

HUMOR IN DER GERONTOLOGIE



Rolf Dieter Hirsch, Prof. Dr. phil. Dr. med. Dipl.-Psych., ist Facharzt für Nervenheilkunde, psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse, Geriatrie. Prof. Hirsch ist emeritierter Chefarzt der Abteilung für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie und des Gerontopsychiatrischen Zentrums der LVR-Klinik Bonn (1991-2011). Seit 2012 in psychiatrisch/psychotherapeutischer Praxis. Lebraufträge an verschiedenen Universitäten. Professur an der Universität Erlangen-Nürnberg im Bereich Psychogerontologie, Präsident der Deutschen Akademie für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Vorstandsmitglied des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, Vorsitzender der Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter – Handeln statt Misshandeln e.V. (seit 15 Jahren). Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte: Heiterkeit und Humor im Alter; Gewalt, Aggression und Diskriminierung im Alter, ethische und Versorgungsaspekte der Gerontopsychiatrie, Alternspsychotherapie.

Rolf. D. Hirsch: Wie ich den therapeutischen Humor in die Behandlung alter Menschen eingebracht habe

<i>Es sitzt ein Vogel auf dem Leim, Er flattert sehr und kann nicht heim. Ein schwarzer Kater schleicht herzu, Die Krallen scharf, die Augen gluh. Am Baum hinauf und immer höher Kommt er dem armen Vogel näher.</i>	<i>Der Vogel denkt: Weil das so ist Und weil mich doch der Kater frisst, So will ich keine Zeit verlieren, Will noch ein wenig quinquilieren Und lustig pfeifen wie zuvor. Der Vogel, scheint mir, hat Humor...</i>
---	---

(Wilhelm Busch 1959, S. 801)

Nun wird ein Mensch nicht gleich „gefressen“, doch mit zunehmendem Lebensalter denkt man vermehrt an das Ende. Kann man „quinquilieren“, wenn Beschwerden und Erkrankungen, aber auch Einsamkeit und Nicht-Ernst-Genommen-Werden fast allgegenwärtig sind und einen niederdrücken? *Eine ältere Dame klagte einmal: „Wenn ich sitze, dann bin ich voller Elan und Kraft. Doch wenn ich aufstehen möchte, dann tut mir alles weh. Da merke ich, dass ich alt bin. Das hat der Herrgott nicht gut gemacht“.* Wo bleibt da die Lebenslust? Wünscht man sich manchmal nicht lieber ein schnelles Ende? Wenn die Zeit begrenzter wird, dann könnte man zuvor mehr „leben“ und nicht nur, was die meisten Alten gut gelernt haben,

„überleben“. Kraft und Kreativität vom Ende her gesehen schöpfen und eine gewisse närrische Weisheit anstreben. Geklagt wird über eine sehr kostenintensive Überalterung der Gesellschaft und versucht, alte Menschen auszugrenzen. Wie wäre es, wenn diese mehr eigeninitiativ würden, sich nicht abschieben ließen und mit etwas mehr närrischer Weisheit die Gesellschaft vom Ende her humorisierten?

Solche Gedanken gehen mir durch den Kopf, wenn ich an den manchmal etwas mühevollen aber immer wieder auch erfreulichen Weg zurückdenke, den ich mit „Humor im Rucksack“ durch die Altersmedizin und -pflege machte. „Ja, Humor hat da doch keinen Platz“, wird mir entgegnet oder „was sollen wir noch alles machen“, „dafür ist keine Zeit“, „Alte verstehen keine Humor“. Vielfältige Begegnungen mit alten Menschen widerlegen diese Vorurteile. Ich traf viele Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen, Sozialarbeiter, Ergo- und Physiotherapeuten, die es sehr gut fanden, dass einer kommt, der Humor als Lebenselixier bringt. Erst habe ich versucht, die Griesgrämer, die notorischen Zweifler und „Medizin-ist-bitter-und-ernst-Menschen zu überzeugen, wurde dann aber etwas klüger und verbündete mich mit denen, die Heiterkeit und Humor in der Pflege und Medizin wichtig finden. Erstaunlicherweise ist das meist die Mehrheit der Mitarbeiter.

Ernst soll die Medizin und Pflege sein, damit sie hilft. Doch, wer sagt das? Ist Beziehung das wichtigste „Arbeitsmittel“ im Umgang mit Patienten und Pflegebedürftige, so ist der Humor, wohl dosiert und menschenorientiert eingesetzt, dafür das beste „Schmiermittel“.

Auf dem Weg

Alte Menschen haben nichts zu lachen, heißt es. Sie seien störrisch, eigensinnig, wollen keine Veränderung und würden nur noch über ihre Schmerzen, Schicksalsschläge und Versäumtes reden. Ein Vorurteil von Jüngeren? Ich traf viele alte Menschen, die sehr gerne und viel lachen, die ihr Leben gelassen nehmen und sich freuen, noch am Leben zu sein! Untersuchungen stützen meine Beobachtungen, dass mit zunehmendem Lebensalter die „heitere Gelassenheit“ zunimmt (Ruch, Zwyer 2001, 24). Auch bestätigen alte Menschen, dass Humor im Alter lernbar ist und auch das Interesse daran besteht (Hirsch, Kranzhoff 2004, 124). Erstaunt war ich, dass manche alte Menschen zahlreiche Schicksalsschläge, Entbehrungen und Tiefen erlebt haben, die für viele schwere Depressionen ausreichen würden und trotzdem ein heiteres Gemüt behielten. Umgang mit alten Menschen: die beste eigene Prävention! Ich erlebte, frei nach Karl Valentin, dass jedes Ding und jede Situation eine positive, eine nega-

tive, aber auch eine komische humorvolle Seite hat. Den komischen Aspekt in der Psychotherapie zu suchen und diesem mehr Achtsamkeit zu schenken hat sich für Patient wie Therapeut gelohnt.

In der Einzelpsychotherapie stieß ich immer wieder auf alte Menschen, die humorvoll dem Leben trotzten und mir die Breite der Alternativen eröffneten, wie man das Leben angehen und mit Missgeschicken umgehen kann. Ich erfuhr, dass es ein Vorurteil ist, dass alte Menschen nicht psychotherapierbar wären. Ist da die Gelotophobie, die Angst sich als Therapeut mit Hilfs- und Pflegebedürftigkeit, Sterben und Tod auseinander zu setzen, treibende Kraft? Ein Unsinn ist es zu meinen, dass alte Menschen nicht mehr belastbar wären, man ihnen nicht zu viel zumuten dürfe. Wohl eher eine Gegenübertragung der Helfer, da alte Menschen in ihrem Leben erheblich größere und konfliktreichere Belastungen bewältigt haben, als sich mancher Therapeut vorstellen kann. Hilfreich war mir u.a. auch das Buch „Provokative Therapie“ von Farrelly und Brandsma (1986) mit ihren sehr erfrischenden Beispielen. Alte Menschen wollen in der Therapie ernst genommen und nicht verhätschelt werden.

So sammelte ich Erfahrungen bei der Behandlung alter Menschen, hielt dann Vorträge und veröffentlichte einiges (s. Literatur), da es hierzu kaum Arbeiten gab. Natürlich wurde ich damit konfrontiert, dass Humor unerwünschte Auswirkungen haben könnte. Gerade viele Psychoanalytiker alter Schule warnen davor. Wirklicher, heiterer und lebensbejahender situations- und personenorientierter Humor hat keine Nebenwirkungen. Doch manche Humorintervention wird als solche gedeutet und ist in Wirklichkeit eher schwarzer Humor, Sarkasmus oder Zynismus. Nur diese können schaden!

Zum 1. Basler Humorkongress 1996 wurde ich eingeladen, ein Referat mit dem Thema „Humorbezogene Interventionen bei alten Menschen“ zu halten. Ein Humorkongress? Prima und dazu noch in Basel. So einen Kongress hatte ich noch nie erlebt. Ich fühlte mich gleich wohl und war erstaunt, wie lebendig, fröhlich und kreativ diese Tage waren. Ich lernte Menschen kennen, die zum Humor etwas zu sagen hatten und wurde von der Ernst-Heiterkeit angesteckt. Dann machte ich mich auf den Heimweg. Auf dem Rückweg las ich im Büchlein von Michael Titze (1985) „Heilkraft des Humors“. Besonders interessierte mich das Kapitel „Die Humorstation“. Als Leiter einer Gerontopsychiatrischen Abteilung wollte ich das jetzt auch machen. Doch eine Station ganz humorisieren? Hält die Medizin Humor schon für unseriös und unangebracht, so dürfte er in der Psychiatrie, die mit „Narren“ und „Jecken“ zu tun hat, kaum akzeptiert werden. Dann noch in einer Institution? Diese haben strenge Regeln und Vorschriften. Heiterkeit und Humor haben da wenig Platz.

Und dann noch in der Gerontopsychiatrie? Soll ich allen geballten und sehr gepflegten Vorurteilen trotzend entgegen wirken? Ich dachte, es könne nicht schaden, in den Alltag, in das Schwarz-Weiße etwas Buntess zu integrieren: den Humor. Unterstützt von den Anregungen von Titze (1985) machte ich mir Gedanken, wie ich die Zeit einer Gruppensitzung füllen könnte, mit wem und mit welchem Ziel. Ich konnte meinen Psychologen aus der Abteilung rasch begeistern und so schritten wir zur Tat.

Ein therapeutischer Baustein: die Humorgruppe

Nach einer groben Planung begannen wir mit einer Humorgruppe, die einmal wöchentlich für eine Stunde stattfand. Die Gruppe war für 8-12 Patienten gedacht, ausgenommen waren Patienten mit kognitiven Störungen (Demenzen), akut Suizidalen, psychotisch Depressiven und Wahnhaften. Die Patienten wurden bei der Visite zur Humorgruppe eingeteilt und über den Sinn aufgeklärt. Schwerer war die Akzeptanz der Mitarbeiter. Ich verdeutlichte, dass die Humorgruppe als Ergänzung zum bisherigen Therapieangebot und ein Baustein im Rahmen des Gesamtbehandlungskonzeptes sein soll. Natürlich war es sehr hilfreich, dass ich der Chef war. Für Mitarbeiter fanden einige Humorsitzungen statt, die zu einer überwiegend wohlwollenden Akzeptanz führten.

Zunächst wurde in dieser Gruppe nach der Befindlichkeit gefragt. Jeder sollte die anderen diesbezüglich auf einer Skala bewerten. Meist entstand hierdurch schon ein Heiterkeitseffekt. Manchmal wurden Witze erzählt, lustige Ereignisse aus dem Stationsalltag sowie „Missgeschicke“ aber auch heitere Geschichten aus dem eigenen Leben berichtet und dann als Rollenspiel dargestellt. Manchmal wurden Videoaufzeichnungen vorgeführt (z.B. Lorient, Rühmann, Erhard, Moser, Charlie Chaplin, Valentin) oder humorvolle Kassetten. Ein Sack voller skurriler Inhalte war immer dabei (z. B.: „Schachterl-Teufel“, Pfeifen, Quietschgegenstände, Aufzieh-Spielsachen, Luftballons, Lach-, Jammer-, Jodel- und Schimpf-Sack, komische Brillen und Nasen) sowie ein Zerrspiegel. Grimassen wurden vor dem Spiegel geübt, Sketsche inszeniert, aberwitzige Situationen imitiert und paradoxe Interventionen vertieft. Jeder Patient hatte die Aufgabe, zum nächsten Mal eine heitere Geschichte oder einen Witz mitzubringen. Unsere erste Untersuchung (Kontrollgruppe 30 Vp; Humorgruppe 50 Vp.) ergab Hinweise, dass durch die Humorgruppe die Freude am Leben verstärkt, heiteres Lachen neu geweckt, Humorkompetenz gefördert, eigene Missgeschicke nicht mehr als zu beschämend empfunden und die Depressivität verringert wird. Hinzu kam, dass die Umgangsweise miteinander fröhlicher und das Stationsklima erheblich offener wurde (Kranzhoff, Hirsch 2001).

Nach einigen Jahren wurde die Humorgruppe speziell für alte Menschen mit einer Depression zweimal wöchentlich für je eine Stunde und einem vorstrukturierten Ablauf, der allerdings nicht immer eingehalten werden konnte, angeboten. Wir verzichteten ganz auf Videos u.ä. Gerüst jeder Sitzung waren: Tanz, Musik, Singen, Rollenspiel, clowneske Interventionen und gegen Ende meist eine „Witzrunde“ (Hirsch et al. 2010).

Die Gruppensitzung beginnt meist mit Fragen nach der Befindlichkeit, einer gerade erlebten heiteren oder komischen Situation auf der Station. Manchmal begrüßen sich die Teilnehmer gegenseitig mit vielen Gesten oder loben sich gegenseitig („Hat Sie heute schon jemand gelobt?“, „Haben Sie heute schon jemand gelobt?“, „Dann machen wir das hier!“). Anschließend wird eine heitere (manchmal auch kritische) Situation, die geschildert worden war, oder heitere erlebte Geschichten von früher im Rollenspiel vorgeführt. Gefragt wurde dann nach Missgeschicken, beschämenden Erlebnissen u.a. Nach dem Erzählen werden diese häufig erst nachgespielt, manchmal dann noch übertrieben, provokativ oder clownesk.

Gezielt werden Alternativen erarbeitet und gespielt. Geübt wurde z.B. auch, wer am besten grübeln oder am lautesten jammern kann, wer sich am meisten krank fühlt u.a. Die Bewertungen (1-6) finden durch die Teilnehmer statt. Groteske Aufgaben werden verteilt wie z.B. „Was würden Sie tun, wenn Sie 1 Mio. im Lotto gewinnen“, „wenn Sie noch einmal 14 Jahre alt wären“, oder „Wenn Sie ein Clown wären, wie würden Sie das machen“. Alle vorgeschlagenen und durchgeführten Interventionen werden reflektiert.

In einer Humorgruppensitzung klagt eine 75jährige depressive Teilnehmerin über eine Vielzahl von Erkrankungen und wie sehr sie darunter leide. Niemand könne ihr helfen. Sie bekomme nur Tabletten. Die würden ihr nicht helfen. Auf meine Intervention: „In dieser Gruppe interessieren uns Ihre Erkrankungen nicht, sondern nur Sie selbst“, antwortet sie: „Aber ich kann doch gar nichts mehr“. Die Runde wird von ihrem Leid angesteckt und beginnt, in Schwere zu versinken. Ich klatsche in die Hände, greife in den „Humorsack“ (s.u.), hole eine rote Nase hervor, setze sie mir auf und blicke jeden Gruppenteilnehmer wortlos an. Hatten zuvor die meisten gedrückt auf den Boden gesehen, so blickt mich erst ein Teilnehmer erstaunt an, dann immer mehr. Ihr Blick drückt Befremden, Ablehnung und Nicht-Ernstgenommen-Werden aus. Da ich weiter wortlos nur in die Augen der Teilnehmer sehe, beginnt sich die Stimmung der Gruppe allmählich zu verändern. Erst zeigt sich Erstaunen, dann Kopfschütteln und schließlich lächeln einige. Aus dem Lächeln wird ein verstecktes Prusten, welches dann in ein allgemeines Gelächter mündet. Ich verstärke dieses mit Gebärden, stehe auf und

lade alle Teilnehmer hierzu ein. Schließlich bewegen sich alle und lachen sich gegenseitig an.

Jetzt können „Humorressourcen“ geweckt und „salutogenetisch“ gefördert werden. In die Dunkelheit von Erkrankung und Leid ist ein kleines Licht gekommen, welches Hoffnung auf Linderung gibt und ermöglicht, sich vom Leid nicht unterkriegen zu lassen, sondern kreativ nach Lösungen zu suchen.

Wir untersuchten insgesamt 90 Patienten (Kontrollgruppe: 38, Humorgruppe: 52) mit klinischen Depressionen nach ICD-10. Eingesetzt wurden verschiedene Fragebogen- und Testverfahren zu zwei Messzeitpunkten (Prä- und Post-Therapie). Bereits für die Gesamtstichprobe ergaben sich für die Teilnehmer der Humorgruppe deutliche Veränderungen. Verbesserungen zeigten sich in steigender Resilienz (Widerstandsfähigkeit) und Lebensqualität der Patienten. Eine genauere Untersuchung der Subgruppen mit mindestens mittelschwerer bis schwerer depressiver Symptomatik erwies noch deutlichere Effekte der Humorthherapie. Die Lebendigkeit, Fröhlichkeit und Ausgelassenheit während der Stunden kann kaum in Worte gefasst werden. Sie muss erlebt werden. Äußerungen von Patienten und Mitarbeitern unterstreichen, dass eine Humorgruppe eine wichtige Ergänzung in einem Gesamtbehandlungskonzept ist. Bei einer Folgeuntersuchung konnten diese Ergebnisse gefestigt werden (Konradt et al. 2012).

Gestützt auf unsere Untersuchungen, dem Verlauf der Gruppenstunden und den vielfältigen Erlebnissen bei und nach den Humorgruppenstunden vertrete ich die Ansicht dass in jeder psychiatrisch/psychotherapeutischen Einrichtung eine Humorgruppe eingeführt werden sollte. Inzwischen gibt es in weiteren psychiatrisch/psychotherapeutischen Einrichtungen Humorgruppen für ältere Menschen. gerne werde ich auch als Berater und Motivator hinzugezogen.

Ein „Nebenprodukt“ der Humorgruppe ist die „Humorzeitschrift“, ein humoristisches Sammelsurium der Abteilung für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie der LVR-Klinik Bonn. Das erste Heft entstand 1998. In diesem sind Anekdoten, Cartoons, Witze und komische Alltagsgeschichten („alle geklaut“) abgedruckt, die Patienten und Mitarbeiter zur privaten Verfügung (Copyright!) stellten. Inzwischen sind bis zu meinem Ausscheiden aus der Klinik 2011 insgesamt 33 Hefte erschienen. Diese erfreuen sich großer Beliebtheit in der Klinik und in den Altenheimen. Auf Veranstaltungen, Kongressen und Seminaren sind diese Hefte „der Renner“.



Rolf D. Hirsch bei einem Festakt

Kleine therapeutische Humor-Bausteine für Menschen mit Demenz

Wieso fördern wir so selten die komischen und oft humorvollen Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz? Wenn, wie Viktor Frankl meint, Humor die Waffe der Seele im Kampf um die Selbsterhaltung ist, dann wäre er das geeignetste Mittel für sie. Wir fragen eher nach Normen, Regeln, Leitlinien und evidenzbasierten Interventionen, um „optimal“, „richtig“ und „ökonomisch“ Menschen mit Demenz zu begegnen. Zweifelsohne sind wir oft erschüttert über die Auswirkungen der Krankheit auf den Betroffenen und seiner Angehörigen. Doch ist unser Blick etwas zu starr auf die Krankheit gerichtet und auf ihren angeblich schicksalhaften Verlauf und nicht auf den einzelnen Menschen. Jeder Mensch verfügt bis zum letzten Atemzug über Ressourcen und Fähigkeiten, die von den Auswirkungen einer Demenz überschattet, aber nie ganz erloschen sind. Menschen mit Demenz können uns auch manches lehren. Man muss nur offen dafür sein, hinsehen und fühlen! Ein Beispiel:

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

So bin ich auch ausgezogen, die Mitarbeiter von Alteneinrichtungen zu motivieren, Menschen mit Demenz spielerisch zu begegnen. Lebensspiel vs. Lebenskampf? Warum wollen wir nicht verstehbares Verhalten unbedingt verringern? Defizitorientiert und nicht kompetenzfördernd? Für den Menschen mit Demenz ist seine uns oft nicht zugängige Realität entscheidend.

Wir sollten uns primär bemühen, seine Welt zu empfinden und ihm nicht unsere Realität aufzuzwingen. Das klappt sowie nicht.

Bei der Grundpflege will sich ein älterer Mensch mit Demenz nicht kämmen lassen. Überredungskünste und Hinweise auf „schick Aussehen“ helfen nicht. Da holt die Altenpflegerin einen überdimensionalen Kamm und kämmt sich damit. Der Kranke sieht sie an, lächelt und meint: „Der ist ja wohl zu groß für Sie“. Die Altenpflegerin lacht ihn an und meint: „Aber Ihr Schädel wäre groß genug dafür“. Beide lachen und der Ältere lässt sich erst mit dem großen, dann mit dem normalen Kamm kämmen.

Da Demenz nicht nur eine organische Erkrankung ist, sondern auch von psychosozialen Faktoren abhängt, besteht eine Vielzahl von Möglichkeiten, Humor als Lebenselixier oder Therapeutikum einzusetzen. Voraussetzung ist, dass Angehörige und Professionelle über eine Portion Humor verfügen und diesen pflegen. Gerade „herausforderndes Verhalten“ oder bizarre Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz erfordern eine humorvolle Begegnung.

Humor ist in Beziehungen eine „Trotzmacht“ gegen Aggression! Wer lacht, dämmert nicht vor sich hin! Das Lachen gehört neben der Bewegung (Tanz!) und der Musik (Lieder!) zu den wichtigsten Mitteln einer guten Betreuung Demenzkranker (Hirsch 2007). Mit Hilfe der Sprache wird nur ein Bruchteil der gesamten Menge an Kommunikation vermittelt. Wichtiger scheint die weitgehend unbewusste Körpersprache zu sein.

ClinicClowns, auch „Geri-Clowns“ in Institutionen verändern oft in erstaunlicher Weise das Verhalten von Menschen mit Demenz (Fey 2013; Hirsch 2007). Daher versuche ich seit Jahren, Heim- und Pflegedienstleiter sowie Träger von Einrichtungen zu ermutigen, die Chance zu nutzen, KlinikClowns einzusetzen. Herausforderndes Verhalten verringert sich, Aufmerksamkeit und Interesse an der Umwelt erhöhen sich und das Klima wird offener und heiterer (Hirsch 2007; Rösner 2010). Auch Mitarbeiter profitieren davon. In keinem Pflegeheim sollte ein ClinicClown fehlen. Diese Künstler des Scheiterns verbünden sich in kreativer Weise mit den Menschen mit Demenz –auch „Scheiterer“- und fördern so ein freundliches, fröhliches sowie aufgeschlossenes Klima. Menschen mit Demenz singen und tanzen gern! Ich ermuntere Demenzforscher ClinicClowns zu begleiten. Sie können die Menschen mit Demenz besser kennenlernen als die Erkrankung nur aus dem Reagenzglas!

Seit einiger Zeit führe ich mit der Deutschen Akademie für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie (www.dagpp.de) Tagesseminare für in der Altenarbeit Tätige mit dem Thema „Humor bei herausforderndem Verhalten: Begegnung mit Menschen mit Demenz“ durch. Seit letztem

Jahr ist Marcel Briand, ein bekannter KlinikClown („Begegnungsc clown“) aus der Schweiz dabei. Die Seminare werden so gut angenommen, dass sie 2013 in Essen, Hannover und Berlin durchgeführt werden.

Ein wichtiger Aspekt, den ich in den letzten Jahren vermehrt einbeziehe, ist die Unterstützung von *Angehörigen*. Für sie sind die Belastungen oft sehr hoch. Hier den Sinn für Humor, für die skurrilen Verhaltensweisen der Menschen mit Demenz zu fördern, erspart oft Auseinandersetzung, Zwang und Gewalt. Das Spektrum, wie Angehörige Tag für Tag mit Belastungen und kritischen Situationen umgehen, ist sehr breit. „Mein Vater erkennt mich nicht mehr. Das ist so entsetzlich und beschämend für mich, dass ich nur noch heulen könnte“, klagt eine Tochter. Hier sofort eine humorvolle Lösung „parat“ zu haben, hieße die Tochter nicht ernst zu nehmen! Nach Gesprächen über Verzweiflung, Wut, Hilflosigkeit, Enttäuschung und Resignation kann allerdings dann doch -je nach Intensität einer therapeutischen Beziehung- ein spielerischer und kreativer Aspekt auftauchen, den es weiter zu verfolgen und zu stabilisieren gilt. Gerade „herausforderndes Verhalten“ von Menschen mit Demenz erfordert eine humorvolle Begegnung. Ich ermutige Angehörige mit ihren Pflegebedürftigen zu singen, bekannte Lieder anzustimmen, gemeinsam früher gehörte Musikstücke anzuhören und vielleicht sogar nach bekannten Weisen zu tanzen. Fast von selbst entsteht Fröhlichkeit, die sich bis zur Heiterkeit steigern kann. Wer dann wer ist, ist gar nicht mehr so wichtig. Rechthaberei, Machtgefühle, Überfürsorglichkeit und Normen sind Konflikttreiber! Die Meisterung von Kränkung und Beschämung ist ein täglicher Kampf, der mit den lebensfrohen Strahlen des Humors erträglicher wird. Ist mancher Angehörige erst auch erstaunt und hält meine Ideen für unsinnig, so ist das Feedback oft sehr positiv.



Ein GeriClown

Tagung „Heiterkeit und Humor im Alter“ in Bonn

Die 12. Arbeitstagung für Psychotherapie im Alter, die von Jens Bruder aus Hamburg, Hartmut Radebold aus Kassel und mir organisiert sowie durchgeführt wurde, beschäftigte sich im Juni 2000 mit dem Thema „Heiterkeit und Humor im Alter“. Diese Arbeitstagungen, die seit 1998 jährlich in Bonn stattfanden, beinhalteten je nach Tagungs-Themen-Schwerpunkt Fachreferate von Experten und Seminare mit je fünf Doppelstunden zu unterschiedlichen psychotherapeutischen Themen und Verfahren. Zur 12. Arbeitstagung konnten wir Humor-Experten aus unterschiedlichen Bereichen gewinnen (Hirsch et al. 2001). Die Mischung aus wissenschaftlichen Fachvorträgen, Vorstellungen von Humorinterventionen und Beiträgen von KlinikClowns sowie die diesbezüglichen Diskussionen und Gesprächen in den Pausen, förderten meine Zielvorstellung der Humorisierung der Altenarbeit in Klinik und Heim sehr. Zur Tagung wurde auch der Wettbewerb „Heiterkeit und Humor in der Arbeit mit alten Menschen“ ausgeschrieben. Es wurden humorvolle, fröhliche und komische Geschichten, Anekdoten oder Erlebnissen, die im Kontakt mit alten Menschen erlebt wurden oder humorfördernde Interventionen, die durch ein oder mehrere Beispiele illustriert werden, eingereicht. Die Akzeptanz war sehr groß.

Die Tagung, zu welcher ca. 200 Teilnehmer kamen, fand in einem lebendigen und heiteren Milieu statt. Sie förderte das Interesse, Humor bei alten Menschen therapeutisch einzubeziehen sehr. Der entsprechende Tagungsband „Heiterkeit und Humor im Alter“ ist auch derzeit noch der meistgekaufte Band aus der Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (Hirsch et al. 2001).

Buntes Bundes Bündnis (bububue)

Auf dem 5. Kongress „Humor in der Therapie“ in Basel 2000 war Uli Amrehn, KlinikClownin des Kölner KiKK (Kunst im Kinderkrankenhaus). Sie war von dem Kongress sehr begeistert und phantasierte mit den Münchner Klinikclowns über die Möglichkeit, 2001 ein deutsches Klinikclownstreffen zu organisieren. Nun hatte sie von mir gehört und mich darauf angesprochen. Ich war begeistert und meinte, ich wäre nur ein Fach-Narr (Psychiater) und kein „echter Clown“. Das fand sie gar nicht so schlimm. So luden wir zum ersten deutschen ClinicClownTreffen nach Bonn im November 2000 ein. Es wurde eine bunte Runde. Die Mitarbeiter meiner Klinik standen Kopf. „Wo ist der Rudi“ platzte Sven Pawlitschko von CliK e.V. (Clowns im Krankenhaus Berlin), bepackt mit Apfelsinen in mein Sekretariat. Die waren sehr erstaunt, mussten lachen.

Es konnte ja nur ich gemeint sein. Weitere Teilnehmer der illustren Runde waren: Markus Schmidt und Monika Kecht von den KlinikClowns e.V. aus München, Janine Krüger von KiKK aus Köln, Hanna Linde und Dieter Gorzejeska von

Die Clown Doktoren e.V. aus Wiesbaden, Kalle Pawlitschko von CliK e.V. aus Berlin. Es wurde diskutiert, gelacht und „Nägel mit Köpfen“ gemacht. Anfang Oktober sollte die 1. Internationale Fachveranstaltung für KlinikClowns stattfinden. Bald war klar, dass diese 1. Veranstaltung in Berlin in der Berliner UFA-Fabrik stattfinden sollte. Inzwischen waren auch noch Hilde Cromheecke und Andreas Hartmann von Herzenswünsche e.V. aus Münster zum Organisationsteam gestoßen. So fand das 1. BuBuBue (Buntes Bundes-Bündnis KlinikClowns) vom 5. - 7. 10. 2001 in Berlin statt. Eine Vielzahl von Aktivitäten bereicherten das Programm. Fachvorträge sowie zahlreiche Workshops mit unterschiedlichen Themenbereichen zur Clownsarbeit wurden für die ca. 120 Teilnehmer durchgeführt. Eine öffentliche Spaß- und PR-Aktion „Alle ziehen an einem Strang“, an welchem alle Clowns in ihrer „Arbeitskleidung“ teilnahmen, krönten die Tagung.

Nach dem begeisterten Zuspruch aller anwesenden KlinikClowns, dem sehr ermutigenden Feedback, auch von den Medien und der Presse, und dem „ausgeglichene Haushalt“, entschlossen sich die Organisatoren, in Zukunft alle 1 ½ Jahre eine Fachveranstaltung durchzuführen. Die nächsten beiden BuBuBüs (Mai 2003 und Oktober 2004) fanden in Berlin statt. Zum 2. BuBuBü kam die Bundesministerin für Gesundheit Ulla Schmidt.

Seit dem 4. BuBuBü ist der Veranstaltungsort Weimar. Die Veranstaltung trägt sich inzwischen selbst. Im Oktober 2013 findet das 9. BuBuBü statt (www.bububue.de). Seit einigen Jahren besteht auch der Verein „BuBuBü – Buntes Bundes-Bündnis – Clowns in Kliniken und Seniorenheimen“, der ausschließlich diese Tagungen organisiert und gestaltet. Auf jeder Tagung findet eine öffentliche Aktion mit Demo statt.

Als Vorprogramm des 3. BuBuBü führte ich für Mitarbeiter aus Kliniken und Pflegeeinrichtungen mit Uli Amrehn eine gut besuchte Fachtagung durch, um zur Humorförderung in diesen Einrichtungen zu ermuntern. Diese Erfahrung führte dazu, dass auch in den Folgejahren jeweils am Vortag von BuBuBü eine Fachveranstaltung für Mitarbeiter aus Kliniken und Pflegeeinrichtungen in unregelmäßigen Abständen durchgeführt wurde, zuletzt 2011 unter meiner Leitung von der Deutschen Akademie für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie e.V (www.dagpp.de).

Mein Interesse war von Anfang an, neben einer engeren Zusammenarbeit mit den KlinikClowns, diese für die Tätigkeit in Alten- und Alten-

pflegeheimen sowie in der Geriatrie und Gerontopsychiatrie zu begeistern. Um 2000 gab es bereits einige Vereine, die sich in Pflegeheime trauten. Dies hat sich erheblich verändert. Derzeit gibt es kaum einen größeren Ort, in welchem nicht auch KlinikClowns („GeriClowns“) Alteinrichtungen besuchen. Oft genug werde ich gefragt, ob KlinikClowns nicht „Luxus“ wären. Manche Leiter von Einrichtungen sind erstaunt, wenn ich behaupte, dass KlinikClowns in Pflegeeinrichtungen ein Qualitätsmerkmal sind. Sie können Heime menschlicher mitgestalten als viele Leitlinien oder Kontrollen!

Die beste Form zur Gewaltprävention: Einsatz von Humor

In der Psychiatrie und Altenhilfe werde ich kontinuierlich mit Zwangsmaßnahmen und Gewalt konfrontiert. Oft heißt es, dass es keinerlei Alternativen hierfür gäbe. Wäre es vermessen, kreative und humorvolle Alternativen einzusetzen? Mag das auch erst widersinnig erscheinen, so erlebe ich es, dass mit Humor schwierige und aggressive Situationen gelöst werden können. Seit zwei Jahrzehnten versuche ich, Mitstreiter für eine gewaltfreie und humorvolle Lösung von Konflikten zu gewinnen. Die Saat ist inzwischen aufgegangen, doch das Pflänzchen bedarf noch vielfältiger Unterstützung.

Gewalthandlungen treten im häuslichen Bereich sowie in Institutionen auf und werden verstärkt durch strukturelle, nicht sichtbare Gewaltformen, wie z.B. völlig unzureichender Arbeitsschutz für Pflegende. Wo Sprechen und Gebärden als Kommunikationsmittel in Beziehungen nicht ausreichen, wo Wut, Verzweiflung, Hilflosigkeit und Hetze herrschen, tauchen Gewalthandlungen auf, die akut eine Situation „bereinigen“ können („Er muss jetzt essen“, „dem Patienten muss doch klar gemacht werden, wer das Sagen hat“), aber keine Lösung von Konflikten sind. Zu den äußeren belastenden Bedingungen (Personalmangel, Zeitknappheit, mangelhafte Arbeitshygiene, unsinnige Vorschriften und widersprüchliche Regeln) kommen in einer Helfersituation auch weitere, eher personen- und situationsabhängige Faktoren, die ein aktuelles Beziehungsfeld erheblich beeinträchtigen. Zu Pflegende können ebenfalls gewalttätig gegen Angehörige und Pflegekräfte werden. Oft ist es eine destruktive Beziehungssituation, bei der eine Differenzierung zwischen Opfer und Täter der Situation nicht dienlich ist. Ist die „Trotzmacht“ Humor hier nicht geradezu lebensnotwendig? Sie ist ein „soziales Schmiermittel“ und verändert schlagartig angespannte Situationen. Humor löst Beklemmungs-, Beschämungs- und Angstgefühle. Lachen als Ausdruck eines lebendigen Humors ist ansteckend!

Eines Morgens kommt eine Altenpflegerin in das Zimmer einer bettlägerigen pflegebedürftigen Frau. Das Bett ist nass. Die Bewohnerin schämt sich sehr, hat Angst, beschimpft zu werden und meint: „Heute Nacht habe ich sehr viel geschwitzt und dann konnte ich auch das Wasser nicht mehr halten“. Die Altenpflegerin sieht sie an und meint dann: „Ach wissen Sie, Sie trinken gut und dann passiert das eben. Würden Sie nur Puder bekommen, wäre mir der Staub in die Augen gekommen. Das wäre schlimmer“. Die Bewohnerin sieht auf, sieht in das lächelnde Gesicht der Altenpflegerin und muss lachen. Im gemeinsamen heiteren Gelächter kann dann die Pflege stattfinden.

Jeder kennt destruktive Gefühle und Impulse, deren Auswirkungen für alle Beteiligten verheerend sein können. Sie lassen sich durch Lächeln oder Lachen als Ausdruck von Humor lösen und sind Modell für künftige kritische Situationen. Es bedarf hierfür natürlich eines ausgeprägten Sinns für Humor. Diesen kann jeder fördern durch Interesse an der Komik, Parodie, Clowneske, Neugier, Erproben von Alternativen und Lust am Experimentieren.

Im häuslichen Bereich gibt es für Angehörige kein Entrinnen. Sie sind 24 Stunden im Einsatz. Vielfältigen kritischen und gewaltfördernden Situationen, oft durch schon früher problematische Beziehungen, sehen sich Angehörige hilflos ausgesetzt. In Selbsthilfegruppen, wie sie z.B. die Alzheimer-Gesellschaften und manche gerontopsychiatrische Kliniken und Ambulanzen anbieten, könnten humorvolle Lösungen erarbeitet und dann in die Praxis umgesetzt werden.

Ein Zaubermittel, wohldosiert und situationsangepasst ist die rote Nase, die ich in der Jackentasche immer habe. Oft hilft sie, manchmal aber fühlt sich der Patient nicht ernst genommen. Sobald ich dies merke, entschuldige ich mich. Dass sich ein Chefarzt entschuldigt, hat bisher kaum ein Patient erlebt. So entsteht aus einer beschämenden und kritischen Situation eine positive und respektvolle.

Ich werde in ein Zimmer eines tobenden älteren Menschen mit Demenz gerufen. Er schreit mich an und gestikuliert wild mit den Armen. Sein Blick ist starr und bedrohlich. Ich sehe ihn an, setze ruhig meine rote Nase auf und schaue ihn nur an. Er ist irritiert, hält in seinem Toben inne, sieht mich an. Er lächelt, beide lächeln wir, die Situation ist entzerrt und er erzählt mir so gut er kann, was ihn geärgert hat.

Humor erfordert ein sensibles Zusammenspiel zwischen den Personen. Realitätsbewusstsein, Kreativität, Lebenssinn und ein „Trotzdem-Gefühl“ können so gefördert und stabilisiert werden. Mit Singen, Musik und Tanzen lassen sich manche kritische Begegnungen lösen. Schlagen ist ein „Brech“- , aber kein Heilmittel! Lächeln ist ein „Lebensmittel“!

Ausblick: Humorvoll!

In den letzten 20 Jahren habe ich Interventionen in Klinik, Pflegeheimen und in der Betreuung von Angehörigen sowie viele Vorträge auf Tagungen, Kongressen gehalten und Seminare durchgeführt. Die fünf Baseler Humorkongresse und manche Clowns-Seminare sowie Improvisations-Theaterkurse haben mich bestärkt, Institutionen, Sachbearbeiter und Humor-Nihilisten zu ertragen, sie als Herausforderung zu erleben und zumindest etwas zu humorisieren. Das gelang natürlich nicht immer, aber immer öfter. Ich sehe mir gerne humorvolle, heitere und skurrile Filme an. Viele alte Menschen haben mir gezeigt, dass das Leben mit Humor lebenswerter und interessanter ist. In manchen Stunden lese ich Anekdoten und Witze. Meine Bibliothek quillt über von ernsten und heiteren Humorbüchern. Ich greife gerne paradoxe Situationen auf, mache mich klein und versuche, nicht mit Fakten, sondern mit Humor Situationen zu bewältigen. Auch bei großen Schwierigkeiten versuche ich eines meiner Maxime „Ein bisschen etwas geht immer“ zu beherzigen. In diesen Jahren haben mich viele Menschen begleitet und unterstützt, die „Welt“ etwas fröhlicher und respektvoller zu gestalten. Von ihnen konnte ich manches lernen und übernehmen. Auch in den Humorseminaren, die ich am Lehrstuhl für Psychogerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg durchführte, konnte ich erleben, dass Studenten diese Seminare mit großem Engagement und Kreativität genossen.

Eine Pflege und Behandlung dürfte ihren Zweck verfehlen, wenn Lebensfreude und damit auch die Lebensqualität nicht vermehrt wird und Kreativität sich nicht entfalten darf. Realitätsbewusstsein, Kreativität, Lebenssinn und ein „Trotzdem-Gefühl“ können so gefördert und stabilisiert werden. Lächeln ist ein „Lebensmittel“, Humor ein Menschenrecht! Notwendig ist, dass dem Lachen und dem Humor in jeder Aus-, Fort- und Weiterbildung vermehrt ein breiter Raum gegeben wird! Eine „Humorschulung“ sollte Pflicht für jeden Helfer werden. Es gibt viele Möglichkeiten, damit Helfer ihren Humor pflegen, vermehren und weiter entwickeln können. Der Weg ist beschritten. Es gilt ihn weiterzugehen und manchmal einfach die rote Nase aufzusetzen. Positiv nach Karl Valentin ausgedrückt lässt sich resümieren: „Wollen tun wir schon mögen und trauen tun wir uns auch dürfen!“



Letztes Bild

Literatur (zitierte und ausgewählte)

- Busch W., Sämtliche Werke, Herausgegeben von Rolf Hochhuth, Band 1, Mohndruck, Gütersloh, 1959, 801.
- Farrelly, F. , Brandsma, J.M. (1996): Provokative Therapie. Berlin: Springer.
- Fey, U. (2013): Clowns für Menschen mit Demenz. Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Hirsch, R.D. (1992): Aspekte des Humors in der Übertragung und Gegenübertragung. In Ra-debold, H. (Hg.): Psychoanalyse und Altern. Kasseler Gerontologische Schriften 14, Gesamthochschulbibliothek, Kassel. 170-192.
- Hirsch, R.D. (1993). Humor: ein unbekanntes Heilmittel. In Kurz, A. (Hg.): Angst im Alter. Münchner Medizin Verlag: München. 118-138.
- Hirsch, R. D. (1999): Die beste Medizin. Altenpflege 2, 33-35.
- Hirsch, R. D. (2001): Humor in der Psychotherapie alter Menschen. In: Hirsch, R.D., Bruder, J., Radebold, H. (Hg.): Heiterkeit und Humor im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Band 2, Stuttgart: Kohlhammer. 81-117.
- Hirsch, R. D. (2002): Humor in der Psychiatrie. Klinikhauspsychiatrie 13, 71-77.
- Hirsch, R. D. (2006): Konfliktlösung mit Humor. Forum Sozialstation, Nr. 139, April, 10-15.

- Hirsch, R.D. (2012): Humor in der Behandlung von kranken alten Menschen. In: Wild, B. (Hg.) Humor in der Psychiatrie und Psychotherapie. Schattauer: Stuttgart. 233-252.
- Hirsch, R. D. (2007): Wer lacht, dämmt nicht vor sich hin. Pro Alter 3, 60-64.
- Hirsch, R. D. (2009): Scherz und Schmerz – Humor als „Analgetikum“? Psychotherapie im Alter 6 (4), 457-468.
- Hirsch, R. D. (2011): Mit Humor pflegen. Die Rotkreuzschwester 4, 21-24.
- Hirsch, R. D., Bruder, J., Radebold, H. (2001) (Hg.): Heiterkeit und Humor im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Band 2, , Stuttgart: Kohlhammer.
- Hirsch, R. D., Kranzhoff, E.U. (2004): Humorgruppe mit alten Menschen: Ergebnisse einer therapiebegleitenden Untersuchung. Gruppenpsychotherapie Gruppendynamik 40, 2, 106-129.
- Hirsch, R. D., Junglas, K., Konradt, B., Jonitz, M.F. (2010): Humortherapie bei alten Menschen mit einer Depression. Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie 43, 42-52.
- Konradt, B., Hirsch, R.D., Jonitz, M., Junglas, K. (2012): Evaluation of a standardized humor group in a clinical setting: a feasibility study for older patients with depression. International Journal of Geriatric Psychiatry (wileyonlinelibrary.com).
- Kranzhoff, E.U., Hirsch, R.D. (2001): Humor in der Gerontopsychiatrischen Klinik: Ergebnisse einer therapiebegleitenden Studie. In: Hirsch, R.D., Bruder, J., Radebold, H. (Hg.): Heiterkeit und Humor im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Band 2, Stuttgart: Kohlhammer. 139-162.
- Rösner, M. (2010): Der Gericlown. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 43, 53-57.
- Ruch, W., Zweyer, K. (2001): Ergebnisse der Forschung zu Humor und Heiterkeit. In: Hirsch, R.D., Bruder, J., Radebold, H. (Hg.): Heiterkeit und Humor im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Band 2, Stuttgart: Kohlhammer. 9-41.
- Titze, M (1985): Heilkraft des Humors. Freiburg i.B.: Herder.
- Titze, M. (1995): Die heilende Kraft des Lachens. München: Kösel.
- Titze, M., Eschenröder, Chr. T. (1998): Therapeutischer Humor., Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag.