

Forum Psychoanal (2013) 29:181–200
DOI 10.1007/s00451-013-0137-0

ORIGINALARBEIT

Humor, Kreditierung und Vertrauensaufbau in einem Erstgespräch nach Suizidversuch

Theoretische und technische Überlegungen zur Verbindung des freudschen Konzepts der humoristischen Einstellung mit dem modernen technischen Konzept der Kreditierung

Michael Frei · Konrad Michel · Ladislav Valach

Online publiziert: 15. Mai 2013
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Zusammenfassung Ausgehend von der Untersuchung einer auf den ersten Blick irritierenden Intervention einer Therapeutin im Erstgespräch mit einer Patientin nach Suizidversuch gehen die Autoren der Frage nach, was diese Intervention humorvoll macht und was eine solche, potenziell riskante Intervention für die Entwicklung der Begegnung bedeuten kann. Anhand der gesprächsanalytischen Untersuchung dieser konkreten Episode im Feintranskript befasst sich dieser Beitrag mit der konzeptuellen Beziehung zwischen der humoristischen Einstellung Freuds und dem modernen behandlingstechnischen Konzept der Kreditierung. Der Begriff der Kreditierung verweist auf eine entwicklungsfördernde therapeutische Haltung, die auf einer wohlwollend fördernden Einstellung gegenüber dem Patienten basiert. Therapeutisch eingesetzter Humor kann so als eine taktvolle Taktlosigkeit verstanden werden, die den Patienten zur spielerischen Übernahme einer alternativen Selbstpositionierung einlädt. Die humorvolle Zumutung kann als Einladung zu einem therapeutischen Spiel verstanden werden, das, ähnlich dem Spiel des Kindes, einen Übergangsraum eröffnet und narzisstische Restitution anbietet. Abschließend werden theoretische und technische Überlegungen zur Verwandtschaft des Konzepts der Kreditierung mit dem klassischen Konzept der humoristischen Einstellung besprochen.

Dr. des. M. Frei (✉)
Psychologisches Institut, Universität Zürich,
Binzmühlestr. 14/16, 8050 Zürich, Schweiz
E-Mail: m.frei@psychologie.uzh.ch

Prof. Dr. med. K. Michel
Psychiatrische Poliklinik, Universitäre Psychiatrische Dienste,
Murtenstr. 21, 3010 Bern, Schweiz

Dr. phil. L. Valach
Private Praxis, Lindenstr. 26, 3047 Bremgarten, Schweiz

Humor, giving credit and building trust in a first encounter after attempted suicide

Theoretical and technical considerations on the association of the humorous attitude of Freud with the modern technical concept of giving credit

Abstract Starting from the analysis of a seemingly irritating intervention of the therapist in the first encounter with a patient after an attempted suicide, the authors examine the question of the humorousness of this intervention and of the significance of such a potentially risky intervention for the development of the relationship. On the basis of the conversation-analytical examination of this particular episode, the article concerns itself with the conceptual relationship between the humorous attitude of Freud and the modern technical concept of giving credit. The concept of giving credit refers to a development-encouraging therapeutic attitude based on a benevolent but demanding attitude towards the patient. Humor in therapy may be seen as the manifestation of such a benevolent but demanding stance towards the patient as it offers the patient an alternative positioning of himself. The impertinent aspect of humor may be seen as a playful therapeutic invitation to try a different self-state. Theoretical and technical considerations on the relationship of the concept of giving credit and the classic concept of the humorous attitude are discussed.

*„Sieh' her, das ist nun die Welt, die so gefährlich aussieht.
Ein Kinderspiel, gerade gut, einen Scherz darüber zu machen!“*
(Freud 1927a, S.389)
„A person feels trust for someone who trusts him.“
(Neri 2005, S.83)

Erstgespräch nach Suizidversuch

In einem Erstgespräch erzählt eine jugendliche Patientin, die vor Kurzem einen Suizidversuch mit Tabletten unternommen hatte, auf die einleitende Frage der Therapeutin hin, wie „es überhaupt so weit“ gekommen sei, von einem sexuellen Übergriff als „aktuellem Auslöser“. Also, sie spiele Theater, und während der Abendvorstellung am letzten Freitag sei ihr Mitspieler alkoholisiert gewesen und habe sich „einfach total danebenbenommen“. Während der Aufführung soll er sich nicht mehr unter Kontrolle gehabt, sie „beherrscht“ und angefasst haben. Sie wisse nicht, ob sie überreagiert habe, aber sie habe „wirklich langsam Angst bekommen“. Im Nachhinein habe er ihr dann ihre Beziehung zum Regisseur vorgeworfen. Sie sei eine „kleine Schlampe“, und wenn der dürfe, ja, dann könne ja jeder. Sie habe sich „wie Freiwild“ gefühlt. Auch im Publikum habe man während der Aufführung bemerkt, dass etwas nicht mehr stimmt. Aus der Liebesszene sei „eh, blöd gesagt, eine Pornoszene“ geworden, und er habe sie „mit einer Macht beherrscht“, wo sie nichts mehr dagegen habe tun können. Hier, nur wenige Minuten nach Gesprächsbeginn, reagiert die Therapeutin mit einer unerwarteten und überraschenden Frage auf den bisherigen Gesprächsverlauf: Sie fragt, ob sich dieser Mitspieler an den Text gehalten habe, „wenigstens so“.¹

¹ Anführungs- und Schlusszeichen verweisen auf Zitate aus dem Gespräch.

Ziel dieses Beitrags ist es, vor dem Hintergrund eines entwicklungspsychologischen Vertrauenskonzepts und anhand der gesprächsanalytischen Untersuchung dieser Intervention zu zeigen, in welchem theoretischen Zusammenhang eine provokative Intervention mit gelungenem Beziehungsaufbau und Vertrauensbildung stehen kann. Als vermittelndes Konzept fungiert hierbei die *Kreditierung* (Grimmer 2006, Boothe und Grimmer 2005), deren Beziehung und theoretische Verwandtschaft mit Freuds Konzept der *humoristischen Haltung* (Freud 1927a, b) am Ende diskutiert wird.

Studiendesign und Untersuchungsmethode

Die Videoaufnahme des Erstgesprächs, auf dem die Untersuchung in dieser Arbeit basiert, entstammt dem Forschungsprojekt *Towards a Better Understanding of Suicidal Behaviour*, das am psychiatrischen Universitätsspital Bern durchgeführt wurde (Michel et al. 2002; Valach et al. 2002; Michel und Valach 2001). Bei den dort aufgezeichneten Gesprächen handelt es sich um Erstbegegnungen in einem Kriseninterventionszentrum, wenige Tage bis maximal zwei Wochen nach dem Suizidversuch der Patienten. Im Rahmen dieser Originaluntersuchung wurden 40 solcher Gespräche mit Patienten nach Suizidversuchen auf Video aufgezeichnet. Für die Zwecke des vorliegenden Beitrags können die Umstände und die Einbettung dieser Gespräche in die Originaluntersuchung vernachlässigt werden. Vereinfachend darf hier angenommen werden, dass es sich dabei um die Aufnahme eines psychotherapeutischen Erstgesprächs mit einer jugendlichen Patientin nach Suizidversuch handelt.²

Das hier vorgestellte Erstgespräch wurde nach den Regeln des *gesprächsanalytischen Transkriptionssystems* transkribiert (Selting et al. 1998) und mithilfe *konversations-* oder *gesprächsanalytischer Methoden* (Deppermann 2008) untersucht. Die Konversationsanalyse ist eine aus der Mikrosoziologie stammende Methode zur Untersuchung natürlicher und institutioneller Gespräche (Sacks 1995). Sie untersucht, „wie Menschen Gespräche organisieren und dabei Sinn und soziale Wirklichkeit herstellen“ (Lucius-Hoene und Deppermann 2004, S. 98). Als zeitgenössische, psychologisch-psychotherapeutisch instruierte Spielarten konversationsanalytischen Herangehens an Gespräche, die für diesen Beitrag fruchtbar waren, sollen die *Positionierungsanalyse* (Lucius-Hoene und Deppermann 2004) und die *Interaktionsanalyse* (Streeck 2004, 2006; Streeck und Streeck 2001) genannt werden. Im Unterschied zu Frei et al. 2012, in deren Arbeit das ganze hier vorgestellte Gespräch untersucht wurde, befasst sich der vorliegende Beitrag mit der Analyse einer ausgewählten Intervention. Dies jedoch im Hinblick auf generelle theoretische Fragen nach dem Vertrauensaufbau und der Etablierung einer therapeutischen Beziehung. Eine Eigenheit konversationsanalytischer Untersuchungen ist, dass die Methode meist nicht weiter beschrieben, sondern anhand des untersuchten Materials vorgeführt wird.

² Leser, die sich für eine ausführlichere Beschreibung der Originaluntersuchung und der Bedingungen, unter denen die Aufzeichnungen zustande kamen, interessieren, werden auf Frei et al. (2012) verwiesen. Dort wurden vier ausgewählte Gespräche dieser Originaluntersuchung untersucht und miteinander verglichen. Unter dem Pseudonym „Frau Beer“ (Gespräch #34) wird auf das hier vorgestellte Gespräch Bezug genommen.

„[T]he reader has as much information as the author, and can reproduce the analysis“ (Sacks 1995, S. 27).³

Vertrauen, Vertrauensaufbau und das Konzept der Kreditierung

Kreditierung

Das Beziehungs- und Kommunikationskonzept der Kreditierung wurde von Boothe und Heigl-Evers (1996; Abb. 1) als ein elterlicher Beziehungsmodus beschrieben, bei dem dem Kind, seinen ersten Regungen und Äußerungen, eine Entwicklungsperspektive zugeschrieben wird: „Die Betreuungspartner behandeln das Kind als verständiges, intelligentes Wesen. Sie tun das sozusagen auf Kredit ...“ (1996, S. 121). Kreditierung funktioniert somit als entwicklungsfördernde Unterstellung: Das Kind brabbelt und strampelt nicht einfach, sondern es will und meint bereits etwas. Schon im Säuglingsalter wird es als Vorentwurf einer fühlenden und denkenden Person behandelt. Im Beziehungsmodus der Kreditierung wird dem Kind ein Entwicklungspotenzial zugeschrieben, und ganz ähnlich wie ein Kredit im pekuniären Sinn, nämlich der Gebrauchsüberlassung von Kapital, ermöglicht auch die elterliche Kreditierung eine Entwicklung, von deren prinzipieller Möglichkeit sie im Voraus ausgeht. Während beim monetären Kredit das von der Bank zur Verfügung gestellte Kapital das nun gemeinsame Projekt ermöglicht, besteht das Kapital der Eltern in der spielerischen, liebevoll-fordernden Zuwendung. Dem Kind wird die erfolgreiche Bewältigung eines bestimmten Entwicklungsschrittes zugetraut und zugemutet. Es wird so behandelt, als könnte es das schon. In der kreditierenden Haltung sind die Eltern dem Kind einen Schritt voraus, aber dennoch in Kontakt. Der zugetraute Entwicklungsschritt ist eine Zumutung, an der es sich bewähren kann, keine Überforderung. Diese Zuschreibungshandlungen sind alltägliche Routine im Umgang zwischen Erwachsenen und Kindern, die Vertrauen und Selbstvertrauen schaffen.



Abb. 1 Krampens (1997) Zwiebelmodell der Entwicklung des Vertrauens: 1. Zwischenmenschliches oder soziales Vertrauen stellt den Kern des dreifaltig konzipierten Vertrauensbegriffs. Ausgehend von diesem frühesten Vertrauen in andere kann 2. Selbstvertrauen als Selbstkonzept eigener Fähigkeiten entstehen. 1. und 2. stellen zusammen dann die Voraussetzung für 3. die Entwicklung des Vertrauens in die Zukunft als Hoffnung

³ Oder er kann aufgrund des vorgelegten Datenmaterials informierte Einwände dagegen vorbringen.

Vertrauen

Die kreditierende Haltung ist also einerseits Ausdruck des elterlichen Vertrauens in das Kind („Du kannst das; wir trauen dir das zu.“), stellt aber gleichzeitig die Grundlage für die Entwicklung zwischenmenschlichen Vertrauens und Selbstvertrauens aufseiten des Kindes („Ich kann das; man traut mir das zu.“). Krampen (1997) präsentiert ein entwicklungspsychologisches Modell des Vertrauens, wobei er drei Aspekte des Vertrauens unterscheidet:

- interpersonales bzw. soziales Vertrauen,
- Selbstvertrauen,
- Vertrauen in die Zukunft, Hoffnung.

Die frühe Erfahrung und die Etablierung zwischenmenschlichen Vertrauens stellen in diesem Modell eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung von Selbstvertrauen dar (verstanden als Selbstkonzept eigener Fähigkeiten). Zwischenmenschliches Vertrauen und Selbstvertrauen stellen dann wiederum die Voraussetzungen für die Entwicklung eines Vertrauens in die Zukunft. Die erste Entwicklungsphase zwischenmenschlichen Vertrauens wird dabei in der frühen Kindheit verortet. Diejenige des Selbstvertrauens im Vorschul- und Primarschulalter und diejenige des Vertrauens in die Zukunft im Jugendalter (Krampen 1997; Abb. 1). Dies steht in Übereinstimmung mit Erkenntnissen der Bindungsforschung und der psychoanalytischen Sichtweise, die die Grundlage für eine gesunde Vertrauensfähigkeit im Erwachsenenalter in einer stabilen, selbstwerterhaltenden inneren Referenz ausmachen, die sich aufgrund ausreichend guter und befriedigender Beziehungserfahrungen in der frühen Kindheit bildet (Franz 1997). Dieses entwicklungspsychologische Vertrauenskonzept lässt sich nun auf die psychotherapeutische Situation übertragen, bei der hinsichtlich des Vertrauens des Patienten ein *Vertrauensparadox* konstatiert werden kann.

Als zentraler, schulenübergreifender Wirkfaktor und Prädiktor für den Therapieerfolg gilt in der Psychotherapieforschung unumstritten die Qualität der therapeutischen Beziehung (Horvath und Luborsky 1993; Orlinsky et al. 1994; Thomä und Kächele 2006; Lambert und Barley 2008; Hill und Knox 2009). Damit spricht man *eo ipso* von vertrauensvollen Beziehungen, das heißt Beziehungen, in denen der Patient dem Therapeuten und in die Therapie vertraut. Erfolgreicher Vertrauensaufbau ist in der Initialphase einer Therapie also von hoher Relevanz, auch weil der Patient, bei entsprechender Indikation, zu weiteren Gesprächen gewonnen werden soll (Franz 1997; Streeck 2011), was wiederum von einem gewissen Mindestmaß an Vertrauen abhängt.⁴ Dies führt zur paradoxen Situation, dass auf der Seite des Patienten etwas eingefordert wird, das, streng genommen, nicht verlangt werden kann. Vertrauen „will geschenkt und angenommen sein“ (Luhmann 2000, S. 55). Die ärztliche oder therapeutische Aufforderung: „Sie müssen mir schon vertrauen!“ funktioniert nicht, denn: Mit der einseitigen Einforderung von Vertrauensbereitschaft als Bringschuld aufseiten des Patienten (Deserno 2000) fordert man unter Umständen gerade

⁴ Warum dies gerade bei Patienten nach Suizidversuch von großer Wichtigkeit ist, wird in Frei et al. 2012 dargelegt.

das, dessen Nichtvorhanden- oder Brüchigsein der zwischenmenschlichen Störung (Streeck 1998, 2000) des Patienten zugrunde liegt. Behandlungskonzepte, die für ihren Erfolg und ihre Wirksamkeit einseitig auf das Vertrauen des Patienten abstellen, setzen so eines ihrer Ziele voraus, nämlich sich und anderen vertrauen zu können (Schwab 1997).

Vertrauensaufbau

Mit dem Konzept der Kreditierung kann diese paradoxe Situation nun von hinten aufgeklärt werden: Eine erste Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung ist nicht, dass der Patient dem Therapeuten vertrauen können muss, sondern umgekehrt: Der Therapeut muss in das Entwicklungspotenzial des Patienten vertrauen; er muss an den Patienten glauben können (Neri 2005). Gurevich (2012, S. 1082) liefert ein Beispiel für die Notwendigkeit genau dieses Glaubens an und Vertrauens in den Patienten, wenn sie von der Herstellung eines Kontakts zu gespaltenen Patienten schreibt: „Wenn der Analytiker mit diesem Kind sprechen oder mit ihm in Kontakt treten möchte, muss er an seine Existenz glauben und seine verstummte und verschwundene Sprache suchen ... Es ist die Aufgabe des Analytikers, den abgespaltenen Teil direkt zu ‚adressieren‘ ... Er wird nur dann wiederbelebt werden, wenn der Analytiker daran glaubt, dass er am Leben ist.“

Dieser Glaube bzw. dieses Vertrauen ist wie jeder Kredit eine riskante Vorleistung. Als Haltung des Therapeuten gegenüber dem Patienten stellt sie jedoch die notwendige Grundlage für die Entwicklung neuen Vertrauens, Selbstvertrauens und neuer Hoffnung unserer Patienten. Vertrauensaufbau kann so als Arbeit *an* der Beziehung, als primäre therapeutische Aufgabe der Bündnisbildung verstanden werden. Sie steht vor der Arbeit *in* oder *mit* der therapeutischen Beziehung (Neukom et al. 2005). Die Herstellung eines vertrauensvollen therapeutischen Bündnisses stellt die notwendige Basis für jede weiterführende psychotherapeutische Behandlung dar (Boothe und Grimmer 2005). Dementsprechend formulierte Bowlby (1995) es als eine der Hauptaufgaben an Psychotherapeuten, dem Patienten zur sicheren Basis zu werden. In erster Linie geht es in der Behandlung also um Vertrauensbildung (Schauenburg und Strauss 2002). Ainsworths Konzept der *mütterlichen Feinfühligkeit* („maternal sensitivity“) gegenüber den Signalen des Säuglings (1977a, b) kann als gutes Analogon für bindungs- und vertrauensfördernde Interaktionseigenschaften Behandelnder herangezogen werden. Wie die Mutter zu dem Baby sollen auch sie vorhersehbar, angemessen und einfühlsam auf ihre Patienten reagieren (Schauenburg und Strauss 2002), das Befinden der Patienten wahrnehmen, aufmerksam sein und sich in die Patienten hineinversetzen können, sowie prompt und adäquat auf sie reagieren (Grossmann und Grossmann 2002). Koller und Lorenz (1997) sprechen bezüglich dieser mütterlichen Haltung von bedürfnisangemessener Kommunikation als zentralem Aspekt des Vertrauensaufbaus.

Grossmann und Grossmann (2002) stellen an dieser Stelle ein genetisches Modell des Vertrauensaufbaus vor: Empathisches Fürsorgeverhalten, wie in Ainsworths Konzept der *mütterlichen Feinfühligkeit* beschrieben, ermöglicht in der initialen Phase der Therapie die Bildung eines Vertrauens des Patienten in die Zuwendungsbereitschaft des Therapeuten. In einem zweiten Schritt, der Arbeit *in* der Beziehung,

gewinnt dann eine davon unterscheidbare, *väterlich-kreditierende Haltung* an Bedeutung. Aufbauend auf dem zwischenmenschlichen Vertrauen fördert diese fordernde, väterliche Haltung ein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Sie bietet Halt und Sicherheit bei Herausforderungen und ermöglicht Erfolgserlebnisse beim Erproben, Üben und Ausweiten der eigenen Fähigkeiten (Grimmer 2006). Für einen erfolgreichen Vertrauensaufbau ist also sowohl eine empathisch-fürsorgliche als auch eine kreditierend-fordernde Haltung notwendig, wobei Letztere zugleich als Ausdruck des Glaubens und Vertrauens des Therapeuten in den Patienten verstanden werden kann.

Die im Folgenden untersuchte Intervention liefert ein Beispiel dafür, dass kreditierende Handlungen bereits früh in einem Erstgespräch auftauchen können und für einen erfolgreichen Vertrauensaufbau nicht notwendigerweise auf empathisch-fürsorgliche Kommunikationshandlungen folgen müssen. Patienten sind ja in der Regel keine Babys mehr. Die vorliegende Untersuchung soll zeigen, dass und wie eine potenziell provokative, aber auch humorvolle Intervention als Kreditierung und also als Ausdruck des Vertrauens der Therapeutin in die Patientin verstanden werden kann. Im Anschluss daran wird diskutiert, was eine solche Intervention für den Vertrauensaufbau bedeuten kann.

„Im Prinzip hat er einfach mit mir gemacht, was er wollte“

Die Intervention

Dem in der Einleitung beschriebenen Gesprächsverlauf ist so weit nichts hinzuzufügen. Nach der kurzen Gesprächseröffnung fordert die Therapeutin die Patientin auf, ihr zu erzählen, wie es überhaupt „so weit“, gemeint ist der Suizidversuch, gekommen ist. Daraufhin erzählt die Patientin von einem aktuellen Auslöser: dem Übergriff durch einen Mitspieler während einer Theateraufführung. Hier nun die eingangs beschriebene Szene mit der bemerkenswerten Intervention der Therapeutin im Feintranskript:

Auszug 1⁵

55	P:	... aber an den reaktionen hat er (.h) scheint es schon gemerkt dass es eh weniger (-) eine
56		liebesszene als (-) eh blöd gesagt eine pornosze[ne war also einfach weil er wirklich (.h) ja eh
57	I:	[mhm]
58	P:	weil nicht das knistern da war das in einer liebesszene da [ist sondern einfach (.h) dass er mich
59	I:	[ja]
60	P:	(-) eh mit-mit mit einer macht beherrscht hat wo ich einfach nichts mehr dagegen machen
61		konnte als[o er hat im prinzip einfach mit mir gemacht was er "wollte"
62	I:	[mhm] <i>mhm ja (-) hat er</i>
63		sich denn an den text gehalten wenigstens so
64	P:	JA ziemlich doch (-) also das ist eh (-) das ist bei der scene ...

⁵ Die Zeilennummerierung verweist auf das Originaltranskript des Gesprächs, das in Schweizer Mundart geführt wurde. Der allgemeinen Verständlichkeit halber wurden die hier wiedergegebenen Passagen ins Schriftdeutsche übersetzt. Um auf die entsprechenden Zeilen der wiedergegebenen Transkriptauszüge zu verweisen, werden die Zeilennummern im Text in Klammern zitiert. Eine Tabelle der verwendeten Transkriptionszeichen findet sich im Anhang.

Die Frage ab Zeile 62 ist, abgesehen von einer klärenden Zwischenfrage, die erste Intervention der Therapeutin in diesem Gespräch. Für unsere Untersuchung ist sie deswegen interessant, weil sie einerseits sehr wohl auf die Patientin und ihre Geschichte bezogen ist, andererseits aber etwas Unerwartetes und Überraschendes hat. Die Therapeutin bricht mit ihrer Frage mit dem, was man, zumindest in einer alltäglichen Gesprächssituation, von einer einfühlsamen ZuhörerIn an dieser Stelle erwarten würde. Die Frage irritiert. Sie steht quer zum bisherigen Gesprächsverlauf, den sich daraus ergebenden Erwartungen an das Gegenüber und an die weitere Entwicklung des Gesprächs. Im Folgenden soll nun gezeigt werden, warum das so ist.

Die Therapeutin bezieht sich mit ihrer Frage von Zeile 63 wie die Patientin auf diesen übergreifigen Mitspieler [„er“ (58 und 61)⁶], der in der einleitenden Erzählung der Patientin zum „aktuellen Auslöser“ die zentrale Figur darstellt. Die Therapeutin übernimmt das Rederecht mit einem betonten „*mhm ja*“ (62) an einer übergangsrelevanten Stelle (Selting 2000), nachdem die Patientin ihren Satz, „also er hat im Prinzip einfach mit mir gemacht, was er wollte“ (61), leise beendet. Die Therapeutin bleibt mit ihrer Frage bei dem von der Patientin als relevant gesetzten Kontext. Sie führt nicht weg und lenkt nicht ab. Sie bezieht sich mit ihrer Frage auf den von der Patientin eingeführten Mitspieler, aber dennoch hat die Frage etwas Überraschendes. Die von der Therapeutin erfragte Aktion, „hat er sich denn an den Text gehalten wenigstens so?“, kontrastiert mit den bisher von diesem Mitspieler berichteten Handlungen. Seine schauspielerische Leistung stand bisher ja auch nicht zur Diskussion. Wenn man die Intervention als Relevanz setzend betrachtet, fällt auf, dass die Therapeutin mit keinem Wort auf die vorhergehende, stellenweise drastische Schilderung des Übergriffs durch die jugendliche Patientin Bezug nimmt. Auf den Zeilen vor der hier wiedergegebenen Sequenz erzählt die Patientin, dass sie von dem Mitspieler nach dem Übergriff als „Schlampe“ bezeichnet wurde, dass sie sich auf der Bühne wie „Freiwild“ gefühlt habe und dass die Aufführung für das Publikum zu einer „Pornoszene“ (56) verkam. Dies alles wird von der Therapeutin, wie die entsprechenden, gleichzeitigen „*mhm*“ zeigen (57, 59, 62), zwar zur Kenntnis genommen, jedoch nicht explizit aufgegriffen. Als These kann hier formuliert werden, dass die Therapeutin das erzählerische Crescendo der Patientin deeskaliert, indem sie ihr eine alternative Position anbietet. Sie übernimmt das Rederecht an einer dramatischen Stelle, „er hat mit mir gemacht, was er wollte“ (61), und entdramatisiert die laufende Interaktion auf unerwartete Weise durch die Einnahme einer leicht verrückten Perspektive.

Die Reaktion

Auf die Frage, ob sich der Mitspieler wenigstens an den Text gehalten habe, reagiert die Patientin erst mit einer neutralen Bestätigung: „ja ziemlich doch“ (64), um dann die betreffende Szene weiter auszustaffieren (siehe unten). Ungefähr eine halbe Minute später kommt sie lächelnd auf die Frage der Therapeutin zurück:

⁶ Das „er“ von Zeile 55 bezieht sich auf eine andere Person, die während der Aufführung im Publikum saß.

Auszug 2

80	P:	... danach habe ich einfach das gefühl gehabt das geht nicht aber (.h) <<lächelnd> mit dem text ist es dann einigermaßen> gegangen in der scene
81		
82	I:	=mhm
83	P:	aber einfach der rest ist schlimm [gewesen (.h) und vor allem noch weil ehm ...
84	I:	[°mhm°]

Nach der anfänglichen, neutral nüchternen Bestätigung der Frage reagiert die Patientin ab Zeile 80 nachträglich, nach Ausarbeitung der betreffenden Szene, mit einem Lächeln auf die Intervention der Therapeutin: „Mit dem Text ist es dann einigermaßen gegangen in der Szene“ (80 f.). Was ihr von der Therapeutin mit einem direkt anschließenden „mhm“ (82) quittiert wird. „Aber einfach der Rest ist schlimm gewesen“ (83), fährt die Patientin fort, wobei ihr die Therapeutin das „schlimm gewesen“ mit einem leisen, überlappenden „mhm“ bestätigt (84). Im Anschluss führt die Patientin aus, warum dieser Übergriff auf dem Theater trotzdem schlimm gewesen ist für sie, und erzählt von zwei weiteren sexuellen Übergriffen in der Vergangenheit.

Für unsere Überlegungen ist hier von Belang, dass die Patientin auf die überraschende und irgendwie taktlose Frage der Therapeutin nachträglich mit einem Lächeln reagieren kann. Etwas an dieser unvorhergesehenen Frage, das bei der Patientin angekommen ist, war also komisch. Das Lächeln der Patientin stellt eine kurze Aufheiterung des Gesprächs dar, bevor sie zur Schilderung zweier früherer Ereignisse übergeht, wo sie „fast vergewaltigt wurde“. Die Therapeutin und die Patientin finden sich zwischen diesen aufeinanderfolgenden Berichten belastender Erfahrungen zu einem kurzen, humorvollen Austausch. Nach der den ersten Bericht abschließenden Aussage, „er hat mich mit einer Macht beherrscht, wo ich einfach nichts mehr dagegen machen konnte, also er hat im Prinzip einfach mit mir gemacht, was er wollte“ (60 f.), erlaubt sich die Therapeutin, die Darstellung des als übermächtig dargestellten Mitspielers der Patientin durch einen Registerwechsel infrage zu stellen. Die dramatische Schilderung des Übergriffs auf dem Theater kann relativiert und mit einem Lächeln abgeschlossen werden: Trotz all der empörenden Dinge, die sich der Mitspieler geleistet hat, wenigstens an den Text hat er sich einigermaßen gehalten.

Variationsanalytisch (Lucius-Hoene und Deppermann 2004, S. 184 ff.; Deppermann 2008, S. 90 ff.) sind an der uns interessierenden Sequenz also zwei Umstände bemerkenswert: die Wahl der Intervention der Therapeutin sowie die Reaktion der Patientin. Die Patientin hätte hier auch ohne Weiteres empört auf die Frage der Therapeutin reagieren können, und die Therapeutin hätte an der entsprechenden Stelle (62-) ebenso gut eine Intervention im Sinne von „mhm ja, das muss sehr schlimm gewesen sein für sie“ produzieren können.

„Hat er sich denn an den Text gehalten wenigstens so?“

Boothe (2004, S. 43 f.) erwähnt neben dem vereinnahmenden Charakter und der identifizierenden Wirkung des Erzählens eine „Tendenz zur Selbstbestätigung“ insofern als

... dass eine im Sprecher schon vorbereitete Perspektive auf das Erlebte und Erfahrene sowie eine schon vorbereitete Version des Verstehens bestätigt wird ... Der suggestive Charakter der Erzählung tendiert zu einer Sprecher-Hörer-Vereinigung, einer Aufhebung von Trennung in einem gleichsinnig mitvollziehenden emotionalen Engagement.

Das Gegenüber fühlt diese identifizierende Wirkung des Erzählens als Drang zur Übereinstimmung und zur Bestätigung der Perspektive oder Positionierungsaktivität der Sprecherin. Entsprechend dieser Identifikation mit der Sprecherin würde man in unserem Fall von der Therapeutin eine im umgangssprachlichen Sinn eher mitfühlende oder ‚empathische‘, auf jeden Fall eine haltendere und schonendere Intervention erwarten.⁷ Dieser vereinnahmenden und identifizierenden Wirkung des Erzählens entzieht sich die Therapeutin in der vorliegenden Sequenz jedoch geschickt, indem sie mit ihrer überraschenden Frage einen exzentrischen Standpunkt zur Positionierung der Patientin einnimmt. Die Therapeutin ist hier die Adressatin einer Opfererzählung. Anstatt sich aber, gemäß der ihr implizit zugewiesenen Rolle, über den Täter und die Tat zu empören, die Patientin zu schonen und ihr Beileid zu bekunden, wie es in einer alltäglichen Gesprächssituation erwartbar wäre, wagt es die Therapeutin, das Erzählte unter einem überraschend exzentrischen Blickwinkel zu befragen.

Selbst- und Fremdpositionierungen

Mit ihrer überraschenden Frage weist die Therapeutin die Rollenverteilung zurück, die in der Erzählung dieser Geschichte durch die Patientin angelegt ist. Einerseits lehnt sie die ihr dabei zuge dachte Position ab und bricht mit den impliziten sozialen Regeln, die den Ablauf einer solchen Opfererzählung organisieren. Diese Übertretung kommt einer Tabuverletzung gleich (Kraft 2011) und macht das Überraschende und Taktlose dieser Intervention aus.⁸ Andererseits zeigt die Therapeutin der Patientin mit dieser Frage indirekt auch, dass sie mit ihrer passiv-hilflosen *Selbstpositionierung* (Lucius-Hoene und Deppermann 2004) ebenfalls nicht ganz einverstanden ist. Subtil relativiert und hinterfragt sie die szenische Anweisung der Patientin, die vom erzählten Geschehen emotional überschwemmt zu werden droht. Anstatt sich der impliziten Regieanweisung gemäß auf die hilfsbedürftige und (an-)klagende Seite der Patientin zu schlagen, stellt sie die Charakterisierung des Täters durch die Patientin (unberechenbar, triebhaft und mächtig) spielerisch infrage. Sie lädt die Patientin versuchsweise dazu ein, sich über den Täter und die Situation lustig zu machen. Damit hintertreibt sie die dramatisierende Selbstpräsentation der Patientin als hilf- und wehrloses Opfer. Von einem diagnostischen Standpunkt aus betrachtet wird mit der spezifischen Wahl der Intervention die Fähigkeit der Patientin zur

⁷ Als diese Sequenz auf einer Tagung 2011 im Rahmen eines Werkstattberichts präsentiert wurde, wurden dementsprechend kritische Stimmen seitens der Teilnehmer laut. Die Intervention wurde mehrheitlich als problematisch, unempathisch und anmaßend taxiert.

⁸ Das Tabu, das hier berührt wird, dreht sich um Grenzen des konventionellen Respekts und um die Frage, wie man als ‚normaler‘ Hörer im Alltag bzw. eben als Psychotherapeut in einer therapeutischen Situation mit einer Person, die sich als Opfer eines sexuellen Übergriffs präsentiert, umzugehen hat.

humorvollen Selbstrelativierung getestet. Der Humor der Patientin wird quasi auf die Probe gestellt.⁹

Das nun ist ein durchaus riskanter Zug der Therapeutin, der ihr leicht als höhnische Provokation und uneinfühlsame Anmaßung ausgelegt werden kann. In einer Therapie können solche Provokationen und Tabubrüche einerseits eine Weiterentwicklung oder ein Umdenken initiieren, sie können aber auch die Beziehung gefährden und zu einem Behandlungsabbruch führen. Eine solche Taktlosigkeit müsse daher „stets vor dem Hintergrund der Achtung des Patienten und *auf der Grundlage einer guten Beziehung* erfolgen“ (Kraft 2011, S. 180, Hervorh. M.F.). Im Folgenden wird nun aber dahingehend argumentiert, dass solche humorvolle Taktlosigkeiten als Kreditierungshandlungen nicht immer auf der Grundlage einer guten Beziehung erfolgen können, denn sie stehen bei der Grundlegung einer „guten Beziehung“ selbst bereits Pate. Buchholz fasst diesen Umstand mit Bezug auf die therapeutische Beziehung so: „Therapeutik besteht nicht nur in Takt und/oder Respekt, sondern vielfach auch in taktvollen Taktlosigkeiten; Therapeutik muss auch konventionelle Grenzen des Respekts taktvoll durchbrechen können“ (Buchholz 2009, S. 129). Dass das Risiko dieser provokativen Intervention aufgeht, zeigt sich in der Untersuchung ihrer *interaktiven Konsequenz* (Deppermann 2008, S. 70 f.) 17 Zeilen später: Das nachträgliche Lächeln der Patientin validiert das Humorvolle dieser Intervention, die für sich noch gar nicht komisch ist. Wie für einen Handschlag die dargereichte Hand ergriffen werden muss, so wird auch diese Intervention erst durch das aufrichtige Lächeln der Patientin komisch.¹⁰

Das Beispiel kann nun also so verstanden werden, dass die Therapeutin, quasi mit einem Augenzwinkern, relativierend und regulierend in den sich entfaltenden Prozess eingreift. Sie nimmt der Patientin gegenüber eine unabhängige und kritische Position ein. Eine andere Position, als sie im Erzählen der Patientin für die Hörerin vorgesehen ist (*Fremdpositionierung*). Die Therapeutin bezieht eine exzentrische Position außerhalb der vereinnahmenden Opfererzählung der Patientin. Dabei geht der Humor der Therapeutin aber nicht auf Kosten der Patientin, sondern auf Kosten ihrer Positionierungsaktivität. Die Therapeutin stellt mit ihrer Intervention die Selbstpräsentation der Patientin und die damit verbundene Darstellung des übergriffigen Mitspielers spielerisch infrage. Ihr wird humorvolle Selbstrelativierung bezüglich ihrer sozialen Positionierung zugemutet. Sie wird von der Therapeutin dazu eingeladen, den Mitspieler unter einem anderen Blickwinkel neu zu betrachten, und diese neue Perspektive verlangt eine alternative Selbstpositionierung der Patientin, zu der sie ihr die Hand bietet.

Positionierungsaktivitäten sind komplex und finden stets auf mehreren Ebenen statt. Es geht dabei um die metaphorische *Position*, die eine „Person im sozialen Raum einer Interaktion für sich beansprucht“ (Deppermann 2008, S. 61) und damit auch anderen Personen ihr gegenüber zuweist. In unserem Fall ist da die Patientin,

⁹ Herbold und Sachsse sprechen diesbezüglich von der diagnostischen Verwendung des Humors und dessen Toleranz durch den Patienten als ein „Indikator für das Integrationsniveau des Selbst“ (Herbold und Sachsse 2011, S. 158, auch Dubor 1973). Herbold (2011) liefert zwei eindrückliche Beispiele für die Entwicklung der Humorfähigkeit von persönlichkeitsgestörten Patienten in Therapie.

¹⁰ Ein indigniertes „Das ist nicht komisch!“ ist als alternative Reaktion auf diese Intervention gut denkbar.

die sich gegenüber dem übergriffigen Mitspieler als ängstlich, schwach und ausgeliefert präsentiert. Der Mitspieler dagegen wird als triebhaft-aggressiv und mächtig dargestellt. Dieser Verortung im erzählten Raum gemäß fällt auch die *interaktive Positionierung* im Akt des Erzählens vis-à-vis der Therapeutin aus. Der Appell an diese lautet: Die Patientin soll geschont und in Schutz genommen, Täter und Tat sollen verurteilt werden. Anstatt dem nachzukommen, mutet die Therapeutin der Patientin jedoch eine Selbstrelativierung, sowohl hinsichtlich der Positionierung des erzählten Selbst und des Mitspielers (er mächtig, ich schwach und ihm ausgeliefert) als auch hinsichtlich der Erzählerin hier und jetzt im Gespräch zu. Im Vergleich zur bisherigen Präsentation des Antagonisten offeriert die Therapeutin der Patientin damit eine Relativierung ihrer eigenen Position nach oben. Die überraschende Frage nach der Textkompetenz des übergriffigen Mitspielers kann somit als spielerische Entmächtigungsofferte verstanden werden. Die Patientin wird eingeladen, kritisch über die Leistung und Kompetenz des Mitspielers zu urteilen. Seine Darstellung als übermächtiger Bedränger und Beherrscher wird damit ins Komische entschärft.

„Bei der Szene spiele ich eine Doppelrolle“

Werfen wir noch einen abschließenden Blick auf die Zeilen zwischen der Frage der Therapeutin (63) und dem nachträglichen Lächeln der Patientin (80), wie diese Entmächtigung des Mitspielers vonstatten geht:

Auszug 3:

63	I:	<i>mhm ja</i> (-) hat er sich denn an den text gehalten wenigstens so
64	P:	JA ziemlich doch (-) also das ist eh (-) das ist bei der scene ich spiele eine doppelrolle d[ann
65	I:	[ja]
66	P:	oder der jörg-lukas von den drei jungs
67	I:	ja
68	P:	(.h) und das ist gerade die scene da muss ich gleich nach hinten und mich gleich an- (-)
69		umziehen und gleich wieder nach vorn k[ommen (.h) und (-) ich bin schon nach dieser scene
70	I:	[mhm]
71	P:	bin ich nach hinten und habe gesagt ich könne das nicht spielen es gehe nicht und wir haben
72		es schon da gemerkt also (.h) er ist so (-) er ist wahnsinnig gut er kann gut artiku[l]ieren und
73	I:	[mhmm]
74	P:	spielt [gut (.h) und dort hat er so wenig text und er hat dort die hälfte vom text ausgelassen
75	I:	[mhm]
76	P:	hat nur noch so eh (1) in der sprache einfach undeutlich [geredet und eben hat sich wirklich
77	I:	[mhm]
78	P:	schon dann ist-in (-) eh-in die instrumentenkästen hinein gefahren und (.h) [und alles da:s und
79	I:	[mhm]
80	P:	danach habe ich einfach das gefühl gehabt das gehe nicht aber (.h) <<lächelnd> mit dem text
81		ist es dann einigermassen> gegangen in der scene

Auf die Frage der Therapeutin (63) reagiert die Patientin mit der Ausstaffierung der betreffenden Szene. Als Erstes präsentiert sie sich als kompetente Schauspielerin, die eine schwierige Rolle zu meistern hat: „Ich spiele eine Doppelrolle dann“ (64). „Das ist gerade die Szene, da muss ich gleich nach hinten und mich gleich an-, umziehen

und gleich wieder nach vorn kommen“ (68). Von der Therapeutin wird sie während dieser Selbstpräsentation wiederholt mit zustimmenden Hörsignalen unterstützt (65, 67, 70). Dann geht sie zur Präsentation des Mitspielers über: „Also, er ist so, er ist wahnsinnig gut, er kann gut artikulieren und spielt gut“ (72 f.). Auch das wird ihr von der Therapeutin überlappend bestätigt (73, 75). Nun beginnt die Patientin die Relativierung dieser Präsentation. Sie nimmt dem übergriffigen Mitspieler gegenüber eine urteilsmächtige Position ein und demontiert ihre Darstellung von ihm in rascher Folge: Er habe dort „so wenig Text“ gehabt in dieser Szene, dabei hat er noch „die Hälfte vom Text ausgelassen“ (74) und „in der Sprache einfach undeutlich geredet“ (76). Sie habe dann „das Gefühl gehabt, das gehe nicht aber, (und jetzt lächelt sie) mit dem Text ist es dann einigermaßen gegangen“ (80 f.).

Auf die Frage der Therapeutin baut sich die Patientin also erst, im Gegensatz zu ihrer vormaligen Selbstpräsentation als hilf- und wehrloses Opfer, als kompetente Schauspielerin auf. Als solche platziert sie sich neben dem „wahnsinnig guten“ Mitspieler, der dann jedoch sukzessive demontiert werden kann. Die erst als überwältigend dargestellte Szene des Übergriffs wird jetzt zu einer Szene, in der die Patientin ihre Kompetenz unter Beweis stellen kann und in der sich der Mitspieler vor versammeltem Publikum blamiert. Und wie die Patientin mit ihrem „wir haben es schon da gemerkt“ ab Zeile 71 anzeigt, ist in ihrer Be- und Verurteilung des Mitspielers auch nicht alleine.

Rollenangebote als Übertragungsphänomene

Sandler (1976) liefert eine wichtige Grundlage dafür, Rollenzuschreibungen als Übertragungsphänomene zu verstehen. Die von Lucius-Hoene und Deppermann (2004) beschriebenen interaktiven Positionierungsaktivitäten können psychoanalytisch somit als Übertragungsphänomene verstanden werden. Die Patientin möchte, durch die Art, wie sie erzählt und sich und diesen Mitspieler darstellt, die Therapeutin in einer bestimmten *Position* oder *Rolle*, zwei Begriffe, die hier synonym verwendet werden können,¹¹ haben. Diese Übertragung wird durch die Intervention der Therapeutin an dieser Stelle aber zurückgewiesen.

Humoristische Einstellung und kreditierende Haltung

Kurz zum Humor in der Psychotherapie

Herausfordernde und humorvolle Interventionen wie diese Frage der Therapeutin sind, obschon konfrontativ und riskant, durchaus kooperationsorientiert. Indem sie das Gegenüber dazu animieren, in dessen Erzähl- und Interaktionsverhalten angelegte Identitätsaspekte und interaktive Erwartungen zu hinterfragen und damit einhergehende Rollenselbst- und Rollenfremdzuschreibungen zu durchbrechen, kann eine humorvolle Intervention eine neue Sicht auf das Vergangene und/oder die

¹¹ Mentzos (1994, S. 59) definiert *Rolle* „sozialpsychologisch-psychoanalytisch ... als das strukturierte Gesamtbewusstsein und unbewusster Erwartungen, die die Partner aufeinander richten.“

gegenwärtige Interaktion ermöglichen. Auf subtile Weise verschiebt sich der Fokus implizit für kurze Zeit weg vom Inhalt des Gesagten hin zum Sprechhandeln selbst (Vehviläinen 2008).

In der Psychotherapie steht Humor dabei im Spannungsfeld „zwischen Provokation, einer großen Verletzungsgefahr und im besten Fall einer neuen Leichtigkeit im Umgang mit dem Erlittenen“ (Kraft 2011, S. 171). Er kann zu einer unmittelbaren Stressreduktion führen und den spielerischen Zugang zu einem Perspektivenwechsel und zu größerer kognitiver und emotionaler Flexibilität eröffnen:

Humor hat auch das Potenzial, die Wahrnehmung von traumatischen Situationen zu ändern und auch ungewohnte Aspekte in einem solchen Kontext zu erleben. Diese Fähigkeit zum humorvollen Perspektivenwechsel erfordert jedoch eine psychologische Distanz zu dem Erlebten und sei es auch nur für Sekunden. (Diegelmann 2011, S. 183)¹²

Genau diese psychologische Distanz zum Erlebten kann durch die humorvolle Intervention der Therapeutin hier für kurze Zeit errichtet werden. Die Patientin tritt vorübergehend aus dem emotional hoch involvierten und involvierenden Erzählprozess heraus und kann über einen für sie neuen und überraschenden Aspekt ihrer Geschichte lächeln. Dieser kurze Moment, in dem die Patientin aus dem mitreißenden Fluss ihrer Geschichte auftaucht, kann als wichtiger Ausgangspunkt für das weitere Gespräch betrachtet werden. Hier wird eine Basis dafür gelegt, gemeinsam aus einem sicheren Hier-und-Jetzt über ein verunsicherndes Dort-und-Damals nachzudenken. Das Beispiel zeigt, wie eine humorvolle Intervention zur Regulation des Gegenübers und der Beziehung beziehungsweise der Interaktion eingesetzt werden kann. Danach geht die Patientin zur Schilderung zweier früherer Übergriffe über, und die Therapeutin nimmt mit ihren bestätigenden Hörersignalen und ihren verständnisformulierenden Äußerungen wieder eine mitfühlende Haltung ein.

Die humoristische Einstellung als kreditierende Haltung

Freud (1927a) schreibt, dass der Humor gegenüber der Welt nicht resigniert, sondern „trotzig“ ist,

... er bedeutet nicht nur den Triumph des Ichs, sondern auch den des Lustprinzips, das sich hier gegen die Ungunst der realen Verhältnisse zu behaupten vermag“ (Freud 1927a, S. 385).

„Kein Zweifel, 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 Gefühlsäußerung hinaussetzt. (Freud 1927a S. 384)

Humor ist also gerade, wenn man *trotzdem* lacht. Er zeichnet sich dadurch aus, dass einem erwarteten oder erwartbaren unangenehmen Affekt wie Angst, Ärger, Schmerz, Schrecken, Grausen, Verzweiflung, Trauer usw. mit einem lustig-lustvollen Affekt

¹² Auch Autoren aus ganz anderen Feldern haben auf diese Eigenschaft des Humors hingewiesen. So z. B. McLuhan und Fiore (2008, S. 92): „Humor ... is often the best guide to changing perceptions.“

begegnet wird. Die negative Gefühlserwartung wird durch den humoristischen Lustgewinn enttäuscht. Dadurch hat der Humor etwas Befreiendes und Erhebendes:

Das Großartige liegt im Triumph des Narzißmus, in der siegreich behaupteten Unverletzlichkeit des Ichs. Das Ich verweigert es, sich durch die Veranlassungen aus der Realität kränken, zum Leiden nötigen zu lassen, es beharrt dabei, dass ihm die Traumen der Außenwelt nicht nahegehen können, ja es zeigt, dass sie ihm nur Anlässe zu Lustgewinn sind. (Freud 1927a, S. 385)

Diese für den Humor charakteristischen Züge (Abweisung des Anspruchs der Realität und Durchsetzung des Lustprinzips) reihen ihn in die Reihe der Abwehrmechanismen ein. Humor verhilft zur Selbstbehauptung des Ich gegenüber einer frustrierenden und traumatisierenden Realität. Dies jedoch nicht, indem er die entsprechenden Aspekte der Realität leugnet, sondern indem er sie anerkennt und sich *trotzdem* über sie hinwegsetzt. So verstanden, ist Humor eine wichtige Ressource, die zur Resilienz einer Person, das heißt zum selbstregulativen Potenzial im Umgang mit Belastungen, beiträgt. Humor weckt Selbstzustände, die mit dem Erleben von Hilf- und Hoffnungslosigkeit inkompatibel sind (Diegelmann 2011). Dabei muss jedoch betont werden, „dass es nicht um ‚denk positiv‘ oder ‚alles ist nicht so schlimm‘ geht, sondern gerade weil es so schlimm ist, ist es wichtig als ‚Ich‘ handlungsfähig zu werden oder zu bleiben“ (Diegelmann 2011, S. 182). Genau so wenig geht es bei der Kreditierung um ein bloßes „Das schaffst du schon“ und „Ich glaube an dich.“ Kreditierung als Haltung bedeutet, dass dem Gegenüber in der Interaktion auch tatsächlich etwas zugemutet wird. Damit wird dem Patienten „eine machtvolle Position zugewiesen und er wird nicht als ein schonungsbedürftiges Opfer behandelt“ (Grimmer 2006, S. 100). Genau das geschieht bei der hier untersuchten Intervention.

Freud spricht diesbezüglich von einer *humoristischen Einstellung*, die man sich zu eigen machen und gegenüber sich selbst oder gegenüber anderen vertreten kann. Er vergleicht diese Haltung mit der Einstellung, die der Erwachsene dem Kind gegenüber einnimmt, „indem er die Interessen und Leiden, die diesem groß erscheinen, in ihrer Nichtigkeit erkenne und belächle“ (1927a, S. 386). Die humorvoll eingestellte Person gewinnt ihre Überlegenheit gegenüber den widrigen Umständen der Realität daher, dass sie sich „in die Rolle des Erwachsenen, gewissermaßen in die Vateridentifizierung gebe“ (1927a, S. 386). Diese von Freud beschriebene Haltung überschneidet sich also in einem zentralen Bereich mit dem Konzept der Kreditierung, insofern sich beide eine auf gütige, aber dennoch fordernd-fördernde Erfahrungen mit Elterninstanzen beziehen, die, bei ausreichender Kontinuität und Verlässlichkeit, zu einem gutmütigen *väterlichen* Aspekt des Über-Ich gerinnen.¹³ In der Sprache der Selbst-Psychologie könnte man sagen, dass validierende Selbst-Objekt-Erfahrungen zu guten Introjekten mit narzisstischem Potenzial führen, auf die bei Bedarf zur Regulierung der narzisstischen Homöostase zurückgegriffen werden kann (Herbold 2011). Patienten kann mittels der humorvollen Einstellung und der kreditierenden Haltung über das spielerische Angebot zur Neupositionierung ihrer selbst zur Handlungsfähigkeit zurückgeholfen werden.

¹³ Die Herausgeber der Studienausgabe meinen hierzu, dass in den Schriften Freuds das Über-Ich hier zum ersten Mal „in freundlicher Stimmung vorgeführt“ wird (Freud 1927b, S. 276).

Humor als Spiel und Abwehr

In der humorvollen Einstellung wird das Gegenüber also gewissermaßen als Kind behandelt. Dies aber eben gerade nicht in herabsetzender Weise, wie wenn es z. B. zum Gegenstand eines Witzes wird.¹⁴ Humor ist eine lebensbejahende Haltung, die Leiden abweist oder relativiert. Dies im Unterschied zu den anderen Abwehrmechanismen jedoch nicht in Leugnung oder Verdrängung äußerer und innerer Realitäten. Die Realitätsprüfung bleibt intakt (Bergeret 1973). Humor ist im Gegensatz zum Witz nie sadistisch. Wenn der Witz ein, durchaus aggressiver, Durchbruch des Unbewussten ist, dann ist Humor das sanfte Intervenieren eines freundlich haltenden Über-Ich (Dooley 1934).

Wenn Humor zu den Abwehrmechanismen gezählt wird, können wir uns hier zum Schluss fragen, was in unserem Beispiel abgewehrt wird. Erspartes Mitleid wird von Freud (1927a) als eine der häufigsten Quellen humoristischer Lust bezeichnet, und Winterstein (1932, S. 515) vermutet, „dass das spielende Kind ein Vorläufer des humoristisch eingestellten Erwachsenen ist; denn auch dieses mobilisiert Aktivität und überwindet dadurch die Angst.“ Als Abwehr ist Humor also eine spielerische Abwendung von der Realität durch Nichternstnehmen, eine Abwendung *als-ob*. Im Humor wendet sich das Ich somit *in Anerkennung der Realität* von der Realität ab und wird dabei von einem freundlichen Über-Ich gehalten. Wenn Therapie als ein Spielplatz der Worte verstanden wird (Sanville 1999), dann kann eine humorvolle Intervention auch als eine spielerische Einladung zur therapeutischen Ich-Spaltung verstanden werden (Poland 1971). Damit ist auch der oben angeführte diagnostische Aspekt des Humors angesprochen: Ist es für den Patienten möglich, eine alternative Sicht auf sich und andere einzunehmen? In diesem Sinn ist Humor wie das kindliche Spiel ein Phänomen im Übergangsraum. Beide können für das Ich schmerzliche Tatsachen und Erfahrungen auffangen und aufheben. Dies aber eben gerade nicht, wie bei den anderen Abwehrmechanismen, indem die Realität geleugnet, verdrängt oder durch eine Illusion ersetzt wird (Cosnier 1973).

Humor ist für das Ich also eine durchaus zwiespältige Abwehr! Einerseits hilft er ihm beim Umgang mit schmerzlichen Realitäten, steht aber andererseits gleichzeitig für die Anerkennung eben dieser Realitäten ein und unterläuft damit gewohnte Abwehrstrukturen. In unserem Beispiel kann die humorvolle Intervention der Therapeutin also einerseits durchaus als ignorierende Folge bezüglich des Selbstmitleids der Patientin, das diese durch die Aufführung einer Opfererzählung an die Therapeutin delegiert, verstanden werden. Die humorvolle Intervention unterläuft damit die Installation einer interpersonalen Abwehr (Mentzos 1994) und verdrängt das an die Therapeutin delegierte Mitleid für das Widerfahren sexueller Aggression für kurze Zeit aus der Interaktion (Billig 1997, 1999). Die Therapeutin äußert hier eben kein „mhm ja, das muss sehr schlimm gewesen sein für Sie“, womit sie die ihr angetragene, bemitleidende und schonende Rolle annehmen würde. Vielmehr hält sie dieses

¹⁴ Freud spricht zwar davon, dass der Erwachsene in der Vateridentifizierung „die anderen zu Kindern herabdrücke“ (1927a, S. 386, Hervorh. M.F.), aus Sicht der Kreditierung ist jedoch der fordernd-fördernde Aspekt dieser Haltung zu betonen. Wenn das Gegenüber als Kind behandelt wird, dann eines, dem Entwicklung zugetraut wird.

Übertragungsangebot der Patientin vorübergehend in der Schweben. Ihre Provokation ist taktvoll, weil die Therapeutin gutes Gespür für ihr Gegenüber und den richtigen Moment beweist. Die Zumutung der Zurückweisung dieses Übertragungsangebots und der darin enthaltenen Abwehr eigener Handlungsmacht kann von der Patientin zu einer vorübergehenden Neupositionierung genutzt werden. Die Therapeutin bietet ihr hier die spielerische Übernahme einer alternativen, handlungs- und wirkmächtigen Position an. Dies muss gerade im Hinblick auf die Suizidalität der Patientin als therapeutisch äußerst wichtig angesehen werden. Wenn es in der Therapie gelingt, den Blick von diesem Mitspieler als Täter weg, hin zur eigenen Tat und eigenen Handlungsanteilen zu wenden, wird vielleicht möglich zu verstehen, wie die Patientin zur Täterin gegen sich selbst werden konnte.

Anhang

Transkriptionszeichen

[...]	Überlappende Äußerungen und simultanes Sprechen
= direkt	Direkt an die Äußerung des Gegenübers anschließendes Sprechen
(-)	Kurze Pause (< eine Sekunde)
(2), (3)	Pause von zwei Sekunden, drei Sekunden usw.
a:, e::	Dehnung
(...)	Unverständliche Äußerung
Leise	Leises Sprechen
akZENT	Lautes Sprechen
<i>Betont</i>	Speziell intoniertes Sprechen
(.h)	Hörbares Einatmen
(.hh)	Starkes Einatmen
(.snf)	Nasehochziehen
(h)	Hörbares Ausatmen
(hh)	Starkes Ausatmen
(hrm)	Räuspern
(mz), (tz)	Schmatzlaute
*name, *stadt	Anonymisierte Personennamen oder Ortsangaben
((hustet))	Zusätzliche Beschreibung
<<weinend>...>	Zusätzliche Beschreibung einer Äußerung
.	Fallende Intonation wie bei einem Satzende
?	Fragende, steigende Intonation

Interessenkonflikt Es besteht kein Interessenkonflikt.

Literatur

Ainsworth MS (1977a) Attachment theory and its utility in cross-cultural research. In: Leiderman PH, Tulkin SR, Rosenfeld A (Hrsg) Culture and infancy. Variations in the human experience. Academic Press, New York, S49–67

- Ainsworth MS (1977b) Infant development and mother-infant interaction among Ganda and American families. In: Leiderman PH, Tulkin SR, Rosenfeld A (Hrsg) *Culture and infancy. Variations in the human experience*. Academic Press, New York, S 119–149
- Bergeret J (1973) Pour une métapsychologie de l'humour. *Rev Fran Psychanal* 37:539–567
- Billig M (1997) The dialogic unconscious: psychoanalysis, discursive psychology and the nature of repression. *Br J Soc Psychol* 36:139–159
- Billig M (1999) *Freudian repression. Conversation creating the unconscious*. University Press, Cambridge
- Boothe B (2004) *Der Patient als Erzähler in der Psychotherapie*. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Boothe B, Heigl-Evers A (1996) *Psychoanalyse der frühen weiblichen Entwicklung*. Reinhardt, München
- Boothe B, Grimmer B (2005) Die therapeutische Beziehung aus psychoanalytischer Sicht. In: Rössler W (Hrsg) *Die therapeutische Beziehung*. Springer, Heidelberg, S 37–58
- Bowlby J (1995) *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung: therapeutische Aspekte der Bindungstheorie*. Dexter, Heidelberg
- Buchholz MB (2009) Takt in der Konversation. Mit Bemerkungen zu Rücksicht und Respekt, Verletzungen und Rhythmus. *Z Qual Forsch* 1:129–150
- Cosnier J (1973) Humour et narcissisme. *Rev Fran Psychanal* 37:571–580
- Deppermann A (2008) *Gespräche analysieren, 4. Aufl.* VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Deserno H (2000) *Arbeitsbündnis*. In: Mertens W, Waldvogel B (Hrsg) *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Kohlhammer, Stuttgart, S 73–78
- Diegelmann C (2011) Humor als Ressource. *Persönlichkeitsstörungen. Theorie Ther* 15:181–191
- Dooley L (1934) A note on humor. *Psychoanal Rev* 21:49–58
- Dubor P (1973) L'articulation dyssyntaxique des représentations pulsionnelles dans l'humour et la psychose. *Rev Fran Psychanal* 37:581–606
- Franz M (1997) Die Bedeutung von Vertrauen und Wertschätzung für den Weg in die psychotherapeutische Beziehung. In: Schweer MK (Hrsg) *Vertrauen und soziales Handeln. Facetten eines alltäglichen Phänomens*. Lucherthand, Neuwied, S 177–188
- Frei M, Michel K, Valach L, Grimmer B, Boothe B (2012) Gelingende und misslingende Beziehungsaufnahmen mit Patientinnen nach Suizidversuch. *Forum Qual Sozialforsch* 13: Art. 5
- Freud S (1927a) *Der Humor*. *Gesammelte Werke, Bd 14*. Fischer, Frankfurt a. M., S 383–389
- Freud S (1927b) *Der Humor*. *Studienausgabe, Bd 4*, S 275–282
- Grimmer B (2006) *Psychotherapeutisches Handeln zwischen Zumuten und Mut machen. Das Beziehungs- und Kommunikationskonzept der Kreditierung*. Kohlhammer, Stuttgart
- Grossmann KE, Grossmann K (2002) *Klinische Bindungsforschung aus der Sicht der Entwicklungspsychologie*. In: Strauss B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg) *Klinische Bindungsforschung*. Schattauer, Stuttgart, S 295–318
- Gurevich H (2012) Die Sprache der Abwesenheit. *Psyche – Z Psychoanal* 66:1074–1101
- Herbold W (2011) Narzissmus und Humor. *Persönlichkeitsstörungen Theorie Ther* 15:192–199
- Herbold W, Sachsse U (2011) Editorial. *Persönlichkeitsstörungen Theorie Ther* 15:157–159
- Hill C, Knox S (2009) Processing the therapeutic relationship. *Psychother Res* 19:13–29
- Horvath AO, Luborsky L (1993) The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *J Consul Clin Psychol* 61:561–573
- Koller M, Lorenz W (1997) *Vertrauen zwischen Arzt und Patient: Analyse und Überwindung von Kommunikationsdefiziten*. In: Schweer MK (Hrsg) *Vertrauen und soziales Handeln. Facetten eines alltäglichen Phänomens*. Lucherthand, Neuwied, S 164–176
- Kraft H (2011) *Tabu, Humor und Psychotherapie. Persönlichkeitsstörungen Theorie Ther* 15:171–180
- Krampen G (1997) *Zur handlungs-, persönlichkeits- und entwicklungstheoretischen Einordnung des Konstruktiven Vertrauens*. In: Schweer MK (Hrsg) *Vertrauen und soziales Handeln. Facetten eines alltäglichen Phänomens*. Lucherthand, Neuwied, S 16–61
- Lambert M, Barley D (2008) Die therapeutische Beziehung und der Psychotherapieeffekt – eine Übersicht empirischer Forschungsergebnisse. In: Hermer M (Hrsg) *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. DGVT, Tübingen, S 109–139
- Lucius-Hoene G, Deppermann A (2004) *Rekonstruktion narrativer Identität: ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews, 2. Aufl.* VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Luhmann N (2000) *Vertrauen: Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität, 4. Aufl.* Lucius u. Lucius, Stuttgart
- McLuhan M, Fiore Q (2008) *The medium is the massage*. Penguin, London
- Mentzos S. (1994) *Interpersonale und institutionalisierte Abwehr, 3. Aufl.* Suhrkamp, Frankfurt a. M.

- Michel K, Valach L (2001) Suicide as goal-directed action. In: van Heeringen K (Hrsg) *Understanding suicidal behaviour. The suicidal process approach to research, treatment and prevention*. Wiley, Chichester, S 230–254
- Michel K, Maltsberger JT, Jobes DA, Leenaars AA, Orbach I, Stadler K et al (2002) Discovering the truth in attempted suicide. *Am J Psychiatr* 56:424–437
- Neri C (2005) What is the function of faith and trust in psychoanalysis? *Int J Psychoanal* 86:79–97
- Neukom M, Grimmer B, Merk A (2005) Ansatzpunkt Therapeut-Patient-Beziehung: Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie. In: Baumann U, Perrez M (Hrsg) *Lehrbuch klinische Psychologie – Psychotherapie*, 3. Aufl. Huber, Bern, S 456–475
- Orlinsky DE, Grawe K, Parks B (1994) Process and outcome in psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (Hrsg) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley & Sons, New York, S 270–378
- Poland WS (1971) The place of humor in psychotherapy. *Am J Psychiatr* 128:635–637
- Sacks H (1995) *Lectures on conversation*, vol I & II. Blackwell, Oxford
- Sandler J (1976) Gegenübertragung und die Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche – Z Psychoanal* 30:289–305
- Sanville JB (1999). *Humor and play*. In: Barron JW (Hrsg) *Humor and psyche: psychoanalytic perspectives*. Analytic Press, Hillsdale, S 31–55
- Schauenburg H, Strauss B (2002) Bindung und Psychotherapie. In: Strauss B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg) *Klinische Bindungsforschung*. Schattauer, Stuttgart, S 281–292
- Schwab R (1997) Interpersonales Vertrauen in der psychotherapeutischen Beziehung. In: Schweer MK (Hrsg) *Vertrauen und soziales Handeln. Facetten eines alltäglichen Phänomens*. Lucherhand, Neuwied, S 165–179
- Selting M (2000) The construction of units in conversational talk. *Lang Soc* 29:477–517
- Selting M, Auer P, Barden B, Bergmann J, Couper-Kuhlen E, Günthner S et al (1998) Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem (GAT). *Linguist Ber* 173:91–122
- Streeck U (1998) Persönlichkeitsstörungen und Interaktion. Zur stationären Psychotherapie von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut* 43:157–163
- Streeck U (2000) Diagnose Persönlichkeitsstörung: zum Verlust der interpersonellen Dimension im medizinischen Krankheitsmodell. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderlinestörungen*, 1. Aufl. Schattauer, Stuttgart, S 99–113
- Streeck U (2004) Auf den ersten Blick: psychotherapeutische Beziehungen unter dem Mikroskop. *Klett-Cotta*, Stuttgart
- Streeck U (2006) Erzählen und Interaktion. Auf dem Weg zu einer Mikroethnographie von Psychotherapie. In: Luif V, Thoma G, Boothe B (Hrsg) *Beschreiben – Erschließen – Erläutern. Psychotherapieforschung als qualitative Wissenschaft*. Pabst, Lengerich, S 173–182
- Streeck U (2011) Die psychoanalytisch-interaktionelle Therapiemethode. In: Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderlinestörungen*, 2. Aufl. Schattauer, Stuttgart, S 576–583
- Streeck J, Streeck U (2001) Mikroanalyse sprachlichen und körperlichen Interaktionsverhaltens in psychotherapeutischen Beziehungen. *Psychother Sozwiss* 4:61–78
- Thomä H, Kächele H (2006) *Psychoanalytische Therapie. Grundlagen*, 3. Aufl. Springer, Berlin
- Valach L, Michel K, Dey P, Young RA (2002) Self-confrontation interview with suicide attempters. *Couns Psychol Q* 15:1–22
- Vehviläinen S (2008) Identifying and managing resistance in psychoanalytic interaction. In: Peräkylä A, Antaki C, Vehviläinen S, Leudar I (Hrsg) *Conversation analysis and psychotherapy*. Cambridge University Press, Cambridge, S 120–138
- Winterstein A (1932) Beiträge zum Problem des Humors. *Psychoanal Bew* 4(6):513–525

Michael Frei, Dr. des., Jg. 1982, hat an der Universität Zürich klinische Psychologie studiert und arbeitet seit 2009 an der Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse am Psychologischen Institut der Universität Zürich, wo er mit klinischem Material von Herrn Prof. Michel und Herrn Dr. Valach zum Thema „Erstgespräche mit Patienten nach Suizidversuch“ promoviert. Abschluss der Dissertation und der postgradualen Weiterbildung Psychoanalytische Psychotherapie (MASP), mit der Anerkennung zum Fachpsychologen für Psychotherapie (FSP), im Frühjahr 2013.

Konrad Michel, Prof. Dr. med., Jg. 1947, ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH und Mitglied des Royal College of Psychiatrists (UK). Er war bis zu seiner Pensionierung 2012 Oberarzt in der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie in Bern und führt seit Jahren eine eigene psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis. Er hat seine psychiatrische Weiterbildung in England absolviert und war anschließend Chefarzt des Psychiatrischen Dienstes am Spital Interlaken. Er hat zahlreiche Arbeiten über Handlungstheorie und Suizid, ärztliche Suizidprävention, die therapeutische Beziehung zum suizidalen Patienten sowie über die Suizidberichterstattung veröffentlicht. Er ist Initiant und Organisator der internationalen Aeschi-Conferences (<http://www.aeschiconference.unibe.ch>) sowie der Berner Jahressymposien „Psyche und Gehirn“. In der klinischen Tätigkeit ist ihm die Integration von psychologischen und neurobiologischen Aspekten ein Anliegen.

Ladislav Valach, Dr. phil., Jg. 1947, Fachpsychologe für Psychotherapie (FSP), Psychotherapeut in eigener Privatpraxis, früherer Universität Bern, Universität Zürich und externer Dozent am der Berner Fachhochschule, soziale Arbeit. Er publizierte als Autor und Koautor eine Reihe von Beiträgen und Buchkapiteln aus dem Bereich Beratung, Suizid, Gesundheitspsychologie, Rehabilitation und Handlungstheorie. Koautor von *Action theory. A primer for applied research in the social sciences* [Valach L, Young R, Lynam MJ (2002) Praeger, Westport, CT] und von *Transition to adulthood: Action, projects, and counseling* [Young RA, Marshall SK, Valach L, Domene J, Graham MD, Zaidman-Zait A (2011) Springer New York].