die Richtung von Bagatellisieren, die Problematik nicht mehr ernst nehmen, gehen. B brachte es auf dem Punkt: *„dann ist alles nicht ernst und dann ist auch die Aufmerksamkeit, die Konzentration nicht mehr vorhanden auf die Themen und deswegen auch kein Lernprozess im Sinne einer Veränderung“* (Interview B, 360- 362). D meinte, dass ab einer bestimmten Humorquantität keine ernsthafte Diskussion stattfinden könne: *„also man nicht mehr ernsthaft miteinander reden kann* (Interview D, 296). C sieht es so: *„dass es übertrieben wird und man so vom eigentlichen Weg abkommt“* (Interview C, 216- 217). E sieht die Gefahr auch da, wo die Klienten aufgrund deren Erkrankung keinen Witz verstehen können oder wollen: *„das finde ich immer ganz heikel, weil, hm (nachdenkend), (...) viele Menschen, die ja bei uns sind, zu uns kommen, ja mit diesem, sage ich mal jetzt so feinsinnigen Gespür, gerade was Ironie angeht und so weiter – das oftmals falsch interpretieren und dann meinen, das wäre auf sie bezogen. Und viele Suchtkranke sind auf sich auch erstmal bezogen und können dann nicht so gut differenzieren zwischen Ironie oder Witz und Ernsthaftigkeit oder realen Anliegen“* (Interview E, 342- 347).

Nach den Aussagen der Interviewpartner zu schließen, lässt sich Humor in der Beratung und Therapie von Suchtkranken gut einsetzen und wird auch als notwendig erachtet.

In Anbetracht dessen, dass eine humorvolle Herangehensweise und Kommunikation eine positive Wirkung nach sich zieht, lässt sich Humor in der Beratung bei allen Interviewpartnern einsetzen.

5.3.2. Hypothesengenerierung

Nach Speck ist eine Hypothese eine aufgestellte Theorie, die noch nicht bewiesen wurde. Erst wenn die endgültige Prüfung abgeschlossen ist, kann eine Hypothese als allgemein gültige Aussage angenommen werden. „Eine Hypothese ist eine Aussage, die, ohne mit Sicherheit als wahr erkannt zu sein, für bestimmte Zwecke angenommen wird, zum Beispiel für wissenschaftliche Erklärungen oder Voraussagen“. (vgl. Speck 1980, S. 284)

Wie beschrieben können aufgrund von fünf Interview-Stichproben aus den Ergebnissen dieser Arbeit keine Kausalaussagen abgeleitet werden, sondern nur Hypothesen aufgestellt werden. Dabei konnten für die übergeordnete Fragestellung: *„ist Humor eine wirkungsvolle und geeignete Kommunikationsebene in der Beratung und Therapie für Suchtkranke“* folgende Tendenzen beobachtet werden.

Hypothese 1

Je mehr die Berater oder Therapeuten privat dem Humor einen hohen Stellenwert beimessen, desto häufiger wird er im Beratungsgespräch oder Therapie von Suchtkranken angewendet.

Alle befragten Interviewpartner gaben an, dass sie privat viel lachen, humorvoll sind und dass Humor für sie eine hohe Bedeutung hat. Die genaue „Dosis“ von beruflichem Humor konnte jedoch nicht genau beziffert werden. Diese reicht von: *ich würde sagen, sind unterm Strich nicht so viele, weil es schon insgesamt doch eine ernste Thematik ist und (...) ja, (...) ernstere Anliegen, aber vielleicht von zehn Gesprächen zwei, (...) oder so* (Interview C, 234- 236), bis *nicht in jeder Therapiesitzung (schmunzeln), aber in vielen* (Interview B, 343) oder *ich würde sagen, es gibt eigentlich kaum eine Therapiesitzung, wo nicht auch mal einfach gelacht wird* (Interview A, 110- 111).

Hypothese 2

Wenn es Klienten und Patienten schon sehr schlecht geht, dann können die Berater oder Therapeuten keinen Humor mehr anwenden.

Diese Hypothese wurde von mir in den Interviews abgefragt, mit dem Hintergrundgedanken, dass die Berater oder Therapeuten eventuell vom Humoreinsatz absehen würden, weil die Gefahr bestünde, dass die Klienten oder Patienten sich ausgelacht fühlen. Die Befragten sehen die Gefahr schon auch, aber nicht vordergründig. A gab zum Beispiel an: *würde ich auch sagen, man kann es nicht sagen, mit jemanden mit einer PTBS kann man es, kann man grundsätzlich nicht lachen, und kein Humor anwenden, doch, unbedingt* (278- 280). B teilte mit, dass Humor auch bei Doppeldiagnosen oder Komorbidität Humor anwendbar ist: *Aber, schonend kann man es mal machen* (228). Auch wenn nicht unbedingt Humor zum Einsatz kommt, versucht D das Positive hervorzuheben: *ich versuche mal im Auge das Positive zu behalten, von beide Seiten das Positive rauszustellen* (246- 247).

Hypothese 3

Je längere Berufserfahrungen vorzuweisen sind, desto mehr Humor wird angewendet.

Diese Hypothese konnte aus allen Interviews abgeleitet werden, wirkte meines Erachtens sehr plausibel. Alle Befragten gaben an, dass je länger sie in dem Suchtbereich tätig sind, desto sicherer sie in und mit der Anwendung von Humor sind: *es ist mehr geworden, würde ich sagen* (Interview A, 152). *Klar, wenn man anfängt als Therapeut, man ist ja vorsichtig, das ist wie mit einem Autofahrer, (lacht) der schaut häufiger links und rechts, ist nachdenklich, fährt langsamer, was auch immer* (Interview B, 366-368). C meinte: *Ja, das stimmt. Das ist tatsächlich so, dass ich ein bisschen lockerer geworden bin im Laufe der Zeit auch* (Interview C, 128-129). Am deutlichsten sind die Aussagen von D und E: *Ja, am Anfang ist man ja irgendwie viel unsicherer auch in seiner eigenen Rolle, und wie man sich von dem Gegenüber gesehen wird und so, und da (...) mache ich mir jetzt keine Gedanken, mehr Druck sozusagen, sondern das hat sich so entwickelt und ich weiß jetzt wie ich mit den Leuten rede und dann kommt es wenn es passt* (Interview D, 187-191). *Aber schon mutiger geworden bin ich was meinen persönlichen Anteil angeht und auch was den Humor angeht, weil da einfach schon ein bisschen die Sicherheit, die Routine, die Erfahrung mit*

eine Rolle spielt, was kann man machen, oder was ist sogar gut, oder, nee? (Interview E, 278-282).

Von Anfang an (Interview B, 154).

Ich mache das spontan (Interview D, 177).

Hypothese 4

Humor als Kommunikationsmittel wird nicht von Anfang an benutzt.

Diese Hypothese ließe sich so nicht beantworten. Generell aber waren die Interviewpartner für einen Humoreinsatz von Anfang an: *Nein, ich würde sagen, von Anfang an, vom Erstgespräch an, aber ich würde unterscheiden. Also ich würde (...) im Erstgespräch jetzt zum Beispiel nicht so provokant sein (...) und die Patienten jetzt nicht auf die Schippe nehmen und so. Ich würde es kleine Witze machen* (Interview A, 157-160). *Und dann schaue ich was geht. Oder eben was geht nicht. (lacht)* Interview C (181). *Ich mache das spontan* (Interview D, 177).

Hypothese 5

Humor ist eine kommunikative Hilfe, der eine Ressource darstellt oder darstellen kann, die auch in der Suchtberatung und Suchttherapie gewinnbringend genutzt werden kann.

Am deutlichsten ist diese Aussage in dem Interview mit Interviewpartner A zu finden, der beschrieb, dass Humor vielmehr eine Fähigkeit insofern darstellt, dass er in kurzer Zeit Zugang zu Ressourcen und neuen Perspektiven eröffnet: *kann dann Humor (...) eben sehr auflockern und bereichernd sein für die Therapie und auch für die therapeutische Beziehung* (48-50). *Wo Patienten Sichtweise haben die ungünstig sind, dysfunktional sind, darum geht es ja nun Mal um Veränderung und (...) daraufhin zu weisen. Wenn man das nicht immer so ganz ernst macht sondern halt eben auch mal mit Augenzwinkern sozusagen ein bisschen humor-voll, dann ist meine Erfahrung, dass die Patienten das besser annehmen können* (Interview A, 79-84).

6. Erkenntnisse für die Beratung und Therapie von Suchtkranken

„Lachen ist die kürzeste Verbindung zwischen zwei Menschen“ (Victor Borge)

In diesem Kapitel soll erläutert werden, wie sich die Erkenntnisse dieser Studie auf die praktische Arbeit in der Beratungsstelle oder Fachklinik übertragen lassen.

In den Interviews mit den Beratern und Therapeuten wurde immer deutlich, dass Humor ein eleganter Weg sein kann, Nähe und Distanz in Beziehungen zu regulieren und schambesetzte Themen anzusprechen (zum Beispiel bei Menschen mit einer Borderline Störung oder Posttraumatische Belastungsstörung). Man kann Kontakte etwa mit Witzeleien bewusst oberflächlich halten oder dem anderen durch die Blumen sagen, dass man ihn mag. Oder sich mit einem Augenzwinkern abgrenzen, wo es einem im Ernst wirklich nie möglich wäre. Ein „ich muss dich jetzt leider gleich rausschmeißen“ geht einem manchmal leichter über die Lippen als das ernste „würdest du mich jetzt bitte alleine lassen“.

Humor hilft den vermeintlichen oder gar realen Angriff weniger persönlich zu nehmen und stattdessen in einem etwas allgemeineren und damit unpersönlicheren Zusammenhang zu stellen.

Wenn es Klienten und Patienten erlaubt ist, sich über Probleme und Missstände lustig zu machen und darüber zu lachen, dann können sie Humor als Ventil benutzen, um ein wenig Luft abzulassen. Und dann ist es wahrscheinlicher, dass sie auch mit schwierigen Situationen besser klarkommen.

Wenn die Klienten und Patienten lachen, sind sie alles andere als passiv und erleidend, auch wenn manchmal nur für eine kurze Zeit. In der Zeit sind sie nicht mehr ein hilfloses Opfer, sondern sie fangen an handlungsfähig zu sein, indem sie zum Beispiel das Problematische auf eine risikoarme Weise ansprechen, die das Gegenüber nicht verletzt. Das Gleiche gilt für Therapeuten und Berater: im Zweifelsfall wagen wir uns im sozialen Miteinander möglicherweise auf ein kommunikatives Terrain, das uns ansonsten vielleicht verschlossen geblieben wäre.

In der Regel stellt es eine Herausforderung dar, eigene Schwächen und wunde Punkte vor einer Person oder vor einer Gruppe preiszugeben. Gemeinsames Lachen, ob in der

Therapiegruppe oder in Einzelgesprächen, schafft geradezu eine Verbindung zu anderen Menschen, von denen man dann auch bereitwillig ehrliche Rückmeldung und Kritik annehmen kann.

Bei der Anwendung von Humor ist zu beachten, dass auf die individuellen Bedürfnisse und Ressourcen der jeweiligen Person eingegangen werden muss. Gleichfalls wurde aus den geführten Gesprächen deutlich, dass den Klienten und Patienten wieder das Gefühl vermittelt werden muss, dass sie nicht ausgelacht, sondern wahrgenommen werden. Es geht vielmehr darum, eine kommunikative Verbindung herzustellen, auch mit Hilfe von Humor, indem mit einer humorvollen Haltung eine entsprechende Gelassenheit gezeigt wird. Gerade für Klienten und Patienten, die unter Druck stehen oder zusätzlich noch soziale Probleme haben, kann die humorvolle Haltung als Anregung zur Relativierung der Problematik dienen. Der Humor zielt auf Ermutigung, Vermittlung von Mut, Lebensmut und Selbstbewusstsein ab.

Bei der Beratung und Behandlung von Suchtkranken sollte meines Erachtens jedoch nicht nur der Fokus auf die Suchterkrankung gerichtet sein, sondern ferner die Gesamtsituation Beachtung finden. Es ist von enormer Wichtigkeit auch die Fähigkeiten der Menschen zu betrachten, die noch vorhandene Energie, die exzentrische Lebensstile, seltsame Angewohnheiten und andere Äußerungen. Vieles davon spielt eine Rolle für die Entstehung von Humor. Humor bedeutet für mich, wie gebe ich dem Leben des Klienten oder Patienten einen positiven Impuls, gerade wenn jemand Schlechtes erfahren hat. Humor bedeutet für mich, wie vermittele ich, dass das Leben nicht beendet ist, sondern, dass es immer einen Weg gibt, was meines Erachtens insbesondere eine Haltungsfrage ist. Menschen, die immer nur das Schlechte sehen, werden auch immer nur das Schlechte erleben. Durch Humor kann man versuchen, diese Sichtweise zu verändern.

Wichtig ist, dass sowohl in der Beratung als auch in der Therapie von Suchtkranken ein Ziel vorhanden ist, welches der Klient oder Patient erreichen soll. Es macht keinen Sinn, wenn der Klient oder Patient nach der Beratung lachend durchs Leben läuft, aber seine eigene Problematik nicht bearbeitet. Das beraterische und therapeutische Ziel bleibt die Änderung zum Positiven.

7. Forschungsperspektiven

„Laughter is the most inexpensive and most effective wonder drug. Laughter is a universal medicine“
(Bertrand Russell)

Anschließend möchte ich diese Kapitel nutzen, um Forschungsperspektiven darzustellen, sie sich aus dieser explorativ orientierten Studie beziehungsweise aus den aufgestellten Hypothesen für weitere Forschungsprojekte ergeben können:

- Humorvolle Kommunikation könnte zusätzlich aus der Perspektive des Klienten oder Patienten untersucht werden. Diese könnte der subjektiven Wahrnehmung der Berater und Therapeuten gegenübergestellt werden.
- Gibt es besondere Methoden, Techniken und Arbeitsformen, die sich besonders für humorvolle Interventionen in der Beratung und Therapie von Suchtkranken eignen?
- Welche biographischen Faktoren eine humorvolle Grundhaltung bei Klienten oder Patienten sowie bei Berater und Therapeuten begünstigen und wie man eine solche Grundhaltung erwerben oder trainieren kann?
- Wie entwickelt sich die humorvolle Kommunikation der Klienten oder Patienten nach der Beendigung der Beratung, der Therapie oder Nachsorge und wie kann diesbezüglich weiterhin unterstützend Hilfestellungen angeboten werden?
- Welche Rolle Humor als Kommunikationsmittel bei Führung und Leitung von Beratungsstellen oder Kliniken spielt oder in welcher Weise Humor als Teil der Organisationskultur die Kommunikation zwischen den Mitarbeitern, Leitung und Mitarbeitern, verbessert und somit auch die Ergebnisqualität erhöht.
- Eine quantitativ angelegte Studie könnte die Hypothesen, die in dieser Studie aufgestellt wurden, versuchen zu beweisen beziehungsweise zu widerlegen. Welche Zusammenhänge bezüglich Einsatz von Humor in der Beratung und Therapie von Suchtkranken, die in dieser Arbeit beschrieben werden, sind von Bedeutung, welche können vernachlässigt werden? Kommen Zusammenhänge hinzu, die in dieser Studie nicht berücksichtigt wurden?

8. Literaturverzeichnis

ADLER, Alfred (1976): Menschenkenntnis. Frankfurt am Main. Fischer. S. 221

ATTESLANDER, Peter (2008): Methoden der empirischen Sozialforschung. 12. Auflage. Berlin. Erich Schmidt Verlag.

BARRON, James W. Hrsg. (1999): Humor und Psyche. Psychoanalytic Perspectives. Hillsdale; London. Thea Analytic Press

BERGER, Herbert / ALDO, Legnaro/ REUBAND, Karl-Heinz (1980): Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. S. 10

BERNHARDT, Juan Andres (1985): Humor in der Psychotherapie. Eine Einführung für Therapeuten und Klienten. Weinheim; Basel. Beltz

BLÖCHLINGER, Hermann/ KÄSER, Roland (2006): Beratung bei Lern- und Leistungsstörungen. In: Steinebach, Christoph (Hrsg.): Handbuch Psychologische Beratung. Stuttgart. Klett- Cotta. S. 334

BUCHKREMER, Gerhard/ BUCHKREMER, Stefan (2012): Humor in der Verhaltenstherapie. In: Wild, Barbara (Hrsg.). Humor in Psychiatrie und Psychotherapie: Neurobiologie- Methoden- Praxis. Stuttgart. Schattauer. S 134

BÜRGI, Andreas (2004): Arbeitstechniken. In: Bürgi, Andreas/ Eberhart, Herbert: Beratung als strukturierter und kreativer Prozess. Ein Lehrbuch für die ressourcenorientierte Praxis. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht. S. 237- 270.

COUSINS, Norman (1981): Der Arzt in uns selbst. Rowohlt

DROSDOWSKI, Günther (Hrsg.) (1989): Duden „Etymologie“: Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache. 2, völlig neu bearb. Und erw. Auflage. Mannheim. Dudenverlag.

EFFINGER, Herbert (Hrsg.) (2009): Die Wahrheit zum Lachen bringen. Humor als Medium in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage 2009. Juventa Verlag Weinheim und München

- EFFINGER, Herbert (2014): Lachen erlaubt: Witz und Humor in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. Verlag: Edition Buntehunde. S. 47- 48
- EISENBURG, Josef (1988): Süchtige Verhalten als Krankheitsursache. In: Eisenburg, Josef (Hrsg.): Sucht 1988
- EKMAN, Paul & FRIESEN, Wallace (1982): Felt, false, and miserable smiles. Journal of Nonverbal Behavior. 6. S. 238- 252.
- FARRELLY, Frank/ BRANDSMA, Jeffrey M (1974/ 2005): Provokative Therapie. Heidelberg. Springer. S. 68
- FEUERLEIN, Wilhelm (2005): Alkoholismus: Warnsignale, Vorbeugung, Therapie. München. Verlag C.H. Beck. 5. Auflage. S. 62- 63
- FLICK, Uwe (2010): Design und Prozess qualitativer Forschung. In: Flick, U./ Kardorff, E.v./ Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 8. Auflage, Reinbek bei Hamburg : Rowohl, S. 252- 265
- FLICK, Uwe (2016): Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. 7. Auflage
- FRANKL, Viktor E / KREUZER, Franz (1997): Im Anfang war der Sinn. Von der Psychoanalyse zur Logotherapie. Ein Gespräch. München. Piper. S. 6-14
- FRANKL, Viktor E (2002a): ...trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager. München. dtv. S. 74-75
- FRANKL, Viktor (2009): ...trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager. Neuausgabe 2009, 1977 by Viktor E. Frankl. Kösel- Verlag. München. S. 35
- FRANKL, Viktor E (2017): Dem Leben Antwort geben- Autobiographie. 1. Auflage 2017. Beltz Verlag. S. 71
- FRANZINI, E (2001): Humor in therapy: the case for training therapists in its uses and risks.

FREUD, Sigmund (1905/2004a): Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten. In: Freud, Sigmund: Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten. Der Humor. Doppelausgabe. Frankfurt am Main. Fischer. S. 23-249

FREUD, Sigmund (1927/2004b): Der Humor. In: Freud, Sigmund: Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten. Der Humor. Doppelausgabe. Frankfurt am Main. Fischer. S. 251-258

FREUD, Sigmund (1970): Zur Psychopathologie des Alltagslebens. Fischer Taschenbuch. S. 76-96

FRINGS, Willi (1996): Humor in der Psychoanalyse. Eine Einführung in die Möglichkeiten humorvoller Interventionen. Stuttgart u.a. Kohlhammer

FRÖLICH, Margrit/ LOEWY, Hanno/ STEINERT, Heinz (Hrsg.) (2003): Lachen über Hitler- Auschwitz- Gelächter? Filmkomödie, Satire und Holocaust. München Ed. Text und Kritik. Schriftreihe der Arbeitsstelle Fritz- Bauer- Institut, Studien – und Dokumentationszentrum zur Geschichte und Wirkung des Holocaust.

GABRIEL, Ernst (1962): Die Süchtigkeit; Psychopathologie des Suchten. Hamburg

GOLDFRIED MR/ D'ZURILLA TJ (1971): Problem solving and behavior modification. In: Weinberger 2004. S. 109-113

GOLDSTEIN, Jeffrey H./ McGHEE, Paul E. (1972): The Psychology of Humor: theoretical perspectives and empirical issues. Verlag: Academic Press.

GÖRL, Heidrun (1994): Humor, Persönlichkeit und Gesundheit. In: Journal des Viktor- Frankl- Instituts. An International Journal for Logotherapy and Existential Analysis. Volume 2/ 1994. S. 58

GROTJAHN, Alfred (1898): Der Alkoholismus: nach Wesen, Wirkung und Verbreitung. Georg H. Wigand. Leipzig

GROTJAHN, Martin (1974): Vom Sinn des Lachens. Psychoanalytische Betrachtungen über den Witz, den Humor und das Komische. München. Kindler

- GRUNTZ- STOLL, Johannes (2001): Ernsthaft humorvoll Lachen(d) Lernen in Erziehung und Unterricht, Beratung und Therapie. 1 Auflage. Bad Heilbrunn
- HAIN, Peter (2001): Das Geheimnis therapeutischer Wirkung. Heidelberg. Carl-Auer- Systeme
- HARTEN, Rolf (1991): Sucht- Begierde- Leidenschaft: Annäherung an ein Phänomen. Mit dem Lexikon der 121 Süchte. München. Ehrenwirth Verlag
- HAUSCHILD, Elke (1995): „Auf den richtigen Weg zwingen...“ Trinkerfürsorge 1922-1945. Lambertus Verlag. Freiburg im Breisgau
- HEIGL- EVERS, Annelise (1997): Möglichkeiten und Grenzen einer analytisch orientierten Kurztherapie bei Suchtkranken. Kassel
- HELLENTHAL, Michael (1989): Schwarzer Humor, Theorie und Definition. Essen Verlag die Blaue Eule. Band 1. S. 37
- HELFFERICH, Cornelia (2004): Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 163-164
- HELFFERICH, Cornelia (2005): Die Qualität qualitativen Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 2. Auflage. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften
- HOFFMANN, Nicolas/ GERBIS, Klaus E. (1981): Gesprächsführung in psychologischer Therapie und Beratung. Für Psychologen, Sozialarbeiter, Lehrer, Erzieher, Ärzte und in sozialen Berufe Tätige. Salzburg. Otto Müller
- HÖFNER, Eleonore/ SCHACHTNER, Hans- Ulrich (1995): Psychotherapie ist eine ernste Sache. Oder? In: Psychologie heute. Heft 09/ 1995. S. 25- 29
- HÖFNER, Eleonore/ SCHACHTNER, Hans-Ulrich (2004): Das wäre doch gelacht! Humor und Provokation in der Therapie. Reinbeck bei Hamburg. Rowohlt. S. 42-43
- JAUCH, U.P.: „Freie“ Freier und „gefallene“ Frauen. In: Suchtreport 3/ 1992

JOHN, U./ HAPKE, U./ RUMPF, H.-J. et al. (1996): Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit in der medizinischen Versorgung (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 71). Nomos Verlagsgesellschaft, Baden- Baden.

JUNKER, Helmut (1973): Das Beratungsgespräch. Zur Theorie und Praxis kritischer Sozialarbeit. München. Kösel. S. 231

KALINA, Jan (1986): Nichts zu lachen: Die tollsten Ostblockwitze. Rastatt.

KIRCHMAYR, Alfred (2006): Witz und Humor. Vitamine einer erotischen Kultur. Wien; Klosterneuburg. Edition va bene

KLEIN, Michael (2008): Kinder und Suchtgefahren. Risiken, Prävention, Hilfe. Schattauer, Stuttgart/ New York

KNOLL, Andreas (2004): Sucht- Was ist das? Blaukreuz Verlag. Wuppertal/ Bern

LAMNECK, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch. Mit Online-Materialien. 4. Auflage. Verlag: Beltz

LEWIS, Ben (2010): Das komische Manifest, Kommunismus und Satire von 1917 bis 1989. 1. Auflage. Karl Blessing Verlag. München

LOVISCACH, Peter (1996): Soziale Arbeit im Arbeitsfeld der Sucht: eine Einführung. Freiburg. Lambertus Verlag. S. 13

LÜSSI, Peter (1995): Systemische Sozialarbeit. Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung. Bern; Stuttgart; Wien. Haupt. S. 394

MAYRING, Philipp A.E. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. Auflage. Weinheim: Beltz.

MOODY, Raymond A. (1979): Lachen und Leiden. Über die heilende Kraft des Humors. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt. S. 30

NIETZSCHE, Friedrich (1980): Menschliches, Allzumenschliches. Morgenröte. Die Fröhliche Wissenschaft. Also sprach Zarathustra. Ecce Homo. Aus dem Nachlass der Achtzigerjahre. In: Werke. Hanser

- PULS, Wichard (2003): Arbeitsbedingungen, Stress und der Konsum von Alkohol. Leske und Budrich. Opladen
- RAUCHFLEISCH, Udo (2001): Arbeit im psychosozialen Feld. Beratung, Begleitung, Psychotherapie, Seelsorge. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht
- RAUCHFLEISCH, Udo (2006): Tiefenpsychologische Grundlagen der Beratung. In: Steinebach, Christoph (Hrsg.): Handbuch Psychologische Beratung. Stuttgart. Klett-Cotta. S. 163- 174
- REICHEL, Rene (2005): Beratung- Psychotherapie- Supervision. Einführung in die psychosoziale Beratungslandschaft. S. 17
- RICHELSHAGEN, Kordula/ ERBACH, Franz (1995): Sucht- Hilfe?! Isomorphe Strukturen im Kontext der Suchthilfe. In: Richelshagen, Kordula (Hrsg.): Suchtlösungen: systemische Unterstellungen zur ambulanten Therapie. Freiburg im Breisgau
- ROGERS, Carl R. (2001b): Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychologie. Frankfurt am Main. Fischer
- RUCH, Willibald (1990): Die Emotion Erheiterung- Ausdrucksformen und Bedingungen. Unveröffentlichte Habilitationsschrift. Heinrich- Heine- Universität
- RUCH, Willibald (1993): Exhilaration and Humor. In: Lewis, Michael/ Haviland, Jeanette M. (Hrsg.): The Handbook of Emotions. New York. S. 605
- RUCH, Willibald (1993a): Die Emotion Erheiterung: eine Übersicht über den Forschungsbestand. In Montada, L. (Hrsg.): Bericht über den 38. Kongress der DGfPs in Trier 1992. Göttingen. Hogrefe. S. 277- 285
- RUCH, Willibald (2012): Humor und Charakter. In: Wild, B. (Hrsg.). Humor in Psychiatrie und Psychotherapie: Neurobiologie- Methoden- Praxis. Stuttgart: Schattauer. S. 8- 27
- RUCH, Willibald (2015): Halb so lustig: Meine Abenteuerliche Reise in die Welt des Humors. 1 Auflage. Verlag: Salzburg: Ecowin. S. 35- 62

RUCH, Willibald & EKMAN, Paul: The expressive pattern of laughter. In: Kaszniak, A. (Ed.): Emotion, qualia, and consciousness. Tokyo. Word Scientific Publisher

SACHSSE, Ulrich (2012): Humor ist, wenn man trotzdem lacht: Galagenhumor in der Behandlung von Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen. In: Wild, Barbara (Hrsg.). Humor in Psychiatrie und Psychotherapie: Neurobiologie- Methoden- Praxis. Stuttgart: Schattauer. S. 123- 133

SALAMEH, Waleed Anthony (1983): Humor in Psychotherapy: Past Outlooks, Present Status, and Future Frontiers. In: McGhee, Paul E./ Goldstein, Jeffrey H. (Hrsg.): Handbook of Humor Research. Volume II. Applied Studies. New York. Springer. S. 63

SALAMEH, Waleed Anthony (2000): Humor in der Integrative Kurzzeit Therapie. Ein interaktives Übungsbuch. Verlag: Klett-Cotta. S. 6

SCHEERER, Sebastian (1995): Sucht. Reinbeck bei Hamburg. Rowohlt

SCHIEWE, Andrea und Jürgen (2000): Witzkultur in der DDR: Ein Beitrag zur Sprachkritik. Göttingen. S. 125

SCHNEIDER, Ralf (2009): Die Suchtfibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit. Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte. 14. Überarbeitete und erweiterte Auflage. Schneider Verlag Hohengehren GmbH.

SCHULZ VON THUN, Friedemann (2001): Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbeck bei Hamburg. Rowohlt.

SCHUMACHER, Wolfgang: Nichtstoffgebundene Abhängigkeit und ihre Bedeutung zum Verständnis des Phänomens Sucht. In: Eisenburg, Josef (Hrsg.): Sucht 1988

SCHÜTTE, Johannes (1980): Revolte und Verweigerung. Zur Politik und Sozialpsychologie der Spontibewegung. Giessen: Focus- Verlag. S. 101

SCHWENDTKE, Arnold (1995): Wörterbuch der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Heidelberg; Wiesbaden. Quelle & Meyer. S. 66

SICKENDIECK, Ursel/ ENGEL, Frank/ NESTMANN, Frank (2002): Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. Weinheim; München. Juventa

SHAKED, Josef (2012): Der Witz in der analytischen

SOLMS, H. / STEINBRECHER, Wolfgang (1975): Allgemeine Probleme um Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten, Drogen und Genussmittel. In: Steinbrecher, Wolfgang, Somls, H: Sucht und Missbrauch

SPECK, Josef (1980): Handbuch wissenschaftstheoretischer Begriffe. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht

STEFANESCU, Calin Bogdan (1991): 10 Ani de Umor Negru Romanesc. Jurnal de bancuri politice. Bukarest. S. 139- 144

STEINEBACH, Christoph (2006): Beratung und Entwicklung. In: Steinebach, Christoph (Hrsg.): Handbuch Psychologische Beratung. Stuttgart. Klett-Cotta. S. 37-56

STROTZKA, Hans (1982): Witz und Humor. In: Eicke, Dieter (Hrsg.): Kindlers „Psychologie des 20. Jahrhunderts“. Tiefenpsychologie. Band 1: Sigmund Freud- Leben und Werk. Weinheim; Basel. Beltz. S. 299-315

TITZE, Michael (1995): Die heilende Kraft des Lachens. Mit therapeutischem Humor frühe Beschämungen heilen. Kösel- Verlag GmbH & Co., München. S. 307

TITZE, Michael / ESCHENRÖDER, Christof T (1998): Therapeutischer Humor. Grundlage und Anwendungen. 6. Auflage. Verlag: Fischer

TITZE, Michael/ PATSCH, Inge (2004): Die Humorstrategie. Auf verblüffende Art Konflikte lösen. Kösel- Verlag

TITZE, Michael/ PATSCH, Inge (2013): Die Humorstrategie. Auf verblüffende Art Konflikte lösen. 8. Auflage. Kösel- Verlag. S. 11, S. 122

WANKE, Klaus (1985): Normal- abhängig- süchtig: Zur Klärung des Suchtbegriffs. In: DHS (Hrsg.): Süchtiges Verhalten Zentralverband der Deutschen Werbewirtschaft

e.V. (ZAW): ZAW- Dossier: Alkohol und Werbung- Fakten gegen Desinformation
(Stand: März 2008)

WEEBER, Karl- Wilhelm (Hrsg.) (2011): Humor in der Antike. Übersetzt und heraus-
gegeben von Karl- Wilhelm Weeber. Stuttgart Reclam

WILD, Barbara (2012b): Humor im Hirn oder: Wo ist denn das Humorzentrum? In:
Wild, Barbara (Hrsg.): Humor in Psychiatrie und Psychotherapie: Neurobiologie- Me-
thoden- Praxis. Stuttgart: Schattauer. S. 301

WITTKOWSKI, Joachim (1994): Das Interview in der Psychologie. Interviewtechnik
und Codierung von Interviewmaterial. Opladen: Westdeutscher Verlag

WOLLE, Stefan (1999): Die heile Welt der Diktatur. Bonn. S. 53

[file:///C:/Users/valen/AppData/Local/Packages/Micro-
softEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Zolliker-Bote-36-2017-
13%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/valen/AppData/Local/Packages/Microsoft.Micro-softEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Zolliker-Bote-36-2017-13%20(5).pdf)

9. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Verzeichnis der Tabellen im Text

Tabelle 1: Interview A, Frage 1

Tabelle 2: Interview A, Frage 2

Tabelle 3: Interview A, Frage 3

Tabelle 4: Interview A, Frage 4

Tabelle 5: Interview B, Frage 1

Tabelle 6: Interview B, Frage 2

Tabelle 7: Interview B, Frage 3

Tabelle 8: Interview B, Frage 4

Tabelle 9: Interview C, Frage 1

Tabelle 10: Interview C, Frage 2

Tabelle 11: Interview C, Frage 3

Tabelle 12: Interview C, Frage 4

Tabelle 13: Interview D, Frage 1

Tabelle 14: Interview D, Frage 2

Tabelle 15: Interview D, Frage 3

Tabelle 16: Interview D, Frage 4

Tabelle 17: Interview E, Frage 1

Tabelle 18: Interview E, Frage 2

Tabelle 19: Interview E, Frage 3

Tabelle 20: Interview E, Frage 4

Verzeichnis der Abbildungen im Text

Abbildung 1: Suchtstammbaum

Abbildung 2: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring

10. Selbständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe

Friedrichsdorf, 10.12.2018

11. Danksagung

„Aller höhere Humor fängt damit an, dass man die eigene Person nicht mehr ernst nimmt“. (Hermann Hesse)

An dieser Stelle möchte ich allen Menschen danken, die unterstützend dazu beigetragen haben, dass ich die letzten Jahre durchgestanden habe und, dass die vorliegende Arbeit zustande gekommen ist.

Mein besonderer Dank gebührt zuallererst Herrn Ralf Schneider, der mir das Masterstudium ermöglicht hat. Weiterhin möchte ich mich bei meinen ehemaligen Kollegen aus der Suchtklinik und meinen derzeitigen Kollegen aus der Suchtberatung bedanken, die sich zu der Teilnahme an einem Interview bereit erklärt haben.

Danken möchte ich auch allen Lehrenden, die sich alle auf ihre eigene Weise bemüht haben, mir das umfangreiche Wissen der Sucht zu vermitteln, was nicht immer einfach war.

Herr Professor Dr. Torsten Köhler gilt mein Dank für die Überlassung des Themas und die Betreuung während der Erstellung der Arbeit. Nicht selten sagte er: *„Schreiben Sie, schreiben Sie, schreiben Sie“*, und immer wieder dabei gelacht. Bedanken möchte ich mich auch bei Herrn Professor Dr. Wolfgang Schwarzer. Nicht nur für die Zweitkorrektur, sondern auch für seine humorvolle Art, psychische Erkrankungen zu erklären.

Großen Dank gilt meinem alten Freund Markus, der alle Kapitel geduldig gelesen hat und immer wieder meine „rumänische“ Ausdrucksweise und Grammatik optimiert hat. Wenn nach so vielen Korrekturvorschlägen immer noch Fehler und Unverständlichkeit zu finden sind, so liegt es nur an mir persönlich, aber vor allem an meiner Ungeduld und Dickköpfigkeit.

Zuletzt möchte ich mich bei meiner „Ersatzfamilie“ Elke und Roger bedanken, die viel dazu beigetragen haben, dass ich jetzt dort bin, wo ich bin, bei meinen Freunden, die mir immer wieder Freiräume ermöglicht haben, in denen ich mich intensiv um die Masterthesis bemühen konnte. Und noch viel, viel mehr bedanke ich mich bei meinem Sohn Maxi, der alles für mich ist.

12 Anhang

12.1. Einwilligung und Datenschutz

Einwilligung und Datenschutz

Hiermit erkläre ich, Herr/Frau.....
mich damit einverstanden, dass Frau Valentina Komusin in der Fachambulanz für Suchtkranke / an einem geeigneten privaten Ort mit mir ein Interview durchführt, sofern die erhobenen Daten ausschließlich im Rahmen ihrer Masterthesis verwendet werden.

Alle Angaben zu meiner Person, zu anderen Personen, sowie zu Orten werden anonymisiert und unterliegen dem Datenschutz.

Alle Datenträger und andere Unterlagen, die Datenmaterial enthalten, werden nach Fertigstellung besagter Forschungsarbeit vernichtet.

Friedrichsdorf, 2018

Unterschrift Berater/ Therapeut

Valentina Komusin

12.2. Interview A

1 **I:** Zuerst bedanke ich mich sehr weil du dich einverstanden erklärt hast mir bei der
2 Arbeit zu helfen.

3 **A:** Gerne.

4 **I:** Ich würde schon zum Beginn des Interviews erstmal mehr über deine Arbeit als
5 Therapeutin erfahren.

6 **A:** Hm(nachdenkend) (.), ja (.) also ich bin ja Suchttherapeutin, arbeite mit Patien-
7 tin die eine Suchterkrankung haben, die haben in der Regel dann auch andere
8 komorbide, äh (..) psychische Störungen, ja, (.) und mache das gerne. Was möch-
9 test Du noch zu meiner Arbeit wissen? (lacht)

10 **I:** Ja, ich möchte wissen mit was für Gefühle deine Arbeit verbunden ist oder mit
11 welche Gefühle du deine Arbeit verbindest. Welche Phasen erlebst du bei der Ar-
12 beit?

13 **A:** Hm(nachdenkend), in der Regel arbeite ich gerne und (5) also positive Gefühle,
14 es macht mir Spaß, hm (nachdenkend) von den Patienten kommt häufig auch viel
15 Dankbarkeit zurück die ich schön zu spüren finde. Ich meine, hm (nachdenkend)
16 (..) ich meine klar, manchmal ist auch anstrengend oder (...) mal bisschen nervig,
17 hm (fragend), (lacht), (..) aber so in aller Regel würde ich sagen, dass die Arbeit
18 mit Freude und Spaß verbunden und hm (nachdenkend), ja auch schön zu sehen
19 wenn sich irgendwie was positiv entwickelt und die Patienten Fortschritte machen
20 und man helfen kann. Ja.

21 **I:** Jetzt etwas ganz privates: wie sieht mit deinem oder in deinem Leben aus?

22 **A:** Gut (lacht).

23 **I:** Ich meine, was mein Thema betriff, hm (fragend), jetzt bezogen auf Heiterkeit,
24 Humor, auf Spaß in deinem privaten Umfeld, wie ist es?

25 **A:** (lacht) hm, ah, eigentlich gut würde ich sagen an sich. Also, ja, gerade jetzt im
26 Moment läuft es alles ganz positiv, jetzt erwarten wir ein Kind, darüber wir uns ja

27 auch sehr freuen, und, hm (nachdenkend) (..) also insofern ist aktuell gerade eine
28 positive Lebensphase und so an sich, ich würde sagen, ich mache auch viel Schö-
29 nes so. Wir machen in der Freizeit viel Schönes und so, wir unternehmen viel,
30 Lachen viel, Freunde treffen, keine Ahnung (6). Ja, es gibt jedenfalls einen Aus-
31 gleich und hm (nachdenkend) viele schöne Sachen.

32 **I:** Hm (wohlführend), ja, ich verstehe. Zurück zu Thema Tätigkeit als Suchtthera-
33 peutin: mich würde es interessieren, hm (nachdenkend)(...) was ist aus deiner Sicht
34 wichtig damit die Therapie erfolgreich ist?

35 **A:** Hm (nachdenkend) (..) also ich würde sagen, dass wichtig ist eine gute Bezie-
36 hung zum Patient hat, ohne gute Beziehung kann man glaube ich, selbst wenn man
37 tolle Interventionen anwendet, (...) kein Erfolg haben, also die Beziehung muss
38 stimmen. Dafür denke ich, ist es wichtig empathisch zu sein, die Patienten zu va-
39 lidieren, in ihrem Erleben nicht zu schnell mit Veränderungsvorschlägen zu kom-
40 men und nicht zu schnell sozusagen korrigierend einzugreifen, sondern erstmal so
41 anzunehmen, wie die Patienten es erleben und empfinden. Hm (nachdenkend)
42 (...)und ja, also für eine gute Beziehung ist Humor auch schon wichtig. Wenn man,
43 (..) wenn die Beziehung auch, also zum einen die Beziehung aufzubauen und dann
44 alles ein bisschen aufzulockern, ist schon ein ernstes Thema. Doch (..), gerade die
45 Sucht nee so, ein belastende Thema auch für die Patienten, umso wichtiger das ein
46 wenig aufzulockern, natürlich muss es immer so sein, dass klar ist, dass man das
47 trotzdem ernst nimmt, ja. Aber wenn das gegeben ist, wenn man auch empathisch
48 ist und zeigt, dass man es ernst nimmt, finde ich kann dann Humor (...) eben sehr
49 auflockern und bereichernd sein für die Therapie und auch für die therapeutische
50 Beziehung und hm (nachdenkend), (...) je besser die Beziehung schon ist, desto
51 mehr (5), also so erlebe ich es auf jeden Fall, dass ich schon mal ein bisschen pro-
52 vokanter sein kann.

53 **I:** Hm, hm (bejahend). Verstehe ich.

54 **A:** Also (.), immer wohlwollend und immer nett das muss es klar werden und auch
55 mit Augenzwinkern und auch so dass es deutlich irgendwie dass es jetzt auch mal
56 seine Meinung dazu sagen kann, nee, ja. Damit habe ich auch positive Erfahrungen
57 gemacht.

58 I: Jetzt sind wir genau Mitte in meinem Thema. Meine nächste Frage ist, äh, ob
59 Humor Platz in der Therapie hat. Darüber würde ich jetzt gerne mehr erfahren.
60 Auch ob konkrete Beispiele gibt.

61 A: Auf jeden Fall gibt es einen Platz für Humor in der Therapie. Also, sollte es
62 Platz haben würde ich sagen, weil es eben tatsächlich finde dass es wichtig ist um
63 das Ganze ein bisschen aufzulockern und, (...) weil bei Patienten ja häufig auch
64 wenn man manchmal so mit Augenzwinkern, ein bisschen humorvoll rüber bringt,
65 die Dinge auch manchmal leichter annehmen können. Also auch, (..) zum Beispiel
66 kritische Dinge.

67 I: Kann es sein, dass es eine andere Beziehung zwischen Patient- Therapeut ent-
68 steht?

69 A: (..) Ja, also es hilft die Beziehung, ja, (4) es ist förderlich für die Beziehung plus
70 das es ist auch ein bisschen Beziehung schon braucht um manche provokante Sa-
71 chen mit Humor sagen zu dürfen und (...) hm (nachdenkend), ich würde denken,
72 dass man (4), manche Punkte, wenn man sie etwas humorvoll verpackt, dass sie
73 für die Patienten leichter sozusagen zu schlucken sind. Das sie sie besser annehmen
74 können

75 I: So zu sagen:“ ich kann man durch die Blumen“ /

76 A: Ja genau, ähm, ja (..) eben halt auf etwa humorvolle Art und Weise das zu sagen
77 (...) dann (5) ist mein Eindruck dass sie das häufig besser annehmen können, nee?
78 Wenn es (.), eben wenn es gerade kritische Sachen sind und auf die muss man ja
79 auch schon mal kommen, Wo Patienten Sichtweise haben die ungünstig sind, dys-
80 funktional sind, darum geht es ja nun Mal um Veränderung und (...) daraufhin zu
81 weisen. Wenn man das nicht immer so ganz ernst macht sondern halt eben auch
82 mal mit Augenzwinkern sozusagen ein bisschen humor-voll, dann ist meine Erfah-
83 rung, dass die Patienten das besser annehmen können Es ist nicht so leicht quasi
84 Kritik anzunehmen und sich anzuhören was man falsch macht. Und deswegen
85 finde ich sehr hilfreich. Konkrete Beispiele fehlt mir jetzt gerade spontan nicht ein,
86 aber (8), also, keine Ahnung, aber wenn ich jetzt an so kognitive Arbeit denke,
87 zum Beispiel, nee, wenn Patienten irgendwie, ähm (.), Haltungen haben, ähm, dys-
88 funktionale Kognition oder so und dann wenn man das kognitiv bearbeitet , Sok-
89 ratische Dialog und solche Sachen zum Beispiel, dann fragt man ja zum Beispiel

90 „wie würden Sie das bei anderen sehen, sehen Sie das genauso?“ Und wenn der
91 Patient sagt, „nein, bei mir,(.) ähm, ähm, bei andere das sehe ich nicht so, das gilt
92 nur für mich“, und dann kann man schon zum Beispiel so sagen: „und warum, was
93 ist an Ihnen so besonders, (.), das für Sie jetzt andere Regeln gelten? Sind Sie ir-
94 gendwie Jesus oder Gott oder was weiß ich?“ (lacht). So nee? Das muss man dann
95 natürlich so ein bisschen Augenzwinkern halt sagen dass es klar wird, dass wenn
96 ich sage „warum glauben Sie dass Sie was besonders sind?“ Also wenn ich es so
97 sage, dann würden die denken „ähm, hee“, nee? Also, man muss es so bisschen
98 lächelnd rüberbringen: „was glauben Sie denn, warum, ähm, an Ihnen was beson-
99 ders ist? Brauchen Sie andere Regeln? Gelten bei Ihnen andere Regeln?“ Ich habe
100 schon mal dazu gesagt: „ja, nee, Sie merken schon ich will Sie ein bisschen pro-
101 vizieren“. Es ist natürlich nicht so ganz ernst gemeint. Nee? Ähm,(.) was zum
102 Beispiel. Und dann lachen die schon mal und sagen die: „nein, und so, eigentlich
103 nicht“. Aber es kommt schon ins Nachdenken halt zum Beispiel. Das ist das war
104 mir spontan jetzt einfällt wenn es um kognitive Sachen geht. Genau.

105 **I:** Gibt es auch eigene Beiträge von Patienten? Ähm, Humorbeiträge meine ich.
106 Wo die Patienten selber Humor einsetzen?

107 **A:** Ja (lacht). Unbedingt. Also, natürlich immer kommt, es hängt von den Patienten
108 ab wie die ja halt nun mal auch so drauf sind. Nee? Manche Menschen sind ja
109 etwas humorvoller als andere, aber auch oft (.) ich würde sagen, es gibt eigentlich
110 kaum eine Therapiesitzung, wo nicht auch mal einfach gelacht wird (...) also. Und
111 oft auch, das finde ich es ganz schön, dass Patienten zum Beispiel was berichten
112 können wo sie über sich selbst so ein bisschen lachen.

113 **I:** „Sich auf die Schippe nehmen“ /

114 **A:** Ja, ganz genau, wo sie sich selber ein bisschen auf die Schippe nehmen oder
115 wir das dann beide gemeinsam auch machen, aber immer auf eine wohlwollende
116 nette Art und dann kann mal auch wieder sagen“: nee, mal aber wieder Spaß bei
117 Seite, jetzt mal ganz ernst gefragt, oder (.) ganz ernst gesagt finde ich toll das Sie
118 es gemacht haben“ oder: „jetzt mal ernsthaft, was war die Schwierigkeit, oder“/
119 Ich glaube wichtig ist schon immer so diese Mischung auch, also das es nicht zu
120 sehr nur in so Richtung Witze und sonst was geht, sondern /

121 **I:** Ins Lächerliche

122 A: Genau, das ist genau so, weil es ist schon ein ernsthaftes Thema, wo es wichtig
123 ist auch wieder zurück zu kommen, zu den notwendigen Ernsthaftigkeit. Wenn
124 man andererseits zu viel Ernsthaftigkeit, zu viel Schwere, dann ist halt ein zu
125 schweres Thema. Insofern so eine Balance aus beidem Humor und sich ein biss-
126 chen „auf die Schippe nehmen“, ein bisschen witzeln und dann gleichzeitig aber
127 auch wieder die Ernsthaftigkeit der Lage sozusagen kommen.

128 I: Wenn du zurück auf deine Klinikarbeit blickst, zurück die Jahre durchschaust,
129 du hast erzählt, Du bist schon seit 2006 in der Klinik tätig, ähm, (.) würdest du
130 sagen es ist damals hm (fragend), weniger gelacht? Wird heute mehr gelacht? Gibt
131 es einen Unterschied? Gibt es eine Entwicklung was Einsatz von Humor betrifft?

132 A: Ja. Also ich kann mich echt nicht mehr so wirklich erinnern, also ich könnte
133 jetzt nicht hundert Prozent sagen, ich würde denken wenn, dann ist ja mehr gewor-
134 den (..) ähm, einfach auch, also, für mich ist es also, glaube ich, je (.) ähm, je
135 routinierte und sichere ich mich fühle, quasi in meiner Arbeit und das tue ich na-
136 türlich jetzt schon eine ganze Weile, desto lockerer kann ich auch sein. Nee? Also,
137 ich muss mir, ich mache mir auch weniger Gedanken oder ich mir überlegen muss
138 „oh, wie geht es jetzt nochmal diese Technik“, oder (..) nee, also, weil das alles so
139 ein bisschen mehr sitzt. Kann ich auch einfach lockerer und einfach so/ Also ich
140 gehe in der Regel mit meinen Patienten einfach so um wie mit anderen Menschen
141 auch, also ich habe auch keine besondere Therapeutenstimme und ähm, (..) würde
142 sagen ich bin als Therapeutin, also (..) natürlich irgendwie professionell und so
143 weiter, aber jetzt so vom (..), also es ist nicht aufgesetzt sozusagen. Ich rede mit
144 den normal so wie ich auch mit anderen Menschen auch rede (lacht) und bin eini-
145 germaßen locker und (.) genau. Also je routinierte und souveräner ich jetzt gewor-
146 den bin in meiner Rolle als Therapeutin, desto einfacher ist es für mich auch hu-
147 morvoll zu sein weil ich mich auch weniger konzentrieren muss eben auf (..) hm
148 (nachdenkend), ja, ähm quasi auf das was ich tue sozusagen. Weil es einfach mehr
149 von selbst auch läuft und ich auch da etwas sicherer bin und ich mich darauf ver-
150 lassen kann, dass es irgendwie läuft, ähm, und deswegen hat so etwas mehr viel
151 Platz. Also, es ist je mehr geworden, würde ich sagen.

152 I: Noch eine Frage was mich sehr interessiert ist: zeigst du von Anfang an, schon
153 im ersten Gespräch oder spätestens im zweiten Gespräch deine Humorvolle Seite

154 was du hast? Oder du meinst, es später zeigen zu müssen? So nach dem Motto:
155 zuerst reserviert sein, in einer Suchtklinik gibt es nichts zu lachen?

156 **A:** Nein, ich würde sagen, von Anfang an, vom Erstgespräch an, aber ich würde
157 unterscheiden. Also ich würde (..) im Erstgespräch jetzt zum Beispiel nicht so pro-
158 vokant sein (..) und die Patienten jetzt nicht auf die Schippe nehmen und so. Ich
159 würde es kleine Witze machen, ähm (.), einfach weil wie gesagt, dass ist für die
160 Beziehung auch wichtig und ganz am Anfang geht es vor allem einfach darum eine
161 gute Beziehung aufzubauen und das hilft wenn man irgendwie ein bisschen locker
162 ist und ein bisschen Spaß macht und so. Aber dann würde ich noch nicht quasi
163 Witze machen über zum Beispiel Schwächen oder ungünstige Verhalten oder Ein-
164 stellung von Patienten. Alles was so ein bisschen provokantes ist, dafür braucht
165 schon ein bisschen Beziehung. Sonst können Patienten auch gekränkt sein, also (..)
166 dafür muss ich ein bisschen aufpassen. Das würde ich nicht machen, aber auf jeden
167 Fall von Anfang an, also (..) eine gute, lockere, lustige Atmosphäre, ähm, sollte,
168 ähm ist wichtig von Anfang an, damit die Patienten nach dem Erstgespräch raus-
169 gehen und sagen: „ah, das ist schon mal gut, jetzt fühle ich mich schon mal ganz
170 wohl weil meine Therapeutin die ist auf jeden Fall schon mal nett und locker und
171 so (...). Aber es ist für die Stimmung schon gut.

172 **I:** Weil die kommen schon natürlich mit negative Gefühle an /

173 **A:** Genau /

174 **I:** Mit negative Erfahrungen, Enttäuschungen. Teilweise, gerade die Frauen, sie
175 sind schambesetzt, nee, „ich bin eine Säuferin“ oder „ich habe viel zu viel in mei-
176 nem Leben getrunken“. In die Richtung ist auch meine Frage gedacht, ob mal in
177 dem Moment noch sagt, „ah für Humor, für ein Witz wäre jetzt noch Platz“.

178 **A:** Unbedingt. Halte ich für ganz wichtig. Also, alles was für die Beziehung, (.),
179 für den Beziehungsaufbau wichtig ist sollte man machen und Humor ist ganz
180 wichtig für die Beziehung. Aber wie gesagt, ich würde schon unterscheiden (..).
181 Also ich würde die jetzt noch nicht so zusagen wohlwollend aufziehen, ähm (.),
182 das würde ich dann vorsichtiger sein, aber genau, unbedingt Humor von Anfang
183 an.

184 **I:** Hm, hm (bejahend). Ja, wir sind schon fast am Ende, fast (schmunzelt), ich
185 würde jetzt natürlich, nachdem wir bis jetzt über Humor als positive Intervention
186 gesprochen, die Frage stellen: wo siehst du die Gefahren? (.) von Humor (.)? Von
187 Einsatz von Humor in der Therapie?

188 **A:** Ja, also, wenn man es zu übertreibt und eben die ernsthafte Seite (.), also wenn
189 man zu sehr auf der Humorseite ist (...) deswegen glaube ich, dass diese Balance
190 wichtig ist, nee? Aus Humor und Ernsthaftigkeit (..). Das glaube ich, wenn man es
191 zu übertreibt, also dann, das richtige Maß ist auch entscheidend, und dann eben
192 das andere was ich schon auch gesagt habe, ich denke, ähm, (...) man muss auch
193 ein bisschen Fingerspitzengefühl haben. Man muss auch ein bisschen gucken, was
194 ist das für ein gegenüber, was eine Art für Humor hat er, so ein bisschen antasten.
195 Und dann fängt, (.) dann geht man nicht in die Volle (..), sondern, testet man ein
196 bisschen sanft an und schaut auch, wie reagiert der andere, kann er so was (...),
197 um da so eine Ebene miteinander zu finden. Man muss auch eine gemeinsame Hu-
198 morebene stückweit auch finden. Jede Mensch ist auch anders und (...) so weiter.
199 Plus, ähm (nachdenkend), das was ich schon gesagt habe, ähm, eben, so das alles
200 was so ein bisschen in so provokanten Humor reingeht, und so ein bisschen was
201 persönliches halt auch hat, (..), ähm (nachdenkend), dann muss man eben auch gut
202 gucken. Also, ich würde mich vorsichtig rein tasten und eben auch in der Regel
203 erst wenn ein bisschen Beziehung schon steht (...) / Also, (..) man kann auch mit
204 einem provokanten Witz zu früh (..) ähm, ein Patient sehr kränken. Also, ein Pati-
205 ent der sehr leicht kränkbar ist, dann kann absolut nach hinten losgehen und dann
206 kann man sich verscherzt haben schon. Ich meine dann muss man, wenn man das
207 merkt, zurückrudern, sich auch entschuldigen und so, nee? Das ist auch wichtig,
208 ähm (.), meistens kann es man retten noch (lacht). Wenn man es gut und schnell
209 reagiert (lacht). Aber da würde ich denken, ähm, ähm, das muss man schon gut
210 gucken. Ein bisschen vorsichtig sein und Fingerspitzengefühl haben und zeigen,
211 sonst kann es auch nach hinten losgehen.

212 **I:** Ja, ich verstehe. Gerade weil was Humor betrifft, auch die andere Seite im Blick
213 haben muss: Sarkasmus, Ironie /

214 **A:** Ja, genau /

215 I: „sich lustig“ über Patient machen, weil man als Therapeut „alles besser weiß“,
216 viel Wissen hat, mehr Erfahrung. Besteht die Gefahr ironisch zu werden?

217 A: Ja, eben. Ja genau. Das sollte man auf gar keinen Fall machen. Das meine ich.
218 Überhaupt muss es immer gepaart sein mit einem ganz klaren Wohlwollen und
219 ganz klarer Empathie und ganz klar vermitteln, dass man diejenigen ernst nimmt
220 (.) mit allem was er tut und wie er sich (.), was er fühlt, und genau. Ansonsten kann
221 das, kann der Patient sich auch ausgelacht fühlen oder sich lächerlich gemacht und
222 (.) das wäre das Schlechteste Ein bisschen Selbstironie übrigens, finde ich auch als
223 Therapeut gut, also man kann auch ruhig mal, ähm (nachdenkend), irgendwas von
224 sich selbst erzählen, in Maßen natürlich, aber so eine dosierte Selbstoffenbarung
225 finde ich gut und auch dann kann man was erzählen, also ein bisschen eine lustige
226 Geschichte. Wo man selber zum Beispiel irgendwie (...) in welche Missgeschicke
227 gemacht hat oder wie auch immer, um den Patient auch so, so (..) um mache zu
228 zeigen halt: „ich bin auch nur ein Mensch, mir passieren auch Sachen“, ähm, hm
229 (nachdenkend), (...) ähm, um eben auch, (.) ja, dass man nicht so der (..) Therapeut
230 ist der irgendwie fehlerlos und sonst was, was ich nicht für (..) / Klar, man ist na-
231 türlich auch ein stückweit Model und soll auch Model sein für manche Dinge wie
232 es auch anders machen kann, aber ich finde es schon wichtig, auch zu zeigen, man
233 ist auch nur ein Mensch, man hat auch so seine Schwäche. Also insofern erzähle
234 ich durch manchmal Geschichte, (...) ja, wo ich irgendwie (.) mich ein bisschen
235 dusselig angestellt habe irgendwie, (lacht) (.) zum Beispiel, ähm (nachdenkend),
236 wenn es um Thema radikale Akzeptanz geht, dann sage ich es immer: „ich habe
237 das geübt, ähm (fragend), als ich mein Fahrrad in der Bahn habt stehen lassen“
238 (lacht) und so, solche Geschichte ja? Also, ich meine, auch um zu zeigen, dass
239 auch einfach mir Missgeschicke passieren können oder so, nee? Und wie dann
240 man damit umgehen kann, wenn es so beides drin ist: einerseits ist man so sich als
241 normal menschlich zeigt mit seinen Schwächen, andererseits aber auch wieder sa-
242 gen kann, von sich berichten kann wie man so damit umgeht (..). Das heißt auch
243 Selbstironie, ähm (nachdenkend), (.) finde ich auch (.) auch hilfreich.

244 I: Zurück zur Anfang, als du mir erzählt hast, dass deine Patienten nicht „nur“
245 suchtkrank sind, sondern auch Doppeldiagnosen haben /

246 A: Also, die haben so, ähm komorbid /

247 I: Genau/
248 A: Andere Erkrankungen/
249 I: Genau. Was würdest du aus deine Erfahrungen sagen: mit welche Patientin, die
250 zusätzlich neben der Suchterkrankung noch eine Erkrankung haben, mit welche
251 würdest du auf gar kein Fall oder wenig, oder sehr vorsichtig Humor anwenden?
252 Ich denke jetzt hier in Richtung an Patienten mit einer narzisstischen Persönlich-
253 keit Störung/
254 A: Ja genau/
255 I: Was ist mit Frauen die eine PTBS haben, oder Borderlinestörung? Ähm (nach-
256 denkend, fragend), wo ist die Grenze? Oder/
257 A: Ja, also, ich würde sagen, dass man so grundsätzlich jetzt auch nicht so (.) pro
258 Störung irgendwie sagen kann, oder an der Störung fest machen kann, zumal alle
259 eine Suchterkrankung haben, alle meine Patienten, also ich habe nur Patientin die
260 suchtkrank sind und nur manche von ihnen haben eine Zusatzerkrankung. Aber
261 klar, gerade jemand mit einer Persönlichkeitsstörung, dann muss man natürlich
262 vorsichtiger sein und gerade, klar, die Narzissten (.), die sind einfach nun mal leicht
263 kränkbar und wenn man da jetzt Witze machen will über irgendwelche, ähm (nach-
264 denkend) (..), Verhaltensweise und Denkweise von denen, ähm (bejahend), das
265 kann auch gut gehen mit den, wenn die Beziehung steht, ähm (nachdenkend), eben
266 nicht zu früh, nee? Und man muss natürlich auch gucken über was, ähm (nachden-
267 kend) (..) also über was lacht man oder in welchem Moment oder wann ist es an-
268 gemessen, nee? Also, wenn mir eine Frau jetzt gerade erzählt, wie sie vergewaltigt
269 wurde (...), dann (.) ähm (nachdenkend), und das ist, ich meine, das ist natürlich
270 was sehr Ernstes. Wenn ich dann da jetzt irgendwie einen komischen Witz machen
271 würde zu ihrem Vergewaltiger, oder so, es ist unangemessen. Also, es ist nicht der
272 richtige Moment, nee? Da ist es wichtig, ernsthaft zu sein (.). Und dann kann es
273 aber mit so einer Frau, ähm (nachdenkend), ähm Momente geben, und ich finde
274 sollte es auch geben, weil es sonst alles zu schwer ist. Es braucht da ja wieder das
275 Gegengewicht, um auch wieder mal rausgehen zu können, wo man über was an-
276 deres spricht, wo man es auflockert, wo man miteinander auch mal lacht. Gott sei
277 Dank, weil sonst wäre es einfach zu schwer, nee? Also, (..) insofern würde ich auch
278 sagen, man kann es nicht sagen, mit jemand mit einer PTBS kann man es, kann

279 man grundsätzlich nicht lachen, und kein Humor anwenden, doch, unbedingt.
280 Also, (.) wäre es schlimm, wenn es das nicht auch gäbe (lacht). Dann könnte man
281 es gar nicht (..), also die Patienten gar nicht aushalten nur dieses furchtbare Er-
282 lebnis, aber man muss sehr gut gucken, ähm (nachdenkend), in welcher Situation
283 und bei welche Thema und so weiter (..) Es ist angemessen auch mal lustig zu sein
284 und war wäre es total daneben. Weil sie sich völlig unverstanden und nicht ernst
285 genommen, (..) und sonst was fühlen würden. Nee?

286 **I:** Also wenn ich ein bisschen Humor definiere, oder schaue was Humor beinhaltet,
287 dann sehe ich Mut als einen Teil des Humors oder Offenheit als Teil des Humors.
288 Mit Einsatz von Humor werden die Menschen offener, können sich besser öffnen,
289 können besser über das Geschehen berichten und mutig, weil sie sich ermutigt füh-
290 len/

291 **A:** Und das werden die tun, wenn es eine gute Beziehung ist und eben, für eine
292 gute Beziehung ist Humor hilfreich. Also Humor (.), Humor kann helfen eine gute
293 Beziehung aufzubauen und wenn die steht, werden die Patienten eher bereits sich
294 zu öffnen und schwierige Dinge zu erzählen. (...) Aber eben auch wenn sie wissen,
295 (...) dass der andere auch in dem Momenten, (...) das ernst nimmt und angemessen
296 damit umgeht und, dass, das nicht (.) irgendwie (.), in falscher Moment Witze
297 macht oder so, nee? Ich glaube diese Feinfühligkeit braucht es halt (.). Aber, genau,
298 ich würde es sagen, grundsätzlich mir fehlt es keine Erkrankung so zusagen, keine
299 psychische Diagnose ein, wo ich würde sagen, grundsätzlich mir fällt keine Er-
300 krankung sozusagen keine psychische Diagnose ein, wo ich sagen würde, da darf
301 man Humor nicht anwenden. Ich würde sagen grundsätzlich eigentlich mit jedem
302 Menschen, es ist immer hilfreich (...) aber (.), mit unterschiedlichen Menschen
303 und Persönlichkeiten etwas unterschiedlich, (..) etwas wo man unterscheiden muss
304 wann, wie schnell, in welche Situationen. Also ich würde schon differenziert be-
305 trachten, aber ich würde sagen Humor ist nie eine Kontraindikation, im Gegenteil
306 (...), ich glaube, dass es immer hilfreich ist. Aber man muss auch halt schauen
307 nee? Manchmal trifft man ja auch auf Menschen die irgendwie anders sind und
308 muss mal zuerst gucken was man auch da irgendwie (..) so eine (.) Ebene findet
309 und mit anderen (...) Die bringen von sich aus auch einfach so viel Humor selber
310 und sehr früh mit und (.) ähm (nachdenkend), ja, Patienten sind einfach unter-
311 schiedlich.

312 I: Ja, dann eine letzte Frage hätte ich noch: ähm (nachdenkend), sage ich mal so
313 als Titel: „humorfreie Therapie“ Fragezeichen. Was hältst du davon?

314 A: Gar nichts. Halte nichts von. Weil ich ernstes eben glaube, dass die Patienten
315 weniger gut profitieren können, weil eben die Beziehung schlechter ist, weil
316 schwierige Themen irgendwie schwierig sind auch anzunehmen, ähm (nachden-
317 kend), (...)und ich würde auch für mich, jetzt auch ganz im Sinne von Psychohy-
318 giene (lacht) sozusagen gedacht, (lacht) (..) ähm (nachdenkend) würde ich auch für
319 mich nicht wollen, weil ich viel weniger Spaß an der Therapie hätte, wenn ich
320 nicht, also, wenn ich nicht auch mal lachen könnte, auch zusammen lachen könnte.
321 Genau. (.) Also, ganz egoistisch gesehen, mir würde die Therapie weniger Spaß
322 machen und ähm (nachdenkend), auch im Sinne der Patienten, ich glaube Therapie
323 ist weniger wirksam, wenn sie von Humor befreit ist.

324 I: Ja, wir sind am Ende. Zum Abschluss: gibt es noch zum Thema was du noch
325 sagen möchtest? Gibt es was, was du nicht gesagt hast und jetzt darüber sprechen
326 möchtest?

327 A: Nein, ich glaube es waren jetzt die wichtigsten die mir spontan eingefallen sind.

328 I: Vielen Dank.

329 A: Danke auch.

12.3. Interview B

1 I: Zuerst bedanke ich mich sehr, dass du dich bereit erklärt hast mir bei meiner
2 Masterarbeit zu helfen. Thema ist Einsatz von Humor, Humor in der Suchttherapie
3 und Suchtberatung. Zu Beginn möchte ich mehr über deine Arbeit als Therapeut
4 hier in der Klinik wissen.

5 B: (8) Ja, in der Suchtklinik ist der Therapeut zusätzlich nur für diese formalen
6 Sachen, organisatorischen Sachen aber inhaltlich geht es sehr stark um Suchter-
7 krankung als Hauptdiagnose. Natürlich gibt es auch komorbide Störungen psychi-
8 sche Natur die wir auch mitbearbeiten, zusätzlich natürlich auch so etwas wie Le-
9 bensqualität, (..) dass die Leute auch ein bisschen dahingehend gefördert werden.
10 Das ist so der Hauptbereich. Von der Ausbildung her Verhaltenstherapeut, also
11 auch irgendwo angehalten diese Sachen anzuwenden in der Psychotherapie die
12 hier stattfindet.

13 I: Mit welchen Gefühlen begegnest du deine Arbeit? Oder kannst du es noch besser
14 beschreiben welche Gefühle dich bei der Arbeit mit Patienten begleiten?

15 B: (5) Meine Gefühle für in und bei der Arbeit? Ja, klar, wenn man routiniert ist
16 nee, dann ist mal so, nicht mehr so wie am Anfang. Am Anfang war es viel mit
17 Optimismus, (...) aber gut man wird mit der Zeit, sag mal so, auf dem Boden der
18 Tatsache gestellt. Also von der Gefühlswelt gibt es wieder Momente wo man sich
19 freut, wenn man positive Rückmeldungen bekommt, ähm, in Klammer wenn in-
20 nerhalb der Therapie positive Rückmeldungen, weiß man, es geht ja um lang Fris-
21 tigkeit. Das heißt, man freut sich ja, es gibt es ein Grund zu jubeln, aber erst mal
22 abwarten. Klar gibt es auch negative, vor allem weil wir in der Klinik sind wo auch
23 andere Bereiche existieren, mit viele Mitarbeiter, wir sind Multimodal wie es so
24 schön heißt und, (..) da gibt es auch manchmal von medizinischer Seite Informati-
25 onen die dann, (.) so ein bisschen Traurigkeit vermitteln, Diagnosen (..). Ähm, (.)
26 wir haben auch immer die Frage der Reha Fähigkeit oder ob ein Mensch überhaupt
27 in der Lage wäre sich zu verändern, oder (..) in der Lage ist seine Selbstkontrolle
28 ein bisschen aufzubauen. Die Patienten selber (...) wenn sie ankommen, sind alle
29 sehr nervös zu Beginn, unabhängig jetzt von Eigenschaften und/ oder Vorerfah-
30 rungen. Es geht soweit, dass die eine Suchtklinik als eine Art Gefängnis sehen, und
31 mit der Zeit, so nach paar Tagen zeigt sich, dass einige mit euphorischen Gefühle

32 zum Teil unterwegs dabei sind, andere mit ängstlichen Gefühlen, viele mit unsi-
33 cheren Gefühlen, und (..) weil sie halt noch nicht wissen oder überschauen können
34 was Therapie ist, wie die Beziehung zum Therapeuten sich entwickeln könnte (...).
35 Zum Beispiel sind sie einige sehr unsicher ob sie, ähm, duzten dürfen, oder bei
36 sitzen bleiben können (lacht), (.) das sind alle so Sachen die von Seite der Patienten
37 eine Rolle spielt (..) Auch meistens geht es im Bereich Unsicherheit (...) Patienten
38 kommen mit Depressionen, Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, wir haben viele Pati-
39 enten auch mit Einsamkeitsgefühle, so, in dem Bereich, der hier so stark zu sehen
40 ist, (..) alltäglich.

41 **I:** Bezüglich jetzt meines Themas Humor in der Suchtklinik, gibt es auch Platz für
42 positive Gefühle? Ich möchte gerne wissen, ob in der Therapie auch Momente der
43 Heiterkeit gibt? Gerade wenn du sagst, dass am Anfang Traurigkeit, Hilflosigkeit,
44 Angst und Unsicherheit die Patienten begleiten? Kann am Anfang gelacht werden?

45 **B:** (5) Gewöhnlich nicht, aufgrund der ganze Lebensgeschichte, aber natürlich
46 kann man das in kleine so ein bisschen aufbauen, das dient der Beziehungsgestal-
47 tung, aber das Wesentliche ist nicht Humor sondern einfach (...) menschlich locker
48 zu bleiben, (..) spricht, dass man jetzt nicht so, ähm, standardmäßig vorgeht, was
49 hat sie hierher geführt, ähm, (.) wie war die Reise, so ein bisschen steril (..) So,
50 dass man ein bisschen auch schaut, ähm, wo kommt jemand her, ähm, hm (nach-
51 denkend), hm (fragend), wenn man was im Sozialbericht sieht, das man daher ein
52 paar Nebenschauplätze hat, wo man ein bisschen in diese Richtung Entspantheit
53 ein wenig Humor benutzt “ zum Beispiel wenn jemand aus Offenbach kommt, denn
54 nehme ich aufs Korn (lacht). Dann hat er keine Chance, ob er will oder nicht
55 (lacht). Das sind so Momente, (.) die man ein bisschen nutzt, damit der Patient
56 auch merkt, dass es locker zugehen kann, auch das Gefühl des Vertrauens bekom-
57 men kann, und auch natürlich der Hinweis, ähm, (.) Humor oder im Sinne auch
58 von positiven Gefühlen, Freude ist wichtiger Bestandteil im Leben, auch in der
59 Therapie, weil es gibt nicht immer die Lösung, dass man jedes Problem aus der
60 Welt schafft, nee? Aber das man trotzdem die wichtigen Sachen nicht vergisst.
61 Und viele Patienten haben das vergessen, so ein bisschen auch das Lachen. Bei
62 depressiven Menschen kann es ein bisschen irritierend sein, aber (.) auch im Sinne
63 einer Ansteckung funktioniert es das schon.

64 **I:** Ähm, wie sieht es in deinem Leben außerhalb der Arbeit? (..)/

65 **B:** Wenn /

66 **I:** Wie sieht es momentan aus?

67 **B:** Wenn ich meine Kolleginnen (schmunzelt), auch die Ehemaligen so ein biss-
68 chen (lacht) (..) (lacht) ähm, Revue passieren lassen, dann glaube ich, (.) auch ob-
69 jektiv, könnte man behaupten, dass ich nicht abgeneigt bin, Schabernack (lacht)
70 und (..) (lacht)

71 **I:** (...) (fragend)

72 **B:** kleine lustige Provokationen im Alltag zu zeigen (lacht)

73 **I:** Jetzt möchte ich zurück auf die Therapie und deiner Tätigkeit hier in der Klinik
74 kommen. Was denkst du, ähm, was denkst du für dich persönlich, was wichtig ist,
75 damit die Therapie gelingt?

76 **B:** Da muss ich auf die Schule verweisen, was auch die Klinik so (.) ein bisschen
77 mitträgt, (..) der Ansatz besteht darin, dass man eine Klärung schafft, eine Klärung
78 bedeutet, dass wirklich den Patienten bewusst wird was er machen würde, welche
79 Möglichkeiten es gibt, in welche Bereiche, situationsbezogen, oder dass man sa-
80 gen würde welche Gefühle zuordnen kann zu bestimmte Situationen, zu bestimmte
81 Verhaltensmuster. Das wäre so der, der wichtiges Schritt. Klar, wenn die thera-
82 peutische Beziehung so einigermaßen steht, zu der Klärung kommt dann die be-
83 rühmte Aktualisierung, (..) die im Suchtbereich nicht immer möglich ist, man
84 macht sie über Heimfahrt oder so wie heute, dass hier vor der Klinik eine Markt
85 ist, oder ein Fest wo Alkohol ausgeschenkt wird (..). Ähm, bei Depressionen dass
86 man eben für korrigierende Erfahrungen sorgt und Problembewältigung, im Sinne
87 von Strategien auch nach der Aktualisierung. (..) Das wäre so im Endeffekt die
88 grobe Zielrichtung. (..) Im praktischen heißt das, dass man mit Patienten, was auch
89 in der App ist, (..) wir haben einen App, dass die Patienten wirklich jeden Tag
90 damit konfrontiert sind, (.) das konkrete Ziele aufgestellt werden, so wie man es
91 aus den anderen Bereiche kennt, ob es jetzt die Alkoholpflege ist oder in der Schule
92 Curricula, dass die Patienten jeden Tag wissen wie sie arbeiten können, um, um
93 diese Ziele näher zu kommen. Das ist so die wichtigste Arbeit im Endeffekt.

94 **I:** Wer setzt oder stellt jetzt diese Ziele? Das ist für mich jetzt was Neues, gerade
95 jetzt mit dem App. Wer, ähm/

96 **B:** Die Ziele sind so wie klassisch, wir haben ja die Fragebögen, wir haben auch ja
97 Fragebögen die sich dann konkret auf die Zielsetzung stützen, bezogen auf wohn-
98 licher Ziele, auf beruflicher, finanzielle, der Umgang, ähm, der Umgang mit sich
99 selber, mit den anderen Menschen, ähm (.) Tagesstruktur, ja, (.) Impulse kontrol-
100 lieren, das sind so, die üblichen Zielsetzungen. Nee, je, konkreter man die macht,
101 umso besser dann auch und dann guckt mal, man kann nicht alle (.) hier in der
102 Klinik verwirklichen, aber so, dass man zu mindestens ein Anfang macht und dann,
103 dass der Patient auch (..) sieht, dass er Veränderungen herbeiführen kann, dass es
104 Fortschritte gibt.

105 **I:** Hm (bejahend), aha.

106 **B:** Ja, also die sind, ja, schau mal, aus der Eingangsdiagnostik, dann ist es zum Teil
107 auch eine Rückmeldung von der Verhaltensbeobachtung, das man sagt, ich habe
108 (..) je nachdem auch was die anderen Kollegen, Kolleginnen sagen von den ande-
109 ren Indikativgruppen, von der Ergotherapie, (..) dass man das miteinbaut, um so
110 ein bisschen konkretisiert, nee? Weil auch ein Therapieziel ist zum Beispiel Stär-
111 kung der Kondition (.) nee? Oder Umstellung der Ernährung, nee, das sind auch
112 wichtige Ziele. (4) Hm (nachdenkend)

113 **I:** Jetzt zu dem Thema ob Humor Platz in der Therapie, überhaupt Platz in der
114 Therapie hat. Würde ich jetzt gerne mehr darüber erfahren und vor allem über
115 deine persönliche Meinung und Erfahrungen wissen.

116 **B:** (..) Also, es wird jetzt nicht gezielt eingesetzt, und, dann kann man ja natürlich
117 auch auf die schulische Ausbildung hinweisen, dass das nicht vermittelt wird (..) und
118 (.) schön, schön es ist wenn es in der Gruppe passiert, nee, dass die Gruppe
119 mal herzlich lacht, das ist wirklich für die Projektion aber auch für das Vertrauen,
120 oder auch mal so (..), so für andere Gefühle zu erleben ganz wichtig, auch in Ein-
121 zeln Gesprächen, weil es gibt andere Themen dann kann man ein bisschen humor-
122 voll herangehen, auch den Schrecken zu nehmen, (..) aber auch wie gesagt The-
123 men, hm (nachdenkend), wo man jetzt nicht unbedingt sehr ernsthaft sein muss.
124 (..) Also wenn ein junger Patient so behauptet, so mit Geld nicht umgehen zu kön-
125 nen und es ist bei ihm nicht so dramatisch wie jetzt bei jemand mit Kaufsucht oder

126 bei einem starken Spieler, nee, dass man dann schon ein bisschen humorvoll her-
127 angehen kann (..) Trotzdem wenn man dabei bleibt das Ziel zu verfolgen, also,
128 nicht dass das Ziel verharmlos wird, sondern, in Endeffekt in seinen Bemühungen
129 so ein bisschen unterstützt, dass das ein guten Weg ist, und (..) Gezielte in dem
130 Sinne gibt es nicht, häufiger gibt es sich der Humor, wie gesagt, oder manchmal
131 ist es auch so die Stimmung hier, (..) dass auch eine ganze Gruppe (..) das sie nicht
132 unbedingt sehr ernsthaft diskutieren möchte, entweder jemand hat Geburtstag, o-
133 der die waren, an dem Abend davor waren sie zusammen essen und haben auch
134 untereinander viel Humor ausgetauscht, dann setzt sich am nächsten Tag ein so ein
135 bisschen in der Gruppe fort.

136 **I:** Wie ist in der einzelnen Gespräche? Du hast jetzt die Gruppe erwähnt/

137 **B:** Genauso, nee? Wenn es sich das ergibt, dann kann man humorvoll sein, manch-
138 mal sind die Menschen, ja, auch von sich aus humorvoll im Sinne von (..) wie soll
139 man es sagen (..) (lacht)(..) was bin ich für ein Mensch, dann lachen sie dabei, (.)
140 das kommt auch schon mal vor, aber genauso wie in der Gruppe, wenn sie das
141 thematisch ergibt, oder von irgendwelchen alltäglichen Situationen heraus, (..) so
142 spontane Gag, gibt es auch manchmal in der Klinik, dass man (..) Aber so gezielt,
143 dass man sich vornehmt, mit die und der Methode werde ich jemandem jetzt hu-
144 morvoll dazu bringen, dass er ein bisschen lacht oder so, dass hm (nachdenkend)
145 (..) ist nicht möglich. Das ergibt sich immer so ...

146 **I:** Und, hm (nachdenkend und fragend), (...) zeigst du immer schon am Anfang,
147 hm, wie soll ich das sagen? Zurück auf meine Frage, du hast gesagt, dass du ein
148 humorvoller Mensch bist, und ich kenne dich als sehr humorvollen Therapeut hier
149 in der Klinik, zeigst du deine Seite auch am Anfang? Also, wenn jemand neu hier
150 ist? Mich würde interessieren z.B. ob du diese Seite überhaupt nicht zeigst und
151 denkst, „das kann ich nicht machen“, es ist zu früh um Witze zu machen, „ich muss
152 der seriöse hier sein“ und erst später, nach dem dritte, vierte Gespräch werde ich
153 auch humorvoll „intervenieren“?

154 **B:** Nee, von Anfang an. (5) Es gibt hier die Meinung, dass sich Leute verstellen
155 sollten, oder es gibt doch die Meinung, dass man sich den Bedürfnisse anpassen,
156 aber ich glaube, dass kollidiert nicht mit den Werten oder im Endeffekt auch mit

157 (...) Überzeugungen einer Schule. Das widerspricht sich nicht, dass ich eine Be-
158 ziehung auch gestalten kann über etwas Humor, es ist nicht durchgehend, und, dass
159 man auch am Anfang humorvoll ist (...) Es ist auch immer ein gutes Zeichen, weil
160 Ernst (...) Das wird einem unterstellt, dass man je kann (...) ernst zu sein (...) Oder
161 seriös.

162 **I:** Jetzt denk mal zurück, an deiner Erfahrungen, du hast schon mir ein lustiges
163 Beispiel mit Offenbach gemacht, die „Schwesterstadt“ von Frankfurt, für diejeni-
164 gen die jetzt lesen und nicht so gut die Sache mit Frankfurt kennen, besser gesagt
165 die „Liebe“ zwischen Offenbach und Frankfurt, gibt es Beispiele von humorvolle
166 Interventionen die dir im Gedächtnis geblieben sind? Lustige Situationen oder Mo-
167 mente seitdem du hier arbeitest? Was dich oder Patienten betrifft? Beiträge viel-
168 leicht?

169 **B:** Ich leite ja auch die Angstgruppe und da ist ja vor allem wichtig eine entspannte
170 Atmosphäre zu schaffen oder auch zu merken, dass du ein bisschen mit Humor
171 auch dieses Gefühl der Angst, (...) dass man ja fast durchgehend nach einer gewissen
172 Zeit man verspürt, dass es bisschen weg gedrückt werden kann (...) und da ist es
173 ungemein wichtig, so ein bisschen auf Humor zu drücken. Eine Strategie wäre so
174 was wie Übertreibung, nee? Das man wirklich so, auch bei der Angst ist manchmal
175 die Form bekannt, dass „der Himmel auf dem Kopf fällt“, genau, (...) oder dass man
176 Beispiele bringt wie Asterix und Obelix, gibt es eine Reihe wo der Sohn von einem
177 Häuptling Angst hatte, Angst von seinem Schatten, so was für Beispiele, Übertrei-
178 bungen, hm (nachdenkend), (...) Gedankenspiele und dann lächeln die Menschen.
179 Also, geht keine drauf, wird keine durch Kakao gezogen, aber im Endeffekt ist es
180 so ein bisschen (...) schon lustig wenn man sich so ein Bild vorstellt. (...) Und dann
181 gibt es viele Beispiele wie Menschen halt vermeiden weil Angst, nee, und wenn
182 man das ein bisschen übertreibt, nee, das sie selber sehen, ja, stimmt es hat ein sehr
183 einschränkenden Charakter, ich kann es nicht mehr aus dem Haus kommen, und
184 so weiter. Aber das verliert ein bisschen auch diese schreckhafte Fassade wenn
185 man so ein bisschen speziell in einer Angstgruppe mit solchen Sachen kommt.

186 **I:** Das heißt, auch mal Blödsinn zu machen?

187 **B:** Blödsinn in dem Sinne nicht, also, aber (.) ich weiß es von einer Kollegin (fängt
188 an zu lachen), (...), (lacht laut und herzlich), die war in der Lage urplötzlich auf-
189 zustehen und ein Tänzchen zu legen, also, die Sachen nicht. (Lacht). Also, so ein
190 Blödsinn nicht.

191 **I:** O.k. Was hältst Du von eine „andere Art“ von Humor? Ich meine, was hältst du
192 von Ironie und Sarkasmus?

193 **B:** (...) Nee, das ist (...). Da gibt es schon eindeutige Erfahrungen und Regelungen,
194 die Sachen die (...) die machen viel kaputt. (...) Weil Ironie geht immer auf Kosten
195 von einem Mensch oder Gruppen, oder Kulturen. (...) Und Sarkasmus kann man in
196 bestimmte Richtungen, aber jetzt nicht durchgehend. Sarkasmus ist, (.) die Defini-
197 tion (.), es gibt ja mehrere Definitionen in die Richtung, so von der klassischen (.)
198 auch dieses fleischlichste (lacht), das sollte es nicht als Botschaft an die Patienten
199 heran gebracht werden.

200 **I:** Was mich sehr interessiert ist der Umgang mit Humor bei Patienten mit Doppel-
201 diagnosen. Du hast schon am Anfang erwähnt, dass hier in der Klinik nicht nur
202 Suchtkrankenpatienten behandelt werden. Wie ist es jetzt zum Beispiel bei Nar-
203 zissten? Wie funktioniert der Humoreinsatz? Gibt es tatsächlich bestimmte Diag-
204 nosen wo du als Therapeut passen musst? Wo du sogar auf die Lockerheit die du
205 zeigst achten musst? Oder auch bei diese Patienten ist noch Platz für Humor?

206 **B:** Auch da ist Platz, weil Therapie bedeutet ja irgendwann auch eine gewisse In-
207 tegration (...). Und wenn man ja sagen würde, ich schütze jetzt den Patienten, indem
208 ich jetzt den Humor rausnehme, aber er könnte ihn ja irgendwo draußen an der
209 Rezeption wieder entdecken, oder von der Haustechnik, wenn du willst auch die
210 falsche Botschaft, also, dass man sagen würde, die, die Sachen gibt es auf der Welt
211 auch, versucht dich damit anzufreunden und nimmt es nicht persönlich, nee? Und
212 deswegen kann man das bei allen Sachen klar, (.) es gibt einige Diagnosen, es gibt
213 (...) was Trauer angeht, das man jetzt wirklich zur Beginn, das passt es auf gar
214 keinen Fall, aber (.) so von den Diagnosen, egal welche es jetzt käme, könnte man
215 sich das schon ein bisschen (.) in die Richtung erlauben als, auch als Botschaft.
216 Weil wie gesagt, es gehört auch dazu, auch in den Kulturen und in der Gesellschaft
217 das gelacht wird, nee, das (...) man seine Späßchen macht (...) das gehört .Sehe ich
218 keine Einschränkungen, wie gesagt, außer es ist eine, hm (nachdenkend), hm, eine

219 aktuelle Trauer, dass man da doch Rücksicht in dem Moment darauf nehmen sollte,
220 das dann doch unpassend ist.

221 **I:** Aber man konnte schon sagen, dass man, dass (...) diese Humorinterventionen
222 nicht total ablehnen soll? Jemand die an Depressionen leidet, (.) oder mit einer
223 PTBS Diagnose? Zum Beispiel Patientin mit traumatischen Erlebnisse? Kann mir
224 schon vorstellen, Humor als Kontraindikation, oder? Wie ist später im Laufe der
225 Therapie?

226 **B:** Ja, wie gesagt, je nachdem was jetzt gerade akut ist, im Gruppen oder Einzel-
227 therapie (.). Klar, dass man sich dann auch (.) zurück hält (..). Weil das ist (..) Fehl
228 am Platz komplett. Ist einfach blöd. Aber, schonend kann man es mal machen. (4)
229 Es gibt auch die, nee, wenn man so was macht wie Trauma Bearbeitung macht,
230 nee, dass man sagt, gut, (.) das ist es jetzt abgeschlossen (haut auf dem Bürotisch),
231 was machen Sie heute schönes, nee, also, hm, hm (nachdenkend) es gibt viele As-
232 pekte, es gibt nur nicht den (..) humorvollen Aspekt, oder den Ernstesten, oder der
233 Leitenden, oder den Verstehenden, oder den Empathischen (..) dann kann man ja
234 ewig dann weiter machen was alles möglich wäre an Registern den man bringen
235 könnte oder zeigen müsste.

236 **I:** Das heißt, wenn ich richtig verstanden habe, (.) hm (fragend), es geht, (..) darum,
237 dass auch wenn den Patienten schlecht geht, in verschiedene Situationen trotzdem
238 Spaß zu haben, zu lächeln.

239 **B:** Ich glaube man muss (..) es gibt (.), denn was bleibt sonst übrig? (...) Nehmen
240 wir mal so ein Beispiel, dass jemand stark erkrankt ist, und hat es zum Beispiel
241 Leberzirrhose, so, und er bekommt schlechte Prognose, die Reha Fähigkeit wird
242 hinterfragt, hm, hm (nachdenkend), vier Kinder zu Hause, Ehemann, und, und,
243 und, hm (nachdenkend), das ist jetzt wenig Spielraum im Sinne von das wird alles
244 gut, und (.), dennoch (.) kann man ein bisschen (.) und (.) zum Teil sind diese
245 Menschen auch ein bisschen selbst anheiternd sage ich mal, dass sie auch versu-
246 chen wirklich so gut wie es geht (...) zu lachen, oder irgend ein Spaß zu machen
247 (..) Manchmal auch so mit, mit der Option nee, dass, das der Therapeut entlassen
248 wird, nee? Es ist auch ein interessanter Aspekt, das einiger Patienten oder viele
249 Patienten das auch kennen, nee, das ein gegenüber betroffen ist sie versuchen das
250 oft zu lösen, indem sie lustig werden (..)

251 **I:** (...) Kannst du dich selber auf die Schippe nehmen? Ich finde es, hm (nachden-
252 kend), persönlich finde ich ein wichtiger Aspekt, gerade in der Beziehungsarbeit
253 (...) wenn die Patienten selber sagen können: „ah, der Therapeut kann selber über
254 sich lachen“/

255 **B:** Ja klar (...)

256 **I:** Machst du das auch?

257 **B:** (...) Ja, dann sage ich, „ich bin, ja, (.) ich als Nervensäge“ und so weiter. Ja,
258 man kann es machen.

259 **I:** Ja, (..) es sind nicht mehr so viele Fragen, ich würde ganz gerne wissen, wo du
260 die Chancen von Einsatz von Humor siehst? Wo sind die Chancen, wenn du Hu-
261 mor in deiner Therapie anwendest?

262 **B:** (...) Es ist wie gesagt wichtig für die (.) Beziehung, für das Miteinander, (.) es
263 ist sehr, sehr wichtig (...). Nee, das ist wie man sagen würde, jemand begrüßt sich
264 nee, das Vertrauen geschafft wird so, Humor verbindet sehr stark, entspannt, man
265 kann locker damit miteinander umgehen, Nebenschauplätze, also, im Sinne von
266 den Ängste könnten dadurch verschwinden (...). Die Chancen gehen ja so weit, es
267 gibt ja auch das Konzept der Lachtherapie, nee, das man halt wirklich über die, ich
268 sag mal, über Mechanik versucht in Richtung zu gehen. Ich glaub schon, dass die
269 Chancen sehr hoch sind, (..) das es eine gute Wirkung hat, wie gesagt, im Sinne
270 von Signal, auch im Sinne von Verarbeitung (..) und auch im Sinne von Zielset-
271 zung, nee? So das man sagen würde, nicht immer Trauerblasen, sondern dass mal
272 auch ein bisschen in die Richtung sein Leben, auch seine Einstellungen gestalten
273 kann,

274 **I:** Hast du das Gefühl, dass wenn die Situation ein bisschen locker ist, dass die
275 Patienten auch mutiger werden, also, in die Richtung, hm (fragend) (.) Offenheit,
276 dass sie denken, ah, ja, ich könnte es jetzt darüber sprechen, erzählen, ohne Angst
277 zu haben, ich werde ausgelacht, dass die Situation trotzdem nicht oberflächlich ist
278 und der Therapeut mich und meiner Erkrankung ernst nimmt? Ist das so, dass Hu-
279 mor auch Mut machen kann? Oder, dass eine lockere Atmosphäre ermutigt /

280 **B:** Wie gesagt, zusätzlicher Register, glaube ich schon nee, das in die richtige Rich-
281 tung gehen kann. Ermutigt, hm (nachdenkend), (..) auch im Sinne von, dass, dass,
282 Patienten sich mehr zutrauen, im Sinne von mehr Offenheit, oder selber Verant-
283 wortung zu übernehmen. Aber wie gesagt, als Teilaspekt, es ist (..) die anderen
284 Sachen dürfen nicht vernachlässigt werden dadurch. Aber es gibt die Krankheits-
285 bilder, die (..) erstmal zur Beginn mehr Anleitung brauchen, und (..) als Beispiel,
286 und wenn man merkt, dass man los lassen kann, dass jemand sich mehr zutraut,
287 mehr selber versteht, hm (nachdenkend), also selber zu „seinem Therapeut wird“
288 wie es so schön heißt, dann kann auch Humor gut etwas dazu beitragen.

289 **I:** Wo siehst du die Gefahr wenn Humor angewendet wird?

290 **B:** Wie immer auf der Welt, (..) nee, wenn man nicht zuordnen kann so ein bisschen
291 wo die Grenze ist, für ein selber wie auch für die anderen (..). Als Beispiel, ist es
292 ja so, dass die Patienten untereinander sehr viele Witze machen bezogen auf ihre
293 Suchterkrankung (..). Gibt es viele Witze und manchmal wird es auch diskutiert,
294 so, nach dem Motto, wenn man zu viel Witz macht, wie dann auch der Einstellung
295 genug gegenüber der Krankheit ist. Und da ist immer die Gefahr, hm (nachfra-
296 gend), (..) wo hört man auf und wo wird es dann ein bisschen kritisch, dass man
297 sagen würde, dass man ein bisschen zu bagatellisierend insgesamt wirkt: mit sich,
298 mit seiner Umwelt umgeht.

299 **I:** Hm (möchte eine Frage stellen)/

300 **B:** Also, ich weiß es nur, als Beispiel/

301 **I:** Ja, bitte/

302 **B:** Mein Onkel hatte ein Freund der hat nur so interagiert (..). Es gab kein ernstes
303 Wort. Alles war Witz. (..) Alles sollte humorvoll sein (..). Er hatte seine guten Sei-
304 ten, aber er konnte auch dadurch im Endeffekt nerven, aber Tatsache ist, dass man
305 konnte ihm irgendwie auch nicht so richtig vertrauen, weil (..) man wusste jetzt
306 nicht was ist, was ist nicht.

307 **I:** Und das bezieht sich auf seinem ganzen Leben? In allen Bereiche? Arbeitsleben,
308 Privatleben? War er immer so witzig?

309 **B:** Ja (..). Überall wo er auftauchte.

310 **I:** (..) Hm (nachdenkend), ja, eine letzte Frage habe ich noch (lacht, da **B** sich er-
311 leichtert zeigt). Ich formuliere jetzt ein Satz mit der Bitte, dass du es vervollstän-
312 digst: „eine humorfreie Therapiegespräch ist für mich?“...

313 **B:** (4) (Pause)

314 **I:** Eine humorfreie Therapie? Fragezeichen?

315 **B:** (5) Wenn man zum Arzt geht und der ist immer sehr ernsthaft oder (...) sehr
316 steril, sehr konservativ, sehr monoton, eintönig, dann, (..) weist man auch, von mir
317 aus im Sinn von Placebo Effekt, dass (..), dass (.) er so gesehen, ein wenig Chancen
318 vergeigt dadurch. Es gibt auch Studien, was jetzt die, die Arztbeziehung angeht,
319 nee, dass jetzt irgendwie auch so ein bisschen Empathie, Seriosität, das alles trägt
320 dazu bei, dass man dazu nicht gut angezogen sein muss, oder, sagen wir mal so,
321 dass man weißt was man redet, das ist schon mal sehr wichtig. (..) Humorfrei, hm
322 (nachdenkend), wenn man das überträgt, das man sagen würde humorfreien Leh-
323 rer, das wäre schon ein bisschen (..) schrecklich von der Vorstellung.

324 **I:** Auch humorfreier Therapeut?

325 **B:** (...) Sollte es nicht geben. (5) Das /

326 **I:** Würde es was fehlen?

327 **B:** (..) Ja, ich glaube schon. (4) Die Definition ist ein bisschen schwierig (..) aber
328 wenn der Therapeut zum Beispiel nicht ein bisschen lächeln kann, bei Aufnahme,
329 bei Verabschiedung, (..) und diesen Satz „ich wünsche Ihnen alles Gute“ zu tro-
330 cken, ohne bisschen Schwingung, ohne ein bisschen, hm (nachdenkend) (..), im
331 Vorfeld auch gefühlsmäßig so ein bisschen miteinander geschwungen zu sein,
332 nicht nur auf der ernsten Schiene, sondern, dass auch ein bisschen (...) wechselhaft
333 stattfindet, kann das auch von der traurige Seite mal auch ein bisschen weg kommt,
334 und (...) das kann ich mir schon schwer vorstellen, nee, dass man sagen würde,
335 dass wäre eine umfangreiche Therapie.

336 **I:** Und der Gewinn dazu?

337 **B:** Der Gewinn ist auch so schon ein bisschen (..) an geahnt. Auch im Sinne von,
338 von (..) Stoffwechseln auch was Endorphine angeht ist es ja bekannt, dass so ein

339 bisschen Humor, ein bisschen Lachen, schon sehr viel bewirken kann. (..) Auch
340 indirekt, dass da weniger Angst dabei ist (..), dabei entsteht, (..) es ist bekannt, dass,
341 dass (..) sehr wirkungsvoll ist.

342 **I:** Hast du fast in jedem Therapiegespräch was zum Schmunzeln?

343 **B:** Nicht in jeder, aber in vielen. (...) Auch der Umgang, dadurch dass wir hier
344 Regeln beachten müssten, jetzt kann ich auch sehr ernsthaft dahin gehen und
345 könnte auch mit den jüngeren Patienten ernsthaft reden, „hören Sie zu, ich bin
346 ernst, ich lache nicht, Sie haben 2x gefällt, unentschuldigt, ich würde Sie bitten mir
347 zu unterschreiben, dass Sie das (..) eingestehen und falls es nochmal passiert“ und,
348 (..) das ist es, keine so gute Lenkung, so, und das mal auch in diesem Bereich so
349 ein bisschen versucht humorvoll und entspannt (..) auch in dem Konsequenzen
350 einhalten kann man auch ein bisschen humorvoll sein. Auch wenn wir Krisenge-
351 spräche haben, nee, (..) das man sagen würde: „es tut uns leid, wir wünschen alles
352 Gute“ und so weiter es geht (..) oder nicht das(..), weil (..) wenn nicht Humor was
353 ist dann? (..) Bin ich dann irgendwie (...) hm (nachdenkend, fragend), rede ich wie
354 ein Band oder? (lacht) Das ist ja die Frage. Also, wie gesagt, abhängig von der
355 Definition das Humor überhaupt sein könnte aber das man da relativ häufig, so
356 häufig es geht, aber diesbezüglich so, mit Vorbehalt der Vorsicht, nicht zu über-
357 treiben nee? (..) Dann muss man ein bisschen aufpassen, dass es nicht zu viel wird
358 Weil wenn es zu viel wird, wenn es kopiert wird, dann (..) übertreibt (..) /

359 **I:** Dass man nicht mehr ernst sein kann? /

360 **B:** Genau. Dann ist alles nicht ernst und dann ist auch die Aufmerksamkeit, die
361 Konzentration nicht mehr vorhanden auf die Themen und deswegen auch kein
362 Lernprozess im Sinne einer Veränderung.

363 **I:** Mich würde jetzt, obwohl ich gesagt habe, dass ich keine Frage mehr habe, mich
364 würde interessieren, ob bezüglich Humor, auch bei Dir eine Veränderung stattge-
365 funden hat. Ich meine wenn Du an die Anfangszeiten zurück denkst.

366 **B:** (..) Ne, vielleicht nur das man (...). Klar, wenn man anfängt als Therapeut, man
367 ist ja vorsichtig, das ist wie mit einem Autofahrer, (lacht) der schaut häufiger links
368 und rechts, ist nachdenklich, fährt langsamer, was auch immer. Also, ich glaub
369 schon, ich kann mich erinnern an einer Aufnahme, in Rahmen der Supervision,

370 (lacht) dass der Chef (der auch Supervisor ist) meinte: „sie sitzen aber ziemlich
371 steif rum“ (lacht). Es kommt nicht gut an bei Patienten, und (..) hm (nachdenkend),
372 dass ich so ein bisschen, (...) so, die Freiheit (..) gesehen habe, dass es wirklich
373 auch geht, wenn dann mal wirklich locker und ein bisschen humorvoll, nicht so
374 (...)

375 **I:** Ja, von meiner Seite aus bin ich jetzt fertig. Gibt es noch etwas, jetzt zum Ab-
376 schluss, was Du zum Thema sagen möchtest? Was vielleicht nicht gesagt worden
377 ist.

378 **B:** Interessantes Thema, ich glaube, es war letztes Jahr auch ein Thema in der Fort-
379 bildung und der Klinikdirektor hat auch uns Therapeuten und andere Mitarbeitern
380 darauf hingewiesen, nee, dass so Konzepte wie Lachtherapie gibt, wer persönliche
381 Erfahrungen hat, bin ich mir nicht mehr ganz sicher ob er auch das gefragt hatte,
382 wer Erfahrungen im Sinne Einzeltherapie, Gruppentherapie hat. Aber im Ganzen
383 glaube ich schon, dass wie gesagt, die Frage ist, wenn man nicht humorvoll ist,
384 was könnte dann mal sonst sein? Und, dass schon eine Bereicherung ist (..) auch
385 im Sinne von Botschaft, Entspannung, und das im Austausch.

386 **I:** Ja/

387 **B:** Weil Humor wirkt besser wenn ausgetauscht wird.

388 **I:** Bedanke mich sehr/

389 **B:** Viel Erfolg und auch mit dem Ziel, dass es (...) eher eingebaut wird in der
390 Ausbildung, das wäre es wünschenswert.

391

392

393

394

12.4. Interview C

1 I: Zuerst bedanke ich mich sehr weil du dich bereit erklärt hast mir bei meiner
2 Fertigstellung der Masterarbeit zu helfen. Zu Beginn würde ich gerne etwas über
3 deine Arbeit hier in der Fachambulanz wissen. Über deine Tätigkeit als Suchtbe-
4 raterin.

5 C: (..) Ja, ich, hm (nachdenkend) berate Menschen die zu uns kommen mit einer
6 Abhängigkeitserkrankung oder manchmal Menschen die überhaupt nicht wissen,
7 ob sie abhängig sind, das heißt, wir führen auch Diagnostik durch und (..). Aber
8 viele von denen die kommen die haben eigentlich ein Problem und wissen auch
9 um das Problem. Die eine mehr, die anderen weniger und das geht im Gespräch
10 auch darum, in der Beratung zu gucken, wo stehen die, was wollen die, wie ist die
11 Motivation auch zu Veränderung, haben die Druck den sie mitbringen von außen,
12 sei es vom Arbeitgeber oder von der Familie oder sind sie eigenmotiviert, haben
13 selber gemerkt, dass es zu viel ist mit dem Konsum und, dass sie weg wollen vom
14 Alkohol oder von den Drogen oder Glückspiel. Genau. Und in den Beratungsges-
15 prächen versuche ich gemeinsam mit den Klienten herauszufinden was der beste
16 Weg ist für sie (..). Genau. Durch Befragung, einfach durch das Gespräch (..) und
17 im Verlauf der Beratungsgespräche stellen wir dann, wenn derjenige es wirklich
18 möchte auch einen Antrag auf die Therapie (...) welche das dann jeweils ist, es ist
19 auch mit Ziel der Beratung wirklich die bestmöglichen Model quasi für die Klienten
20 herauszufinden.

21 I: Bezüglich deiner Arbeit, die sehr viel mit Gefühle zu tun hat, hm (nachdenkend),
22 momentan, hm (nachdenkend), gerade in der Beratung, was würdest du sagen, mit
23 welche Gefühle bist du hier konfrontiert? Ist es auch Besonnenheit, ist es (...) ja,
24 Heiterkeit, Gefühle vor Freude. Oder was würdest du sagen?

25 C: In den Beratungsgesprächen?

26 I: Ja.

27 C: Hm (atmet tief durch), Heiterkeit, Freude, hm (nachdenkend), kommt sehr sel-
28 ten vor (...).Ich habe eigentlich überwiegend zu tun mit viel Druck, den die Leute
29 mitbringen. Das ist oft, (.) das erste, was ich spüre, sehr viel Druck, Anspannung
30 auch Angst vor dem Gespräch, vor dem Kontakt, überhaupt diesen ersten Schritt

31 zu gehen, in einer Beratungsstelle zu gehen, so zusagen sich einzugestehen irgend-
32 was ist es nicht mehr so wie es mal war und (..) hm (nachdenkend), ja (..). Dann
33 aber schon auch (..) Betroffenheit, manchmal Kummer das Leute anfangen zu wei-
34 nen im Gespräch kommt vor, also, positive Gefühle vielleicht in dem Moment
35 wenn jemand entdeckt, dass (.), hm (fragend), erleichtert ihn, überhaupt hierher-
36 gekommen zu sein, das Gespräch zu führen, festzustellen er ist nicht alleine, auch
37 eine Motivationsgruppe kann er besuchen, ja, genau. Aber Heiterkeit und so, so
38 was (..) eher nicht.

39 **I:** Überhaupt nicht/

40 **C:** In der Beratung selten, wüsste ich es nicht.

41 **I:** Auch später nicht?

42 **C:** Hm (bejahend), also es gibt bestimmte Typen würde ich sagen von Klienten,
43 die sind, (..) diesen (..) eine Art von Zynismus irgendwie mitbringen, die, hm
44 (nachdenkend) (..), selbst ironisch dann über sich, hm (nachdenkend), vermeintlich
45 lustig Auskunft geben was sie alles schon schlimmes erlebt haben, aber auch das
46 ist nicht Heiterkeit. Also, (...) nee, würde ich so nicht sagen.

47 **I:** Hm (fragend), wie sieht es jetzt außerhalb von Arbeit und deiner Arbeitswelt
48 aus? Wie würdest du dich beschreiben? Ist es so, dass du sagst, Humor begleitet
49 mich, ist es einen Teil deiner Leben? Es gibt Leute die fast täglich etwas zu lachen
50 haben, Leute die versuchen es das Positive raus zu filtern. Wie sieht es privat bei
51 Dir aus?

52 **C:** (4) Ja, privat ist es schon so, dass ich (...), hm (bejahend), sagen wir mal so,
53 dass ich einen breiteren Blick irgendwie ins gesamt habe, weil da sind ja theore-
54 tisch alle Themen offen, (..) die so gibt, da bin ich selber ja auch mit mir, mit mei-
55 nem Leben präsent und habe, (..) hm (nachdenkend), habe nicht diese Beratungs-
56 blick quasi, also den eingengten Blick auch auf diese Punkt der Sucht und der
57 Behandlung und der bestmöglichen Vermittlung. Insofern (..) ist da mehr Variabi-
58 lität auf jeden Fall (lacht)

59 **I:** Was ist aus deinem Sicht oder besser gesagt was ist aus deinem professionalen
60 Blickwinkel eine erfolgreiche Beratung? Wann würdest du sagen oder behaupten,
61 dass eine Beratung erfolgreich ist?

62 **C:** (4) Also, (..) eine erfolgreiche Beratung für mich ist wenn (.) es gelingt, (.) für
63 den Klienten wirklich die passende Form der Therapie und Vermittlung dann auch
64 in die Therapie (..) hm (nachdenkend), zu finden und das gemeinsam auf dem Weg
65 zu bringen. Wenn ich das Gefühl habe dann entsteht eine (..) Beziehung so zu sa-
66 gen im laufende dieses Beratungsprozesses, (.) hm (nachdenkend) (.), bis zum ei-
67 nen gewissen Punkt auch ein Vertrauen und das auch, dass derjenigen auch den
68 Mut hat natürlich auch den Schritt zu gehen. Und dann mit ihm gemeinsam raus-
69 zufinden welche den richtigen Weg ist. Das ist erfolgreiche Beratung würde ich
70 sagen (..) wenn der Weg dann auch beschritten wird natürlich. Genau.

71 **I:** Wieder zurück zu mein Thema. (.) Ist eine (..) erfolgreiche Beratung (4), hat eine
72 erfolgreiche Beratung auch was mit Humor zu tun?

73 **C:** (5) Ja, ja gut. Also sehe ich nicht primär aus meiner Sicht, aber, hm (nachden-
74 kend), Humor ist glaube ich schon manchmal ganz gut einfach um die Brisanz raus
75 zu nehmen um die Schwere auch raus zu nehmen aus der ganze Thematik so ein
76 bisschen Leichtigkeit rein zu bringen im Sinne von (..) auf die Schulter klopfen,
77 „das wird schon“ und jetzt, (..) nicht nur in diesen Tunnelblick der schlimmen Ab-
78 hängigkeitserkrankung des Katastrophalen irgendwie zu bleiben, es ist schon
79 wichtig, doch. Aber es geht nicht mit allen, also es (..), kommt doch immer noch
80 an wer mir gegenüber sitzt.

81 **I:** Bezüglich deiner Tätigkeit als Suchtberaterin: was ist deine persönliche Einstel-
82 lung bei der Arbeit was Humor betrifft? Wann würdest du anwenden? Wo (..) wür-
83 dest du dich dagegen entscheiden? Wie (..) denkst du darüber?

84 **C:** (..) Hm (fragend), (..) es ist jetzt, (..) habe so darüber nicht nachgedacht wie
85 meine Einstellung zum Humor ist, (..) hm (nachdenkend), ich würde jetzt im Mo-
86 ment denken, dass ist jeher eine spontane Sache bei mir, dass entscheidet sich im
87 Augenblick (..) und auch welche Portion Humor ich in einer Beratungssituation
88 wage. Denn es kann auch nach hinten losgehen dass einer sich komplett auf dem
89 Schlipps getreten fühlt oder denkt was ist es jetzt das hier, ich werde es nicht ernst-
90 genommen oder so ja? Kommt darauf an. (..) Das entsteht in dem Moment und

91 dann riskiere ich es und manchmal stelle ich auch fest, dass es war vielleicht einen
92 Nummer zu viel, zu viel gewagt ja, aber (..) ich glaube dafür habe ich schon ein
93 ganz gutes Gespür. Das ist nicht so, dass ich das (..) standardmäßig im Gepäck
94 habe und nur darauf warte, das ich eine Situation auspacke wo jetzt Humor dran
95 ist oder so. Es entsteht spontan.

96 **I:** So nach Bauchgefühl?

97 **C:** Ja, genau.

98 **I:** Ist aus deiner Sicht wichtig Humor anzuwenden? Gerade wenn du denkst, dass
99 jetzt ein passenden Moment sein kann. Ist es wichtig?

100 **C:** (4) Ja, also, wie gesagt, ich habe ja von außen drauf geschaut. Aber, (...) ja, ist
101 vielleicht auch wichtig. (...) Ja.

102 **I:** Wir haben vor dem Interview nicht über meine Fragen gesprochen, würdest Du
103 spontan über eine Situation berichten, fällt dir was ein wann einen Witz oder eine
104 humorvolle Situation worüber du berichten kannst? Muss jetzt nicht konkret/

105 **C:** Hm (nachdenkend), doch/

106 **I:** Wenn du zurück blickst/

107 **C:** Doch, doch, es fallen mir schon Situationen ein, aber ich weiß es nicht mehr
108 welche Witze das waren, welche, (..) worum es da ging, aber durchaus hat es Situ-
109 ationen gegeben wo wir beide gelacht haben. Ja.

110 **I:** Wie fühlst du dich wenn jemand jetzt Witze macht, oder wenn jetzt von Klienten
111 etwas Lustiges kommt? Wobei muss (.), du hast selber gesagt, muss man zuerst
112 definieren: ist es was ironisches, ist jetzt Sarkasmus. Wie/

113 **C:** Also, ja, beziehungsweise oder ist es Bagatellisierung? Das ist ja auch so ein
114 Übergang manchmal der fließend ist, dass die Leute dann irgendwie anfangen was
115 ins Lächerliche zu ziehen oder dann so zu tun als wäre das alles ganz witzig und
116 harmlos. Ja, verharmlosen das dann. Dann finde ich nicht gut. Also, (..) wenn, (..) wenn
117 es wirklich so eine Reflexion irgendwie auf das eigene Leben beinhaltet,

118 dann ist das für mich okay. Das es auch nicht so ausladend wird. So, im Rahmen
119 bleibt.

120 **I:** Jetzt rückblickend. Du hast ja gesagt, Moment, muss ich nochmal kurz schauen,
121 dass du seit Oktober 2014 in der Fachambulanz tätig bist. Rückblickend, denkst
122 du, dass du jetzt, mit deinen Erfahrungen, die du mit der Zeit gewonnen hast, an-
123 ders mit dem Thema Humor in der Beratung umgehst? Gibt es Unterschieden zwi-
124 schen den Anfangszeit und jetzt? Hast Du dich früher getraut Humor anzuwenden?
125 Wie hat es sich entwickelt?

126 **C:** Ja, wenn ich darüber nachdenke/

127 **I:** Ich kann es mir vorstellen, dass am Anfang Angst und Unsicherheit/

128 **C:** Ja, das stimmt. Das ist tatsächlich so, dass ich ein bisschen lockerer geworden
129 bin im Laufe der Zeit auch. Am Anfang hätte ich mir so humorvolle Bemerkungen
130 nicht (..) erlaubt, glaube ich, weil ich da sehr genau drauf geachtet habe kein Fehler
131 zu machen, möglichst korrekt auch zu sein, und, dass (...) hm (nachdenkend), dem
132 Klienten das zu geben was er in der Situation braucht. Humor ist es eine Spielart
133 irgendwie, ja, sie stellt sich ein wenn auch eine gewisse Entspannung da ist. Die
134 ich jetzt habe, definitiv. Je als früher. Ja.

135 **I:** Und ich denke, dass auch die Beziehungsarbeit, also auch die Beziehungsebene
136 sehr wichtig ist. Also, wenn das schon entstanden ist, wenn auch Vertrauen da ist,
137 wenn sich gegenüber vertraut, wenn die Klienten sagen können: „ja, ich bin hier
138 in guten Händen, ich fühle mich gut aufgehoben und verstanden“, dann vielleicht
139 noch mehr Platz für Humor sein könnte.

140 **C:** Ja, klar, wobei ich denke, dann kann man auch Überraschungen erleben, auch
141 wenn du eine gute Beratungsbeziehung hast und riskierst Humor, kann es trotzdem
142 passieren, dass es dann in dem Moment bei den Gegenüber einfach nicht so an-
143 kommt. Ja. (..) Das ist auch eine Möglichkeit. (...) Ich glaube nee, was da je eine
144 Rolle spielt bei mir ist es, dass ich jetzt viel, viel mehr Erfahrungen mit Menschen
145 überhaupt habe. Also die vielen, vielen, vielen, vielen Klienten die wir hier hatten,
146 die ich hier auch hatte inzwischen ja, (..) in dieser Summe, ich glaube ich habe eine
147 bessere Menschenkenntnis, definitiv, seitdem erworben und, habe das schneller im
148 Gefühl wer sitzt mir gegenüber, was geht und wie muss ich mich wem verhalten.

149 I: Hm (bejahend)/

150 C: Und da, da wird auch der Humor quasi einsortiert in dieses Raster, in Einfüh-
151 rung Striche.

152 I: Jetzt noch eine Frage zu dir persönlich: kannst du dich selber auf/

153 C: Ja.

154 I: Auf die Schippe nehmen?

155 C: Ja.

156 I: Auch in Gespräche?

157 C: Ja. (...) Denke ich schon. (..) Also jetzt mit den Klienten meinst du?

158 I: Ja.

159 C: Weil du mich persönlich gefragt hast.

160 I: Ja, genau.

161 C: Hm (nachdenkend), doch. Ich denke schon. Grundsätzlich ja.

162 I: Ich kann von mir persönlich sagen, dass ich schon manchmal mich über mich
163 lustig mache und sage zum Beispiel: „oh, bin ich dusselig und in dem Alter ver-
164 gesslich“/

165 C: Ja, hm (bejahend).

166 I: So, das ich über mich selber lachen kann. Dann entsteht eine Lockerheit in dem
167 Moment.

168 C: Ja.

169 I: Gut. Hm (nachdenkend), am Anfang hast du mir gesagt, dass du eine humorvolle
170 Person bist, ich erlebe dich auch so, deswegen würde mich mal interessieren, ob
171 du dieser Seite von Anfang an im Gespräch zeigst? Oder ob du denkst, dass am
172 Anfang, gerade Erstgespräch, vielleicht sogar auch das zweite Gespräch soll von

173 Seriosität begleitet werden und deswegen kann und möchte ich mir nicht erlauben
174 Humor anzuwenden. Wie denkst du darüber? Oder du denkst, ich bin so, ich bin
175 humorvoll, wenn es schon am Anfang an ergibt, dann (...) dann zeige ich das?

176 C: Hm, hm (bejahend). Eher so. (...) Also ich habe nicht so, (..) nicht mehr, dass
177 hatte ich am Anfang in den ersten sechs, acht Monaten der Beratungsarbeit ein
178 Konzept in Kopf wie ich vorgehe, an dem ich mich auch orientiert habe für die
179 Beratung, aber das nur als ich neu war. Aber das mache ich schon lange nicht mehr
180 so. Also es ist, es ist wirklich so ein Spontanes mich einstellen drauf wer sitzt mir
181 gegenüber. Und dann schaue ich was geht. Oder eben was geht nicht. (lacht) Ja,
182 meistens läuft so bei mir, ja. Da fällt auch der Humor rein oder eben nicht.

183 I: Ich möchte von dir wissen, welche Chancen in und bei der Anwendung von
184 Humor in der Suchtberatung du siehst. Was könnte man gewinnen wenn Humor
185 angewendet wird? Was sind die positiven Seiten? Denn es gibt auch Grenzen, dar-
186 über später.

187 C: Na ja, also ich könnte mir schon denken, dass es vielleicht eine gewisse Locker-
188 heit einfach produziert beim Gegenüber auch, dass Anspannung die am Anfang
189 vielleicht da ist dann (.) schnell weg fällt, wenn derjenige auch offen ist dafür,
190 wenn er nicht ist, dann (...) kann es wie gesagt auch anders ausgehen (lacht), aber
191 wenn er ist, dann kann das auch für Entspannung, Lockerheit auf der Seite des
192 Klienten sorgen oder vielleicht auch ein Gefühl vermitteln, ah, das ist doch alles
193 ganz nicht so schlimm wie ich selber für mich dachte und ich kriege das schon
194 hin. Also so eine positive Perspektive vielleicht einfach eröffnen, erstmal für die
195 Beratung und für alles was sie sich daraus weiter ergibt.

196 I: Du hast ja auch selber gesagt, jetzt gerade, das Wort Offenheit gesagt, noch
197 konkreter dachtest du an einer „Eröffnung“. Ich denke, dass wenn gerade eine lo-
198 ckere Atmosphäre mit Anwendung von Humor erschaffen wird, dann werden die
199 Klienten auch offener. Auch mutiger, in dem Sinne, dass sie alles erzählen, es wird
200 mir niemand was übel nehmen, meine Probleme werden wahrgenommen. Was
201 denkst Du darüber?

202 C: Ja, wobei das würde ich nicht, (..) ich jetzt nicht über den Humor steuern, son-
203 dern da glaube ich, hm (nachdenkend), (...) ist Humor vielleicht ein Beitrag. Aber
204 ich glaube das ist eher, was, was (..). Also, Offenheit entsteht glaube ich eher aus

205 der inneren Haltung so zu sagen raus wirklich, das alle Themen, alles ist erstmal
206 okay und zugelassen. Alles darf angesprochen, besprochen werden. Wichtig ist
207 auch wie man darüber spricht, das man respektvoll miteinander umgeht und so
208 weiter. Und Humor ist es auch manchmal schwierig, ja. Was für den einen Humor
209 ist, ist für den anderen eine Klatsche ins Gesicht, oder so, ja. Das kann auch nach
210 hinten losgehen. Die Gefahr sehe ich beim Humor manchmal.

211 **I:** Apropos Gefahr/

212 **C:** Genau/

213 **I:** Oder Risiko, wie zum Beispiel ausgelacht zu werden.

214 **C:** Genau, oder das es, (..), das, hm (nachdenkend), dass das um gesponnen wird.
215 Gut, jetzt denke ich mehr an die Gruppe, an die Motivationsgruppe. In der Bera-
216 tung ist ja sicherlich nicht der Fall, aber (...) ja dass es übertrieben wird und man
217 so vom eigentlichen Weg abkommt und dann eher auf das humoristischen Art alles
218 sieht, das konnte auch passieren. (...) Wobei im zweier Gespräch wahrscheinlich
219 eher weniger.

220 **I:** Ja, ich würde jetzt, (...) ich habe nicht mehr viele Fragen, eigentlich nur noch
221 eine Frage. Wenn ich jetzt etwas was mit meiner Arbeit betiteln würde, dann wäre:
222 „humorfrees Beratungsgespräch“!

223 **C:** Humorfrei?

224 **I:** Ja. Was denkst du darüber?

225 **C:** Puh, (...) dann denke ich erstmal, dass es trocken ist und (...) ja, so eine, so
226 eine Amtssprache vielleicht auch das man die Dinge abhakt, die erledigt werden
227 müssen, so ein formales Gespräch irgendwie, mit wenig Leben. (..) Aber (...) Das
228 muss es ja nicht sein.

229 **I:** Therapeutisch würde jetzt mal fragen, von einer Skala von 0 bis 100, okay 100
230 ist es übertrieben, wie viele Gespräche denkst du beinhalten auch ein wenig Hu-
231 mor, in wie viele Gespräche wird gelacht? Es ist wahrscheinlich schwierig jetzt
232 eine Zahl zu nennen, aber grob, wie oft wird ein Witz gemacht, oder geschmunzelt
233 in manche Situationen?

234 C: Hm (bejahend), (8) ich würde sagen, sind unterm Strich nicht so viele, weil es
235 schon insgesamt doch eine ernste Thematik ist und (...) ja, (..) ernstere Anliegen,
236 aber vielleicht von zehn Gesprächen zwei, (..) oder so.

237 I: Ja, wir sind jetzt fertig, am Ende angelangt, ich bedanke mich bei dir und weiter
238 alles Gute mit und in der Beratung.

239 C: Danke (lacht).

12.5. Interview D

1 I: Dann fangen wir an. Zuerst bedanke ich mich natürlich sehr (schmunzelt), ich
2 habe schon vorher erwähnt, dass es nicht selbstverständlich ist, dass ich Hilfe be-
3 komme. Zu Beginn möchte ich mal was über deine Arbeit hier wissen. Besser ge-
4 sagt möchte ich über deine Tätigkeit als Suchtberaterin wissen. Kannst Du mir
5 bitte alles erzählen: was du so machst, seit wann du das machst/

6 D: Ah so, ein bisschen die Eckdaten/

7 I: Genau.

8 D: Ja, ich mache das seit 1991, mit zwei zeitlichen Unterbrechung, der Kinderer-
9 ziehungszeiten. Hm (nachdenkend), habe mit der Beratung angefangen, habe dann
10 die Therapiegruppe gemacht, bin in der Suchtprävention tätig, betriebliche Sucht-
11 prävention und kontrolliertes Trinken (..). Ja, sozusagen die ganze Palette die in
12 der Suchtberatung vorkommt und in der Therapie hier in der Beratungsstelle. Alles

13 was hier in der Beratungsstelle angeboten wird habe ich schon mal gemacht, außer
14 der CASA ¹²

15 **I:** Ja, du hast vorher ganz kurz über mein Thema erfahren und jetzt möchte ich
16 wissen, wie siehst du diesbezüglich deine Arbeit. Was für Emotionen kommen in
17 der Beratung, positive oder auch negative?

18 **D:** (..) Ja, (lacht), dann kommt natürlich beide, positive und negative. Soll es jetzt
19 nur um die positive/

20 **I:** Nein, alles/

21 **D:** gehen? Das finde ich hier (..) das besondere, dass hier so viele verschiedene
22 Leute herkommen und die sehr unterschiedlich auf mich und auf das Angebot re-
23 agieren und insofern (..), hm (nachdenkend), ist das für mich immer so spannend
24 wie sich so Beziehungen entwickeln, und (..), aber das man da relativ häufig, so
25 häufig es geht, aber diesbezüglich so, mit Vorbehalt der Vorsicht, nicht zu über-
26 treiben nee? (..) Dann muss man ein bisschen aufpassen, dass es nicht zu viel wird
27 Insofern (..) ist es irgendwie beides(...). Ich habe lieber die humorvolle Seite, wenn
28 wir hier miteinander lachen, hm (wohlführend), weil ich finde, dass das jeder (..)
29 auch wenn Probleme schon ganz schrecklich sind, das es immer so einen Aspekt
30 gibt, (..) hm (bejahend), mit dem man sich (..) auch man amüsieren kann, mit dem
31 man sich freuen kann. Besonders freue ich mich wenn ich Leute die eine Entwick-
32 lung für sich machen, (..) so, (..) dann, habe ich, entwickele ich positive Gefühle.
33 Es ist aber wieder was anderes als jetzt in der Beziehung, so was wie humorvolles
34 zu haben.

35 **I:** Hm (nachdenkend), (..) jetzt mal was ganz anderes: deine private Seite, diese
36 Seite würde ich gerne auch mal kennenlernen. Ja, bist du eine humorvolle Person
37 zu Hause, welcher Stellenwert hat Humor bei dir in der Familie?

² CASA: Beratung für Wohnungslosen in der Caritas Verband, u.a. auch Suchtberatung für Wohnungs-
losen in Rahmen der WALK- Projekt

38 **D:** (lacht) Also, ich gelte als die, die (lacht) typisch „Doris Witz“, heißt, da lacht
39 keine außer mit drüber (lacht), (..) (lacht wieder) das gibt es/
40 **I:** (lacht) Wer sagt das?
41 **D:** (lacht) Alle (lacht).
42 **I:** (lacht) Also auch die engen/ (lacht)
43 **D:** (lacht) Die Enkeln?
44 **I:** Nein, (lacht) die engen/
45 **D:** (lacht) Ah (lacht)/
46 **I:** Die Personen, die zu dir nah stehen, der engen Personenkreis. (lacht)
47 **D:** (lacht) Ich habe gar keine Enkeln/
48 **I:** Es geht um deine Familie, Mann und Kindern/
49 **D:** Ja, es geht nur in den Rahmen. So (.), ja. Was habe ich noch sonst? Ja, ich bin
50 schon eine die gerne lacht zu Hause, und (..) bin für die Emotionen zuständig. Ja
51 (lacht), beides. Beide Seiten glaube ich, so ein bisschen. Ja. (...) Was willst du
52 alles wissen von mir?
53 **I:** Ja, so wie du es erzählt hast, so wie du die Sache siehst. Auch als Mutter zum
54 Beispiel, wenn die Tochter schlechte Noten nach Hause bringt, oder Null Bock auf
55 die Schule (..). Du hattest dieses Jahr, nein, Entschuldigung, letztes Jahr ein paar
56 schwierige Zeiten und Momenten in der Familie gehabt und (..) wie, das würde
57 mich interessieren/
58 **D:** Ah, so, das meinst Du/
59 **I:** Das würde mich interessieren wie bist du damit umgegangen? War noch Platz
60 für Humor, für Witze?
61 **D:** Ja, natürlich. Mein Motto ist, seit ich selber krank war, (...) ich tue mir jeden
62 Tag was Gutes, (lacht) zum Beispiel. Ich tue mir was gutes, was mir Spaß macht,

63 was worüber ich mich freue, so. Also, das hat, das ist geblieben jetzt. (..) Das ma-
64 che ich auch (lacht). Sofern, bin ich immer sehr froh und (...). Also ich nehme mir
65 den Raum und das weißt die Familie und manchmal machen sie mit und manchmal
66 sagen sie, äh, jetzt macht mal die Mutter wieder mal was für sich (lacht), muss sich
67 wieder mal was Gutes tun, geht wieder ins Café, (..). Ich gehe ganz gerne ins Café,
68 ich treffe mich mit einer Freundin und (.) schwätze gerne, und (.) gehe gerne Fahr-
69 rad fahren und so, bin gerne an der frischen Luft, im Schwimmbad und all solche
70 Sachen und dann bin ich (...) das gibt mir ein gutes Gefühl, (..) das wirkt sich auch
71 nach außen auch (lacht).

72 **I:** Schön. Eine positive Einstellung.

73 **D:** (lacht) Ja.

74 **I:** Zurück zu deiner Arbeit und Tätigkeit. Ich würde gern wissen was für dich eine
75 gute Beratung bedeutet? Was kannst du behaupten, ja, es war jetzt eine erfolgrei-
76 che Beratung gewesen?

77 **D:** (...) Ja, also, einmal wenn ich die Informationen, die der Klient oder die Klien-
78 tin braucht um für sich irgendwie eine Entscheidung treffen zu können, also (..) wenn ich die (..), das Gefühl habe, ich habe die gegeben, ich habe dem sozusagen
79 das an der Hand gegeben, dass er oder sie für sich schauen kann, wo sie steht und
80 wo sie hin will, so (...). Das ist eigentlich, dann ist die Beratung, wenn ich jetzt in
81 der Beratung bleibe, dann ist die Beratung für mich gut gewesen. Wenn eine Per-
82 son in der Lage ist für sich zu sagen, entweder, (.) ah, das reicht es mir jetzt hier,
83 ich komme alleine zu recht, oder, (..) meinerwegen auch, ich entscheide mich dafür
84 weiter zu trinken, aber ich habe das gehört und es bleibt in meinem Kopf und so,
85 (..) oder jemand sagt, (..) ja, ab jetzt habe ich für mich kapiert, ich muss den und
86 den Weg gehen und dann, (..) unterstütze ich ihn natürlich und kann es weiter ge-
87 hen. Und der Punkt ist glaublich,(.) dass, (..) das jemand für sich dann eine Ent-
88 scheidung treffen kann. Und dann bin ich, glaube ich, jetzt inzwischen, nach den
89 vielen Jahren hier auch (.) offen, (...) offener in verschiedensten Richtungen ge-
90 worden. Also, ich kann es dann auch ganz gut akzeptieren, auch wenn ich es weiß,
91 oh, wenn er so weiter trinkt, (.) trinkt sich vielleicht tod, aber wenn er so entschei-
92 det jetzt in dem Moment, dann ist es so, dann (..) kann ich das glaube ich denjeni-

94 gen auch zugestehen und dem auch mitgeben, dass er, (..) wenn er wieder den Be-
95 darf hat, wenn sich was ändert bei ihm, dass er wieder zu mir kommen kann und
96 ich glaube, das bringe ich auch ehrlich rüber weil ich es auch so meine.

97 **I:** Heißt das, dass eine erfolgreiche Beratung auch mit Akzeptanz zu tun hat?

98 **D:** Ja. Das musste ich auch lernen hier, dass (..) hm (nachdenkend), das ich nicht
99 die Weisheit sozusagen hier (..) gepachtet habe (..) was der richtige Weg ist für
100 jemand. Dafür habe ich hier je schon so viele (..) wo ich dachte, na, das kriegt er
101 nicht mehr hin und er hat doch einen Weg gefunden für sich. So. Ich kann es nur
102 begleiten auf dem Weg und (..) anbieten, (..) wenn es dann wieder passt, (..) dann
103 auch wieder hier andocken zu können und kein schlechtes Gewissen haben zu müs-
104 sen und ich stehe dann da und tue ich so, ja, dann habe ich doch gleich gesagt.
105 Wenn sie schon doch, (..) wären sie schon mal vor 3 Jahren, (..) haben wir schon
106 mal darüber geredet, oder so was meine ich. Habe ich vielleicht manchmal am
107 Anfang gedacht. Aber jetzt (...), ist es (..) in den letzten Jahren, (..) bin ich da glaube
108 ich, gelassener geworden, und (..) akzeptiere mehr.

109 **I:** Meinst du, dass jeder seiner eigenen Zeit braucht/

110 **D:** Ja/

111 **I:** und Rhythmus und braucht Zeit um Entscheidungen zu treffen.

112 **D:** Ja, genau. Und die Entscheidungen, ich weiß die nicht. Ich weiß es nicht was
113 die richtige Entscheidung ist für jemand. So. Das hat mir auch das Programm kon-
114 trolliertes Trinken, weil das sind ja auch Leute drin die sagen, die wollen ja nicht
115 aufhören, die Abstinenz ist nicht deren Ziel und so, und dann war ich ja auch oft
116 skeptisch und ich merke aber, (..) dass, (..) das auch ein Weg ist, (..) der bei manche
117 funktioniert, und bei anderen nicht und die kommen dann irgendwann wieder und
118 sagen, ah, jetzt würde ich gerne eine Therapie machen. (..) Gut, dann werden sie
119 auch eine Therapie machen.

120 **I:** Was meine Thema betrifft, würde ich gerne wissen, wie du darüber denkst? Was
121 ist deine Meinung über Humor in der Suchtberatung? Haben Witze und Heiterkeit
122 Platz wenn über so ein ernstes Thema wie Sucht debattiert wird?

123 **D:** Humor (..) na also. Ich finde (..), also, ich kenne jetzt nicht die Definition von
124 Humor, keine Ahnung, aber wenn ich jetzt denke, es muss immer Platz geben auch
125 in der Beratung, auch in der Therapiesitzungen, auch in der Nachsorgegruppe, wo
126 bei alle Ernsthaftigkeit der Themen, (..) wir auch über etwas lachen können. So.
127 (..) Das gehört für mich dazu. Das ich, (..) das ist manchmal so, manchmal man
128 lacht in einem Moment und ist es witzig, irgendwas ist witzig und dann kommt ein
129 ganz ernsthaftes Thema. Gut. Dann, dann (.) schaltet man um auf das Thema. So.
130 Aber das andere/

131 **I:** Aber für ein paar kurze Momente/

132 **D:** Hm (bejahend), ja, es ist auch für die Stimmung in der Gruppe (..). Es geht es
133 nicht darum darüber zu kaspeln oder so was, (..) aber es soll beides da sein können:
134 soll das Lachen da sein können, soll das Weinen da sein können. So. (..) Also, aber
135 das ist jetzt mehr in der ambulanten Therapie zu finden. Jetzt bin ich wieder bei
136 der Therapie. In der Beratung, da habe ich nur Einzelpersonen im Einzelgespräch.
137 Das ist wieder noch mal was anders.

138 **I:** Ja, es ist nicht vergleichbar, weil die Beratung viel kürzer als eine ambulante
139 Therapie ist, die sich über Monaten hinzieht.

140 **D:** Ja, eben. Genau.

141 **I:** Und weil gerade die Beratung nur von kurzer Dauer ist, möchte ich wissen, ob
142 eine Humorintervention in so einer kurzen Zeit noch möglich ist? Wie ist deine
143 Einstellung darüber?

144 **D:** Oh. Ja, ich sehe jemand nur drei Mal/

145 **I:** Genau/

146 **D:** Manchmal entwickelt sich was und dann (...) das hat ja mit der Beziehung, die
147 (...) die sich gestaltet zu tun. Also, (..) manchmal dann sehe ich jemand nur fünf
148 Minuten und wir können über etwas ein Witz machen oder so, über was lachen (..) und,
149 hm (nachdenkend), auch über das Thema, auch dieses was, was bezüglich
150 Sucht gewesen ist und mitgemacht hat, dann kann man auch darüber lachen. Aber
151 es geht nicht bei jeden und das ist ja was, das ist das schwierige in der kurzen
152 Beratungszeit. In der Therapiegruppe oder wenn ich jemand über Jahre begleite

153 und eine Beziehung aufgebaut habe, dann ist es ein fester Platz, irgendwie, das wir
154 miteinander lachen können, Witze machen, so (lacht). Glaube ich, dass in der Be-
155 ratung ist das nicht immer der Fall. Das ist (..), das hängt dann so ein bisschen wie
156 die Beziehung sich entwickelt in dieser kurzen Zeit.

157 **I:** Du hast gesagt, dass du, und das gebe ich zu, dass du eine sehr humorvolle Per-
158 son bist, privat aber auch bei der Arbeit. Bei der Arbeit kenne ich mehr von dir, als
159 jetzt privat, würdest du, hm (nachdenkend), (..) würdest du sich zurück halten? Ich
160 meine, du bist so wie du bist/

161 **D:** Ja, ich bin so wie ich bin/

162 **I:** Genau/

163 **D:** Ich bin so, ich halte mich nicht (...), also, (...) wenn mir danach ist, irgendwie
164 (...) so zu sein, dann bin ich es auch. Ich kann gar nicht anders. Es geht bei mir
165 nicht. Aber ich merke es natürlich wenn bei manche Personen Humor mehr Platz
166 annimmt als bei anderen.

167 **I:** Also/

168 **D:** Ich stelle mich schon dann ein bisschen ein auf die Person was ich zu beraten
169 habe. Aber das ist so, dass (...) erstmal, gehört es für mich dazu. Dann merke ich
170 bei manchen, hm, (.) dann ist das (..) passt es nicht, dann geht es nur um das sach-
171 liche Aufzählung von irgendwas und mehr soll es überhaupt nicht laufen. Aber
172 dann wo es um die Beziehung irgendwie geht, da gehört es so. (..) Vielleicht ist es
173 das so: wenn es um Beziehungsaufbau geht, dann gehört es für mich dazu.

174 **I:** Also, nicht so dass du sagst, ich weiß, dass ich witzig bin, dass ich auch Witze
175 benutzen kann, dass ich auch sehr gut Witze machen kann, aber bloß nicht im
176 Erstgespräch, wenn, dann erst später.

177 **D:** Ich mache das spontan. (lacht) Also, (lacht) ich bin so. Entweder das ist, (..) ich
178 überlege mir das nicht. Ich überlege mir nicht, ich will jetzt irgendwie witzig sein,
179 oder ich will jetzt irgendwie (..) dann Heiterkeit rein bringen. Das passiert mir oder
180 passiert nicht. Dann (...) ich spüre halt, glaube ich, also so viel Empathie traue ich
181 mir beruflich zu, (..) (lacht), (..) dass ich dann spüre, wenn das für jemand ganz
182 schwierig ist. Dann, (..) halte ich mich zurück dann.

183 **I:** Hat das auch zu tun, oder besser gesagt ist das auch deine Entwicklung/
184 **D:** Klar/
185 **I:** Wenn du zurück an deiner Anfangszeit hier denkst und an heute, denkst du,
186 wenn es passt, passt/
187 **D:** Ja, am Anfang ist man ja irgendwie viel unsicherer auch in seiner eigenen Rolle,
188 und wie man sich von dem Gegenüber gesehen wird und so, und da (..) mache ich
189 mir jetzt keine Gedanken, mehr Druck sozusagen, sondern das hat sich so entwi-
190 ckelt und ich weiß jetzt wie ich mit den Leute rede und dann kommt es wenn es
191 passt.
192 **I:** Eine ganz andere Frage: ist dir irgendwie im Gedächtnis geblieben so Momente,
193 wo du sagst, ah ja, ich erinnere mich jetzt/
194 **D:** Ein kleines Beispiel, oder was?
195 **I:** Ja.
196 **D:** Ah, da fehlt mir jetzt gar nichts, (4) also jetzt in der Beratungssituation ist jetzt
197 ein bisschen schwieriger, (6) nein, ich kann jetzt kein Beispiel, (.) also wenn ich
198 hier mit jemand sitze und wir sprechen beide, es kann über etwas sein, wie zum
199 Beispiel Missverständnis, oder er hat mir was erzählt, so, und ich hab es irgendwie
200 falsch verstanden (..) und dann klärt sich aus und dann sitze wir hier beide und wir
201 lachen drüber (lacht). Das zum Beispiel (lacht), wäre vielleicht ein kleines Bei-
202 spiel.
203 **I:** Apropos lachen: ich stelle immer die Frage: kannst du dir, kannst du dich selber
204 auf die Schippe nehmen und über dich lachen?
205 **D:** Manchmal (lacht). Nicht immer (lacht).
206 **I:** Auch in der Beratung? Wenn es einfach so kommt?
207 **D:** Ja (lacht). Also, (..) ja (lacht), das glaube ich schon. Ja. Aber auch nicht immer.
208 Also, ich bin auch mal gut drauf, mal nicht so gut drauf, und dann, (...) ja, kann
209 ich auch manchmal über mich lachen.

210 **I:** Ja, hm (nachdenkend), (4) was bedeutet für dich wenn die Klienten in der Bera-
211 tung Witze machen? Wie reagierst du wenn die Leute Witze erzählen oder manch-
212 mal Blödsinn erzählen? Wie begegnest du sie?

213 **D:** (5) Das kommt immer drauf an ob das in Rahmen passt hier, (..) also das Platz
214 hat wo es hingehört oder wenn einer jetzt andauernd nur (..) also ich frage jetzt was
215 und er macht irgendwie Witze dauernd und kommt gar nichts zum Punkt um den
216 es geht, dann (..), hm (nachdenkend), dann, (..) da sage ich dann auch, nicht so
217 ernst, sage ich, jetzt haben wir viele Witze gemacht, so (lacht), es war ja alles wit-
218 zig, aber trotzdem jetzt haben wir hier noch was zu besprechen und unsere Zeit ist
219 in einer Viertelstunde um, und schauen sie mal hier, wir sind jetzt erst (..) da und
220 da gelandet und jetzt müssen wir mal was arbeiten. So.

221 **I:** Ja, verstehe.

222 **D:** Das ist meine Art dann.

223 **I:** Ja. Wir erleben beide in der Beratung auch unangenehme Momente. Wenn zum
224 Beispiel (..), wenn manchmal Angehörigen dabei sind und sie weinen, sind ver-
225 zweifelt, weil (..) die einfach nicht mehr können, hm (nachdenkend), passt da, auch
226 so (...), besser gesagt gibt es in einer solchen Situation, ernsthafte Situation Platz
227 für Heiterkeit? Kannst du dich an solche Momente erinnern? Was würdest du dar-
228 über sagen?

229 **D:** Also da erlebe ich das auch so, dass das so hin und her schwanken kann. (..)
230 Also das ist immer sehr schwer wenn man solche Klienten, gerade wie die Ange-
231 hörige, (..) manchmal ist es ja so, sie kommen hier und dann platzt es aus ihnen
232 raus (..). Hm (nachdenkend), wenn jetzt ein Paar, meinst du jetzt das beide, oder?

233 **I:** Ja/

234 **D:** Meinst du jetzt ein Paar oder Angehörige alleine?

235 **I:** Nein, allgemein, ich meine Angehörige die betroffen sind.

236 **D:** Ja, genau, das ist manchmal auch sehr tragisch, so. Und ich kann das auch sehr
237 nachvollziehen, so, wie es den Angehörigen geht und ich (..) will den auch hier
238 den Raum geben und sage, ja, das (...) sie haben gar keine Gelegenheit gehabt und

239 das müssen sie, (..) der Betroffene sich jetzt auch (..) anhören jetzt, so. Dann ist es
240 eine schwere (..) Situation, aber mein Ziel ist es ja eigentlich immer, dass wir(..)
241 dann im Gespräch vor allem auf einem Punkt kommen wo so was gibt wie (..) wie,
242 das Leid gibt es auf der eine Seite, aber es gibt auch ja, (..) Sie sind jetzt hier, Sie
243 haben es geschafft zusammen hierher zu kommen, so (..) und das ist für mich so
244 ein Zeichen, Sie haben beide das Gefühl das soll sich was verändern, und das bringt
245 mich dann auch (..) wieder in so eine, hm (nachdenkend), (..) diese positive Rich-
246 tung. Und wir schauen mal und versuchen (...), ich versuche mal im Auge das
247 Positive zu behalten, von beide Seiten das Positive rauszustellen und darüber gibt
248 es auch manchmal (...) dann sitzen sie hier und gucken sie sich an und dann (...),
249 dann kann ich manchmal sagen, ah Sie lächeln sich gerade an, oder so. Und dann
250 kommt so was ein (..), es ist nicht immer so, aber (..) ich freue mich wenn das,
251 wenn das auch kommt, in einer solchen Situation oder Gespräch.

252 **I:** Wenn ich jetzt auf das zurück blicke, was du bis jetzt erzählt hast, merke ich,
253 dass das Spontane was der Einsatz von Humor betrifft, wie ein roter Faden durch
254 unsere Interview läuft. Klarer gesagt, nur weil du siehst und erlebst, dass eine Mut-
255 ter traurig ist weil der Sohn konsumiert, oder eine Ehefrau weint, weil sie wegen
256 des Konsums des Ehemannes sie einfach erschöpft ist, entscheidest du dich nicht
257 sofort nur die negative Gefühle zu „behandeln“ und mit allen anderen Gefühle,
258 auch die positive dich zurückzuhalten/

259 **D:** Nein. Das kenne ich so nicht. (..) Ist ja, (..) also, das ist ja so, und es hat auch
260 seinen Platz, mit den vielen negativen, (..) hm (nachdenkend), es sind ja viele Ver-
261 letzungen, viele Verletzungen (...) gemeinsam dadurch gemacht wurden, so. (...)
262 Aber (...) ja, also, ganz oft finde ich (..) gibt's dann jetzt eine Kleinigkeit wo ich
263 merke, ah, zwischen den ist noch was, so. Wenn ich das sehe, dann (..) lächelt
264 zumindest ich (lacht). Und gebe es den zurück.

265 **I:** Kann man kitzeln, das sage ich immer so, kitzeln (lacht).

266 **D:** Ja, genau. Genauso. Ja, ja. Wobei jetzt als Beispiel kann ich schon sagen, dass
267 ich frage, was hat innen gefallen? An einander gefallen damals, so. Oder wo ist
268 das vergraben, in welchem Loch? Oder irgendwie so die Richtung (lacht).

269 I: Ja, genau, ich erinnere mich auch an meiner Beratung, wie genau diese Sekunden
270 festgehalten, von mir festgehalten werden, wo ich genau diese Punkt treffe und
271 dann sofort zurück melde, sofort/

272 D: Ja, genau/

273 I: Zurück zu melden: aber Sie lachen doch/

274 D: Ja, (lacht) kann ich mich auch sehr gut erinnern.

275 I: Ja, es ist sehr interessant. Ja, ich würde jetzt mal gerne wissen, was du über die
276 Chancen von Humor in der Beratung denkst. Können wir von Gewinn reden?

277 D: Hm (nachdenkend), also, wenn die Person die mir gegenüber sitzt, das Gefühl
278 hat, ich nehme ihm ernst (lacht), also, das ist, das ist der Grund eigentlich, also,
279 Humor da, und so (..) Heiterkeit da ein Platz wo gleichzeitig klar ist, jetzt ist, (..)
280 jetzt sind wir hier zwei Personen, und jeder nimmt den anderen ernst wie er ist,
281 so, (..) dann ist das gut, ist gut für die Beziehung, ist gut für Entwicklung von posi-
282 tiven Gefühle, überträgt sich auch auf die Betroffenen, und (..) oft wäre er ja dann
283 eher für sich hoffnungsvoller raus, ah, ich werde schon irgendwie es hinkriegen,
284 so.

285 I: Ich bin der Meinung, dass auch so ein Vertrauen entsteht/

286 D: Ja/

287 I: in solcher Momente. Das als Klient sagen kann, ja, ich kann mit der Beraterin
288 auch mal lachen, aber wiederum nimmt sie mich ernst und beide wissen warum
289 ich hier bin/

290 D: Ja, genau/

291 I: ich weiß was ich erreichen möchte und ich weiß, dass sie mich begleiten wird.

292 D: Ja, also das ist es die Chance das es eigentlich besser geht damit, (...) wenn man
293 auch diese (..) wenn, (..) auch so eine heitere Seite miteinander teilt, so. Und die
294 Gefahr, also, wenn (..), wenn das wieder auf hinaus läuft, dass man miteinander
295 ernsthaft (...) also, nicht mehr ernsthaft miteinander reden kann. Weil es gibt ja
296 solche Leute die so, (..) die also man nicht mehr ernsthaft miteinander reden kann,

297 als Klient jetzt zum Beispiel, mag es auch vielleicht Berater geben, hoffe ich bin
298 nicht so eine (lacht), aber bei den Klienten die da sind über alles hinweggehen. Das
299 würde ich als Beraterin erst mal gar nicht ernsthaft (...)also wenn man gar nicht
300 ernsthaft miteinander reden kann, sondern nur flapsig oder nur so, dass es nur ober-
301 flächlich ist und dann (..), dann ist es eher (..), dann ist nicht förderlich für den (.)
302 Entwicklungsprozess. Solche Leute hat man ja auch manchmal, die überhaupt gar
303 nicht, die das (..) so benutzen (..) um sich dann nicht einzulassen auf was, (...) das
304 kann (...). Also diese Humor kann dafür helfen, weil dann, (.) wirklich wie du
305 schon gesagt hast in den Vertrauen, man hat schon so eine Atmosphäre geschafft,
306 dass die Klienten bereit sind hier in dieser Atmosphäre von sich Sachen zu erzäh-
307 len, so.

308 **I:** Ich sage immer, dass die Klienten mutig werden, dass diese humorvolle Inter-
309 vention eine Atmosphäre schafft in dem die Klienten ermutigt werden offen zu
310 sein und offen über die Problematik zu reden.

311 **D:** Ja, genau.

312 **I:** Offen und mutig.

313 **D:** Ja.

314 **I:** Ja, wir sind fast am Ende angekommen/

315 **D:** Oh (lacht)/

316 **I:** Ja (lacht). Meine letzte Frage ist eigentlich keine Frage, sondern mehr ein Motto,
317 ein Motto was ich jetzt einfach spontan im Raum „werfen“ möchte: humorfreies
318 Beratungsgespräch, punkt, punkt, punkt.

319 **D:** Ein humorfreies Beratungsgespräch? Es wäre scheußlich. Wenn ich mir das
320 vornehmen müsste, dass dann keine Humor sein dürfte, (...) na, dann kann ich mir
321 nicht vorstellen. (..) Also ich kann mir nicht vorstellen, das ist, (..) dass ich mir so
322 was (..) hm (nachdenkend), vornehmen würde. Es gibt humorfreie Beratungsge-
323 spräche, aber nur weil es sich so ergeben, weil (..) gerade kein Humor Platz hat, ja,
324 aber als Motto, keinesfalls.

325 **I:** Ich dachte so als Motto in der Suchtberatung, weil man sich hier trifft, weil man
326 Probleme hat. Wer hier kommt hat Probleme, teilweise ernsthafte Probleme: Ge-
327 sundheit, Familie, Finanzen, und, und, und/

328 **D:** Ja, ja/

329 **I:** Arbeitswelt, sozialen Umfeld, gibt es vieles was gestört ist. Aber so wie ich es
330 von dir gehört habe, für dich undenkbar/

331 **D:** Nee, ja, undenkbar (lacht).

332 **I:** (lacht) Ja, ich freue mich sehr das zu hören (lacht). Gibt es noch von deiner Seite
333 etwas was du noch sagen möchtest, vielleicht was ich nicht gefragt habe oder was
334 nicht gesagt/

335 **D:** Ja, ja, genau. Also was ich mich vorher, ich habe mir keine Gedanken vorher
336 richtig darüber gemacht/

337 **I:** (lacht) Ich habe auch nicht die Fragen verraten/

338 **D:** (lacht) aber ich dachte so, ja, Humor in der Therapie, jetzt ist es plötzlich Thema
339 überall, es gibt ja Fortbildungen und Vorträge dazu, (..) soll was das sein (..) was
340 man lernen kann? Was gezielt einsetzt? Ich mache das nicht. Ich setze es nicht
341 gezielt ein, ich setze so ein wie es mir (...), zu mir passt in der bestimmten Situa-
342 tionen und das war so mal eine Gedanken, was ist eigentlich, (..) was ist da, sollte
343 man als Strategie sozusagen jetzt in der Beratung und Therapie jetzt anwenden?
344 Weil (...) setzt was weiß ich was frei und (...) es tut den Leuten gut wenn sie auch
345 mal lachen dürfen, so. Muss ich tagtäglich anwenden?

346 **I:** Ja, es wird viel angeboten, mit Sicherheit ist es was dran (lacht).

12.6. Interview E

1 I: Ja, zuerst vielen, vielen Dank, dass du dir die Zeit genommen hast mir hier zu
2 antworten. Zuerst möchte ich ganz gerne mehr über deine Arbeit hier in der Fach-
3 ambulanz wissen. Würdest du mir bitte deine Tätigkeit beschreiben?

4 E: Also, in der Beratungsstelle geht es natürlich viel um die Beratung, die Men-
5 schen kommen erstmal, wissen noch nicht so ganz genau, hm (nachdenkend), (.)
6 habe ich eine Abhängigkeit überhaupt, oftmals. Manche kommen auch und haben
7 schon ganz klare Vorstellungen, möchten vermittelt werden, und (..) das machen
8 wir dann, stationär oder ambulant. Wir hatten bis vor kurzem die ambulante The-
9 rapie durchführt³, ich habe das selber jahrelang gemacht, und auch die Nachsor-
10 gebehandlung, nachdem die Leute in stationäre Therapie waren, sowohl in Einzel
11 als auch in Gruppengespräche.

12 I: Seit wann bis zu hier?

13 E: Also, 2007 habe hier angefangen und bin dann die Leitung geworden von der
14 Beratungsstelle (...) 2012. Genau/

15 I: Und die Leitung hattest du weiter? Und die Beratung, die ambulante Therapie?

16 E: Genau. Ja. Das waren ja dann Leitungsanteile die ich gehabt habt, viertel bis
17 halbe Stelle und mit den anderen Stunden, also habe bis dreiviertel Stelle war ich
18 dann noch immer in der Therapie und in der Beratung tätig.

19 I: Kannst du bitte die Atmosphäre beschreiben, die während der Beratung oder
20 Therapie existiert. Wie erlebst du die Menschen? „Dicke oder dünne Luft“?

21 E: Ja natürlich, es gibt Menschen die, (..) die stark unter Druck kommen, viele
22 kommen wenn es schon zu spät ist, wenn der Druck sehr groß ist, aber trotzdem
23 ist die Atmosphäre hier nicht (...) in der Regel zumindest, sonderlich angespannt,
24 sondern die Leute sind schon auch noch freundlich in Kontakt, können noch mit-

³ In der Suchtberatung wird seit Mitte 2018 keine ambulante Therapie für Suchtkranken Menschen mehr durchgeführt

25 schwingen mit den Stimmungen, hm (nachdenklich), und die Spannung, die ei-
26 gentlich dahinter steckt wird dann eher, so nochmal, dann etwas deutlicher in dem
27 Gespräch dann. Wenn man über die Probleme redet und dann die, das Ausmaß
28 dann noch mal so ein bisschen bewusster wird. Aber so in den ersten Kontakten,
29 wenn die draußen sitzen in der Wartezone, in dem Wartebereich und so, kommt,
30 da kommt es nicht so viel an.

31 **I:** Du hast den Begriff Stimmungen verwendet. Gibt es positive Stimmungen? Oder
32 was wiegt mehr: die Angst, nicht zu wissen was jetzt passieren wird, das Gefühl
33 vom Scham, oder ist sogar noch Platz zum Lachen? Gibt es solchen Momenten?

34 **E:** Ja, auf jeden Fall. ich selber finde das immer sehr wichtig, dass man schon im
35 Vorfeld, wenn Leute im Wartebereich sind, mal Gelegenheit hat, dran vorbei läuft
36 schon mal vielleicht einen kurzen Blick zuwirft, ein freundliches Lächeln, viel-
37 leicht noch ein paar Takte redet um einfach auch eine, (..) eine Stimmung mitzu-
38 bekommen wie geht diejenige mit, geht er in den Kontakt oder möchte er seine
39 Ruhe haben, wie ist die Atmosphäre nee, mit ihm, nee? Das versuche ich dann doch
40 häufig schon im Vorfeld auch was zu empfinden, was zu empfangen, ein Gespür,
41 nee? Ja, so was wie, wie wird es wohl mit diejenigen?

42 **I:** Jetzt eine Frage nur für dich, weil du derjenige bist, der beide Angebote der
43 Fachambulanz bedient hast, Beratung und ambulante Therapie: wie ist die Stim-
44 mung? Hast du unterschiede erlebt? Gerade was die Zeit angeht, die Beratung ist
45 viel kürzer, 3 bis 5 Beratungen höchstens, bei der ambulanten Therapie waren die
46 Klienten teilweise bis eineinhalb Jahre bei uns.

47 **E:** Das ist natürlich ein Unterschied. Aber generell kann man sagen, egal ob es ein
48 kürzen Kontakt ist oder ein längerer, in der Nachsorge oder in der ambulanten The-
49 rapie die ja in der Regel immer so die längsten waren, dann muss man auch fairer-
50 weise sagen, dass wir für die ambulante Therapie ja schon eine stärkere Selektion
51 betrieben haben, dass wir stärker ausgewählt haben, nach bestimmte Kriterien, abs-
52 tinenzfähig und so weiter, wie ist das Umfeld, das wir nochmal stärker gewichtet
53 haben als jemand der stationär in der Klinik vermittelt wird und dann zur Nach-
54 sorge wieder bei uns ist. Und generell kann man aber trotzdem sagen, dass hm
55 (nachdenkend), dass (..) die Menschen dankbar sind, dass jemand zuhört, dass man
56 ein offenes Ohr hat, dass mein keine Kritik oder guten Tipps empfängt, sondern,

57 dass man wirklich gehört wird und die Nöte versteht und wenn die Menschen das
58 Gefühl haben sie werden verstanden, dann entspannt sich die Situation. Und dann
59 sind auch solche Elemente wie Humor, was ich persönlich als sehr wichtig emp-
60 finde, um Distanz zu schaffen zu sich, auch mal über sich selber lachen zu können,
61 sich selber auf dem Arm nehmen zu können, das ist immer diese Gefälle der Thera-
62 peut oder Berater und der Klient, dass man das auch versucht so ein Stückchen
63 dadurch auch ein bisschen aufzuweichen und zur, (..) mit (..), zur Erheitern in dem
64 man sagt, wir begegnen uns hier auf Augenhöhe, ich höre mir deine Probleme an
65 und wir können über unsere Fehler auch mal lachen, nee Es hat nichts mit Ausla-
66 chen zu tun, oder mit ‚nicht ernst nehmen‘ zu tun, aber schon so mit einem Stück-
67 chen aus meinem eigenen Schicksal heraustreten und eine Distanz schaffen auch
68 zu meinem Leben und auch vielleicht zu sehen, es geht anderen auch so und andere
69 sind auch nicht perfekt. Und anderen haben auch ihre Probleme. Vielleicht andere
70 Art. Und das hilft denke ich dann dabei schon als, (.) als Element.

71 **I:** Jetzt vergessen wir für einen Moment die Arbeit. Mich würde interessieren wie
72 bist du privat/

73 **E:** Hm, hm (schmunzeln).

74 **I:** Ich meine, was ich bis jetzt erlebt bei der Arbeit habe, wie ich dich wahrgenom-
75 men habe, ist schon so, dass du sehr oft lachst/

76 **E:** Ja/

77 **I:** Machst oft Witze, auch wenn es mal brennt, kannst du manchmal noch darüber
78 lachen. Wie ist das privat bei dir zu Hause? Wird gelacht? Was sagt deine Frau
79 dazu? Wie versteht sie das/

80 **E:** Ja, genau (lacht)/

81 **I:** Lacht sie mit? Oder sagt, ah komm/

82 **E:** (Lacht laut, 5 Sekunden) Ja das stimmt. Ich bin privat, ja (..) privat bin ich auch
83 ein lustiger Mensch. Und ich lache gerne und (..) kann nicht so gut Witze erzählen,
84 leider. Aber ich höre mir gerne welche an. Ja, (..) meine Frau, die sagt manchmal,
85 ah du immer mit deinen guten Laune, es ist manchmal auch schwer zu ertragen,
86 nee? Wenn eine immer gute Laune hat, nee? (lacht) Manchmal möchte auch

87 schlechte Laune haben, nee? (lacht) Aber das stimmt, ich bin generell ein positiver
88 Mensch und Humor finde ich, ist einfach eine tolle Geschichte, nee? Das hat ja
89 schon der Sigmund Freud gewusst, er hat gesagt, dass Humor die reinste Abwehr-
90 form die man sich denken kann. Wenn man darüber lachen kann, das ist schon viel
91 Wert und ich denke ohne Humor geht es gar nichts im Leben, nee? Also man tut
92 sich unheimlich schwer wenn man den Humor nicht hat, auch nicht selber über
93 sich lachen kann, auch manchmal über andere lachen kann, das entspannt viel,
94 Spannungsabfuhr ist drin, hm (nachdenkend), (..) man nimmt die Sachen nicht
95 mehr so, hm (nachdenkend) für das größte der Welt, man differenziert stärker. Und
96 sich selbst auch, kann man nochmal realistischer dadurch einschätzen und ich
97 denke, dass das entspannt einfach die Gesamtsituation unheimlich im Leben, privat
98 oder beruflich. Ich denke das unterscheidet sich daran eigentlich nicht (...) das ist
99 immer so, hm (nachdenkend) (...). Also die Stimmung muss immer besser wie die
100 Lage sein, sage ich mal (lacht).

101 **I:** Das ist gut (lacht). Es ist gut wenn öfters so wäre (lacht).

102 **E:** (lacht) Wenn das gelingt, dann ist schon viel erreicht, glaube ich (lacht).

103 **I:** Ja. Jetzt zurück zur Arbeit: was bedeutet für dich eine erfolgreiche Beratung?
104 Und noch eine Frage: was bedeutet für dich eine erfolgreiche Therapie? Wann kann
105 du sagen, ja es ist gut und erfolgreich gelaufen?

106 **E:** Also, wenn ich das Gefühl habe und natürlich das Gegenüber auch, hm (fra-
107 gend), dass er verstanden wird und dass ich verstanden habe um was es geht, was
108 die Problematik ist, wenn ich daraus dann für mich so einen klaren Handlungsplan
109 erstellen kann, wo ich sagen kann, ja, so kann ich mir das vorstellen, das könnte
110 ich mir dem machen, und (...) wenn er, (..) das Gegenüber dann nach einiger Zeit
111 auch merkt das verbessern sich manche Dinge für mich, ich habe da ein paar Er-
112 folgserlebnisse, ich habe es früher nicht so gut hingekriegt und (..) hm (nachden-
113 kend), er bekommt einfach dann eine gewisse Selbstverstärkung, eine gewisse
114 Selbstzufriedenheit auch hin im Laufe der Zeit, dann sind das natürlich unheimlich
115 tolle Effekte für so eine Beratung oder für so eine Behandlung. Die Menschen
116 kommen mit einem Problem, nee, Sucht, Alkohol und dann merk mal im Laufe der
117 Zeit natürlich relativ schnell, nee, das ist jetzt nur das Symptom und das geht es
118 natürlich um das Leben und die Lebensbewältigung und den Menschen dorthin zu

119 führen, zu sagen, nee, das ist dein Verhalten, aber mit was hat es eigentlich zu tun?
120 Ein Zusammenhang herzustellen das finde ich (..), wenn das gelingt, das ist das
121 sozusagen das Sahnehäubchen, nee? Das ist es eine tolle Sache wenn man einfach
122 dann Handwerkszeug für die Zukunft an die Hand kriegt, was muss ich in die
123 Zukunft tun, unabhängig davon, ob ich (..) wie groß das Suchtproblem ist oder ob
124 ich nochmal rückfällig werde oder nicht, bin ich in der Lage an meinem Weg weiter
125 zu gehen und weiter zu arbeiten und habe die Zusammenhänge verstanden und
126 erkannt und muss nicht immer zurückfallen in das Alte. Ich kann dann auch, wenn
127 ich mal zurückfalle relativ schnell dann doch wieder rauskommen und sagen, ah,
128 ich mache jetzt wieder das, was ich früher immer gemacht habe, nee? Wenn ich
129 den Zusammenhang verstehe, mit was hat es zu tun, und ich kann mir selber ein
130 Stückchen helfen, dann denke ich, dass es ist schon viel passiert. Das Ziel ist es
131 immer, dass man sich als Therapeut oder als Berater überflüssig macht, und der-
132 jenige keine Hilfe mehr braucht. Und wenn das gelingt, das ist eine tolle Sache,
133 wenn man so das Gefühl hat, der kriegt das jetzt besser hin als vorher.

134 **I:** Bedeutet für dich eine erfolgreiche Beratung, hm (nachdenkend), (...) auch wenn
135 die Klienten zuerst sagen, ich gehe nach Hause, danke für das Gespräch, aber zur
136 Zeit möchte ich die Situation so belassen? Könntest du so eine Aussage auch als
137 Erfolg sehen oder bezeichnen?

138 **E:** Ja, sicher. Ich denke das ist ja immer so, hm (nachdenkend), (...) auch was immer
139 mitschwingt bei mir, eine philosophische Betrachtung, eine psychologische Be-
140 trachtung, hat der Mensch einen eigenen Willen, nee? Kann er wirklich das machen
141 was er will, nee? Oder ist er so in seinen Zwängen verhaftet, dass er nur reagiert,
142 und, hm (nachdenkend), (..) alles reproduziert aufgrund seiner Lebensbedingungen.
143 Und ich denke, jeder Mensch hat natürlich das Recht für seine Begrifflichkeit zu
144 wählen, weil ich immer noch das so verstehe, dass der freie Wille ja bedeuten
145 würde, dass der Mensch tatsächlich frei wählen kann von allem was es gibt. Aber
146 er kann nur wählen, sozusagen von seinem Teller den er sich bestellt hat in seinem
147 Leben. Und wenn es da drauf nur Schnitzel und Pommes gibt, kann er nur wählen
148 zwischen Schnitzel und Pommes, aber er kann nicht vom Nachbarn, sozusagen den
149 Kaviar bestellen auf einmal. Und wenn eine sich entscheidet dafür ich lasse das,
150 mit diesem abstinenter Gedanken und ich will weiter trinken, dann (..) verstehe
151 ich das auch immer nicht, nicht (...) als Angriff oder als Resignation, sondern ein-
152 fach als fehlende Möglichkeit eine Chance zu sehen was anderes zu machen, auch

153 in dem er nicht auf eine weitere Teller geht und guckt was das drauf liegt, sondern
154 er greift halt eben nur auf das zurück was auf seinem Teller liegt, nee? Das kann
155 man niemandem übel nehmen. Die freie Wahl ist ja so begrenzt als Mensch, dass
156 man auch die Wahl zwischen den, schaffe ich das ohne Suchtverhalten oder mit,
157 im Grunde genommen ja nicht frei wählen kann.

158 **I:** Ja, kann ich gut verstehen. Jetzt kann ich sehr gut nachvollziehen was du sagst,
159 nach über 2 Jahre Tätigkeit hier. Er jetzt ist mir langsam, langsam klar geworden,
160 weil auch so eine Situation eingetreten ist, das Leute kommen die schon mal hier
161 waren, wenn ich mich gut erinnere vor circa einem Jahr/

162 **E:** Ah ja, hm (fragend)/

163 **I:** Und sagen, wissen Sie, ich war schon mal hier. Gerade heute, nach dem Inter-
164 view erwarte ich jemand, der zu mir am Telefon sagte: damals wollte ich nicht,
165 aber Sie sind mir in Erinnerung geblieben, ein paar Unterlagen haben ich schon
166 damals ausgefüllt, lassen Sie uns weiter machen dort wo wir vor einem Jahr auf-
167 gehört haben. Da habe ich gedacht, dass ich damals die Beratung als nicht erfolg-
168 reich eingestuft habe, aber wenn ich jetzt das höre/

169 **E:** Hm (bejahend), ich glaube was ein ganz wichtiges Faktor ist, womit ich mich
170 einen Zeitlang auch ganz lange beschäftigt habe intensiv ist eben der Zeitfaktor,
171 nee? Es gibt auch in der Therapie und in der Motivation einen zu früh und einen
172 zu spät. Und das muss das Zeitfenster auch so stimmen. Und wenn es zu früh ist
173 und der Klient den Eindruck hat ich habe das alles im Griff und der Berater sagt,
174 das stimmt alles nicht und ich habe noch keinen Schmerz erfahren, dann ist es
175 schwer jemanden zur Veränderung zu motivieren. Und es gibt auch einen zu spät,
176 wo alles verloren ist, wo die Krankheit weit vorgeschritten worden ist, wo keine
177 Motivation mehr zu finden ist jetzt noch was zu ändern, also es gibt schon so einen
178 Zeitpunkt wo man sagt das tut richtig weh, aber es ist noch Veränderung möglich,
179 nee? Es ist eine Geschichte, nee, (..) es hat ja viel mit masochinische Bedürfnisse
180 zu tun die derjenige hat, wann, wieviel Schmerzen sozusagen muss es nötig sein
181 um die Ernsthaftigkeit dahinter zu sehen, nee? Das sind ja existentiellen Fragen
182 oftmals, nee? Wenn ich aus der Sucht nicht rauskomme, dann stellt es sich für jeden
183 der in dieser Abhängigkeit ist dann irgendwann die Frage nach Existenz, nee? Nach
184 dem wie geht's überhaupt weiter? Geht es überhaupt weiter wenn ich so weiter

185 mache? Und ich denke da ist ja oft auf der anderen Seite um diese Schwere dann
186 auch oft mal so ein bisschen wieder raus zu kriegen. Hier sehe ich der Humor als
187 wichtiges Element um da einfach nochmal ein Gegengewicht zu sehen, nee? Und
188 um zu sagen, es ist ja oftmals so einen Fatalismus bei den Menschen, die sagen,
189 das ist Glück oder Zufall oder Pech gewesen, nee? Die haben nicht die Kausalität
190 wie wir sie im Kopf haben, mit was hängt das zusammen, sondern für die ist das
191 Willkür, was im Leben passiert, nee? Das hat keine Kausalität und ich denke, das
192 zu lösen und das zu treffen, das ist, denke ich, einen wichtigen und entscheidenden
193 Faktor. Um das darzulegen und zu sagen, es könnte was damit zu tun haben und
194 wie wäre es, (..) wenn wir da mal uns darum kümmern oder so? Wenn das gelingt
195 erweitert man sein Horizont, man beschäftigt sich ja nicht dann schaffe ich es mit
196 Trinken aufzuhören oder nicht, oder muss ich mit Trinken aufhören, oder wieviel
197 wäre noch in Ordnung, sondern dann geht ja um die eigentlich wesentlichen Dinge,
198 nee? Und nicht nur um Symptom, nee? Wieviel ist noch in Ordnung oder ist es
199 überhaupt noch in Ordnung, nee?

200 **I:** Zurück zu meiner Frage, ob Humor als Kommunikationsebene in der Beratung
201 oder Therapie benutzt werden darf oder nicht: du hast schon erwähnt, dass tatsäch-
202 lich die Anwendung von Humor für dich vorstellbar ist, oder sogar unvorstellbar
203 nicht Humor anzuwenden/

204 **E:** Ja/

205 **I:** Würdest du bitte noch mehr darüber berichten.

206 **E:** Ja, es geht es darum aus dieser klassischen Berater- Therapeuten- Rolle, Helfer
207 und Hilfesuchende raus zu kommen, das man tatsächlich das Gefühl hat man be-
208 gegnet sich auf Augenhöhe und derjenige der hilft und Therapeut heißt, hat trotz-
209 dem Schwierigkeiten in seinem Leben (...). Es ist (..) oft Mal eine Idealvorstellung
210 nee, der Therapeut wird idealisiert, der kriegt scheinbar alles hin im Leben, sonst
211 wäre er kein Therapeut und der Hilfesuchende, sozusagen /

212 **I:** Der darf auch trinken (lacht)/

213 **E:** Genau, genau (lacht). Der hat alles im Griff (lacht), kann trinken und passiert
214 nicht, jeder Zeit und immer natürlich, und der erzählt einem wie das Leben funkti-
215 oniert, oder man muss nur das machen was der eine erzählt und kriegt ja selber

216 alles auf die Reihe. Und dieses Muster zu durchbrechen und zu sagen, auch du hast
217 deine Fehler auch wenn du der Therapeut bist und auch ich als Hilfesuchender,
218 auch ich kriege manche Sachen prima hin, vielleicht auch besser wie mein Thera-
219apeut, aber das hat mir jetzt nicht dabei geholfen mein Suchtproblem zu beseitigen,
220 nee? Ich denke, dass ist ein wichtiger Ansatz und ich glaube eine vertrauensvolle
221 Bindung her zu stellen, eine tragfähige Beziehung gelingt auf so einer Ebene viel,
222 viel schneller und auch besser auch gerade wenn da Humor miteinfließt und mal
223 selber auch mal von sich als Therapeut einfach dann mal auch was erzählt was
224 einem nicht gelingt oder wo man selber schon gescheitert ist, oder wo man selber
225 sagt, ah, das kenne ich, dass ich mir schon mal passiert, dass man das nicht immer
226 so mit ah, ja, und so was wie ja, es ist schrecklich was passiert ist, sondern, dass
227 man sich auch immer so ein bisschen überlegt nee, kenne ich das, das habe ich
228 schon mal gehabt vielleicht in einer anderen Art und Weise oder so, nee? Und, (..)
229 man kann sich darüber austauschen, ich denke, dass hilft einem viel weiter im Le-
230ben wie, nee (..) immer so darauf zu hoffen, dass man jetzt ein ultimativen top Tipp
231 bekommt wie es Leben gelingt (lacht).

232 **I:** In der vorherigen Interviews habe ich die Frage gestellt, das mache ich jetzt auch
233 bei dir: kannst du auch über dich lachen? Ich sage es besser, kannst du dich auf die
234 Schippe nehmen?

235 **E:** Ja (lacht). Denn das ist natürlich immer für einem selbst schwerer möglich wie
236 über jemand anderen zu lachen, das liegt einem denke ich näher, also diese Scha-
237denfreude, aber ich denke das ist unheimlich wichtig wenn man das kann, das man
238 auch selber sich verzeihen kann, nee, für seinen Mist den man manchmal macht
239 und wo man denkt, guckt, jetzt macht du das gleiche wie (lacht) die anderen und
240 dass man darüber lachen kannst, weil sonst kommst so du in das Verbissene rein
241 und so in diesem Kampf nee, darfst du jetzt, muss du, sollst du und so, und dann,
242 ah, kann man glaube ich nicht so gut verzeihen, nee, wenn man dann mal irgendwie
243 Fehler macht. Ich denke wichtig ist es einfach manchmal auch darüber lachen zu
244 können und zu sagen, na ja, dann habe ich es einfach so gemacht, nee? Aber ich
245 versuche es nächsten Mal trotzdem das besten hinzukriegen oder so. Aber das mit
246 einem zwinkernden Auge nee?

247 **I:** Ja genau (lacht).

248 **E:** Und nicht so mit diesem hm (macht ein ernsthaftes Gesicht jetzt habe ich es
249 wieder verbockt. Dieses Unverzeihliche, das ist ja dass, was unsere Klienten so
250 stark drin haben, nee? Jetzt bin ich wieder rückfällig geworden, nee? Und dann
251 haben sie es (...), ja, verschissen bis in die Steinzeit ja? Da ist ja nichts mehr zu
252 retten, nee, da geht alles den Bach runter, dass man raus kommt aus diesem
253 schwarz-weiß/

254 **I:** Denken/

255 **E:** Ja, es gibt auch was noch dazwischen, nee? Auch wenn man gescheitert ist, dann
256 ist das nicht das Ende, sondern danach gibt es auch noch was, nee? Ich kann auch
257 mit einem Schachspiel vergleichen, es ist nicht wie beim Schachspiel, nee? Es gibt
258 noch mehrere Schach- Matt und (lacht) oder schwarz- weiß, oder schwarz- weiße
259 Felder. Im Leben geht es nach dem Schach- Matt auch noch weiter (lacht). Es ist
260 der Unterschied (lacht).

261 **I:** Noch eine andere Frage lautet: warst du in deinem Berufsleben von Anfang an
262 so humorvoll? Hast du diese Seite von Anfang an gezeigt oder gab es eine Ent-
263 wicklung, die mit der Erfahrung oder Alter zu tun hat? Gibt es ein Unterschied
264 zwischen den privaten Mensch und der Leiter der Fachambulanz was die humor-
265 volle Seite betrifft?

266 **E:** Also, ich kann mich erinnern noch so ein Schulzeiten, das hat man ja dann man
267 am meisten nicht mehr so richtig im Bewusstsein, so, was dann so passiert ist, das
268 die Rückmeldungen schon damals wohl so waren als ich so 12, 13, 14 Jahre alt
269 war, das habe ich zwar noch irgendwo im Bewusst in Erinnerung aber nicht mehr
270 so konkret wie später dann, dass ich da auch schon solche Rückmeldungen hatte,
271 so, dass ich immer viel gelacht habe wohl und, dass ich immer schon viel Humor
272 drin hatte, nee? Schein schon so eine Charaktersache gewesen zu sein, aber natür-
273 lich am Anfang, als ich diese Therapieausbildung irgendwie gemacht habe nach
274 dem Studium und als Therapeut angefangen habe zu arbeiten habe ich mich nicht
275 getraut so viel Humor rein zu bringen und von mir auch vor allem, also meine
276 persönlichen Anteile so reinzubringen. Selektiv zwar, nee schon gewählt, und nicht
277 jetzt nur so platt formuliert, nee, so nach dem Motto, es ist mir auch schon so ge-
278 gangen, sondern schon auch nochmal so differenziert dazu. Aber schon mutiger
279 geworden bin ich was meinen persönlichen Anteil angeht und auch was den Humor

280 angeht, weil da einfach schon ein bisschen die Sicherheit, die Routine, die Erfah-
281 rung mit eine Rolle spielt, was kann man machen, oder was ist sogar gut, oder,
282 nee? Das man da so ein bisschen sich persönlich weiter entwickelt und dran reift
283 natürlich auch, das ist ja das Schöne an der Arbeit, dass man sich auch da selber
284 sich ein Stückchen voran bringt und anders nochmal sich traut mit Menschen in
285 Kontakt zu kommen, wie man vorher gehabt hat, fernab von dieser, (...) von diesem
286 Setting, nee? Ich komme weil ich ein Suchtproblem habe und nee, hilf mir, oder
287 so, nee? Ist das natürlich nochmal ganz, ganz wichtig denke ich, dass man da auf
288 so eine Beziehungsebene sich so begegnet, dass man sich was zu sagen hat, dass
289 man sich was traut zu sagen und, dass man auch zusammen lachen kann. Ich denke,
290 das ist unheimlich verbindend auch und schön, nee? Es ist auch ein Zeichen von
291 Vertrauen, wenn man zusammen lachen kann und sagen kann, ah, ja, guckt, dann
292 gehst dem genauso wie mir, nee? Oder so was. (lacht) Immer eine tolle Sache ge-
293 wesen, nee? Es bindet ja auch, es ist eine Beziehungskonstanz auch drin und das
294 ist das Entscheidende in jeder Therapie, egal ob eine Suchttherapie oder sonst ir-
295 gendwas anderes, dass diese Objekt Konstanz, diese Beziehungskonstanz drin ist.
296 Das man sagt, ich kann dir Vertrauen und du verstehst mich. Und wenn das gege-
297 ben ist, dann/

298 **I:** Läuft/

299 **E:** Kann man die Technik, die man jetzt gerade verfolgt, nicht vernachlässigen,
300 aber spielt wahrscheinlich nicht mehr die entscheidende Rolle.

301 **I:** Ich habe mein Faden verloren (...).

302 **E:** (lacht) Ja, kann es manchmal passieren (lacht).

303 **I:** (lacht) Ja. Was ist sagen wollte bezieht sich auf Beobachtungen die ich mal hier
304 in Rahmen meiner Tätigkeit gemacht habe, nämlich, dass mir aufgefallen ist, dass
305 die Menschen die zu uns kommen, oft trotz Verbitterung, Ernsthaftigkeit, Traurig-
306 keit, die mit sich bringen, für manche Sekunden oder Minuten, teilweise auch un-
307 bewusst, noch lachen oder schmunzeln können. Ich beobachte die Gestik aber vor
308 allem die Mimik, und wenn ich es schaffe, sei es nur für ein paar Sekunden, dass
309 jemand seine Mimik ändern, dass sogar lacht, gebe ich sofort eine Rückmeldung,
310 so nach dem Motto: schauen Sie mal, Sie können lachen. Dann schauen sie zurück,
311 schauen sie mich an und merken, dass sie ein wenig locker geworden sind. Mir ist

312 es sehr wichtig, deren Verhalten zurück zu melden. Wie hast du solche Momente
313 erlebt?

314 **E:** Manchmal ist es einfach auch, hm (nachdenkend), (...) ja, (.) das habe ich schon
315 erlebt, (.) dass das dann auch ein bisschen die Leute raus zieht aus dem schwarzen
316 Loch in dem sie, gerade wenn sie zusätzlich noch Depressionen haben zum Bei-
317 spiel, auf andere Gedanken kommen, wenn schon sowieso alles sich um ihre Prob-
318 lematik dreht, es gibt nichts Gutes mehr. Dann ist für die, dann kann es eine Er-
319 leichterung sein. Manchmal habe ich auch erlebt, (..) man muss echt sehr aufpassen
320 nee, weil manche erleben das auch dann so, dass sie sagen, der/die nimmt mich
321 vielleicht nicht ernst, nee/

322 **I:** Ja, das stimmt/

323 **E:** Oder der/die will mich jetzt nur aufheitern oder, der/die will das mir jetzt gleich
324 besser geht oder so, nee? Das ist, denke ich immer so einen schmalen Grad auf dem
325 man sich da befindet, nee, wann setzt man und wie setzt man den Humor ein, nee?
326 An was für eine Stelle, nee? Also wenn es ganz schlecht ist, nee, und es jemandem
327 ganz schlecht geht ist es meistens nicht so gut wenn man dann mit Humor kommt,
328 nee? Das sind ja meistens so die Situationen wo man so das Gefühl hat, ja, das geht
329 es jetzt ein bisschen um die vertrauensbildende Arbeit, um, (..) um eine konstruk-
330 tive Weiterentwicklung von was schon erreichtem und man kennt sich vielleicht
331 auch schon ein bisschen länger und dann hat man auch, denke ich, mehr humor-
332 volle Seiten die man den anderen dann entdeckt oder die man bei sich selber ent-
333 deckt, die einem vielleicht Freude bereitet. Deswegen denke ich ist es schon eher
334 was, was sich so entwickelt im Laufe der Zeit, nee? Der Art des Humors, über was
335 kann man lachen, nee, das ist immer so, nee? Der eine lacht über dies was der
336 andere überhaupt nicht witzig findet und so, nee? Das sind auch so Sachen die man
337 erst im Laufe der Zeit so dann erfährt nee? Was man witzig findet nee? Über was
338 man lachen kann und nicht, nee? (lacht)

339 **I:** Das heißt, wenn ich richtig verstanden habe, dass du soeben schon über die Ge-
340 fahr von Humoreinsatz gesprochen hast? Ich denke auch an Ironie, Sarkasmus.
341 Was ist deine Meinung dazu?

342 **E:** Ja, sicher. Das finde ich immer ganz heikel, weil, hm (nachdenkend), (..) viele
343 Menschen, die ja bei uns sind, zu uns kommen, ja mit diesem, sage ich mal jetzt so

344 feinsinnigen Gespür, gerade was Ironie angeht und so weiter – das oftmals falsch
345 interpretieren und dann meinen, das wäre auf sie bezogen. Und viele Suchtkranke
346 sind auf sich auch erstmal bezogen und können dann nicht so gut differenzieren
347 zwischen Ironie oder Witz und Ernsthaftigkeit oder realen Anliegen, ja? Von da
348 her würde ich dann am Anfang schon auch eher mal so, hm (nachdenkend) mit
349 Versuchsballons so zusagen, die ich da starten lasse in die Richtung vorsichtig dosi-
350 siert (lacht). Ob derjenige was damit anfangen kann oder ob er da das völlig falsch
351 versteht und damit gar nichts anfangen kann, nee? Das ist auch so ein bisschen eine
352 Sache die sich dann entwickelt, nee? Aufgrund der Reaktion die man dann be-
353 kommt und dann bin ich dann am Anfang erstmal sehr vorsichtig denke ich und
354 gucke mal wie das so funktioniert, nee? Ob das so eine Resonanz gibt, oder ob der
355 das fehlinterpretiert oder gar nicht versteht, oder manche verstehen als Angriff und
356 sagen, meinen Sie da mich jetzt damit, oder wem, nee? Manche können sie sich
357 vorgeführt fühlen oder nachgeäfft, oder irgendwie so was, nee? (...) Es hat ja im-
358 mer also in der Therapie denke ich, wenn es um Depression geht, geht es um Ag-
359 gressionen, es geht um Wut, um Ärger, keiner versteht mich, das Unverständnis
360 was man anderen gegenüber bringt auch, nee, und das sind alles existentiellen Le-
361 bensfragen, nee? Das muss der Humor erst vorsichtig dosiert sein, zuerst verstehen
362 wie der Klient tickt, wo der mitgehen kann, und was nutzt es für ihm? Nicht immer
363 ist es gut, nicht immer ist es hilfreich eine humorvolle Seite mitreinzubringen. Und
364 das hängt immer von der jeweiligen Lebenssituation, von der Persönlichkeit ab ob
365 er das auch als angenehm oder als unangenehm empfindet zum Beispiel. Oder ob
366 man etwas miteinander anfangen kann und so weiter. Es sind komplexe Vorgänge
367 die meistens ja nie benannt werden so richtig, sondern die einfach immer so mit-
368 tragen, mitschwingen in den persönlichen Kontakt, ohne dass man dann jemals
369 darüber geredet hat. (lacht)

370 **I:** Ja, es ist schon was wahr dran wenn du von den persönlichen Kontakt, ohne dass
371 man darüber gesprochen hat, redest. Ich meine, den Kontakt, diese Form von Kon-
372 takt findet auch hier wöchentlich statt. Du bist so wie du bist, offen, schon für einen
373 Witz offen, ich auch und ich ertappe mich öfters, gerade am Donnerstag in der
374 Sprechstunden, wenn die Menschen im Wartezimmer Platz nehmen, dass ich rie-
375 chen kann wie die Atmosphäre ist. Schon ein Lächeln im Vorbeigehen kann der
376 erste Kontakt sein. Ich behaupte von mir, dass ich mich nicht zurückhalte fröhlich

377 zu sein, es ist meine Art, meine humorvolle Art zu zeigen, so bin ich und das zeige
378 ich auch.

379 **E:** Ja, gut. Ich denke das ist doch schon eine positive Eigenschaft gerade bei uns
380 nee, wo wir doch viel Menschen, mit viele Menschen zu tun haben, die Zeiten der
381 Beratung, der Sprechstunde, zugehende Arbeit wo man ja vielleicht mit mehreren
382 Leute gleichzeitig sogar im Kontakt ist manchmal, nee, in so einem Wartezone
383 Bereich und so weiter. Da denke ich, dass es unheimlich wichtig ist, dass die Hal-
384 tung auch da stimmt, dass das es rüberkommt, dass man authentisch sein darf, dann
385 man trotzdem den Respekt, die Akzeptanz dem anderen gegenüber bringt und, dass
386 man da schon viel an der Haltung ablesen kann. Und gerade viele, viele Menschen
387 die zu uns kommen dann eine besondere Sensibilität haben und sofort mitkriegen
388 ob eine unter Spannung und Stress oder ausgeglichen und entspannt ist. Also da
389 sind ja alle Antennen oftmals ja auch schon angeschaltet wenn die da sitzen. Da ist
390 ja so, (..) das geht uns ja auch, wenn wir beim Zahnarzt sitzen oder (lacht) und
391 gestresst (lacht) einen an Wartezimmer vorbeiläuft/

392 **I:** Ja, das stimmt, stimmt (lacht)/

393 **E:** Und denkt, hoffentlich geht es gut heute. Oder wenn der Zahnarzt einen ent-
394 spannten Eindruck macht, ich denke, man ist ja besonders sensibel, weil man ist in
395 gewisser Situation, in der Notsituation, man ist ein bisschen ausgeliefert, man ist
396 auf den anderen angewiesen, wie den auf anderen reagiert, und dann ist man be-
397 sonders hellhörig und sensibel für solche Dinge. Und dann denke ich, dass so viele
398 Kleinigkeiten da schon eine wichtige Rolle spielen wie geht man miteinander um,
399 nee? Und das ist schon, gerade für eine Anfangssequenz denke ich, sehr, sehr ent-
400 scheidend oftmals.

401 **I:** Hier muss ich mal was Persönliches erzählen/

402 **E:** Ja.

403 **I:** Es stimmt das was du über die Anfangssequenz gesagt hast. Mir ist letzte Woche
404 die EC- Karte vom Automat eingezogen, ohne Grund hat man später rausgestellt,
405 aber ich musste öfters zur Bank deswegen. Es ist hier Mitte in Frankfurt an der
406 Hauptwache, ich stand jedes Mal Schlange vor dem Schalter und mir die ganze
407 Zeit alle Berater angeschaut, wieder angeschaut, geprüft und überprüft und nach

408 einen sympathischen Ausdruck Ausschau gehalten. Als ich jemand gefunden hatte,
409 der mir sympathisch war, habe ich sogar insgeheim gebettet, dass ich von dieser
410 Person beraten werde. Die Chancen standen 1: 5. (lacht) Ich habe eine Person ge-
411 sehen, die so ernsthaft war, mürrisch meine Erachtens, da dachte ich, nein, bloß
412 nicht zu ihr, sie wird es meine Situation nicht verstehen, mich nicht wahrnehmen
413 und so weiter. Interessant jetzt die Parallele zu der offene Sprechstunde bei uns wo
414 die Klienten im Wartezimmer auf uns warten. Hier ist auch so, die Menschen kom-
415 men mit Probleme, gesundheitliche Probleme, vielleicht Jobverlust, Trennung, fi-
416 nanziellen Schwierigkeiten oder wie auch immer, und wir werden gecheckt, so
417 nach dem Motto: sie ist sympathisch, sie ist vertrauenswert, und so weiter.

418 **E:** Ja, ja. Ja, genau. Wie erleichtert man dann ist, wenn man dann jemanden hat in
419 so einer Situation, wo man daran denkt, ah, ja, der ist erstmal ganz nett/

420 **I:** Genau/

421 **E:** Zugewandt und offen, macht einen freundlichen Eindruck, ist man doch gleich
422 selber auch ein bisschen entspannt.

423 **I:** Hast Du Erinnerungen an so lustige Momenten aus deiner Zeiten als Berater und
424 Therapeut. So ganz spontan darüber berichten?

425 **E:** Es war schon einige Situationen, nee (lacht). Also, was gutes was mir momentan
426 einfällt, es gibt bestimmt wenn ich darüber nachdenke noch das eine oder andere,
427 aber das war, das fand ich eine ganz tolle Leistung von dem Klienten, der hat mir
428 erzählt, dass er mit dem Fahrrad gefahren ist, das ist ein Klient gewesen der nicht
429 viel Geld hatte, ist immer mit dem Fahrrad gefahren, auch „Alternativ“ gekleidet,
430 mit langen Haare und sein Fahrrad war schon ziemlich klapprig und ihn hatte je-
431 mandem die Vorfahrt genommen, ein Mann mit einem schicken schwarzen Mer-
432 cedes und der hatte die Scheibe runter gelassen, dieser Mercedesfahrer und hat ihn
433 angebrüllt: du Arschloch! Und dann hat er darauf so reagiert, dass er gesagt hat:
434 das hast du Recht, hat er zu dem Mercedesfahrer zurück geschrien, das denke ich
435 manchmal auch über mich. (lacht) Es war so entwaffnend, so wie der Mercedes-
436 fahrer die Scheibe wieder hoch schiebt und völlig irritiert nichts mehr zu sagen
437 wusste. (lacht) Die Luft war schnell raus (lacht). Wie der Klient das erzählt hatte,
438 in der Therapie, hat er und ich, wir haben so gelacht, nee? Der Klient hat es so

439 genossen, weil er so triumphiert hat über ihn. Er war ja im Recht, denn normaler-
440 weise kennt man das ja wenn man sich ungerecht behandelt fühlt, dem wird ja
441 einem die Vorfahrt genommen und er kriegt ja gesagt was für ein Idiot er ist, nee?
442 Dass er das so erhaben, drauf reagiert nee, das war so köstlich diese Witz, nee?
443 Dann müssten wir beide nochmal darüber lachen, er auch nochmal wo er erzählt
444 hatte und ich weil ich zum ersten Mal gehört habe. Und so gibt es manche Situati-
445 onen wo die Klienten einfach herrlich sind, so ehrlich auch, Situationen wo diese
446 Paradoxie, wo man es einfach auf dem Kopf stellen kann (lacht) und später darüber
447 lachen zu können (lacht). So was passiert nicht nur wenn etwas misslingt, oder
448 wenn was schief läuft, das ist manchmal auch witzig, nee? (...) Aber dass man das
449 einfach was, (.) was ich ja in der Therapie oftmals angewendet habe, dass man ja
450 auch ein bisschen als Schauspiel betrachtet wie man mit einem umgegangen wird
451 und, dass man das auch so ein bisschen erlebt dann wie so ein Schauspieler und
452 dass man auch darüber lachen kann innerlich zu mindestens, wenn nicht äußerlich
453 machbar ist. Das man sagen kann, wie der jetzt mit mir umgeht, herrlich! Ist das
454 nicht toll, dass man sich nicht drüber ärgert, sondern dass man auch so erlebt als
455 Theater, nee? So, jetzt geht der Vorhang wieder auf und ich weiß es genau wenn
456 der kommt, was der das gleich von mir will und wie der mit mir umgeht und dann
457 erlebe ich das so als Zuhörer (lacht) und sitze weiter im Theater, bin erstaunt und
458 amüsiere ich mich darüber und dann geht der Vorhand wieder zu und das Leben
459 geht wieder weiter.

460 **I:** Es ist manchmal so, dass ich manchmal in der Beratung zu den Klienten sage,
461 erzählen mir die Situation ganz genau, ich mache jetzt die Augen zu und ich stelle
462 mir die Szene wie ein Film vor. Manchmal muss ich lachen, manchmal frage ich
463 noch mehr nach, manchmal bin ich ganz neugierig. So können herrliche Situatio-
464 nen entstehen. Dann sind wir auch auf eine Ebene, die Klienten fühlen sich ver-
465 standen und wenn ich lache, erkläre ich auch warum ich das tue. Und nicht selten,
466 lachen sie dann mit.

467 **I:** So eine letzte Frage habe ich noch: wenn ich im in Büros ein Schild aufhängen
468 würde wo darauf steht: ein humorfreies Beratungsgespräch, punkt, punkt, punkt.
469 Wie würdest du darüber denken?

470 **E:** Meine Bewertung zum humorfreien Beratungsgespräch?

471 **I:** Ja. Oder/ und Therapiegespräch.

472 **E:** (...) Ich denke man kann, (..) meine Erfahrung ist, wenn denn kein Humor mit-
473 schwebt in der Beziehung, nee, ob es eine Arbeitsbeziehung, im therapeutischen
474 Bereich, im Beratungsbereich oder auch irgendwo im privaten Bereich (..) dann ist
475 das ja nicht der ganze komplette Ausschnitt, nee, was ein Mensch ans Beziehungs-
476 qualitäten hat, was er liefert. Und das ist glaube ich, dann spart man was aus, künst-
477 lich vielleicht, und man redet über einen technischen Vorgang, nee, eine Arbeits-
478 beziehung, nee? Das kann jemand machen der eine Brücke konstruiert vielleicht,
479 oder ein Haus bauen will, aber ich denke, wenn man mit Menschen zu tun hat, dann
480 wäre es glaube ich immer von Vorteil, wenn man eine Art und Weise hat, wo man
481 sich über den Humor auch sympathisch sein kann und näher kommt. Das denke ich
482 ja hat eine besondere Qualität. Wenn es nicht so ist, wird es vielleicht auch (..)
483 gehen können, (...) aber ich denke, ganzheitlich betrachtet wäre so eine Beziehung
484 sicherlich tragfähiger, wenn es auch so eine Seite gibt, wo man sagt, man ist sich
485 auf der Ebene auch sympathisch.

486 **I:** Wir sind fertig, ich habe alle meine Fragen gestellt, gebe es vielleicht noch was
487 du zum Thema sagen möchtest?

488 **E:** Ich denke, das meiste ist schon gesagt worden, Humor ist wichtig im Leben, wie
489 schön das ist wenn man Humor haben darf und dem auch leben kann, egal ob auf
490 der Arbeit oder Privat. Ich denke, das entspannt einfach vieles und macht vieles
491 auch leichter. Von da her ist das sicherlich nicht verkehrt wenn man es hat (lacht).

492 **I:** Ja, in dem Sinne vielen Dank.

493 **E:** Danke auch. Hoffen wir, dass du damit etwas anfangen kannst.

494 **I:** Aber klar doch. Danke.

12.7. Tabellen

12.7.1. Tabelle 1: Interview A, Frage 1

Zeile	Textaussage	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
35-38	also ich würde sagen, dass wichtig ist eine gute Beziehung zum Patient hat, ohne gute Beziehung kann man glaube ich, selbst wenn man tolle Interventionen anwendet, (...) kein Erfolg haben, also die Beziehung muss stimmen	Ohne eine gute Beziehung, trotz tolle Interventionen, gibt es kein Erfolg	Kein Erfolg ohne eine gute Beziehung	Erfolg braucht eine gute Beziehung
42-44	also für eine gute Beziehung ist Humor auch schon wichtig. Wenn man, (...) wenn die Beziehung auch, also zum einen die Beziehung aufzubauen und dann alles ein bisschen aufzulockern	Für Beziehungsaufbau, eine gute Beziehung und wenig Lockerheit ist Humor sehr wichtig	Beziehung aufzubauen und eine gute Beziehung braucht Humor	Für eine gute Beziehung ist Humor wichtig
49-50	kann dann Humor (...) eben sehr auflockern und bereichernd sein für die Therapie und auch für die therapeutische Beziehung	Humor kann eine Therapie auflockern und ist bereichernd für eine therapeutische Beziehung	Humor ist bereichernd für eine Therapie und die therapeutische Beziehung	Humor bereichert die Therapie

61-66	Auf jeden Fall gibt es einen Platz für Humor in der Therapie. Also, sollte es Platz haben würde ich sagen, weil es eben tatsächlich finde dass es wichtig ist um das Ganze ein bisschen aufzulockern und, (...) weil bei Patienten ja häufig auch wenn man manchmal so mit Augenzwinkern, ein bisschen humorvoll rüber bringt, die Dinge auch manchmal leichter annehmen können. Also auch, (..) zum Beispiel kritische Dinge.	Humor hat Platz in der Therapie weil er auflockert und die Patienten mit einem Augenzwinkern die kritische Dinge manchmal leichter aufnehmen können	Humor wirkt auflockernd und hilft den Patienten kritische Dinge leichter aufzunehmen	Humor lockert die Therapie
70-74	manchen provokante Sachen mit Humor sagen zu dürfen und (...) hm (nachdenkend), ich würde denken, dass man (4), manche Punkte wenn man sie etwas humorvoll verpackt, dass für die Patienten leichter sozusagen zu schlucken sind. Das sie sie besser annehmen können.	Kritische Punkte die humorvoll verpackt werden sind leichter von den Patienten zu schlucken	Kritische Punkte sind gut vermittelbar wenn sie humorvoll verpackt sind	Humor hilft kritische Punkte besser zu vermitteln
179-181	Unbedingt. Halte ich für ganz wichtig. Also, alles was für die Beziehung, (.), für den Beziehungsaufbau wichtig ist sollte man machen und Humor ist ganz wichtig für die Beziehung.	Humor ist für die Beziehungsaufbau und die Beziehung ganz wichtig	Beziehung aufzubauen und eine gute Beziehung braucht Humor	Für eine gute Beziehung ist Humor wichtig

294-295	Humor kann helfen eine gute Beziehung aufzubauen und wenn die steht, werden die Patienten eher bereit sich zu öffnen und schwierige Dinge zu erzählen.	Humor hilft eine Beziehung aufzubauen die tragfähig ist und ermöglicht, dass später die Patienten sich öffnen können	Tragfähige Beziehungen werden mit Hilfe von Humor aufgebaut	Humor hilft tragfähige Beziehungen aufzubauen
---------	--	--	---	---

12.7.2. Tabelle 2: Interview A, Frage 2

Zeile	Textaussage	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
78-81	eben wenn es gerade kritische Sachen sind und auf die muss man ja auch schon mal kommen, (..) wo Patienten Sichtweise haben die ungünstig sind, Verhaltensweise haben die ungünstig sind, dysfunktional sind, darum geht es ja nun Mal um Veränderung und (...) daraufhin zu weisen	Ungünstige Sicht – und Verhaltensweise die dysfunktional sind können mit einer humorvollen Art und Weise verändert werden	Humor hilft bei Veränderungen von negative oder kritische Verhaltensweise	Dank Humor finden Veränderungen statt
102-104	Und dann lachen die schon mal und sagen die: „nein, und so, eigentlich nicht“. Aber es kommt schon ins Nachdenken halt zum Beispiel.	Patienten lachen und kommen ins Nachdenken	Es wird gelacht und nachgedacht	Humor schafft Freude und Anregungen durch Nachdenken

109-113	Manche Menschen sind ja etwas humorvoller als andere, aber auch oft (..) ich würde sagen, es gibt eigentlich kaum eine Therapiesitzung wo nicht auch mal einfach gelacht wird (...) also. Und oft auch, das finde ich es ganz schön, dass Patienten zum Beispiel was berichten können wo sie über sich selbst so ein bisschen lachen.	Fast in jeder Therapiesitzung wird gelacht, oft durch Beiträge von Patienten	Kaum eine Therapiesitzung ohne Lachen und Humor	Humor wird häufig angewendet
146-152	Also je routinierte und souveräner ich jetzt geworden bin in meiner Rolle als Therapeutin, desto einfacher ist es für mich auch humorvoll zu sein weil ich mich auch weniger konzentrieren muss eben auf (..) hm (nachdenkend), ja, ähm quasi auf das was ich tue sozusagen. Weil es einfach mehr von selbst auch läuft und ich auch da etwas sicherer bin und ich mich darauf verlassen kann, dass es irgendwie läuft, ähm, und deswegen hat so etwas mehr viel Platz.	Je routinierter und souveräner ein Therapeut ist, desto einfacher wird Humor anzuwenden	Humorqualität steigt im Laufe der Berufsjahren	Je mehr Berufserfahrung desto mehr Humoreinsatz
158-172	(..) im Erstgespräch jetzt zum Beispiel nicht so provokant sein (..) und die Patienten jetzt nicht auf die Schippe nehmen und so. Ich würde es kleine Witzen machen, ähm (.), einfach weil wie gesagt, dass ist für die Beziehung auch wichtig und ganz am Anfang geht es vor allem einfach darum eine gute Beziehung aufzubauen und das hilft wenn man irgendwie ein bisschen locker ist und ein biss-	Es ist wichtig eine gute, lockere und lustige Atmosphäre von Anfang an zu schaffen, die für eine Beziehung wichtig ist	Lockere Atmosphäre von Anfang an ist gut für die Beziehung	Lockere Atmosphäre ist wichtig

	<p>chen Spaß macht und so. Aber dann würde ich noch nicht quasi Witze machen über zum Beispiel Schwächen oder ungünstige Verhalten oder Einstellung von Patienten. Alles was so ein bisschen provokantes ist, dafür braucht schon ein bisschen Beziehung. Sonst können Patienten auch gekränkt sein, also (..) dafür muss ich ein bisschen aufpassen. Das würde ich nicht machen, aber auf jeden Fall von Anfang an, also (..) eine gute, lockere, lustige Atmosphäre, ähm, sollte, ähm ist wichtig von Anfang an, damit die Patienten nach dem Erstgespräch rausgehen und sagen: „ah, das ist schon mal gut, jetzt fühle ich mich schon mal ganz wohl weil meine Therapeutin die ist auf jeden Fall schon mal nett und locker und so (...). Aber es ist für die Stimmung schon gut.</p>			
314-318	<p>weil eben die Beziehung schlechter ist, weil schwierige Themen irgendwie schwierigen sind auch anzunehmen, ähm (nachdenkend), (...) und ich würde auch für mich, jetzt auch ganz im Sinne von Psychohygiene (lacht) so zusagen gedacht, (lacht) (..) ähm (nachdenkend) würde ich auch für mich nicht wollen, weil ich viel weniger Spaß an der Therapie hätte</p>	<p>Humor hilft eine bessere Beziehung aufzubauen, besser Aussprachen zu treffen, die zu einem größeren Therapieerfolg führt</p>	<p>Humor steig den Therapieerfolg</p>	<p>Erfolg dank Humor</p>

321-322	ich glaube Therapie ist weniger wirksam, wenn sie von Humor befreit ist.	Weniger Therapiewirksamkeit ohne Humor	Humor steig die Wirksamkeit einer Therapie	Höheren Therapieerfolg dank Humor
---------	--	--	--	-----------------------------------

12.7.3. Tabelle 3: Interview A, Frage 3

Zeile	Textaussage	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
38-41	Dafür denke ich es ist wichtig empathisch zu sein, die Patienten zu validieren, in ihrem Erleben nicht zu schnell mit Veränderungsvorschläge zu kommen und nicht zu schnell so zusagen korrigierend einzugreifen, sondern erstmal so anzunehmen wie die Patienten es erleben und empfinden.	Wichtig ist zuerst Empathie zu zeigen, Patienten validieren, nicht zu schnell korrigieren und nicht zu schnell angreifen	Patienten sollen ernst genommen werden und mit Empathie, als Vorstufe des Humors, begegnen	Empathie und Achtung gegenüber den Patienten zeigen
181-184	ich würde schon unterscheiden (.). Also ich würde die jetzt noch nicht so zusagen wohlwollend aufziehen, ähm (.), das würde ich dann vorsichtiger sein, aber genau, unbedingt Humor von Anfang an.	Humor ist wichtig aber es muss unterschieden werden und vorsichtig dosiert	Vorsicht und Unterschied bei Humor Anwendung	Humor wohlwollend dosieren

189-194	<p>Ja, also, wenn man es zu übertreibt und eben die ernsthafte Seite (..), also wenn man zu sehr auf der Humorseite ist (...) deswegen glaube ich, dass diese Balance wichtig ist, nee? Aus Humor und Ernsthaftigkeit (..). Das glaube ich, wenn man es zu übertreibt, also dann, das richtige Maß ist auch entscheidend, und dann eben das andere was ich schon auch gesagt habe, ich denke, ähm, (...) man muss auch ein bisschen Fingerspitzengefühl haben.</p>	<p>Zu viel Humoransatz in der Therapie gefährdet die Balance zwischen Humor und Ernsthaftigkeit</p>	<p>Kein übertriebenen Humor in der Therapie</p>	<p>Humor soll gut dosiert werden</p>
194-203	<p>Man muss auch ein bisschen gucken, was ist das für ein gegenüber, was eine Art für Humor hat er, so ein bisschen antasten. Und dann fängt, (.) dann geht man nicht in die Volle (..), sondern, testet man ein bisschen sanft an und schaut auch, wie reagiert der andere, kann er so was (...), um da so eine Ebene miteinander zu finden. Man muss auch eine gemeinsame Humorebene stückweit auch finden. Jede Mensch ist auch anders und (...) so weiter. Plus, ähm (nachdenkend), das was ich schon gesagt habe, ähm, eben, so das alles was so ein bisschen in so provokanten Humor reingeht, und so ein bisschen was persönliches halt auch hat, (..), ähm (nachdenkend), dann muss man eben auch gut gucken.</p>	<p>Wichtig ist zu testen und zu schauen wie die Patienten reagieren und eine gemeinsame Humorebene finden</p>	<p>Eine Humorebene braucht zuerst die Reaktionen der Patienten</p>	<p>Eine gemeinsame Humorebene soll miteinander gefunden werden</p>

205-208	Also, ein Patient der sehr leicht kränkbar ist, dann kann absolut nach hinten los-gehen und dann kann man sich verscherzt haben schon. Ich meine dann muss man, wenn man das merkt, zurückrudern, sich auch entschuldigen und so, nee?	Es ist wichtig Kränkungen und Verscherzen zu erkennen und sich zu entschuldigen	Witze können das Gegenteil bewirken	Witze wohlwollend dosieren
262-267	dann muss man natürlich vorsichtiger sein und gerade, klar, die Narzissmus (.), die sind einfach nun mal leicht kränkbar und wenn man da jetzt Witze machen will über irgendwelche, ähm (nachdenkend) (..), Verhaltensweise und Denkweise von denen, ähm (bejahend), das kann auch gut gehen mit den, wenn die Beziehung steht, ähm (nachdenkend), eben nicht zu früh, nee?	Bestimmte Situation fordern einen begrenzten Umgang mit Witze, der angemessen anzuwenden ist	Witzen soll vorsichtig und bedacht angewendet werden	
299-305	grundsätzlich mir fehlt es keine Erkrankung so zusagen, keine psychische Diagnose ein, wo ich sagen würde, da darf man Humor nicht anwenden. Ich würde sagen grundsätzlich eigentlich mit jedem Menschen, es ist immer hilfreich, (...) aber (.), mit unterschiedlichen Menschen und Persönlichkeiten etwas unterschiedlich, (..) etwas wo man unterscheiden muss wann, wie schnell, in welche Situationen. Also ich würde schon differenziert betrachten, aber ich würde sagen Humor ist nie eine Kontraindikation	Jede Diagnose kann eine unterschiedliche Portion von Humor ertragen, da Humor keine Kontraindikation ist	Humor wohlwollend dosiert kann bei jede Erkrankung eingesetzt werden	Humor ist keine Kontraindikation

12.7.3. Tabelle 4: Interview A, Frage 4

Zeile	Textaussage	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
45-50	ein belastende Thema auch für die Patienten, umso wichtiger das ein wenig aufzulockern, natürlich muss es immer so sein, dass klar ist, dass man das trotz-dem ernst nimmt, ja. Aber wenn das gegeben ist, wenn man auch empathisch ist und zeigt, dass man es ernst nimmt, finde ich kann dann Humor (...) eben sehr auflockern und bereichernd sein für die Therapie und auch für die therapeutische Beziehung	Ein belastendes Thema kann mit Humor aufgelockert werden	Belastendes Thema wird mit Humor aufgelockert	Mit Humor an Lockerheit gewinnen
80-81	Verhaltensweise haben die ungünstig sind, dysfunktional sind, darum geht es ja nun Mal um Veränderung	Wichtiges Thema in der Therapie oder Beratungsgespräch sind die Veränderungen	Ziel der Beratung oder Therapie ist die Veränderung	Veränderungen sind das wichtiges Ziel
213-217	Ja, ich verstehe. Gerade weil was Humor betrifft, auch die andere Seite im Blick haben muss: Sarkasmus, Ironie / A: Ja, genau /	Sarkasmus, Ironie oder sich lustig als Therapeut machen, alles besser wissen ist kein Humor	Humor nicht als Sarkasmus oder Ironie anwenden	Sarkasmus und Ironie ist kein Humor

	I: „sich lustig“ über Patient machen, weil man als Therapeut „alles besser weiß“, viel Wissen hat, mehr Erfahrung. Besteht die Gefahr ironisch zu werden?			
221-223	Ansonsten kann das, kann der Patient sich auch ausgelacht fühlen oder sich lächerlich gemacht und (.) das wäre das schlechteste.	Patient fühlt sich ausgelacht oder lächerlich gemacht	Patient ins Lächerliche ziehen	Patient wird ausgelacht
223-231	Ein bisschen Selbstironie übrigens, finde ich auch als Therapeut gut, also man kann auch ruhig mal, ähm (nachdenkend), irgendwas von sich selbst erzählen, in Maßen natürlich, aber so eine dosierte Selbstoffenbarung finde ich gut und auch dann kann man was erzählen, also ein bisschen eine lustige Geschichte. Wo man selber zum Beispiel irgendwie (...) in welche Missgeschicke gemacht hat oder wie auch immer, um den Patient auch so, so (..) um mache zu zeigen halt: „ich bin auch nur ein Mensch, mir passieren auch Sachen“, ähm, hm (nachdenkend), (...) ähm, um eben auch, (.) ja, dass man nicht so der (..) Therapeut ist der irgendwie fehlerlos und sonst was	Therapeut wirkt im Gespräch in Maßen selbstironisch, zeigt eine dosierte Selbstoffenbarung als Beziehungsaufbau	Die Gestaltung der Patient – Therapeut – Beziehung kann durch die Selbstironie der Therapeut gelingen	Gute Beziehungsaufbau mit einer dosierten Selbstironie

294-295	Humor kann helfen eine gute Beziehung aufzubauen und wenn die steht, werden die Patienten eher bereit sich zu öffnen und schwierige Dinge zu erzählen.	Gute Beziehungsaufbau dank Einsatz von Humor	Keine gute Beziehung ohne Humor	Humor hilft eine gute Beziehung aufzubauen
---------	--	--	---------------------------------	--

12.7.4. Tabelle 5: Interview B, Frage 1

Zeile	Textaussage	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
48-50	dass man jetzt nicht so, ähm, standardmäßig vorgeht, was hat sie hierher geführt, ähm, (.) wie war die Reise, so ein bisschen steril (..) So, dass man ein bisschen auch schaut, ähm, wo kommt jemand her	Menschlich locker bleiben und nicht steril agieren	Lockerheit ist wichtig	
52-53	wo man ein bisschen in diese Richtung Entspanntheit, ein wenig Humor benutzt	Humor wird als Mittel benutzt, um eine entspannte Atmosphäre zu erzeugen	Entspannte Atmosphäre mit Humor erreichen	Entspannte Atmosphäre dank Humor

57-59	Humor oder im Sinne auch von positiven Gefühlen, Freude ist wichtiger Bestandteil im Leben, auch in der Therapie	Im Leben und Therapie ist wichtig Humor im Sinne von positiven Gefühle zu erleben	Das Leben und die Therapie braucht positive Gefühle	Positive Gefühle sind wichtig
116-117	dann kann man ja natürlich auch auf die schulische Ausbildung hinweisen, dass das nicht vermittelt wird (..)	Humor wird nicht in der Ausbildung vermittelt	Humor ist kein Teil der Ausbildung	
121-122	es gibt andere Themen dann kann man ein bisschen humorvoll herangehen, auch den Schrecken zu nehmen	Manche Themen können humorvoll betrachtet werden	Ein paar Themen vertragen Humor	Humor ist teilweise einsetzbar
140-141	aber genauso wie in der Gruppe, wenn sie das thematisch ergibt, oder von irgendwelchen alltäglichen Situationen heraus	Manche Themen in der Gruppe können humorvoll betrachtet werden	Die Therapiegruppe verträgt manchmal Humor	
142-145	Aber so gezielt, dass man sich vornehmt, mit die und der Methode werde ich jemandem jetzt humorvoll dazu bringen, dass er ein bisschen lacht oder so, dass hm (nachdenkend) (..) ist nicht möglich. Das ergibt sich immer so ...	Gezielter Humor anzuwenden, damit jeder lacht ist nicht möglich	Es besteht nicht die Möglichkeit gezielt Humor anzuwenden	Es wird nicht gezielt gelacht

216-217	es gehört auch dazu, auch in den Kulturen und in der Gesellschaft das gelacht wird, nee, das (..) man seine Späßchen macht (..) das gehört dazu.	Dass in den Kulturen und der Gesellschaft gelacht wird, gehört es dazu	Lachen existiert in der Gesellschaft und Kulturen	Lachen gehört dazu
283-284	als Teilaspekt, es ist (..) die anderen Sachen dürfen nicht vernachlässigt werden dadurch.	Humor wird als Teilaspekt gesehen	Humor ist nur einen Teil vom Ganze	Humor ist nicht alles

12.7.5. Tabelle 6: Interview B, Frage 2

Zeile	Textaussage	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
45-46	Gewöhnlich nicht, aufgrund der ganze Lebensgeschichte, aber natürlich kann man das in kleine so ein bisschen aufbauen	Am Anfang wird gewöhnlich nicht gelacht, aber ein wenig Humor kann benutzt werden	Platz für Humor gibt es auch am Anfang der Therapie	Humor hat auch am Anfang Platz
51-53	das man daher ein paar Nebenschauplätze hat, wo man ein bisschen in diese Richtung Entspanntheit, ein wenig Humor benutzt	Nebenschauplätze sind wichtig, da dort ein wenig Humor eingesetzt wird	Humor findet im Nebenschauplätze statt	Nebenschauplätze bieten Humor und Entspanntheit an
129-130	Gezielte (Humor) in dem Sinne gibt es nicht	Gezielter Humor gibt es nicht	Humor ist nicht gezielt einsetzbar	Kein gezielter Humor
158	(Humor) es ist nicht durchgehend	Humor ist nicht durchgehend einsetzbar	Humor wird nicht ständig eingesetzt	Humor nicht durchgehend
172-174	(..) und da ist es ungemein wichtig, so ein bisschen auf Humor zu drücken. Eine Strategie wäre so was wie Übertreibung, nee?	In bestimmte Situationen ist Humor als Strategie der Übertreibung einsetzbar	Übertreibung als Humorstrategie einsetzen	

280-284	Wie gesagt, zusätzlicher Register, glaube ich schon nee, das in die richtige Richtung gehen kann. Ermutigt, hm (nachdenkend), (..) auch im Sinne von, dass, dass, Patienten sich mehr zutrauen, im Sinne von mehr Offenheit, oder selber Verantwortung zu übernehmen. Aber wie gesagt, als Teilaspekt, es ist (..) die anderen Sachen dürfen nicht vernachlässigt werden dadurch	Humor wird als zusätzliche Register angewendet	Humor als Zusatz	Humor ist nur zusätzlich anwendbar
315-318	(...) sehr steril, sehr konservativ, sehr monoton, eintönig, dann, (..) weist man auch, von mir aus im Sinn von Placebo Effekt, dass (..), dass (..) er so gesehen, ein wenig Chancen vergeigt dadurch.	Wenn ein Therapeut steril, konservativ, monoton oder eintönig ist, dann vergeigt er Chancen	Ohne Humor gehen Chancen verloren	Humorfrei zu sein bedeutet nicht alle Chancen ergreifen
334-335	das kann ich mir schon schwer vorstellen, nee, dass man sagen würde, dass wäre eine umfangreiche Therapie	Eine Therapie ohne Humor ist keine umfangreiche Therapie	Eine umfangreiche Therapie braucht Humor	
356-357	mit Halt der Vorsicht, nicht zu übertreiben nee? (..) Dann muss man ein bisschen aufpassen dass nicht zu viel wird.	Humor halt vorsichtig anwenden und nicht übertreiben	Nicht mit Humor übertreiben	Kein übertriebener Humor

12.7.6. Tabelle 7: Interview B, Frage 3

Zeile	Textaussage	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
24-28	da gibt es auch manchmal von medizinischer Seite Informationen die dann, (.) so ein bisschen Traurigkeit vermitteln, Diagnosen (..). Ähm, (.) wir haben auch immer die Frage der Reha Fähigkeit oder ob ein Mensch überhaupt in der Lage wäre sich zu verändern, oder (..) in der Lage ist seine Selbstkontrolle ein bisschen auf-zubauen.	Klienten kommen mit verschiedene Gefühle der Traurigkeit, mit verschiedene Diagnosen, wenig Selbstkontrolle	Anfangssituation ist geprägt von verschiedene Gefühle	
127-128	Trotzdem wenn man dabei bleibt das Ziel zu verfolgen, also, nicht dass das Ziel verharmlos wird	Ein Ziel muss verfolgt werden und nicht verharmlos durch Humor	Ein Ziel darf nicht aus dem Augen verloren gehen	Ein Ziel wird verfolgt und nicht bagatellisiert

169-173	Ich leite ja auch die Angstgruppe und da ist ja vor allem wichtig eine entspannte Atmosphäre zu schaffen oder auch zu merken, dass du ein bisschen mit Humor auch dieses Gefühl der Angst, (.) dass man ja fast durchgehend nach einer gewissen Zeit man verspürt, dass es bisschen weg gedrückt werden kann (..) und da ist es ungemein wichtig, so ein bisschen auf Humor zu drücken	In der Angstgruppe wird Humor eingesetzt um das Gefühl von Angst ein wenig weg zu drücken	Einsatz von Humor in der Angstgruppe unterdrückt das Angstgefühl	Angstgefühl kann mit Humor unterdrückt werden
184-185	Aber das verliert ein bisschen auch diese schreckhafte Fassade wenn man so ein bisschen speziell in einer Angstgruppe mit solchen Sachen kommt.	Humor wird in der Angstgruppe benutzt um die schreckhafte Fassade zu ändern	Humoreinsatz in der Angstgruppe kann zur Verlust der schreckhafte Fassade führen	Die schreckhafte Fassade kann mit Humor verschwinden
194-199	Weil Ironie geht immer auf Kosten von einem Mensch oder Gruppen, oder Kulturen. (..) Und Sarkasmus kann man in bestimmte Richtungen, aber jetzt nicht durchgehend. Sarkasmus ist, (.) die Definition (.), es gibt ja mehrere Definitionen in die Richtung, so von der klassischen (.) auch dieses fleischlichste (lacht), das sollte es nicht als Botschaft an die Patienten heran gebracht werden.	Ironie und Sarkasmus können viel kaputt machen, denn Ironie geht auf Kosten von anderen. Sarkasmus ist nicht als Botschaft an die Patienten zu benutzen	Keine Nutzung von Ironie und Sarkasmus als Botschaft an die Patienten	Ironie und Sarkasmus nicht als Botschaft an die Patienten senden

206-211	Therapie bedeutet ja irgendwann auch eine gewisse Integration (..). Und wenn man ja sagen würde, ich schütze jetzt den Patienten, indem ich jetzt den Humor rausnehme, aber er könnte ihn ja irgendwo draußen an der Rezeption wieder entdecken, oder von der Haustechnik, wenn du willst auch die falsche Botschaft, al-so, dass man sagen würde, die, die Sachen gibt es auf der Welt auch, versucht dich damit anzufreunden und nimmt es nicht persönlich, nee?	Therapie bedeutet eine gewisse Integration wo der Humor nicht rausgenommen werden kann	Therapie ist Integration wo Humor auch einen Platz hat	Humor ist Teil der Therapie und Therapie ist der der Integration
217-220	Sehe ich keine Einschränkungen, wie gesagt außer ist es eine, hm (nachdenkend), hm, eine aktuelle Trauer, dass man da doch Rücksicht in dem Moment darauf nehmen sollte, das dann doch unpassend ist.	Einschränkungen gibt es nur dann wenn aktuelle Trauer eine Rolle spielt	Bei Trauer kann Humor nur mit Einschränkung eingesetzt werden	Trauer bedeutet Einschränkung

12.7.7. Tabelle 8: Interview B, Frage 4

Zeile	Textaussage	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
55-60	die man ein bisschen nutzt damit der Patient auch merkt, dass es locker zugehen kann, auch das Gefühl des Vertrauens bekommen kann, und, auch natürlich der Hinweis, ähm, (.) Humor oder im Sinne auch von positiven Gefühlen, Freude ist wichtiger Bestandteil im Leben, auch in der Therapie, weil es gibt nicht immer die Lösung, dass man jedes Problem aus der Welt schafft, nee?	Mit Humor Lockerheit schaffen, ein Gefühl des Vertrauens bekommen, Freude ist wichtiger Bestandteil im Leben und in der Therapie	Lockerheit, Vertrauen, Freude sind mit Humor im Leben und Therapie erreichbar	Humor hilft positive Gefühle im Leben und Therapie zu entwickeln
262-265	Es ist wie gesagt wichtig für die (.) Beziehung, für das Miteinander, (.) es ist sehr, sehr wichtig (...). Nee, das ist wie man sagen würde, jemand begrüßt sich nee, das Vertrauen geschafft wird so, Humor verbindet sehr stark, entspannt, man kann locker damit miteinander umgehen	Die Beziehung entwickelt sich positiv, das Miteinander schafft Vertrauen und verbindet	Positive Beziehungen werden mit Humor aufgebaut und die Verbindung wird gestärkt	Humor baut eine positive Beziehung auf mit einer stärkeren Verbindung
281-283	auch im Sinne von, dass, dass, Patienten sich mehr zutrauen, im Sinne von mehr Offenheit, oder selber Verantwortung zu übernehmen.	Gewinn von eigene Vertrauen und Offenheit	Humor macht offener und mutiger	Positives Selbstbild wird dank Humor verstärkt

295- 298	Und da ist immer die Gefahr, hm (nachfragend), (..) wo hört man auf und wo wird es dann ein bisschen kritisch, das man sagen würde, dass man ein bisschen zu bagatellisierend insgesamt wirkt: mit sich, mit seinem Umwelt umgeht.	Zu viele Witze können zur Bagatellisierung des Ichs und der Umwelt führen	Viel Humor schadet	
360- 362	Dann ist alles nicht ernst und dann ist auch die Aufmerksamkeit, die Konzentration nicht mehr vorhanden auf die Themen und deswegen auch kein Lernprozess im Sinne einer Veränderung	Zu viel Humor schadet der Aufmerksamkeit und der Konzentration auf das Wesentliche: die Veränderung	Veränderung braucht nicht zu viel Humor	Zu viel Humoreinsatz schadet der Veränderung

12.7.8. Tabelle 9: Interview C, Frage 1

Zeile	Textaussage	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
74-76	Humor ist glaube ich schon manchmal ganz gut einfach um die Brisanz raus zu nehmen um die Schwere auch raus zu nehmen aus der ganze Thematik so ein bisschen Leichtigkeit rein zu bringen	Mit Humor ist es möglich die Schwere und die Brisanz aus der Thematik rauszunehmen	Humor hilft bei den Themen die schwer und brisant sind	
76-79	im Sinne von (..) auf die Schulter klopfen, „das wird schon“ und jetzt, (..) nicht nur in diesen Tunnelblick der schlimmen Abhängigkeitserkrankung des Katastrophalen irgendwie zu bleiben, es ist schon wichtig, doch.	Mit Humor Leichtigkeit in dem Tunnelblick der Sucht reinbringen	Suchtproblematik gewinnt mit Humor an Leichtigkeit	Humor erleichtert die Suchtproblematik
202-203	ich jetzt nicht über den Humor steuern, sondern da glaube ich, hm (nachdenkend), (...) ist Humor vielleicht ein Beitrag.	Die Beratung nicht über Humor steuern, denn Humor ist nur ein Beitrag	Humor ist nur ein Beitrag in der Suchtberatung	Humor ist nur als Teileinsatz in der Suchtberatung zu betrachten
208	Und Humor ist es auch manchmal schwierig, ja.	Manchmal ist Humor schwierig	Humor ist nicht immer leicht	

234-236	weil es schon insgesamt doch eine ernste Thematik ist und (...) ja, (..) ernsteres Anliegen	Insgesamt ist Humor eine ernste Thematik	Humor ist eine ernste Thematik	
---------	---	--	--------------------------------	--

12.7.9. Tabelle 10: Interview C, Frage 2

Zeile	Textaussage	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
27-29	Heiterkeit, Freude, hm (nachdenkend), kommt sehr selten vor (...). Ich habe eigentlich überwiegend zu tun mit viel Druck den die Leute mitbringen.	Positive Gefühle kommen selten vor, da Klienten viel Druck mitbringen	Klienten haben Druck und selten positive Gefühle	Überwiegend mehr Druck als positive Gefühle
86-88	ist jeher eine spontane Sache bei mir, dass entscheidet sich im Augenblick (..) und auch welche Portion Humor ich in einer Beratungssituation wage.	Einsatz und Quantität von Humor ist eine spontane Sache	Über die Einsatz und Menge von Humor wird spontan entschieden	Humor und Humoranwendung ist eine spontane Entscheidung
93-95	Das ist nicht so, dass ich das (..) standardmäßig im Gepäck habe und nur darauf warte, das ich eine Situation auspacke wo jetzt Humor dran ist oder so. Es entsteht spontan.	Humor gehört nicht als Standard und wird bei Bedarf und spontan eingesetzt	Humor wird bei Bedarf eingesetzt	Humor nicht als Standard betrachten

132-134	Humor ist es eine Spielart irgendwie, ja, sie stellt sich ein wenn auch eine gewisse Entspannung da ist. Die ich jetzt habe, definitiv	Mit der Entspannung kommt auch der Humor	Erst die Entspannung, dann der Humor	Humor kommt nach Entspannung
180-182	es ist wirklich so ein Spontanes mich einstellen drauf wer sitzt mir gegenüber. Und dann schaue ich was geht. Oder eben was geht nicht. (lacht) Ja, meistens läuft so bei mir, ja. Da fällt auch der Humor rein oder eben nicht.	Einsatz von Humor ist was spontanes	Humor wird spontan eingesetzt	
225-228	(...) dann denke ich erstmal das es trocken ist und (...) ja, so eine, so eine Amts-sprache vielleicht auch das man die Dinge abhackt die erledigt werden müssen, so ein formales Gespräch irgendwie, mit wenig Leben. (..) Aber (...) Das muss es ja nicht sein.	Beratung ohne Humor ist trocken, mit wenig Leben gefühlt und wie ein formales Gespräch	Beratung mit Humor ist nicht trocken und nicht formal	Einsatz von Humor lockert die Beratung

12.9.10. Tabelle 11: Interview C, Frage 3

Zeile	Textaussage	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
28-31	Ich habe eigentlich überwiegend zu tun mit viel Druck den die Leute mitbringen. Das es ist oft, (.) das erste was ich spüre, sehr viel Druck, Anspannung auch Angst vor dem Gespräch, vor dem Kontakt, überhaupt diesen ersten Schritt zu gehen	Klienten bringen Druck, Anspannung, Angst vor dem Gespräch, vor dem Kontakt	Gespräch wird von Druck, Anspannung und Angst begleitet	(Erst)Kontakt oder Gespräch hat mit negative Gefühle zu tun
43-45	eine Art von Zynismus irgendwie mitbringen, die, hm (nachdenkend) (..), selbst ironisch dann über sich, hm (nachdenkend), vermeintlich lustig Auskunft geben was sie alles schon schlimmes erlebt haben	Klienten bringen Zynismus mit, sind selbstironisch, geben lustige Auskünfte über das Erlebte	Klienten sind zynisch, selbstironisch und nicht ernst	Klienten sind nicht immer ernsthaft
79-80	Aber es geht nicht mit allen, also es (..), kommt doch immer noch an wer mir gegenüber sitzt.	Humor ist nicht bei allen anwendbar, es hängt von Klient ab	Anwendung von Humor hat mit Klienten zu tun	
92-93	zu viel gewagt ja, aber (..) ich glaube dafür habe ich schon ein ganz gutes Gespür.	Berater hat ein gutes Gespür entwickelt		

113-116	Also, ja, beziehungsweise oder ist es Bagatellisierung? Das ist ja auch so ein Übergang manchmal der fließend ist, dass die Leute dann irgendwie anfangen was ins Lächerliche zu ziehen oder dann so zu tun als wäre das alles ganz witzig und harmlos. Ja, verharmlosen das dann. Dann finde ich nicht gut.	Klienten fangen an zu bagatellisieren, ins Lächerliche zu ziehen, alles ist witzig und harmlos	Klienten nehmen die Problematik nicht ernst, die Situation wird verharmlos	Klienten erkennen die Problematik nicht mehr, es wird darüber gelacht
143-145	was da je eine Rolle spielt bei mir ist es, dass ich jetzt viel, viel mehr Erfahrungen mit Menschen überhaupt habe.	Erfahrungen, die der Berater mit Menschen gemacht hat sind sehr wichtig	Menschliche Erfahrungen seitens des Beraters sind sehr wichtig	Berufserfahrungen sind wichtig
146-148	ich glaube ich habe eine bessere Menschenkenntnis, definitiv, seitdem erworben und, habe das schneller im Gefühl wer sitzt mir gegenüber, was geht und wie muss ich mich wem verhalten.	Erworbene Menschenkenntnisse sind wichtig, es entsteht ein Gefühl der Sicherheit was ist möglich und was nicht	Menschenkenntnisse bringt dem Berater Sicherheit in der Beratung	Menschenkenntnisse bringen Sicherheit

12.9.11. Tabelle 12: Interview C, Frage 4

Zeile	Textaussage	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
74-76	Humor ist glaube ich schon manchmal ganz gut einfach um die Brisanz raus zu nehmen um die Schwere auch raus zu nehmen aus der ganze Thematik so ein bisschen Leichtigkeit rein zu bringen	Humor nimmt die Brisanz und die Schwere der Problematik raus, bringt Leichtigkeit	Das Gewicht der Suchtproblematik verliert durch Humoreinsatz an Gewicht	Humoreinsatz erleichtert die schwere der Problematik
88-90	es kann auch nach hinten losgehen dass einer sich komplett auf dem Schlips getreten fühlt oder denkt was ist es jetzt das hier, ich werde es nicht ernstgenommen oder so ja?	Einsatz von Humor kann es nach hinten losgehen, Klienten haben das Gefühl nicht ernstgenommen zu werden	Klienten entwickeln das Gefühl nicht ernstgenommen zu werden	Humor gefährdet die Ernsthaftigkeit
117-118	wenn es wirklich so eine Reflexion irgendwie auf das eigene Leben beinhaltet, dann ist das für mich okay	Humor kann helfen eine eigene Reflexion über das eigene Leben zu entwickeln	Eine eigene Reflexion über das Leben mit Hilfe von Humor entwickeln	Humor hilft über das eigene Leben selbst zu reflektieren
187-189	dass es vielleicht eine gewisse Lockerheit einfach produziert beim Gegenüber auch, dass Anspannung die am Anfang vielleicht da ist dann (.) schnell weg fällt	Mit Humor eine gewisse Lockerheit erschaffen und die Anspannung fällt	Humor schafft Lockerheit und Entspannung	

192-194	vielleicht auch ein Gefühl vermitteln, ah, das ist doch alles ganz nicht so schlimm wie ich selber für mich dachte und ich kriege das schon hin	Humor vermittelt das Gefühl, dass nicht alles so schlimm sein wird	Mit Humor kann es besser werden	Humor schafft positive Perspektive
194-195	Also so eine positive Perspektive vielleicht einfach eröffnen, erstmal für die Beratung und für alles was sie sich daraus weiter ergibt.	Humor kann eine positive Perspektive eröffnen für den Anfang aber auch für später	Mit Humor werden für jetzt und für später positive Perspektive geschaffen	
208-210	Was für den einen Humor ist, ist für den anderen eine Klatsche ins Gesicht, oder so, ja. Das kann auch nach hinten losgehen.	Jeder betrachtet Humor aus verschiedene Perspektiven	Klienten sehen Humor aus verschiedene Perspektiven	Humor ist Einsichtsache
216-217	ja, das es übertrieben wird und vom eigentlichen Weg kommt und dann eher auf das humoristischen Art alles sieht, das konnte auch passieren.	Es gibt ein Risiko, dass es übertrieben und als lustig betrachtet wird und die eigene Problematik geht verloren	Die eigentliche Problematik geht durch Humorübertreibung verloren	Humorübertreibung ist ein Risiko

12.9.12. Tabelle 13: Interview D, Frage 1

Zeile	Textaussage	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
28-31	(...). Ich habe lieber die humorvolle Seite, wenn wir hier miteinander lachen, hm (wohlführend), weil ich finde, dass das jeder (..) auch wenn Probleme schon ganz schrecklich sind, das es immer so einen Aspekt gibt, (..) hm (bejahend), mit dem man sich (.) auch man amüsieren kann, mit dem man sich freuen kann	Berater mach die humorvolle Seite, wenn es gelacht wird, wenn man sich freuen kann	Berater mag Humor, das Lachen und die freudige Momente	
124-126	es muss immer Platz geben auch in der Beratung, auch in der Therapiesitzungen, auch in der Nachsorgegruppe, wo bei alle Ernsthaftigkeit der Themen, (..) wir auch über etwas lachen können.	In der Beratung und bei allen Themen muss immer Platz für Humor geben	Humor hat eine Platz in der Beratung und andere Situationen	Humor muss es geben
127	Das gehört für mich dazu (Humor)	(Humor) gehört dazu		

164-166	wenn mir danach ist, irgendwie (...) so zu sein, dann bin ich es auch. Ich kann gar nicht anders. Es geht bei mir nicht. Aber ich merke es natürlich wenn bei manche Personen Humor mehr Platz annimmt als bei anderen.	Berater verstellt sich nicht, bleibt so wie er ist, bleibt offen und sensibel für die Klienten und deren Stellenwert für Humor	Berater bleibt offen und sensibel für die Humorhaltung der Klienten	Die Humorhaltung der Klienten empathisch betrachten
173	wenn es um Beziehungsaufbau geht, dann gehört es für mich dazu.	Für die Beziehungsaufbau ist Humor notwendig	Humor nutzt den Beziehungsaufbau	
189-191	sondern das hat sich so entwickelt und ich weiß jetzt wie ich mit den Leute rede und dann kommt es wenn es passt.	Humor kommt es wenn es passt	Humor kommt spontan	
246-247	ich versuche mal im Auge das Positive zu behalten, von beide Seiten das Positive rauszustellen	Berater versucht das Positive im Auge zu behalten, von beide Seiten das Positive erheben	Das Positive von beide Seiten im Auge behalten	Das Positive allgemein hervorruhen und erheben

12.9.13. Tabelle 14: Interview D, Frage 2

Zeile	Textaussage	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
128-130	manchmal man lacht in einem Moment und ist es witzig, irgendwas ist witzig und dann kommt ein ganz ernsthaftes Thema. Gut. Dann, dann (.) schaltet man um auf das Thema	Es wird spontan gelacht, aber auch die Ernsthaftigkeit wird betrachtet	Nach Lachen kann auf ein ernsthaftes Thema umgeschaltet werden	Umschalten von Witz auf Ernsthaftigkeit ist möglich
134	soll das Lachen da sein können, soll das Weinen da sein können	Das Lachen aber auch das Weinen sollen Platz haben	Lachen und Weinen finden Platz in der Beratung	Lachen und Weinen ist erlaubt
165-166	Aber ich merke es natürlich wenn bei manche Personen Humor mehr Platz annimmt als bei anderen.	Einsatz von Humor hängt mit den Klientel zusammen	Klienten bestimmen über den Einsatz von Humor	Zusammenhang zwischen Klienten und Humor
178-180	Ich überlege mir nicht, ich will jetzt irgendwie witzig sein, oder ich will jetzt irgendwie (..) dann Heiterkeit rein bringen. Das passiert mir oder passiert nicht.	Humor wird spontan eingesetzt, ohne große Überlegung	Humor passiert spontan	
217-220	sage ich, jetzt haben wir viele Witze gemacht, so (lacht), es war ja alles witzig, aber trotzdem jetzt haben wir hier noch was zu besprechen und unsere Zeit ist in einer Viertelstunde	Nach zu viele Witze wird auch interveniert um die ernsthafte Problematik zu besprechen	Witze sind erlaubt, Interventionen können aber sie beenden	Interventionen können die Situation ändern

	um, und schauen sie mal hier, wir sind jetzt erst (..) da und da gelandet und jetzt müssen wir mal was arbeiten. So.			
244-247	Sie haben beide das Gefühl das soll sich was verändern, und das bringt mich dann auch (..) wieder in so eine, hm (nachdenkend), (..) diese positive Richtung. Und wir schauen mal und versuchen (...), ich versuche mal im Auge das Positive zu behalten, von beide Seiten das Positive rauszustellen	Humor kann der Arbeit mit Angehörige eine positive Richtung geben	Gewinn einer positiven Richtung in der Arbeit mit Angehörige	Positive Angehörigearbeit
321-322	(..) Also ich kann mir nicht vorstellen das ist, (..) das ich mir so was (..) hm (nachdenkend), vornehmen würde.	Berater kann sich ein Beratungsgespräch ohne Humor nicht vorstellen	Beratungsgespräch ohne Humor ist nicht vorstellbar	
322-324	Es gibt humorfreie Beratungsgespräche aber nur weil es sich so ergeben, weil (..) gerade kein Humor Platz hat, ja, aber als Motto, keinesfalls.	Sich vornehmen, kein Humor zu benutzen ist für den Berater unvorstellbar	Berater kann sich nicht vornehmen kein Humor zu benutzen	Beratung ohne Humor ist nicht planbar

12.9.14. Tabelle 15: Interview D, Frage 3

Zeile	Textaussage	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
24-27	manche Personen (..), hm (nachdenkend) dann kann man Späßchen machen in der Beratung, bei anderen weiß ich genau wenn ich die hier sehe, oh, oh, mach ganz schön langsam und (..), sehe, dass ich auf die Sachebene bleibe.	Mit manche Klienten ist lachen möglich, mit anderen wird auf der Sachebene geblieben	Klienten sind unterschiedlich: es wird gelacht oder nicht	Es wird nicht immer gelacht
132-134	Es geht es nicht darum darüber zu kaspern oder so was, (..) aber es soll beides da sein können: soll das Lachen da sein können, soll das Weinen da sein können.	Kaspern ist nicht Humor	Humor ist nicht kaspern	
136-137	In der Beratung, da habe ich nur Einzelpersonen im Einzelgespräch. Das ist wieder noch mal was anders	Mehr Humor wird in der Gruppengespräche angewendet	Die Gruppe bietet mehr Platz für Humor	
150-152	Aber es geht nicht bei jeden und das ist ja was, das ist das schwierige in der kurzen Beratungszeit.	In einer kurzen Beratungszeit ist schwierig Humor anzuwenden	Kurze Beratungszeit bietet nicht viel Platz für Humor	

152-154	In der Therapiegruppe oder wenn ich jemand über Jahre begleite und eine Beziehung aufgebaut habe, dann ist es ein fester Platz, irgendwie, das wir miteinander lachen können, Witze machen, so (lacht	Während einer jahrelangen Begleitung wird eine Beziehung aufgebaut, wo Humor einen festen Platz hat	Lange Beratungs – oder Therapiezeit ermöglicht mehr Humoreinsatz	Fester Platz für Humor während einer langen Begleitung
180-182	also so viel Empathie traue ich mich beruflich zu, (..) (lacht), (..) dass ich dann spüre wenn das für jemand ganz schwierig ist	Empathie im Beruf ist wichtig, so wird es deutlich wann Humor angebracht ist oder nicht	Empathie und Humoreinsatz sind eng verbunden	Humoreinsatz braucht Empathie
302-303	Solche Leute hat man ja auch manchmal, die überhaupt gar nicht, die das (..) so benutzen (..) um sich dann nicht einzulassen auf was	Klienten benutzen zu viel Humor und können sich nicht auf etwas einlassen	Die Probleme werden mit zu viel Humor nicht ernsthaft besprochen	Wichtige Sachen werden unwichtig

12.9.15 Tabelle 16: Interview D, Frage 4

Zeile	Textaussage	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
281- 282	ist gut für die Beziehung, ist gut für Entwicklung von positiven Gefühle, über-trägt sich auch auf die Betroffenen	Humor ist gut für die Beziehung, für die Entwicklung von positiven Gefühle	Mit Humor werden positive Gefühle entwickelt	
293- 295	Und die Gefahr, also, wenn (..), wenn das wieder auf hinaus läuft, dass man miteinander ernsthaft (...) also, nicht mehr ernsthaft miteinander reden kann.	Es wird nicht mehr ernsthaft miteinander geredet	Ernsthafte Gespräche finden nicht mehr statt	
299- 302	(...)Also wenn man gar nicht ernsthaft miteinander reden kann sondern nur flapsig oder nur so, dass es nur oberflächlich ist und dann (..), dann ist es eher (..), dann ist nicht förderlich für den (.) Entwicklungsprozess.	Flapsigkeit, Oberflächlichkeit und nur lachen ist nicht förderlich für den Entwicklungsprozess	Entwicklungsprozess wird nur mit Lachen nicht gefördert	Nur Lachen fördert den Entwicklungsprozess nicht

12.9.16 Tabelle 17: Interview E, Frage 1

Zeile	Textaussage	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
58-60	Und dann sind auch solche Elemente wie Humor, was ich persönlich als sehr wichtig empfinde	Therapeut findet Humor als sehr wichtig	Humor ist sehr wichtig	
90-91	Wenn man darüber lachen kann, das ist schon viel Wert	Über etwas zu lachen ist viel Wert	Lachen ist wertvoll	
91	ich denke ohne Humor geht es gar nichts im Leben, nee?	Ohne Humor geht es gar nicht im Leben	Ein Leben ohne Humor geht nicht	
93-94	das entspannt viel, Spannungsabfuhr ist drin	Humor entspannt viel, schafft Spannungsabfuhr	Humor schafft Entspannung	
220-222	Ich denke, dass ist ein wichtiger Ansatz und ich glaube eine vertrauensvolle Bindung her zu stellen, eine tragfähige Beziehung gelingt auf so einer Ebene viel, viel schneller und auch besser auch gerade wenn da Humor miteinfließt	Mithilfe von Humor eine tragfähige Beziehung aufbauen und eine vertrauensvolle Bindung herstellen	Mit Humor werden Beziehungen aufgebaut und Bindungen hergestellt	Humor schafft eine vertrauensvolle Bindung und eine tragfähige Beziehung

12.9.17 Tabelle 18: Interview E, Frage 2

Zeile	Textaussage	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
286- 288	dass man da auf so eine Beziehungsebene sich so begegnet, dass man sich was zu sagen hat, dass man sich was traut zu sagen und, dass man auch zusammen lachen kann.	Eine Beziehungsebene entwickeln, in dem Vertrauen entsteht und zusammen gelacht wird	In einer vertrauten Beziehung kann gelacht werden	Humor schafft gute Beziehungen
292- 294	Es bindet ja auch, es ist eine Beziehungskonstanz auch drin und das ist das Entscheidende in jeder Therapie, egal ob eine Suchttherapie oder sonst irgendwas anderes, dass diese Objekt Konstanz, diese Beziehungskonstanz drin ist	Eine Beziehungskonstanz ist das Entscheidende in einer Therapie	Das entscheidende ist die Beziehungskonstanz	
332- 334	Deswegen denke ich ist es schon eher was, was sich so entwickelt im Laufe der Zeit, nee? Der Art des Humors, über was kann man lachen, nee, das ist immer so, nee?	Die Art des Humors entwickelt sich im Laufe der Zeit	Die Entwicklung eines Humor Arts passiert mit der Zeit	
473- 475	dann ist das ja nicht der ganze komplette Ausschnitt, nee, was ein Mensch an den Beziehungsqualitäten hat, was er liefert.	Ohne Humor fehlt es an Beziehungsqualität	Beziehungsqualität verliert ohne Humor an Wert	

482-484	ganzheitlich betrachtet wäre so eine Beziehung sicherlich tragfähiger wenn auch so eine Seite gibt wo man sagt man ist sich auf der Ebene auch sympathisch.	Eine Beziehung ist mit Humor tragfähiger	Die Tragfähigkeit einer Beziehung steigt mit Humor	
---------	---	--	--	--

12.9.18 Tabelle 19: Interview E, Frage 3

Zeile	Textaussage	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
34-36	Ich selber finde immer das sehr wichtig, dass man schon im Vorfeld, wenn Leute im Wartebereich sind, mal Gelegenheit hat dran vorbei läuft schon mal vielleicht einen kurzen Blick zuwirft, ein freundliches Lächeln	Es ist sehr wichtig schon im Vorfeld, z.B. im Wartebereich ein freundliches Lächeln zu zeigen	Im Vorfeld eines Gesprächs Freundlichkeit zeigen	Freundliches Zeichen im Vorfeld schon senden
63-65	zur Erheitern in dem man sagt, wir begegnen uns hier auf Augenhöhe, ich höre mir deine Probleme an und wir können über unsere Fehler auch mal lachen, nee?	Es findet eine Begegnung auf Augenhöhe wo beide (Klient und Berater) über Fehler lachen können	Berater und Klient begegnen sich auf die gleiche Ebene wo gelacht wird	Auf gleiche Ebene wird gelacht

66-68	schon so mit einem Stückchen aus meinem eigenen Schicksal heraus treten und eine Distanz schaffen auch zu meinem Leben	Aus eigenen Schicksal ein wenig heraustreten und Distanz zu eigenem Leben schaffen	Einen Schicksal Teil beseitigen und Distanz zu sich gewinnen	
240-243	weil sonst kommst so du in das Verbissene rein und so in diesem Kampf nee, darfst du jetzt, muss du, sollst du und so, und dann, ah, kann man glaube ich nicht so gut verzeihen, nee, wenn man dann mal irgendwie Fehler macht	Sich in das Verbissene oder in dem Kampf reinsteigern, wo sich nicht mehr verziehen kann	Durch Verbissenheit und Kampf mit sich selber, ist keine Selbstverzeihung mehr möglich	Selbstverzeihung ist mit Verbissenheit nicht möglich

12.9.19 Tabelle 20: Interview E, Frage 4

Zeile	Textaussage	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
65-66	Es hat nichts mit Auslachen zu tun, oder mit nicht ernst nehmen zu tun	Humor hat nicht mit Auslachen oder mit nicht ernst nehmen zu tun	Humor bedeutet nicht Auslachen	

343-344	gerade was Ironie angeht und so weiter, das oftmals falsch interpretieren und dann meinen, das wäre auf sie bezogen.	Anwendung von Ironie oder Sarkasmus ist eine heikle Angelegenheit	Ironie und Sarkasmus ist nicht zu empfehlen	
344-346	Und viele Suchtkranke sind auf sich auch erstmal bezogen und können dann nicht so gut differenzieren, zwischen Ironie oder Witz und Ernsthaftigkeit oder realen Anliegen, nee?	Suchtkranke sind Ich – bezogen und können nicht zwischen Witz und Ernsthaftigkeit differenzieren	Suchtkranke können zwischen Witz und Ernsthaftigkeit nicht differenzieren	