

Bildungsakademie und Wissenschaft im Gesundheitswesen

Facharbeit zur schriftlichen Prüfung zur Pflegeexpertin für Menschen im Wachkoma

– Kurs WK 07 Essen –

Thema:

Humor in der Pflege und Alltagsgestaltung mit Menschen im Wachkoma

Autorin:

Christina Elser

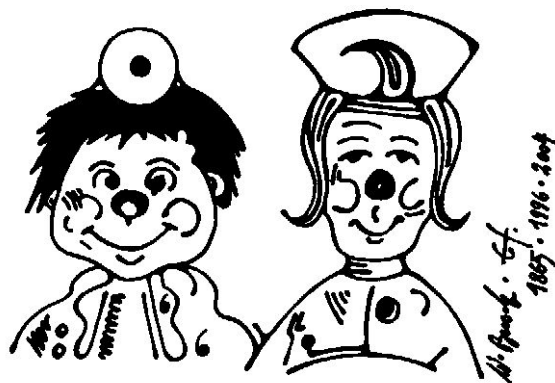
Prüfer:

Marcello Ciarrettino

Essen, im August 2007

„Ein Tag, an dem du nicht gelächelt hast, ist ein verlorener Tag.“

(Charlie Chaplin)



Inhaltsverzeichnis

<i>Vorwort</i>	5
<i>Einleitung</i>	7
<i>1. Humor – Theorien und Möglichkeiten</i>	9
1.1. Was ist Humor?	9
1.2. Humor in der Pflege	9
1.3. Grundwesensarten von Humor	11
1.3.1. Komik.....	11
1.3.2. Galgenhumor.....	11
1.3.3. Schwarzer Humor.....	11
1.4. Klassische Humorthorien	11
1.4.1. Überlegenheitstheorie/Respektlosigkeitstheorie	11
1.4.2. Dikrepanztheorie/Inkongruenztheorie.....	12
1.4.3. Spieltheorie.....	12
1.5. Funktionale Humorthorien	12
1.5.1. Psychoanalytische Theorie.....	12
1.5.2. Zeitgenössische psychologische Theorien	13
1.5.3. Soziologische Theorien.....	13
1.6. Humor – ein unmoralisches Angebot?	13
<i>2. Humorvolle Stimulation im Prozess Wachkoma</i>	16
2.1. Das Lachen des Herrn W.	16
2.2. Definition Wachkoma	16
2.3. Leben im Wachkoma	17
2.4. Prozess Wachkoma	19
2.5. Humorvolle Stimulation.....	20
2.6. Lächle, wenn Du mich erkennst.....	21
2.7. Lach mit mir	22
<i>3. Physiologie des Lachens</i>	24
3.1. Die innere Vibration.....	24
3.2. Forschungsansätze.....	24
3.3. Physiologische Wirkungen.....	25
<i>4. Interaktiver Humor und Identitätsbildung</i>	27
4.1. Lachen in Gesellschaft	27
4.2. Salutogenese und Kohärenzgefühl	27
4.3. Interaktiver Humor	29
4.4. Beispiele humorvollen Umgangs	30
4.4.1. Vertrauen schaffen.....	30
4.4.2. Integration fördern.....	31
4.4.3. Alter, Krankheit oder Handycap akzeptieren	32
4.4.4. Bewältigen einer Situation (Patienten).....	32
4.4.5. Bewältigen einer Situation (Angehörige).....	33
4.4.6. Bewältigung besonderer Problematiken.....	33
4.4.7. Humor durch Missverständnisse	33
4.5. Techniken und Wirkungen	34
<i>5. Eine fröhliche Atmosphäre</i>	36

5.1. Die Umgebung	36
5.2. Der fröhlich gestaltete Raum.....	37
5.3. Der Lachkoffer	37
5.4. Humorhighlights.....	38
5.5. Das humorvolle Personal	39
5.6. Die humorvollen Angehörigen.....	40
5.7. Ist Humor erlernbar?	41
6. Die individuelle Humorpraxis	43
6.1. Pflegeprozess.....	43
6.2. Persönlichkeitsmerkmale	43
6.3. Anamnese	44
6.4. Pflegeplanung.....	45
6.5. Durchführung	47
6.6. Evaluation.....	47
7. Zusammenfassung und Ausblick.....	49
8. Anhang.....	50
8.1. Literaturverzeichnis.....	50
8.2. Schriften im Internet.....	51
8.3. Gruppen und Adressen	51
8.4. Bildnachweis	52

Vorwort

„Gibt es eine bessere Form mit dem Leben fertig zu werden, als mit Liebe und Humor?“
(Charles Dickens)

Seit über sechs Jahren arbeite ich auf einem Wohnbereich, in welchem Menschen mit schweren Schädel-Hirn-Schädigungen leben. Viele dieser Menschen haben durch ein lebensbedrohliches Ereignis die Zustände Koma und Wachkoma durchlebt und sind jetzt in einem Prozess Wachkoma, den sie mehr oder weniger schnell durchlaufen. Manche bleiben aber auch in diesem Prozess stecken und für uns Pflegende sind die Gründe, warum dies gerade so geschieht, oft nicht erklärbar. Was bewegt die Menschen im Wachkoma, was hemmt sie auf dem Weg zurück ins Leben? Die Erfahrungen mit unserer Bewohnerin Silvia¹ regten mich zu dieser Arbeit an. Denn sie zeigt, wieviel sich mit Humor bewegen lässt, wo man doch kaum noch Bewegung vermutet. Deshalb möchte ich hier die Geschichte von Silvia erzählen.

Silvia war 41 Jahre alt, als sie im Jahre 2000 nach einen Vorderwandinfarkt durch Reanimation überlebte. Sie war im Koma und später im Wachkoma, landete nach der Rehabilitation in einem Pflegeheim, welches nicht auf Wachkoma spezialisiert war. 2002 kam sie dann auf meinen Bereich. Sie brachte einen sehr hohen Tonus - die Arme bis zum Hals hochgezogen, die Beine gerade und fest gestreckt – mit. Beim kleinsten Geräusch, etwa dem öffnen der Tür zuckte sie zusammen, gar nicht davon zu sprechen, wenn sie berührt wurde. In Ihren Wachphasen schrie sie oft wie am Spiess und liess sich kaum beruhigen. Die Neurologen sagten, dass nach medizinischem Verständnis (EEG und CT) keine erkennbaren Bewusstseinszustände mehr vorhanden sein könnten, alle Äusserungen wären reflektorisch. Wahrscheinlich sei sie zudem blind und höre nicht mehr so gut, die Prognose wäre insgesamt sehr schlecht. Durch eine engagierte Neurologin bekam sie 2005 eine Baclofen-Pumpe implantiert, was ihren Zustand verbesserte.

Trotz allem fanden sich für Silvia sogar zwei Bezugspersonen im Pflegepersonal, die besondere Sympathien für sie hegten. Auch bei professioneller Pflege hat jeder so seine Sympathien und Lieblinge, warum soll man das nicht nutzen, denn Sympathie kann man nicht so einfach erzwingen. Diese beiden schafften es mit viel Zuwendung und einer gehörigen Portion Humor, dass Silvia ihre Schreckhaftigkeit verlor, nicht nur Schreien sondern auch Lachen konnte und eine aufmerksame ZuhörerIn wurde. Inzwischen ist das gesamte Bereichspersonal in der Lage, mit Silvia humorvoll zu interagieren und ihr damit ein Stück Lebensqualität in einem nicht immer leichten Alltag zu sichern.

Wie kam es dazu? Es ist schwer zu beschreiben, aber ich denke, dass es dieses grösstmögliche Mass an Zuwendung war, die die beiden Bezugspersonen Silvia angedeihen liessen. Allerdings, und das wurde uns erst später bewusst, kam wie das Salz in der Suppe, eine Prise Humor darauf. Diese Zuwendung mit Humor schien auf einmal ungeahnte Fortschritte möglich zu machen. Wenn man heute das Zimmer betritt oder mit ihr redet, bekommt man statt eines schreckhaften Zuckens einen erwartungsvollen Gesichtsausdruck entgegengebracht. Sie hat einen Tag-Nacht-Rhythmus entwickelt und schläft viel besser, eine Dauerschmerzmedikation, die einige Jahre bestand hatte, konnte abgesetzt werden. Der Tonus ist insgesamt lockerer geworden, wenn sie kräftig gelacht hat, ist er sogar richtig locker. Sie hört Radio: Bei Redebeiträgen hebt sie den Kopf und dreht ihn zum Radiogerät, mit einsetzen der Musik lässt sie ihn wieder ins Kissen zurückfallen. Bei Slapstickeinlagen lacht sie auf und beherrscht inzwischen die ganze mimische Palette vom Kichern übers Lächeln bis zum ausgedehnten Lachen (Von „Hehe!“ über „Hohoho“ bis „Hah!!!“), bei dem sie tief durchatmen kann. Manchmal lacht sie auch im falschen Moment, aber das macht sie nur sympathischer. Durch die mit Hu-

¹ Alle Namen von BewohnerInnen und PatientInnen wurden geändert.

mor mögliche Kommunikation bemerkte ich, dass wir als Personal häufiger bei Silvia kurz innehalten als bei anderen Bewohnern. Eine kurze Geschichte wird erzählt, sie lächelt, und weiter geht's. Sie bewegt etwas beim Personal und durch diese kleinen Abwechslungen wird ihr Alltag viel interessanter.

Aber Vorsicht, denn nicht jede Art von Humor spricht Silvia an. Reines Witze erzählen oder visueller Humor lassen sie völlig kalt. Es muss schon eine Geschichte sein, mit viel Slapstick: „*Paff, Puff, Peng!*“ oder mit deftigen Wörtern oder Beschreibungen (manches möchte ich hier nicht wiederholen). Doch auch immer die gleiche Geschichte ist langweilig, so ist das Personal verpflichtet, kreativ zu sein. Sie liebt es, wenn sie merkt, dass andere auch Wehwehchen haben: Ich stosse gegen das Windspiel, es klingelt und ich sage „*Aua, mein Kopf*“ und schon lacht sie über meinen Ausrutscher. Wichtig ist dabei aber immer die möglichst prägnante Verbalisierung der Handlung. Eines der Schlüsselerlebnisse bei meiner Arbeit verdanke ich ihr. Sie hörte gerade Radio und es lief ein Beitrag, in dem ein länger zurückliegender Unfall von Michael Schumacher thematisiert wurde. Sie wiederholten den Originalkommentar: „... *und Michael Schumacher fuhr mit 250 km/h in den Reifenstapel und brach sich das Bein ...*“ Silvia lachte bis über beide Ohren, hielt das vielleicht für eine Slapstickeinlage, aber wir wissen jetzt: Sie hört Radio und versteht!

In meinem Bereich hat sich inzwischen ein sehr humorvoller Umgangston entwickelt, den auch wir Pflegende genießen und wir machen erstaunliche Entdeckungen. Die anfängliche Angst, damit Schaden anzurichten, hat sich nicht bestätigt. Misserfolge sind eher, wenn er nicht wie erwartet wirkt oder gänzlich wirkungslos verpufft. Die Erfahrung ist, wenn Humor und Fröhlichkeit gesucht werden, setzen sie unglaubliche Kräfte in allen Beteiligten frei: Alltagsgestaltung bekommt kreative, fantasievolle, emotionale und interaktive Höhepunkte. Dennoch ist es ist nicht die hohe Kunst, es ist die Banalität des Augenblicks, der verzaubert wird. Dieser ist zwar oft unbedeutend im grossen Zusammenhang, aber er kann der gewollten Normalität ihre Langeweile nehmen. Und um es zu betonen, Humor ist kein Dauerlustigsein, es ist eine Lebenseinstellung!

Deshalb möchte ich mich jetzt mit diesem Thema auseinandersetzen, um ihn noch gezielter einsetzen zu können. Dabei vergleiche ich die Dosierung immer mit dem Kochrezept für eine Suppe: Zuwendung sollte Hauptbestandteil sein, vergleichbar mit dem Wasser das alles trägt. Die pflegerischen, therapeutischen und medizinischen Elemente sind die festen Einlagen, nahrhaft, vitaminreich und je nach Rezept dosiert. Humor und ähnliche zwischenmenschliche Phänomene sind das Salz und die Gewürze, die alles zusammen erst schmackhaft machen und nach mehr rufen lassen. So sollte die Alltagsgestaltung bei Menschen im Wachkoma von grösstmöglicher Zuwendung und professioneller Pflege mit einer kleinen Prise Humor geprägt sein. Meine Erfahrung ist allerdings: Diese Prise verleiht dem Ganzen erst Leben!

Einleitung

„Lachen ist wie ein Aspirin, es wirkt nur doppelt so schnell.“ (Groucho Marx)

„Stell dir vor, du bist krank, und keiner teilt mit dir Humor!“ wird ein an AIDS erkrankter Mensch zitiert (Bischofberger, 2002, 80). Robinson erwähnt einen Dialyse-Patienten, der sich als „*menschliche Verlängerung einer Maschine*“ bezeichnet und einen älteren Herrn, der nach längerem Warten auf den Arzt aufsteht mit den Worten: „*Ich gehe jetzt einfach nach Hause und sterbe eines natürlichen Todes!*“ (Robinson, 1999, 58) Vielleicht wirken diese Sätze etwas plakativ oder pathetisch, aber diese Menschen haben noch Ressourcen gegen ein hochtechnisiertes und unmenschlich daherkommendes Gesundheitssystem. Sie können ihrem Ärger Luft machen und ihn mit Humor abbauen. Menschen im Wachkoma können dies in der ersten Zeit nicht. Auf der Intensivstation, beatmet, an tausend Schläuchen hängend, piependen Monitoren ausgesetzt und ohne Orientierungsmöglichkeiten bleibt nichts übrig, als ihr Schicksal zu ertragen. Wenn alles „gut“ geht kommen sie auf Normalstation mit weissgetünchten Wänden, greller Beleuchtung und Pflege, die sie säubert, sättigt und lagert. Danach kommt die Rehaklinik, die individuell fördern will, aber alles ist wieder neu und damit erstmal ohne Bezug. Wenn der Mensch im Wachkoma sich nun langsam eingelebt hat, steht der nächste Wechsel bevor: Zu Angehörigen nach Hause oder in ein Pflegeheim. Und schon wieder ist alles neu, ob die Umgebung, die Menschen oder auch die Situation im früheren Zuhause, die Stimmung der Angehörigen. Und hier stellt sich die entscheidende Frage: Nimmt der Mensch im Wachkoma das nicht wahr? Ich glaube, er nimmt wahr, nämlich dass er irgendwo zwischen Himmel und Erde verloren gegangen und ein Spielball irgendwelcher Kräfte geworden ist. Dann aber stellt sich die Frage, welche Wut und Ablehnung muss sich in dem Menschen anstauen, wenn er seinem Ärger keine Luft machen kann wie die oben genannten Beispiele? Welche Identität oder Selbstwertgefühle kann er unter solchen Bedingungen noch entwickeln? Welche Erwartung wird dieser Mensch an sein Leben haben? Die Suppe, die er auszulöffeln hat, um im Bild des Vorwortes zu bleiben, ist nicht nur zähe, schwere Kost geworden, sie ist bitter über alle Massen. Um diese „Suppe“ wieder geniessbar zu machen, möchte ich in dieser Arbeit nach Möglichkeiten suchen, Menschen im Wachkoma mit Humor zu betreuen, ihnen so Identität und Lebensmut zurückzugeben und ihre Lebensqualität zu verbessern.

Der Ansatz ist, den Menschen im „*Prozess Wachkoma*“ beim Erwachen zu unterstützen. In diesem MRS oder MCS („*Minimally Conscious State*“) genannten Status des niedrigen Bewusstseins ihn hinaus zu führen in ein Stadium kognitiven Erwachens und interaktiver Identitätsbildung. Der „*Zustand Wachkoma*“ wird als Ausgangspunkt für dieses phasenorientierte Voranschreiten genommen. Humor als natürliches Phänomen im menschlichen Umgang soll auch für den Menschen im Verlauf des Prozesses Wachkoma greifbar sein und ihm nicht vorenthalten werden. Da dieses Thema noch nicht ausführlich beschrieben wurde, sollen hier Auffassungen und Fallbeispiele zusammengetragen werden, die zur Sichtung von Möglichkeiten als Diskussionsgrundlage und Vorschlag für die Praxis dienen können. Die Schwerpunkte liegen dabei auf der Zielsetzung, eine gute vertrauensvolle Pflegepraxis sowie eine attraktive Alltagsgestaltung für die Menschen im Wachkoma zu erreichen. In unserem Heim werden sie als Bewohner titulierte, ich gebrauche deshalb diesen Begriff weiterhin, in den zitierten Textstellen belasse ich aber die vorgegebene Bezeichnung (PatientIn, KlientIn, etc.). Beim Lesen von Büchern und Beiträgen über Menschen im Wachkoma fällt auf, wie viele Sorgen dieses Leben auch für die Angehörigen und professionell Betreuenden aufwirft. Es scheint oft, als raubten diese Sorgen die letzte Kraft, und die positiven Dinge des Lebens fallen hinten über. Doch ab und an blitzt ein Augenblick auf, in dem Humor, Lachen oder „*nur ein Lächeln*“ auftaucht. Diese Momente habe ich versucht zusammen zu tragen, um Mut zu

machen und sich auf den ungewohnten Pfad Humor einzulassen. Aber auch um zu zeigen, dass es kein Widerspruch ist, sondern eher Pflicht, nach den heiteren Dingen des Lebens zu suchen. Und wenn man sie sucht, findet man sie wirklich, das ist das Erstaunliche! Viele Pflegenden haben sie z.T. schon gefunden, es ist ihnen oft nur nicht bewusst, dass ihre Art mit einem Menschen im Wachkoma zu kommunizieren, auch etwas mit Humor zu tun hat. Oder sie äussern sich nicht gerne darüber, weil sie Angst haben missverstanden zu werden, denn Wachkoma ist und bleibt eine ernste Sache.

Im ersten Kapitel werde ich versuchen, das Phänomen Humor aus verschiedenen Richtungen zu beleuchten. Da er sich nicht definieren lässt, werden verschiedene Funktionsmodelle und Theorien erläutert, die für die Pflege und Alltagsgestaltung relevant sind. Die Beschreibung in seiner ganzen Komplexität ist in der Kürze dieser Arbeit nicht möglich. Das zweite Kapitel widmet sich der Analyse, in welcher Weise er im Prozess Wachkoma eingebracht werden und stimulierend wirken kann. Die Fragestellung ist hier, welche Möglichkeiten und Risiken wir haben. Darauf folgt die Darstellung der physiologischen Auswirkungen des Lachens im dritten Kapitel. Da das Lachen eine innere, durch das Zwerchfell ausgelöste Vibration darstellt, drängen sich Bezüge zur Basalen Stimulation förmlich auf. Im vierten Kapitel werden die interaktiven und emotionalen Elemente des Humors erläutert. Gerade Menschen im Wachkoma müssen Bezüge zur Aussenwelt herstellen, um ihre Identität neu zu gewinnen. Humorvolle Interaktion zur Erzeugung eines salutogenetischen Kohärenzgefühls kann diesen Prozess enorm beschleunigen. Nach diesen eher theoretischen Auseinandersetzungen folgen zwei Praxisorientierte Kapitel, die Anregungen für eine fröhliche Umgebungsgestaltung (Kap. 5) und zur Integration von Humor in eine individuelle Pflegeplanung (Kap. 6) geben. Im siebten Kapitel möchte ich nur noch einen kleinen Ausblick für eine Einbeziehung des Phänomens Humor in eine konzeptionelle Pflege- und Alltagsgestaltung mit Menschen im Wachkoma geben.

So hoffe ich, dass durch diese Arbeit eine rege Diskussion entstehen kann, und wünsche mir, dass einmal ein Mensch nach seinem Erwachen sagen kann: *„Stell dir vor, du liegst hilflos da, aber alle die kommen, teilen ihren Humor mit dir!“*

1. Humor – Theorien und Möglichkeiten

„Humor zu umschreiben ist eine denkbar humorlose Angelegenheit, mehr noch – Humor ist offenbar genau das, was abhanden kommt, wenn er definiert werden soll.“ (Johannes Gruntz-Stoll)

1.1. Was ist Humor?

Schaut man in Lexika und Wörterbüchern nach, so wirken die Erklärungen auf den ersten Blick meist sehr unterschiedlich. Bei genauerem Hinsehen erscheinen aber mehrere Merkmale immer wieder: Humor ist ...

- ❖ ... die Fähigkeit des Menschen (über sich und andere) zu Lachen
- ❖ ... eine Möglichkeit mit den Anforderungen und Hindernissen des täglichen Lebens umzugehen
- ❖ ... eine Möglichkeit mit den existentiellen Bedrohungen im Leben umzugehen und sie zu ertragen

Das Wort ist lateinischen Ursprungs („(h)umor“: Saft, Flüssigkeit) und schon der römische Philosoph Seneca wusste, dass es mit dem „Humor eine ernste Sache sei“. Galenos von Pergamon (2. Jh.) beschrieb in seiner Humoralpathologie die hippokratische Lehre von den Körpersäften als medizinisches Wissen, welches eineinhalb Jahrtausende in Mitteleuropa unhinterfragt blieb. Bis >in der mittelalterlichen Medizin stand „Humor“ für die vier Körpersäfte: Blut, Phlegma, Cholor und Melancholie. Ein ausgewogenes Verhältnis zwischen diesen vier Körperflüssigkeiten sorgte für „guten Humor“.< (Robinson, 1999, 23f.) Später wandelte sich der Begriff von Humor und beschrieb eine – unabhängig von den Körpersäften – ausgewogene Persönlichkeit. (vgl. Bischofberger, 2002, 32f.) In „Pflegekonzeppte“ von Silvia Käppeli erscheint Humor in Band 3 als „Phänomen im Erleben von Krankheit und Umfeld“.

1.2. Humor in der Pflege

Schon Florence Nightingale beschrieb in „Notes of Nursing“ (1860) den Wert des „herzhaf-ten Lachens“. (Robinson, 2002, 19) Sie soll bei ihren Patienten besonders wegen ihres Humors beliebt gewesen sein. Die Humorfeindlichkeit in Krankenhäusern und Heimen erklärt Bichofberger mit deren häufig religiösem oder klösterlichen Hintergrund. Lachen sei als Gefahr verstanden worden, da es den Körper ausser Kontrolle bringe, zu geistiger Krankheit und geringerer Gottesfürchtigkeit führen könne. (vgl. Bischofberger, 2002, 30) Auch universitäre und militärische Gesundheitseinrichtungen hätten daran wenig geändert. >Pflegefachpersonen wurden nicht nur angehalten, sondern geradezu sozialisiert, nicht zu lachen! Der therapeutische Wert von Humor wurde nicht wahrgenommen und vom Gesundheitssystem auch nicht genehmigt.< (Robinson, 2002,20)

>Im Zuge der Industrialisierung, der Entwicklung der Schulmedizin und dem Bedeutungszuwachs der Wissenschaft ging dieses Wissen und das Interesse daran weitgehend verloren. Erst in den 70er Jahren unseres Jahrhunderts besann man sich wieder auf die heilsame Wirkung des Lachens und mittlerweile gibt es dafür sogar einen eigenen Wissenschaftszweig, die Gelotologie (Wissenschaft des Lachens). Inzwischen ist es für viele Länder der Welt selbstverständlich, Humor als festen Bestandteil der Kommunikations- sowie der Therapiemethoden sowohl in den medizinischen als auch den unternehmerischen Alltag zu integrieren. In England zahlen seit Mai 1999 die Krankenkassen diese Heilform, Italiens Krankenkassen

finanzieren Humorthherapie seit Juni 2000 und im Jahre 2001 haben sich auch Frankreich, Belgien und die Niederlande angeschlossen.< (Klapps, HumorCare, internet)

Im deutschsprachigen Raum wurde erst seit den 90er Jahren in den medizinischen Institutionen neben „high-tech“ auch „high-touch“ thematisiert, wobei Humor eine grosse Rolle spielte. Juchli (1995) widmet in ihrem Pflegestandardwerk Humor einen kurzen Abschnitt zur Zeit- und Raumgestaltung. >Obwohl sich das theoretische Konzept Humor im klinischen Bereich eines immer grösseren Interesses erfreut, bleibt dennoch viel Unsicherheit über die konzeptionelle Ausgestaltung, sei dies bezüglich der Definition, Interventionen oder Wirksamkeit. Diese Unsicherheiten zeigen sich auch in den nachstehend aufgeführten Definitionen, die keineswegs einheitlich sind.< (Bischofberger, 2000, 271f.) Bischofberger erwähnt die Frage, warum Humor trotz aller Zweideutigkeit ein hilfreiches Instrument zur Kommunikation in problematischen Krankheitssituationen sei. Die Ergotherapeutin Maria Schwarz schreibt dazu:

>Stellen Sie sich vor, Sie werden durch ein gravierendes Ereignis (Unfall oder Krankheit) aus der Alltagsroutine gerissen und mit dem Verlust Ihrer gewohnten Handlungsfreiheit konfrontiert. Normale Verrichtungen wie Körperpflege, Ankleiden, Benutzen von Arbeitsgeräten, Kommunikations- oder Verkehrsmitteln werden regelmässig zum Misserfolg oder zum beschämenden Hindernislauf. ... Das Lachen kann einem schnell abhanden kommen, Lebensfreude erstarrt, Zukunftsangst macht sich breit. Ergotherapie, die zum Ziel hat - trotz vielfältigen Traumafolgen - baldmöglichst alle verfügbare Eigenaktivität beim Patienten zu mobilisieren, und bereits in der Klinik praktische Handlungsfelder - trotz Einschränkungen - (wieder) zu erproben, setzt beim gesunden Potential des Individuums an. Beim Aufbau eines alltagsrelevanten Trainingsprogramms wird sie - wo immer möglich - auch Spass und Heiterkeit als Kraftquelle nutzen und fördern. ... Positiver Humor bildet – wie Musik, Tanz oder Spiel – eines der wenigen zwischenmenschlichen Phänomene, die über Sprach- und Kulturgrenzen hinweg überall willkommen sind, unmittelbare spontane kommunikative Verbindungen schaffen und wechselseitig immer wieder neu den Funken der vitalen Lebensfreude zünden.< (Schwarz, Humorcare, internet)

Trotzdem werden die folgenden Abhandlungen relativ „humorlos“ verlaufen.

>Humor theoretisch und konzeptionell beschreiben zu wollen scheint oftmals unmöglich, denn Humor wird mit Spontaneität, Situationskomik oder komischen Normverletzungen gleichgesetzt und auch so verstanden, selbst wenn kein gemeinsames theoretisches Wissen vorhanden ist. Buckmann schreibt in diesem Zusammenhang, dass jede Beschreibung von Humor „das gewisse Etwas verliert“. Oft taucht die Frage auf, ob das Studium von Humor nicht den Kern des Phänomens oder die Spannung des Augenblicks zerstöre.< (Bischofberger, 2000, 273) So soll nach Buckmann und Bischofberger die theoretische Beschäftigung mit Humor nicht zum Lachen intendieren, >sondern Verständnis für den beschriebenen humorvollen Moment und die Reaktion der Betroffenen durch die Analyse bestimmter Situationen< (Bischofberger, 2000, 273) im Vordergrund stehen.

Bischofberger erwähnt den Stand der Forschung, der sich noch in den Anfängen befindet in Bezug auf „evidenz-basierte Interventionen“ in der Pflege. >Unter evidenz-basiertem Handeln verstehen wir pflegerische Interventionen, die auf Forschungsergebnissen beruhen. Sind noch keine Studien vorhanden, müssen wir – und das ist in der hiesigen Pflege noch weitgehend der Fall – auf klinische und reflektive Expertise zurückgreifen. ... Pflegerische Interventionsforschungsprojekte gibt es im deutschsprachigen Europa noch kaum und erst seit wenigen Jahren. ... Natürlich ist jede Humorintervention das erste Mal, sowohl für die PatientInnen als auch für die professionellen HerferInnen. Wer sich jedoch mit dem Konzept aus der Literatur auseinandergesetzt hat, geniesst dadurch in der Praxis einen Vorsprung und kann besser argumentieren und die Wirkung einschätzen.< (Bischofberger, 2002, 76f.)

1.3. Grundwesensarten von Humor

1.3.1. Komik

Die Komik ist dabei die am weitesten verbreitete Spielart. Das griechische Wort „komikos“ ist abgeleitet von „Komos“ (altgriech.: „Festzug“). Aristoteles bezeichnete damit eine Ungeheimtheit bzw. Torheit, die für den Beteiligten und den Betrachter unschädlich sei (Wikipedia, „Komik“). Sie beschäftigt sich in der Regel mit den alltäglichen Dingen und tritt sowohl spontan als auch geplant auf. Es gibt viele spezielle Ausdrücke, z.B. Slapstick, Cartoon, Situationskomik, Albernheit, Blödsinn, Comedy, Clownerie, Spass und lustige Streiche. Klassische Beispiele sind Grimassen schneiden, der Ausrutscher auf der Bananenschale, ein freudscher Versprecher, ein falscher Ton in einem bekannten Musikstück oder ein Schülerstreich, der den Lehrer alt aussehen lässt.

>Komik stellt das Leben nicht so distanziert da, dass man gezwungen sei, es kalt und unbetieilt zu betrachten, sondern gerade so objektiv, dass es möglich sei, eine angstfreie und nicht im Übermass mitfühlende Sympathie zu entwickeln. ... In gleicher Weise erleichtert die mit Hilfe von Komik gewonnene Erkenntnis, dass niemand perfekt ist und wir alle nur Menschen sind, dem Einzelnen den Umgang mit den Realitäten des Lebens.< (Robinson, 1999, 78)

1.3.2. Galgenhumor

Der Begriff Galgenhumor geht auf den bayerischen Räuber Mathias Kneißl zurück. Er empfängt sein Todesurteil zum Hängen am Galgen an einem Montag. Sein lapidarer Kommentar lautet: „Na, die Woche fängt ja gut an!“ (Wikipedia, „Galgenhumor“, vgl. Freud, 1927/1970, 278) >Freuds Grundannahme, dass der Witz verdrängte Impulse und Ängste befreie und Lachen eine Konversion unangenehmer Gefühle in angenehme bewirke, untermauert unser Verständnis von Galgenhumor. Dieser Begriff bezeichnet eine besonders sarkastische, makabre Funktion des Humors, eine Art Todesverachtung, die immer dann auftritt, wenn ein Individuum oder eine Gruppe unter grosser Belastung steht und mit einer bedrohlichen Situation konfrontiert ist, z.B. im Krieg, unter einer Diktatur, in einem Konzentrationslager oder im Kampf gegen eine schwere Krankheit.< (Robinson, 1999, 79)

1.3.3. Schwarzer Humor

Schwarzer Humor beschäftigt sich vorwiegend mit existentiellen und tabubesetzten Themen, die starke Emotionalität auslösen (z.B. Ekel, Tod, Krankheit, Amputation, Verbrechen, Verlust von Hab und Gut etc.). >Ziv (1984) bezeichnet schwarzen Humor als einen Abwehrmechanismus, der sich nicht nur auf den Tod bezieht, sondern auf alles, was Angst erzeugt. Dieser schwarze Humor (makabre, kranke, sarkastische oder eben Galgen-) Humor diene eher der Verteidigung als der Kapitulation und verleihe Herrschaft über die Angst. Er wirke wie das sattsam bekannte Pfeifen in der Dunkelheit. Laut Ziv erhält uns die Gabe, über ursprünglich erschreckende oder traurige Dinge lachen zukönnen, die psychische Gesundheit.< (Robinson, 1999, 83)

1.4. Klassische Humorthorien

Jede der folgenden Betrachtungen erfasst einen Teilaspekt des Humors. Kulturelle, philosophische, anthropologische, biologische und instinktbezogene Theorien werden z.T. im weiteren Text angerissen, ohne hier bei den Haupttheorien ausführlich behandelt zu werden.

1.4.1. Überlegenheitstheorie/Respektlosigkeitstheorie

>Grundlage dieser Theorie ist die Annahme, dass wir unsere Überlegenheit beweisen wollen, indem wir über die Unterlegenheit, die Dummheit oder das Pech anderer lachen. Bereits Platon und Aristoteles stellten diese Art der Freude über das Leid anderer fest. ... Andere vertreten die Auffassung, diese Theorie beschreibe ein Kontinuum, auf dem verschiedene Formen des Lachens angesiedelt sind: Lachen ohne Zielperson (Wortspiele, Nonsens), Lachen über

bestimmte Personen oder Personengruppen (Politikerwitze, Ostfriesenwitze), gemeinsames Lachen über die Schwächen des Menschen im allgemeinen und schliesslich das Lachen über sich selbst. Letzteres dürfte die wohl heilsamste Art des Lachens sein. Keiner der Abschnitte auf dem Kontinuum verkörpert blossen Spott oder pure Aggression, es handelt sich vielmehr um ein unterschiedlich stark ausgeprägtes Gefühl der Beherrschung einer Situation. Dies könnte die Schlüsselkomponente der Bewältigungs- bzw. Überlebensfunktion von Humor und Lachen sein.< (Robinson, 1999, 18f.)

1.4.2. Diskrepanztheorie/Inkongruenztheorie

>Es muss ein „*Schock*“ vorliegen, etwas unerwartetes, eine „*Überraschung*“, oder eine Diskrepanz, eine Ambivalenz oder ein Konflikt zwischen bestehenden Vorstellungen und Empfindungen. Auf diese Weise kommt etwas absurdes zustande, das Gelächter auslöst. Kant beobachtete im Jahre 1790, dass Lachen eine Gemütsbewegung sei, die sich aus der plötzlichen Auflösung einer gespannten Erwartung ins Nichts ergäbe. Für Schopenhauer wird Lachen durch die plötzliche Wahrnehmung einer Diskrepanz zwischen Objekt und Begriff ausgelöst.< (Robinson, 1999, 19) Statt Lachen könne es auch zu Staunen und Verwunderung kommen. So bestünden Ähnlichkeiten mit der *Konfigurationstheorie* der Gestaltpsychologie. Werden zwei scheinbar unpassende Dinge zusammen geführt, wirke dies erst einmal komisch. (vgl. Robinson, 1999,20)

1.4.3. Spieltheorie

>Sully (1902) merkt an, der Spass am Komischen rühre daher, dass die Lust am Spiel ange-regt werde, verbunden mit der Weigerung, die Situation ernst zu nehmen, was wiederum eine typische Eigenschaft des Spiels sei. ... William Fry (1963) hat die Zusammenhänge zwischen Humor, Spiel, Lachen und Lächeln eingehend erforscht. Sowohl Humor als auch Spiel, so Fry, beinhalten eine interpersonale kommunikative Interaktion, beide haben mit dem Gleichgewicht zwischen Spontaneität und Wohlüberlegtheit zu tun und beide beinhalten Manipulationen auf einer abstrakten Ebene. Fry beschreibt die Entwicklung von Spiel und Humor von der Geburt bis ins Erwachsenenalter. ... McGhee (1979): Die Entstehung des Sinnes für Humor gehe mit der sozialen, emotionalen, intellektuellen und physischen Entwicklung des Kindes einher.“ (Robinson, 1999, 20f.)

1.5. Funktionale Humorthorien

1.5.1. Psychoanalytische Theorie

Anfang des 20. Jh. schrieb Sigmund Freud seine Bücher „*Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten*“ (1905) sowie die Schrift „*Der Humor*“ (1927). Der Witz gleiche einem Traum und Lust am Witz sei ersparter Hemmungsaufwand, Lust an der Komik ersparter Denkaufwand und Lust am Humor ersparter Gefühlsaufwand. Zweck sei die Rückbesinnung an kindliche Glückszustände. (vgl. Robinson, 1999, 15) Zum Humor schreibt er: >Der Humor hat nicht nur etwas befreiendes wie der Witz und die Komik, sondern auch etwas Grossartiges und Erhebendes, welche Züge an den beiden anderen Arten des Lustgewinns aus intellektueller Tätigkeit nicht gefunden werden. Das Grossartige liegt offenbar 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 Anlass zum Lustgewinn sind. Dieser letzte Zug ist für Humor durchaus wesentlich. ... Der Humor ist nicht resigniert, er ist trotzig, 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, 1927/1970, 278) Viele spätere Arbeiten basieren auf Freuds Theorie, dass Humor ein psychischer Entlastungsmechanismus sei.

1.5.2. Zeitgenössische psychologische Theorien

>Der neue Ansatz konzentriert sich auf Aktivierungsbedingungen und kognitive Faktoren. Humor hängt nicht allein vom aktuellen situativen Stimulus ab, sondern auch von Erinnerungen an vergangene Erlebnisse und von Zukunftserwartungen. Humor kommt dadurch zustande, dass Vergangenes, Gegenwärtiges und Zukünftiges verglichen und kombiniert wird. Der Verarbeitungsprozess läuft auf der kognitiven Ebene ab, er erfordert die Fähigkeit, Informationen aufzunehmen und Probleme zu lösen.< (Robinson, 1999, 16)

>Lefcourt & Martin (1986) meinen, Humor sei ein Stressmodifikator. Humor und Lachen spielten angesichts der täglichen Belastungen und Stressoren eine wichtige Rolle bei der Aufrechterhaltung der psychischen und physischen Gesundheit sowie des allgemeinen Wohlbefindens. Um diese Prämisse empirisch belegen zu können, entwickelten die beiden Autoren das „*Situational Humor Response Questionnaire*“, mit dessen Hilfe eingeschätzt werden kann, wieviel Sinn für Humor ein Individuum besitzt. Ausserdem konstruierten sie die „*Coping Humor Scale*“, um erfassen zu können, inwieweit jemand seinen Humor zur Stressbewältigung nutzt.< (Robinson, 1999, 16) Coping bedeutet „*Bewältigungsstrategie*“ (Wikipedia) bzw. „*Erleichterungstheorie*“ (Bischofberger, 2000, 275): >Erleichterung, den Normen entfliehen zu können (Entspannungseffekt ist im Vordergrund, eher als das humoristische Moment selber)<. Zusammenfassend lässt sich sagen: >Humor stellt einen wichtigen Bewältigungsmechanismus dar. Er baut Spannungen, Ängste ab, dient als Ventil für Wut und Ärger, ermöglicht einen heilsamen Ausbruch aus der Realität und nimmt einer lebensbedrohlichen Krankheit, einer schweren Verletzung, einer bleibenden Behinderung und dem Sterben ein wenig von ihrem Schrecken.< (Robinson, 1999, 55)

1.5.3. Soziologische Theorien

>Die vielleicht erste soziologische Humortheorie wurde 1900 von Henri Bergson formuliert: Eine Person wirke lächerlich, wenn ihr Verhalten steif und automatisch sei. Humor wirke als Korrektiv dieses unangepassten Verhaltens. Komik, so Bergson, sei fest an die menschliche Existenz gebunden, und Lachen finde stets innerhalb einer Gruppe statt bzw. bedürfe des Kontaktes zu anderen intelligenten Wesen. Das Lachen bewirke die Sozialisierung des Individuums in eine Gruppe und die von Gruppen in die Gesellschaft.< (Robinson, 1999, 18)

>Gemeinsame Erlebnisse und Erfahrungen schweissen zusammen, um so mehr, wenn man sich in spassiger Weise darüber unterhalten kann. Die spassige Unterhaltung unterscheidet sich vom Witz oder Scherz insofern, als dass die komische Wirkung nur eintritt, wenn alle beteiligten die Hintergründe kennen. Sie eint eine Gruppe, indem sie es ihr ermöglicht, eine Situation, die ursprünglich in individueller Weise erlebt wurde, gemeinsam neu zu interpretieren (Coser, 1959).< (Robinson, 1999, 53)

1.6. Humor – ein unmoralisches Angebot?

>Die Beschäftigten im Gesundheitswesen unterwerfen sich in ihrer Mehrzahl noch der Norm eines scheinbar humorlosen Betriebes. McGhee nennt das pointiert eine „*terminal seriousness*“ als Folge des „*Acquired Amusement Deficiency Syndroms*“ (AADS).< (Lotze, 2003, 122) Diese „*unheilbare Ernsthaftigkeit*“ bzw. das „*erworbene Heiterkeitsmangelsyndrom*“ tritt vor allem beim Betreten von Krankenhäusern und Pflegeheimen auf. Es kommt vor, dass Angehörige sich über fröhliches Pflegepersonal beschwerten und eine ernste Atmosphäre als moralisch geboten scheint. „*Bei uns wird nicht gelacht, unseren Bewohnern geht es schlecht*“ wird eine Heimleitung auf der Internet-Seite von Iren Bischofberger zitiert. Über dem Humor und der Fröhlichkeit liegt noch immer der Ruch des Unmoralischen und nicht korrekten Handelns. Humor ist aber ein wichtiger Bestandteil menschlichen Lebens und sollte deshalb Menschen mit Krankheit oder hoher Pflegebedürftigkeit nicht vorenthalten werden. Aus

diesem Grund brauchen wir ethische Grundsätze für ihn, allerdings sollte er nicht unter diesem Vorwand verhindert werden.

Da Humor in der Pflege die Fähigkeiten und Lebensqualität des betreuten Menschen verbessern soll, können moralische und ethische Bedenken sich also nur auf falsch eingesetzten, böswilligen oder gedankenlosen Humor beziehen. Die HumorCare hat deswegen Grundsätze für korrektes humorvolles Handeln entwickelt (Abb. 1). Bischofberger (2002, 43) schreibt dazu: >Aus Sicht der Pflege ist diesen Richtlinien hinzuzufügen, dass warmherziger Humor auch ein Zeichen der Menschlichkeit und der Wertschätzung des kranken Menschen darstellt (Åstedt-Kurki et al., 2001). In Anlehnung an Max Frisch heisst dies, dass Humor pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen wie ein warmer Mantel hingehalten und nicht wie ein nasser Waschlappen ins Gesicht geschlagen werden soll.<

Abb. 1: Ethische Richtlinien von HumorCare

<p>Artikel 1: Der Humor stellt ein komplexes Phänomen dar, das kognitive, affektive und physiologische Aspekte einbezieht. Humor führt zu einer Erheiterung, die sich im Lächeln und Lachen äußern kann, wodurch sich auch kommunikative Auswirkungen ergeben. Humor kann immer dann entstehen, wenn "komische" Normverletzungen entstehen, die einen vorgegebenen Bezugsrahmen sprengen. Geschieht dies unfreiwillig (wie im Fall körperlicher, geistiger oder psychischer Behinderungen), kann dies zu beschämenden, peinlichen Konsequenzen führen. Gerade psychisch kranke Menschen verhalten sich häufig unfreiwillig komisch. Sie können dadurch zu Objekten der Lächerlichkeit und zur Zielscheibe eines destruktiven "schwarzen" Humors (Ironie, Sarkasmus, Zynismus) werden. Die Mitglieder von HumorCare verpflichten sich, diese Art des Humors grundsätzlich zu vermeiden.</p>
<p>Artikel 2: Freiwillige Komik entsteht, wenn sich ein Mensch bewusst und gezielt auf kommunikative und aktionale Normverletzungen einlässt, die zu einem erheiternden Effekt führen. Dies setzt das Wissen um spezifische kontrollierbare Techniken voraus, die grundsätzlich erlernbar sind, daneben aber auch Ausdruck individueller Kreativität und Schlagfertigkeit sind. Professionelle HumoristInnen haben sich in diesem Zusammenhang ein großes Repertoire an Techniken erarbeitet, das es ihnen ermöglicht, andere Menschen zu verblüffen und zu erheitern. Ihr Ziel ist es, andere möglichst häufig zum Lachen zu bringen. Dieser Effekt ist vom therapeutischen Standpunkt aus unspezifisch. Therapeutisch wirksamer Humor zielt nicht auf den schnellen Effekt ab. Seine primäre Intention ist die systematische Vermittlung von Einsicht in das Entstehen jener komischen Phänomene, die die Identität eines Menschen in unfreiwilliger Weise akzentuieren und bestehende Krankheitssymptome dadurch verstärken können. Wer diese Wirkung bewusst reflektieren und steuern kann, vermag einen Identitätswandel zu vollziehen, der einem "anderen Weg des Denkens und Handelns" entspricht und zu einer aktiven Selbstbestimmung hinführt. Dieser Prozess beruht zunächst auf der Empathie und wohlwollenden Akzeptanz seitens derjenigen, die therapeutisch wirksamen Humor anwenden. Grundlegendes Ziel ist die Ermutigung, sich selbst nicht allzu ernst zu nehmen (Mut zur Unvollkommenheit), über sich selbst lachen zu können (Mut zur Lächerlichkeit) und starre soziale Normen und Idealvorstellungen relativieren bzw. in Frage stellen zu können (Mut zum Widersinn/Unsinn). Im Zuge reziproker Identifikation sollen diejenigen, die therapeutisch wirksamen Humor anwenden, sich selbst zum Spiegelbild dieses Einstellungswandels machen. Dabei können entsprechende Techniken des Humors vermittelt und eingeübt werden. Sie erfüllen die Funktion spezifischer Hilfsmittel im Zusammenhang mit diesem ermutigenden Einstellungswandel.</p>

Artikel 3:

Die Mitglieder von HumorCare sind, auch wenn sie über ein entsprechendes Expertenwissen verfügen, primär nicht auf das Ziel ausgerichtet, andere Menschen unspezifisch zu unterhalten. Sie präsentieren sich ihren KlientInnen daher nicht als KomikerInnen, Clowns oder WitzeerzählerInnen, um sie unreflektiert zum Lachen zu bringen. Sie setzen ihre Fähigkeiten vielmehr dosiert ein, um den therapeutisch wirksamen Ermutigungsprozess humorvoll zu fördern.

Artikel 6:

Mitglieder von HumorCare sind für ihre beruflichen Aktivitäten verantwortlich. Ihre Arbeit basiert auf einer empathischen Grundhaltung und dem Respekt für die Würde, die Persönlichkeit sowie die Privatsphäre ihrer KlientInnen. Im übrigen sind die Mitglieder von HumorCare gehalten, sich jenen ethischen Richtlinien verpflichtet zu fühlen, die für die jeweiligen Berufsgruppen bereits verbindlich sind.

2. Humorvolle Stimulation im Prozess Wachkoma

„Alles, was auf der Erde geschieht, hat seine von Gott bestimmte Zeit: ... weinen und lachen, wehklagen und tanzen, ...“ (Prediger Salomo 3,1+4)

2.1. Das Lachen des Herrn W.

Herr W. ist 21 Jahre alt und liegt seit einem Motoradunfall auf der ersten schweizer Wachkoma-Station in der Rehab Basel. Wenn man ihm Witze erzählt lacht er gern und viel – wenn auch nicht immer an der richtigen Stelle. Er nimmt aber wahr, dass es sich um Witze handelt und das Lachen ist ein Stück Lebensqualität für ihn geworden. Menschen wie er widerlegen eine weitverbreitete Meinung unter Neurologen, dass es sich bei Wachkoma um einen „*unbewussten vegetativen Zustand*“ handelt. Der Basler Chefarzt Mädler sagt: *„Die meisten unserer Patienten sind im MCS. ... Bei acht von zehn Patienten finden wir einen Code, der bestätigt, dass Wahrnehmung da ist.“* Das Lachen auf einen Witz könne einer dieser erkennbaren geistigen Leistungen sein. (FACTS, 27.Mai.2004, 67f.) Wie schwierig die Diagnose und Wahrnehmung des Begriffes Wachkoma ist, sollen folgende Ausführungen erläutern.

2.2. Definition Wachkoma

>MedizinerInnen orientieren sich international bei der Diagnose des Wachkomas an einem Kriterienkatalog, der von der „*Multi-Society Task Force on PVS*“ (1994) veröffentlicht worden ist. Zwei wesentliche Kriterien für die Diagnose des Vollbildes des Wachkomas sind z. B. die Interpretationen, eine betroffene Person zeige zum einen keine Anhaltspunkte, mit anderen zu interagieren. Zum anderen liessen sich keine Verhaltensreaktionen auf visuelle, akustische, taktile oder Schmerzreize beobachten, die sich von begutachtenden MedizinerInnen als reproduzierbar, zweckmässig oder freiwillig einschätzen lassen (Multi-Society Task Force on PVS, 1994, 1500). Wie Steinbach und Donis (2004, 20) bemerken, hat die Zahl der PatientInnen im Vollbild des Wachkomas in den letzten Jahren merklich abgenommen, bei 80% tritt eine Remission, also eine Rückbildung des Erscheinungsbildes, ein. Insgesamt stellt nicht nur die Diagnose des Wachkomas eine Herausforderung dar, sondern auch die Prognosestellung, die Behandlung und der tägliche Umgang mit Betroffenen ... Diese Zusammenhänge verweisen darauf, dass die rehabilitative Pflege von Erwachsenen im Wachkoma ebenfalls als eine grosse Herausforderung angesehen werden kann ...< (Tolle, 2005, 1)

Die diagnostische Medizin entwickelte Definitionen wie anhaltender vegetativer Zustand („*persistant vegetative state*“, PVS), niedriger Bewusstseinszustand (MRS, MCS) oder HOPS („*hirnorganisches Psychosyndrom*“). Trotzdem wird das dem Menschen im Wachkoma kaum gerecht.

>Der Begriff „*Wachkoma*“ ist zudem relativ ungenau. Es ist eine Diagnose, unter der Menschen mit unterschiedlichsten Wachkomaursachen zusammengefasst werden. Verschiedene Stadien werden kaum differenziert. So gilt als Wachkomapatient ein Mensch, der völlig hilfe- und pflegebedürftig ist, aber auch jemand, der wieder sprechen, essen und sich bewegen gelernt hat. Die Fehlerquote in der Diagnosestellung ist hoch, und unterschiedliche Begriffe machen die fachliche Diskussion schwer: coma vigile, apallisches Syndrom, persistant vegetative state und heute, in Annäherung einer würdevollen Beschreibung: Wachkoma (Abb. 2). Studien haben gezeigt: Menschen im Wachkoma „*kriegen wohl etwas mit*“, sie können Schmerz erleben und erleiden, zeigen erhöhten Hirnstoffwechsel, wenn sie ihre Lieblingsmusik oder die Stimmen der Angehörigen hören. Sie fühlen, können Personen unterscheiden und sind sogar lernfähig. Sie können Rhythmen erkennen und sogar fortführen. Menschen, die aus dem Wachkoma erwacht sind, können mitunter von dieser Zeit berichten. Sie berichten über erhal-

tene, aber gestörte, bruchstückhafte Wahrnehmung, dem Gefühl sozialer Isolation und einer bedrohlich erlebten Umwelt. Angstzustände durch Lebensgefährdung und Existenzängste, Fehlinterpretationen und Missverständnisse, aber auch positiv erlebte Momente einer Begegnung wurden erwähnt.< (Nydahl, 2005, 5)

Abb. 2: Zustand Wachkoma

Wachkoma ist durch folgende Symptome gekennzeichnet:

- Wiederkehr der Spontanatmung
- Erschöpfungs- oder tageszeitlicher Schlaf-Wachrhythmus
- Keine sinnvolle Reaktion auf Schmerz, Berührung, Ansprache oder visuellen Reiz
- Keine absichtsvolle Kontaktaufnahme oder Eigentätigkeit
- Kein Befolgen von Aufforderungen

Davon zu unterscheiden sind Begriffe wie Koma, Locked In und psychogene Komazustände.

>Es ist schwer, etwas über den Verlauf, die Genesung zu formulieren. ... Heute zeigt sich: je mehr ein Mensch im Wachkoma angeregt wird, je mehr er eine soziale Beziehung erleben kann, je mehr er in sein Umfeld integriert wird, desto eher und besser wird er wach werden können. Dies deckt sich mit der Erkenntnis, dass das Gehirn sehr viel stärker vernetzt arbeitet als bisher angenommen. Die Verarbeitung einzelner Sinnesreize geschieht vielmehr in Verknüpfung verschiedenster Zentren. Wir nutzen in unserem Leben alle unsere Sinne und auch ein geschädigtes Gehirn braucht Anregungen für alle Sinne. Vielfältige Anregungen, die kontinuierliche Beziehung zu seinen Angehörigen und die vertraute Umgebung, sind wichtig für das Überleben und das Leben im Wachkoma.< (Nydahl, 2005, 5)

Die wichtige Rolle eines vernetzten Gehirns wird auch durch folgendes bestätigt: >Gardner (1981) untersuchte das Sprachverständnis hirngeschädigter PatientInnen und stellt fest, dass die Pointe eines Witzes nur dann verstanden wurde, wenn beide Hirnhälften zusammenarbeiteten. Bis dahin war die linke Hirnhälfte in bezug auf das Sprachverständnis als dominant betrachtet worden, PatientInnen mit Schädigungen im Bereich der rechten Hemisphäre jedoch rissen nicht nur in den unpassendsten Augenblicken Witze, sondern hatten auch Schwierigkeiten, Witze zu verstehen, die andere ihnen erzählten.< (Robinson, 1999, 26)

2.3. Leben im Wachkoma

>Ein „*Leben im Wachkoma*“ wird möglich, wenn wir den Menschen im Wachkoma als Persönlichkeit verstehen, als einzigartigen Menschen mit seinen Vorlieben, Gewohnheiten, und Eigenarten. Er sollte möglichst rasch wieder in **sein** Leben zurückgebracht und mit seinem gewohnten Umfeld angeregt und gefördert werden. Vertraute Menschen und Umgebung, bekannte Tätigkeiten und Gegenstände ermöglichen ein Selbst-Vertrauen und damit auch eher eigene Aktivität. Leben im Wachkoma wird möglicher, wenn wir eine Begleitung „*im Leben des Betroffenen*“ anbieten. Wenn wir also an die Tür des Bewusstseins eines Menschen im Wachkoma anklopfen, müssen wir kurz innehalten, wissend, aber unvorbelastet, ohne Vorurteile, anklopfen. Es gibt keine Garantie, dass uns aufgemacht wird, viele Menschen im Wachkoma lassen die Tür zu ihrem Bewusstsein für immer geschlossen. Trotzdem müssen wir es immer wieder versuchen.“ (Nydahl, 2005, 7)

>Insbesondere der Schaffung von Bedingungen, unter denen ein Mensch sich wohl fühlen kann, ist bei der Pflege Erwachsener im Wachkoma besondere Bedeutung zuzumessen, so „*öffnen*“ doch positive Emotionen das Gehirn für neue Wahrnehmungen und Interaktion und damit für das Lernen ... Ist es möglich, positive Emotionen, die im Alltag wohl als erstes mit der Beobachtung eines Lächeln verbunden werden würden, bei Menschen im Wachkoma zu

vermuten? Diese Frage wird durchaus nicht einhellig mit „Ja“ beantwortet. ... Das heisst, manche Betroffene würden bedeutungslos lächeln. Damit wird das Lächeln als Ausdruck eines elementaren Gefühls, das dem Beziehungs- und Bindungsaufbau dient (Jantzen, 1987, 132ff.), in seiner sozialen Bedeutung als bedeutungslos interpretiert. Diese Diskussion, inwieweit dem Verhalten von Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen, wie z.B. dem Wachkoma, eine soziale Bedeutung mit dem Ziel Beziehungen aufzubauen, zuzumessen ist, ist bis heute nicht beendet.< (Tolle, 2005, 2f.) Des öfteren gibt es folgende Situation: Angehörige oder Pflegende berichten davon, dass ein Mensch im Wachkoma während der Begrüssung gelächelt hat. Dann „stürmt“ bei der nächsten Visite ein Arzt eventuell mit Gefolgschaft ins Zimmer, begrüsst den Patienten und fordert ihn zum Lächeln auf. Kann ein Mensch mit schwersten Wahrnehmungsstörungen jetzt zügig und adäquat antworten? Will er den Arzt überhaupt so anlächeln wie seine Vertrauten? Der kurze Interpretationsspielraum des Arztes stellt dann häufig Diagnosen wie „*reflexive bzw. zufällige Handlungsweisen*“, die in der Visite sogar der Situation entsprechen können, denn hier herrschen ganz andere interaktive Bezugsrahmen als im vertrauten Umgang mit nahe stehenden Menschen. (vgl. Tolle, 2005, 2)

>Das Phänomen Wachkoma ist vielschichtig sowie von Ungewissheits- und Unsicherheitszonen umgeben, insbesondere wenn Erwachsene länger als sechs Monate mit der Diagnose des Wachkomas in einer Langzeitpflege leben. Ungewiss ist bisher, wieso einige Menschen das Erscheinungsbild auch nach vielen Jahren zurück entwickeln und andere nicht.< (Tolle, 2005, 3) Wachkoma ist aber keine chronische Krankheit, obwohl sich viele Prozesse im Verlauf in Phasen fassen lassen, die unterschiedlich, manchmal langanhaltend, latent schwebend oder auch krisenhaft schnell voranschreiten. Deshalb kann man die folgende Anmerkungen von Bischofberger (2002, 50f.) zu Humor bei chronischen Erkrankungen auch auf das Bild Wachkoma übertragen: >Aus pflegerischer Sicht stehen nicht die medizinische Diagnose, die defizitäre Organfunktion oder der psychopathologische Zustand im Vordergrund, sondern vielmehr interessiert Humor im Kontext des Alltagslebens mit zahlreichen Symptomen wie Müdigkeit, Angst, Atembeschwerden, Durchfall, Konzentrationsschwäche, Verwirrung, Hautausschlägen, Bewegungseinschränkung, Schmerzen, Verlust sexueller Lust und vielen anderen mehr. ... Humor kann den Betroffenen also helfen, trotz dieser Herausforderungen und mit ihnen zu leben. Chronische Krankheiten sind dadurch gekennzeichnet, dass sie in Phasen verlaufen. Während der latenten und langdauernden Phasen kann Humor insbesondere den Durchhaltegeist unterstützen. Dies zeigt sich auch während langwieriger Rehabilitationsprogramme, wenn körperliche oder psychische Defizite nur langsam oder kaum besser werden.< Sie erwähnt ihre Erfahrung mit Senioren, die in stabilen Latenzphasen das heitere neckische sehr zu schätzen wüssten, in krisenhaften und stressbehafteten Phasen diese Art Umgang jedoch ablehnten. >Je länger die Krankheit oder Gesundheitsbeeinträchtigung dauert, und je gravierender sie ist, desto eher scheinen die kranken Menschen Humor im ganz „normalen“ Alltag erleben zu wollen. Diese Tendenz weist darauf hin, dass Humor als Mittel zur Normalisierung von Krankheit und Behinderung genutzt wird.< (Bischofberger, 2002, 51) Es empfiehlt sich also, nicht gleich mit der Tür ins Haus zu fallen, sondern behutsam den Weg für Humor zu bahnen, „Normalisierung“ zu schaffen und auf den richtigen Moment zu warten.

Tolle erklärt, dass eine Forschergruppe mit bildgebenden Verfahren hirnelektrische Prozesse nachweisen konnte, als die Mutter etwas vorlas, obwohl die Person nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma mit MCS diagnostiziert wurde. >Für die Praxis bedeutet dies, ein Lächeln durchaus mit einer sozialen Bedeutung zu versehen und als Beziehungsangebot zu deuten. Über solche Momente einer rehabilitativen Pflege berichten Pflegende. Die Interviewten schildern, dass diese Momente insbesondere gelingen, wenn sie längerfristig, mit einem gut strukturierten sowie regelmässigen Handlungsablauf und vor allem ohne Zeitdruck mit einem Bewohner zusammenarbeiten, womit sich bereits strukturelle Momente einer rehabilitativen

Pflege aufzeigen.< (Tolle, 2005, 5) >Aus der Sicht exemplarisch ausgewählter erfahrener Pfleger lässt sich das Verhalten von Erwachsenen im Wachkoma stets in einen sinnhaften Zusammenhang setzen, der rekonstruierbar ist. Dies deutet darauf hin, dass Pfleger, zumindest die interviewten Pfleger und Angehörigen, mit ihren Erfahrungen den Auffassungen der „Multi-Society Task Force on PVS“ (1994) widersprechen.< (Tolle, 2005, 6) Es lässt sich also festhalten, dass die medizinische Diagnose dem einzelnen Menschen wenig gerecht wird, während der allgemeine Sprachgebrauch bei Wachkoma sehr undifferenziert ist.

2.4. Prozess Wachkoma

Im weiteren nimmt der o.g. Zustand Wachkoma einen prozesshaften Verlauf, der schon bei dem österreichischen Neurologen Franz Gerstenbrand (1967) beschrieben ist:

- Phase 1: Zustand Koma (vgl. Koma)
- Phase 2: Zustand Wachkoma (vgl. Wachkoma-Vollbild)
- Phase 3: Primitiv-psychomotorische Phase (vgl. Remissionstadium I)
- Phase 4: Phase des Nachgreifens (vgl. Remissionsstadium II)
- Phase 5: Klüver Bucy Phase (vgl. Remissionsstadium III)
- Phase 6: Korsakow Phase (vgl. Remissionsstadium IV)
- Phase 7: Integrationsstadium (vgl. Remissionsstadium V)

Der Neurologe Andreas Zieger gibt in seinem Vortrag zur „Differenzialdiagnose und neue Bildgebung bei schweren Bewusstseinsstörungen“ (2005) folgende Entwicklungsmöglichkeiten (Abb. 3):

Abb. 3: Remissionsentwicklung und -kriterien

<p>Remissionsentwicklung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hirntodsyndrom: keine Remission möglich - Koma (ca. 3 Wochen) → Wachkoma-Vollbild (syn.: vegetativer Status, apallisches Syndrom) →→ Remissionsstadien I und II (MRS, MCS) →→→ Remissionsstadien III-IV (HOPS, cognitive impaired state) →→→→ Remissionsstadium V (Erholt, Integration, normal)
<p>Kriterien für frühe Remission</p> <p>MRS, MCS (Giacino 2002, Zasler 2002)</p> <p>Befolgen simpler Aufforderungen (physical prompts):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gesicht/Foto/Objekt fixieren/anschauen/verfolgen ➤ Augenschliessen, Handheben ➤ Ja/Nein-Code, Buzzertaste drücken ➤ Adäquate emotionale Antwort (Lächeln, Unmut „Furchtgrinsen“, Schreien) ➤ Vokalisationen ➤ Berühren/Greifen nach einem Objekt
<p>Kriterien für „kognitiv erwacht sein“</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aufforderungen befolgen, z.B. Zunge zeigen, verbal antworten, Hand drücken <u>und loslassen</u> ➤ Gerichtetes Verhalten zeigen, z.B. Objekt ergreifen <u>und loslassen</u> ➤ Auf Fragen <u>konstant</u> und <u>reproduzierbar</u> Ja/Nein- Codes geben, z.B. Lidschlag, Augenschliessen, Kopfnicken, -schütteln ➤ Auf Scherze lächeln oder lachen <p>(modifiziert nach Childs et al. 1993, Zieger 2004)</p>

2.5. Humorvolle Stimulation

Der Gelotologe Fry beschrieb 1977 ein dreiphasiges Modell (Abb. 4), das bei Siegel (2005, 20) folgendermassen zusammengefasst wird (vgl. Robinson, 1999, 5):

Abb. 4: Humorvolle Stimulation

1. Stimulus Humorvolle Situation, Witz, etc.
2. Emotionale Reaktion Erheiterung, Belustigung, Freude etc.
3. Begleitverhalten Lachen, Lächeln, Kichern etc.

Es ist überaus wichtig, den Stimulus an die Fähigkeiten des Menschen im Wachkoma anzupassen. Die o.g. Remissionsphasen bieten Anhaltspunkte für die Ressourcen und Möglichkeiten. Schon in frühen Phasen (I+II) sollte Lächeln als „*adäquate emotionale Antwort*“ gefördert werden. Bei weiterem Erwachen (III-IV) können kognitive Stimulanzien wie Scherze und Neckereien hinzugenommen werden, um „*Lächeln oder Lachen*“ zu erreichen. Erwacht ein Bewohner vollständig (Phase V) wird er vermutlich selber aktiv. Es ist schon vorgekommen, dass dann Überlegenheitshumor gegenüber anderen Bewohnern geäussert wird, um die eigene Verbesserung hervorzuheben. Es könnte auch Galgen- und schwarzer Humor von ihm ausgehen. Dies muss als Bewältigungsstrategie ernst genommen werden, und nicht als kurzfristige Verwirrtheit oder Charakterschwäche abgetan werden. Die Stimulation von Lächeln als emotionale Antwort erfolgt meistens durch auditive, visuelle oder olfaktorische Reize:

>Bienstein und Fröhlich berichten von einem schwerkranken, nicht ansprechbaren Patienten, der auf äussere Reize nicht zu reagieren schien. Sein Hobby vor dem Ereignis war sein Auto, in jeder freien Minute schraubte er an diesem herum. Die Angehörigen brachten also einen Werkstattlappen mit, der den Geruch von Benzin und Öl verströmte. Diesen Lappen wedelten die Angehörigen vor der Nase des Patienten hin und her, worauf dieser mit einer veränderten Atmung reagierte (wie sonst?). Die Angehörigen nahmen das Anlassen des Autos auf eine Kassette auf und spielten dieses Geräusch dem Patienten vor. Er öffnete die Augen denn dieses Geräusch – es war ein Dieselmotor – hatte eine besondere Bedeutung für ihn. Auf andere Geräusche reagierte er nicht (Bienstein, Fröhlich, 1997). So haben wir wiederholt erfahren, dass manches Angebot aus der Geschichte eines Menschen ihn scheinbar auch im Wachkoma erreichen kann, z.B. vorgespielte Kinderstimmen, der Geschmack von geräuchertem Aal, das Bild der Ehefrau, der Duft des eigenen Parfüms, ein Lieblingslied. ... Die Stimulation mit biografischen Angeboten lässt sich mit der Suche nach dem richtigen Türschlüssel vergleichen. Man hofft ständig, endlich den richtigen gefunden zu haben und versucht einen nach dem anderen, bis sich die Tür zum Bewusstsein des anderen endlich öffnet.< (Nydahl, 2005, 17)

Ist das Humor? Eindeutig ja, denn mit einem oelgetränkten Tuch vor einem Menschen im Wachkoma „herumzuwedeln“, erfordert Mut und Kreativität. Mut, um über sich selber lachen zu können, und Kreativität, um die Brücke zum Gegenüber zu finden. Bei Erfolg sollte der Stimulus in die Pflegeplanung eingeführt werden (s. Kap.6). >Biografische Informationen können hierbei hilfreich sein, um eine Ausgangssituation zu erfassen, beispielsweise wenn der Patient bestimmte Floskeln wie „*Hey, Alter!*“ benutzt hat. Solche individuellen Eigenarten können in die Pflege und Therapie integriert werden, damit der einzelne „*sich eben auch gemeint fühlt*“. Wer immer nur sachlich angesprochen wird, kann sich irgendwann wie eine „*Sache*“ fühlen.< (Nydahl, 2005, 19)

2.6. Lächle, wenn Du mich erkennst

>Auf den Punkt gebracht: Gute Pflege beginnt mit einem Lächeln. Und wer lächelt, dessen Stimme klingt auch angenehm. ... Denn Angst hemmende nonverbale Signale wirken, insbesondere bei den erwähnten Patientengruppen (Anm.: Aphasiker und verwirrte Patienten), nur, wenn sie echt sind. Dann allerdings stellen sie eine Waffe gegen die Angst dar, deren Durchschlagskraft kaum überschätzt werden kann.< (Müller, 2003, 23ff.) Das Lächeln der Pflegenden und Angehörigen erfolgt in der Hoffnung, dass der Mensch im Wachkoma sie als vertraut erkennt und zurück lächelt. Da Lächeln eine Bewegung ist, die aber die Lage des Körpers im Raum nicht wesentlich verändert, könnte man es anhand der oben gemachten Aussagen vielleicht als eine „Bewegung im sozialen Raum“ betrachten. Dabei sollte die Annahme berücksichtigt werden, dass das „erkennende Lächeln“ nichts völlig Neues ist, sondern als eine Art „Urvertrauen“ instinktiv im Menschen angelegt ist.

Der Bewegung des Mundes, dem vermutlich empfindungsreichsten Körperbereiches eines Menschen im Wachkoma, gilt dabei das höchste Augenmerk. >Besonders positive Anregungen im Mundbereich führten erstaunlicherweise zu einem rascheren Aufklaren der Patienten.< (Bienstein & Fröhlich, 2007, 192) Dies wird mit der Anregung des Vigilanzbereichs im Gehirn durch Mundbewegungen begründet. Durch einen humorvoll eingebrachten Stimulus wird nun das ganze Gehirn gefordert, der vordere, emotional geprägte Bereich, der in der Mitte verlaufende für Motorik zuständige Bereich und der im hinteren Teil befindliche Wahrnehmung verarbeitende Bereich. (vgl. Bienstein & Fröhlich, 2007, 191f.)

Gemäss dem Modell von Dr. Felicié Affolter wird das Lächeln bzw. Lachen in vier Stufen gelernt (Abb. 5), wobei gemäss „Wurzelmodell“ nicht zwangsläufig bei der 1. Stufe begonnen wird (vgl. Ott-Schindele, 2005, 21f.). Manche Menschen im Wachkoma lachen, bevor sie lächeln lernen:

Abb. 5: Vergleich Affolter-Modell mit der Humorentwicklung beim Kind

Stufen des Affolter-Modells	Humorentwicklung beim Kind
1. sensomotorische Stufe (Geburt bis 2.Lj.)	instinktives Lächeln des Babys, welches die Bezugspersonen erkennt
2. Präoperationale Stufe – Stufe des anschaulichen Denkens (2. bis 6. Lj.)	Lachen über visuellen Slapstick (z.B. der stolpernde Clown)
3. Stufe der konkreten Operationen (7. bis 11. Lj.)	Lachen über konkrete Wenn-Dann-Bezüge (z.B. Schülerstreiche)
4. Stufe der formalen Operationen – Stufe des abstrakten Denkens (ab 11. Lj.)	Bildung sozialen und sinnstiftenden Humors (z.B. Gruppen bildend, ein- bzw. ausgrenzend, weltanschauliche Infragestellung mit Humor)

Ein Lächeln zu „führen“, ist allerdings nicht immer einfach. Hier können persönliche Erfahrungen der Pflegepersonen oder Angehörigen sowie das Umfeld förderlich oder hinderlich sein. Auch kann es sein, dass der Bewohner in seinem bisherigen Leben und Umfeld Humor nicht kultivieren konnte. Trotzdem ist Lächeln als Bewegung auf den anderen und diesbezügliche soziale Interaktion erlernbar, sowohl für den Menschen im Wachkoma, seine Angehörigen und die Pflegenden. >In der gespürten Interaktion tritt die Person innerhalb von Alltagsgeschehnissen immer wieder in unterschiedliche Beziehungen mit der Umwelt. Dabei ist wichtig, dass es ein **Geschehen** gibt. Ein Geschehen hat einen konkreten Anfang und es beinhaltet verschiedene topologische Veränderungen, die auf ein Ziel ausgerichtet sind.< (Ott-

Schindele, 2005, 23) Den Bezugsrahmen (Abb. 6) setzen Pflegende und Angehörige mit der Gestaltung einer fröhlichen Atmosphäre (s. Kap.5), das Geschehen wird bestimmt durch die praktische Ausgestaltung der in der Pflegeplanung definierten Massnahmen (s. Kap. 6).

Abb. 6: Bezugsrahmenbedingungen im Umgang mit Menschen im Wachkoma

günstiger Bezugsrahmen (Tolle, 2005, 6)	ungünstiger Bezugsrahmen (Tolle, 2005, 8)
➤ gemeinsame, subjektiv bedeutsame und vertraute Handlungen mit einem Betroffenen durchführen	➤ eine (zu lang andauernde) Orientierung in Situationen mit hohem Neuigkeitsgrad (bezogen auf Personen, Handlungen und Umgebung)
➤ einen Betroffenen an alltäglichen, subjektiv bedeutsamen Handlungen aktiv zu beteiligen	➤ die Nichtbeachtung der Eigenzeit einer Person bei der Durchführung einer Handlung
➤ Kontakte zu vertrauten Personen erhalten	➤ das Unterbrechen des Rhythmus einer gemeinsamen Handlung

Diese Regeln sollten bei humorvollen Massnahmen immer beachtet werden. Hauptsächliche Ziele humorvoller Stimulation in den Remissionsphasen I+II sollten sein:

- ❖ Identität finden (Freude durch Erkennen von Personen)
- ❖ Aufmerksamkeit erzeugen (Hirnaktivität durch Anregen des Mundes: Lächeln, Lachen, Kichern, Grinsen etc.)
- ❖ Ängste und Schmerzen reduzieren (Ablenkung durch freudige Aktivität)
- ❖ Kraft und Lebensfreude schöpfen (Sinn finden durch humorvolle Zuwendung)

2.7. Lach mit mir

Die Aussage „auf Scherze lächeln oder lachen“ können erweitert das Spektrum der Möglichkeiten mit Humor, da nun auch zielgerichtete Handlungen, erweiterte Sprachmöglichkeiten und individuell sehr unterschiedliche Ressourcen entstehen. >Von Bedeutung ist weiterhin, neben den körpernahen pflegerischen Handlungen mit einem betroffenen Menschen, Angenehmes und Bedeutsames gemeinsam zu erleben und solche Situationen bewusst in den Alltag einzubinden.< (Tolle, 2005, 8) Dabei bleiben die o.g. Bezugsrahmenbedingungen und Ziele bestehen. Die Erweiterung besteht in der Förderung des Lachens aufgrund kognitiv anspruchsvollerer Stimuli.

Humorvolle Stimulation, wenn sie in Lachen enden soll, ist immer als eine Art Provokation und Frechheit zu verstehen – zu mehr Aufmerksamkeit, zu Hinlenkung oder Ablenkung, zu einer emotionalen Haltung oder Bestimmung einer Identitätsmarke. Damit dieser freche Eingriff nicht als feindseliger oder despektierlicher Akt aufgefasst wird, ist Sympathie des Pflegenden elementare Grundvoraussetzung. >Wir sind (Anm.: im provokanten Therapiestil) verbal (das sind unter 10%) unverschämt, und nonverbal (das sind über 90%) warmherzig und unterstützend. Leider sind viele nonverbalen Signale unbeabsichtigt und nicht kontrollierbar. Wenn wir mit anderen Menschen sprechen, signalisieren wir ihnen, ohne das zu beabsichtigen, und oft gegen unseren Willen, ob wir sie mögen oder nicht, ... Wir sind daher gezwungen unsere Grundhaltung zu überprüfen, damit unsere *nonverbalen* Botschaften ehrlich und eindeutig positiv sind. Nur dann dürfen wir zu *verbalen* Unverschämtheiten greifen, ohne den guten Draht zu verlieren. Es nützt nichts, wenn man *so tut, als ob* man den anderen sympathisch, fähig und attraktiv findet, man muss ihn *wirklich* sympathisch, fähig und attraktiv finden!< (Höfner, 1995, 72) Ein Beispiel hierfür gibt es bei Müller (2003, 25), in

dem der amerikanische Psychiater Oliver Sacks eine Begebenheit aus einer Klinik-Station mit Aphasie-Patienten berichtet:

>Eine Anzahl Aphasiker sass vor dem Fernsehgerät und verfolgte eine Ansprache des Präsidenten. Plötzlich begannen einige zu lachen. Andere erschienen erschrocken und ängstlich. Woher rührte das Verhalten ? Sacks denkt darüber nach und kommt zu folgendem Ergebnis: *„Folglich waren es die Mimik, die schauspielerischen Übertreibungen, die aufgesetzten Gesten und vor allem der falsche Tonfall, die falsche Satzmelodie des Redners, die diesen sprachlosen, aber ungeheuer sensiblen Patienten heuchlerisch erschienen. Auf solche (für sie) höchst offenkundigen, ja grotesken Widersinnigkeiten und Ungereimtheiten reagierten diese Patienten, die sich durch Worte nicht täuschen liessen, weil sie durch Worte nicht zu enttäuschen waren.“*<

Folgende Bedingungen sind daher Grundvoraussetzung zur Anwendung von Humor (vgl. Bischofberger, 2000, 295):

- Wissen über den Menschen (intensive Biografiearbeit, eventuelle Krankheitsverläufe, momentane Situation)
- Intuition
- Synchronizität
- Caring

Hierzu noch einige Anregungen für den humorvollen Umgang mit Menschen im Wachkoma:

- Humorvolle Stimulation sollte überwiegend durch fröhliche Heiterkeit geschehen. Überraschungsmomente und allzu pointertes Handeln sollten nur angewendet werden, wenn sicher ist, dass der Mensch im Wachkoma der Situation kognitiv und emotional gewachsen ist.
- Bei Sprache sollte sehr auf Atemrhythmus, Satzmelodie, Reim oder vertrauter Dialekt geachtet werden. Die nonverbale Haltung muss dabei unbedingt überprüft werden.
- Bei lustigen Gegenständen sollte Vertrautheit, gute Tast- oder Riechbarkeit im Vordergrund stehen.
- Bei Musik sollte ein Bezug zu Vertrautheit, Emotion und guter Laune gelegt werden. Vor allem Überbeschallung muss vermieden werden.
- Bei allem sollte die handelnde Person auf die eigene Authentizität achten!

Da Humor meist nur von kurzer Dauer ist, werden Menschen im Wachkoma in der Regel nicht überfordert, wenn man sich an die o.g. Bezugsrahmen und Regeln hält. Allerdings: *>Den Sinn für Humor zu wecken und zu stärken, bedarf kontinuierlicher Bemühungen.* (Hirsch, 1992)< (Titze & Eschenröder, 1998, 161)

3. Physiologie des Lachens

„Humor ist ansteckend. Lachen ist infektiös. Und beide sind gut für ihre Gesundheit.“
(William F. Fry)

3.1. Die innere Vibration

Kant (1790) und Darwin schrieben dem fröhlichen Lachen gesundheitsfördernde Wirkungen zu (vgl. Robinson, 1999, 24). Der Arzt James Walsh erklärte in seinem Buch *Laughter and Health* (New York, 1928), dass das Lachen durch die damit verbundenen Schwingungen des Zwerchfells als eine Massage der inneren Organe zu betrachten sei, wobei ihre Blutversorgung und Vitalität gestärkt werde. >Echtes Lächeln zeigt nicht nur einen Zustand heiteren Glücksgefühls an, es wirkt sich gleichzeitig auch als ein Auslöser für positive Emotionen aus. So konnte Zajonc (1985) feststellen, dass ein intensives Lächeln zu einer Beeinflussung jener Blutgefäße führt, die das Gehirn versorgen.< (Titze & Eschenröder, 1998, 24) Auch Menschen mit schweren Beeinträchtigungen können von dieser ganzheitlichen Körpererfahrung profitieren. Durch humorvolle Stimulation ausgelöstes Lachen kann eine vom Zwerchfell ausgehende innere vibratorische Erfahrung sein.

>Menschliches Leben kennzeichnet sich durch ständige Erfahrung von Vibrationseffekten auf den Körper. ... Durch manuelle Vibration – eine Technik, die sehr viele Physiotherapeuten gelernt haben – können, ausgehend von den äusseren Enden der Beine und Arme, Vibrationen über den ganzen Körper spürbar gemacht werden. Wir stellen dabei fest, dass sehr viele Menschen beginnen, nach innen zu lauschen und aufmerksam zu werden. Sie spüren etwas ganz Neuartiges in ihrem Körper. Offenbar gibt dieses Spüren der Vibrationen, Hinweise auf den Zusammenhang des ganzen Körpers (Kohärenz) und seine Einheit. Immer wieder ist zu beobachten, dass diese Vibrationsangebote zu einer tiefen Entspannung bei gleichzeitiger Wachheit und Aufmerksamkeit führen.< (Bienstein & Fröhlich, 2007, 58) Solche Beobachtungen machen Pflegende und Angehörige auch, wenn Menschen im Wachkoma lachen.

3.2. Forschungsansätze

Wichtige Forschungsarbeiten zur Physiologie des Lachens lieferte William F. Fry jr., der die „Gelotologie“ (Lehre vom Lachen, griech.: „gelos“ = Lachen) begründete. Bei seiner Arbeit hatte er auch Kontakt zur sog. „Palo-Alto-Gruppe“ (u.a. mit Paul Watzlawick), die sich mit Kommunikation, Psycho- und Familientherapie beschäftigte. In den USA ist die Gelotologie ein Teilgebiet der Psychoneuroimmunologie (PNI), welche Erklärungen für psychosomatische Reaktionen sucht.

>Lachen kann aufgrund seiner vielen körperlichen Wirkungen als eigentlicher Muntermacher bezeichnet werden. Verschiedenste Organsysteme, unter anderem 15 Gesichtsmuskeln, sind an der körperlichen Reaktion von Gelächter beteiligt. Seit Norman Cousins in seinem bahnbrechendem Buch „*Anatomy off an Illness*“ die schmerzlindernde Wirkung von Lachen beschrieb, sind verschiedene Studien durchgeführt worden, welche sich mit den körperlichen Auswirkungen von Lachen beschäftigten. In der Regel handelt es sich um qualitative Untersuchungen mit Psychologie- und Medizinstudierenden, die sich für die Studien zur Verfügung stellen.< (Bischofberger, 2002, 48) Der kanadische Psychologieprofessor Rod Martin weist 2001 allerdings in einer Diskussion dieser Studien auf methodische Schwächen hin: >Quantitative Forschung zu Lachen untersucht jeweils einen punktuellen und sehr kurzen Ausschnitt aus dem Leben einer Gruppe von Personen, z.B. 1 bis 2 Stunden, und dies in aller Regel in einem Laborkontext. So lassen sich sich nur sehr limitierte und „künstlich“ erhobene Erkenntnisse über die körperlichen Auswirkungen gewinnen. ... Aufgrund der verschiedener

methodischer Mängel gehe ich mit Martin einig, dass zusätzliche Studien mit sorgfältigen und längerfristigen Designs und vor allem auch qualitativen Methoden notwendig sind.< (Bischofberger, 2002, 49) Dies gelte besonders in der Erforschung des Lachens für kranke und alte Menschen. Trotz dieser „kritisch kommentierten Ergebnisse“ solle sich niemand entmutigen lassen.

3.3. Physiologische Wirkungen

Mögliche organspezifische, physiologische Wirkungen des Lachens sind (Bischofberger, 2002, 49):

Abb. 7: Mögliche physiologische Wirkungen des Lachens

Organ	Mögliche physiologische Wirkungen des Lachens
Herz	Puls-, Blutdruck- und Zirkulationssteigerung, wobei der Blutdruck nach dem Lachereignis unter das vorherige Niveau fallen und dadurch einen hypotonen Effekt zeigen kann (Fry, 1994). Die zirkulationsanregende Wirkung von Lachen wird manchmal auch mit „innerem Jogging“ beschrieben (Fry, 1994). Insgesamt kann die Fähigkeit zum Lachen kardioprotektive Wirkung haben (Clark et al., 2001)
Lunge	Erhöhte Expiration von CO ₂ , verbesserte Sauerstoffsättigung, Verminderung des Residualvolumens und der Feuchtigkeit (Filippelli et al., 2001)
Skelettmuskeln	Erhöhte Durchblutung und Muskelspannung im Abdomen, Nacken, Thorax und in den Schultern während des Lachereignisses, erhöhte Entspannung in der nicht gebrauchten Muskulatur (Fry, 1994)
Haut	Erhöhte Temperatur und galvanische Leitfähigkeit ² (Langevin/Day, 1972)
Hormone	Erhöhung der Neuroendorphine und Katalochamine, Verminderung der immunschwächenden Hormone (Berk et al., 1988; Harrison et al., 2000)
Gehirn	Erhöhte Aufmerksamkeit, erhöhte Aktivität des autonomen Nervensystems, verbesserte Sauerstoffzufuhr (Fry, 1994)
Immunsystem	Verbesserte humorale und zelluläre Immunantwort, Erhöhung des Immunglobulin A im Speichel (McClelland/Cheriff, 1997; Berk et al., 2001)
Tränen	Bei einem Vergleich von emotionalen Tränen und Tränen beim Zwiebelschneiden wurde ein Unterschied beobachtet. Emotionale Tränen führen zu einem Toxinabbau, während letztere fast nur physiologisches Wasser enthalten (Fry, 1994)

All diese Funktionen sind möglich, können aber je nach Stärke des Lachens und Sensibilität bei jedem Menschen unterschiedlich ausgeprägt sein.

>In der ganzen zivilisierten Welt ist sprichwörtlich bekannt, dass Gesundheit durch Übung gefördert wird. Mittlerweile gibt es überall gesundheitsbewusste Menschen, die Leibesübungen betreiben und ihr Herz und ihre Muskulatur trainieren. Das Lachen kann für den gleichen Zweck genutzt werden: es ist eine Leibesübung mit dem Zuckerguss des Amüsemments. Wir erinnern uns: Beim brüllenden Lachen werden die Muskeln im gesamten Körperbereich aktiviert. Doch schon bei einem kleinen Lächeln werden auch die Muskeln im Bereich des Gesichts, der Kopfhaut, des Nackens, der Lippen, der Augen, zuweilen sogar der Schultern aktiviert. Noch wissen wir nicht, wie viele Kalorien beim Lachen verbraucht werden. Aber wir wissen, dass die Temperatur der Hautoberfläche erhöht wird und dass wir schwitzen, während

² Messmethode aus dem Biofeedback

wir lachen. Somit entspricht das Lachen einer Aerobic-Übung, bei der fast alle mitmachen können, selbst diejenigen, die in Rollstühlen sitzen müssen oder unter sonstigen körperlichen Behinderungen leiden. Ich habe untersucht, in welcher Weise ein intensives Lachen die Herzaktivität im Vergleich zu Leibesübungen beeinflusst. Das Ergebnis: Ein gewöhnliches Alltagslachen – sagen wir 100 Lacher pro Tag – regt die Herzaktivität ähnlich an wie 10 Minuten Rudern. Die *Immunstimulation* hat Auswirkungen auf viele Gesundheitsparameter. Ich denke an die Immunabwehr der riesigen Anzahl von Mikroorganismen bei infektiösen Krankheiten. Wir können in diese Überlegungen auch die verschiedenen Krebsarten mit einbeziehen. Immununtersuchungen, die von Gelotologen durchgeführt wurden, belegen überzeugend, dass die Immunabwehr durch Lachen stimuliert wird. Diese Stimulation bezieht sich sowohl auf chemische Substanzen (Antikörper) als auch auf celluläre Komponenten (weiße Blutzellen, Leukozyten). Wie schon erwähnt, hält der positive Effekt dieser Stimulation in gewissen Fällen über Stunden an. < (Fry, 1993, HumorCare, internet)

Zum Lachen braucht man den Mund, deshalb sei hier noch einmal die Sicht der basalen Stimulation erwähnt: >Von der Grundannahme ausgehend, dass der Mund der wahrnehmungstärkste und einer der am besten zu fördernden Bereiche des Menschen ist, bedürfen alle Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Mund einer äussersten Sorgfalt.“ (Bienstein & Fröhlich, 2007, 191ff.) So sollten Menschen im Wachkoma vorsichtig ans Lachen herangeführt werden, vom Lächeln über ein leichtes Lachen bis zum kräftigen Lachen. Eine Einschätzbarkeit der Heftigkeit sollte immer gewährleistet sein, ebenso eventuelle Hindernisse wie Trachealkanülen, die den physiologischen Luftstrom durch Mund und Nase verändern. Ein Liquour-Shunt kann z.B. durch heftige Rumpfbewegungen seine Position verändern. Risiken wie Verschlucken durch hohen Speichelfluss sollten beachtet werden, damit es bei heftigem Lachen nicht zu Nebenwirkungen kommt. Natürlich sollte beim Essen und bei Schluckübungen Lachen wegen hoher Aspirationsgefahr vermieden werden. Insgesamt betrachtet, kann das fröhlichen Lachen viele positive Wirkungen haben.

4. Interaktiver Humor und Identitätsbildung

„Ein Lächeln ist die kürzeste Verbindung zwischen zwei Menschen.“ (Victor Borge)

4.1. Lachen in Gesellschaft

Vor ungefähr dreissig Jahren begannen amerikanische Fernsehsender in ihren Sitcoms Poin-ten mit Gelächter zu unterlegen, damit die durch eingeblendete Werbung und andere Ablenkungen unkonzentrierten Zuschauer auf das Geschehen zurück geführt würden. Dieses unterlegte Gelächter wurde ein Renner und wird inzwischen weltweit praktiziert. Aber aus einem anderen Grund als geplant, wie Soziologen herausgefunden haben: Menschen lachen gerne in Gesellschaft! Nicht nur der Stimulus ist entscheidend, sondern auch mit wem, über wen und ob wir mit anderen über uns selbst lachen können (s.u.). Für unseren Umgang mit Menschen im Wachkoma bedeutet dies, dass es nicht ausreicht eine lustige CD oder DVD anzumachen und dann wegzugehen oder bestenfalls gelangweilt daneben zu sitzen: „*Kenn ich schon, gäh!*“ Einsames Lachen kann Einsamkeit bewusst machen und dadurch verstärken. Erst das gemeinsame Lachen entspannt wirklich, schafft Nähe und Geborgenheit. Lachen animiert und integriert, es ist hochgradig ansteckend. Bischofberger erwähnt einen Vergleich von Du Pré, Krankenhäuser hätten deshalb die gleiche Angst vor Humor wie vor Krankheitserregern: >Beides ist im Spital überall und immer da. Manchmal macht sich beides bemerkbar, manchmal schlummert beides vor sich hin. An eine Ausrottung ist weder bei Krankheitserregern noch bei Humor zu denken.< (Bischofberger, 2002, 30)

Menschen im Wachkoma, die Ihre Identität neu wahrnehmen lernen oder wieder herstellen und sich in Strukturen integrieren müssen, können gemeinsames Lachen als eine Möglichkeit dazu nutzen. Das Salutogenese-Konzept von Antonovsky ist ein wichtiges Grundlagenmodell bei dieser Identitätsbildung.

4.2. Salutogenese und Kohärenzgefühl

>„*Salutogenese*“ – mit diesem Neologismus brachte Aaron Antonovsky das Unbehagen gegenüber der Medizin als Reparaturbetrieb und gegenüber dem pathologischen Blick auf den Punkt. Nicht die Frage nach den krank machenden Faktoren solle im Zentrum des Interesses stehen, sondern jene nach den Ressourcen und Potenzialen.< (Kolip et al. 2006, 11) Antonovski sieht den Menschen in einem Kontinuum zwischen den Polen Gesundheit und Kranksein. Dabei reiche es nicht aus, krankmachendes einfach nur fern zu halten oder zu entfernen, sondern die gesundheitsfördernden Elemente müssten gestärkt werden. Dieses Konzept bildete eine Grundlage der Ottawa-Charta (1986) der WHO für ein neues Leitbild in der Gesundheitspolitik. Ein wichtiges Element ist der „*Sense of Coherence*“: >Das Kohärenzgefühl beschreibt in dieser Perspektive die Fähigkeit, angesichts vielfältiger Optionen ein Gefühl von *Verstehbarkeit* (in den Dimensionen der Reflexivität von Identität und gesellschaftlichem Umfeld) von *Sinnhaftigkeit* (in der Überwindung von „*existentieller Angst*“ und der Bildung „*ontologischer Sicherheit*“) und der *Handhabbarkeit* (in der Bildung des Selbst) zu entwickeln.< (Kolip et al. 2006, 14)

>Auch wenn eine signifikante Veränderung des Kohärenzgefühls im Erwachsenenalter generell als nicht mehr möglich postuliert wird (Antonovsky, 1997), weil es sich um eine tief verwurzelte dispositionale Einstellung handelt, wird davon ausgegangen, dass es Erschütterungen des Kohärenzgefühls in Krisensituationen gibt, die mit entsprechenden Interventionen schneller wieder stabilisiert werden können. ... Im Folgenden wird davon ausgegangen, dass auch kleine situationsbezogene Veränderungen des Kohärenzgefühls das Leiden von PatientInnen und ihren Angehörigen erheblich reduzieren können. Alle Möglichkeiten zur Beeinflus-

sung des Kohärenzsinn sind interaktionsintensiv und verlangen das Ausschöpfen von professionellen Freiheitsgraden. Die Beachtung psychosozialer Faktoren, die Zentrierung auf interaktionsintensive Massnahmen und gewisse professionelle Freiheitsgrade sind wie oben aufgezeigt Kennzeichen pflegerischer Professionalisierungsbemühungen.< (Brieskorn-Zinke, 2006, 178) Die Stärkung des Kohärenzgefühls erfolge auf drei Ebenen (Abb. 8):

Abb. 8: Kohärenzgefühl nach Antonovsky und Brieskorn-Zinke

Komponente des Kohärenzgefühls	n. Antonovsky (1997, 35f.+127)	n. Brieskorn-Zinke (2006, 179ff.)
Verstehbarkeit	„Mann kann einen Stressor nicht in Angriff nehmen, ehe man nicht das Gefühl hat, eine kognitive Landkarte vom Ausmass und der Art des Problems zu haben“	„Diese Komponente beschreibt die Erwartung bzw. Fähigkeit von Menschen, Stimuli – auch unbekannte – als geordnete, konsistente, strukturierte Informationen bearbeiten zu können und nicht mit Reizen konfrontiert zu sein, die als chaotisch, willkürlich, zufällig und unerklärlich empfunden werden.“
Handhabbarkeit	„Ausmass, in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen“	„Pfleger müssen dazu in ihrem Hinterkopf über ein differenziertes Ressourcenkonzept verfügen ... Pfleger unterstützen PatientInnen darin, ihr instrumentelles Vertrauen wieder zu finden.“
Sinnhaftigkeit	„Ausmass, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet: dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet“	„Es geht um die motivationale Komponente, die gerade im Falle des Auftretens einer ernsteren Erkrankung oder von Pflegebedürftigkeit sehr erschüttert ist. ... So ist zumindest das Wissen um die Bedeutung dieser Gefühlsdimension eine Möglichkeit für Pfleger, hier besonders empathisch und aufmerksam zu sein, denn ohne die Lebenseinstellung die das Leben als lebenswert erscheinen lässt, wird alle Ressourcenmobilisation ins Leere laufen.“

>Den Pflegeberufen ... ermöglicht diese Auseinandersetzung ihren Interaktionen mit den PatientInnen eine Richtung zu geben und die „richtigen“ Fragen zu stellen, die von der Krankheit weg führen hin zu den Voraussetzungen für Gesundheit. Damit eröffnen sie sich einen Zugang zur Lebenswelt der PatientInnen.< (Brieskorn-Zinke, 2006, 183)

Das Mass der Gesundheitsförderung hängt also nicht unwesentlich davon ab, inwiefern es dem einzelnen Menschen gelingt, seine Identität im Krankenhaus bzw. Pflegeheim zu bewahren. >Kranke und pflegebedürftige Menschen können über Humor, Witz und respektloses Infragestellen ihr lähmendes Ausgeliefertsein angesichts einer ihnen gegenüber übermächtig, undurchschaubar und geradezu sakral inszenierten Medizintechnologie überwinden und zu kreativer autonomer Erkenntnis der eigenen Situation gelangen. Humor kann im Salutogenesekonzept ein machtvoll Instrument der Positionsbestimmung innerhalb eines Gesundheit-Krankheit-Kontinuums darstellen. ... Gesundheitsförderung im Gedanken der Salutogenese als Gestaltung verstehbarer, handhabbarer und sinnhafter Lebensumstände und Lebensaufgaben widmet sich folgerichtig nicht ausschliesslich den erkrankten Individuen, sondern

vor allem auch den Rahmenbedingungen in Gesundheit und Krankheit und strebt so beispielsweise eine „*Rückgewinnung des Krankenhauses als Lebensraum für Menschen*“ an. ... Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit sind gleichermaßen für Personal wie Klienten innerhalb des hierarchischen Systems Krankenhaus gesundheitsfördernd und können manchmal nur mit Mitteln des Witzes errungen werden.< (Gardemann, 1999)

4.3. Interaktiver Humor

>Humor ist für die Gestaltung eines angstfreien, sinnvollen Lebens so wichtig, dass er nicht ernst genug genommen werden kann. Aufgabe der HelferInnen ist es, im Kranken oder Pflegebedürftigen dessen Sinn für Humor zu wecken, zu fördern oder zu rehabilitieren. Eine Pflege oder Behandlung dürfte ihren Zweck verfehlen, wenn Lebensfreude nicht vermehrt wird und Kreativität sich nicht entfalten darf. Der Kranke bedarf des mit ihm im Humor schwingenden lächelnden Herzens der HelferInnen. Voraussetzung ist, dass diese HelferInnen über sich selbst zu lachen gelernt haben und reif sind, eigene Belastungen und Beschwerden nicht „*todernst*“ zu nehmen. Der Humor erfordert ein sensibles Zusammenspiel zwischen den Personen.< (Hirsch, 2002, 150f.) Der Bonner Gerontopsychologe Hirsch beschreibt ein 5-Stufen-Modell (Abb.9) zur Humorfähigkeit eines Menschen (Bischofsberger, 2002, 38):

Abb. 9: Humorprozess nach Hirsch

Stufe 1	nicht lachen können	aufgrund individueller Situation, Werthaltung, Umfeld, Ereignis	Isolation
Stufe 2	über andere lachen können	Ausdruck von Überlegenheit	Wahrnehmung der Umgebung
Stufe 3	über mich selber lachen können	Prozess der Selbsterkenntnis und Persönlichkeitsentwicklung	Selbstreflexion
Stufe 4	andere dürfen über mich lachen	Entwicklung von Selbstbewusstsein	Positionierung zur Umgebung
Stufe 5	gemeinsam mit anderen über mich selber lachen	soziale Kompetenz und Erlebnisfähigkeit	Integration

Die fünf Stufen zeigen, wie eng die Fähigkeit zum Lachen mit der Persönlichkeitsentwicklung verbunden ist und anspruchsvolle psychologische Elemente beinhaltet. Es wird noch hinterfragt, ob das „*nicht lachen können*“ ein „*krankhaftes Symptom*“ oder nur eine „*unterentwickelte Fähigkeit*“ sei. (Bischofsberger, 2002, 38) Sie konkretisiert die drei von Robinson (1999) entwickelten Funktionen des Humors (Bischofsberger, 2002, 33f.):

- 1.) Kommunikative Funktion: *“Zwischen PatientInnen und Pflegepersonen kann eine heitere Stimmung rasch Vertrauen bilden.“* Dies sei durch Gesichtsausdruck, Augenzwinkern oder eine neckische Bemerkung möglich.
- 2.) Soziale Funktion: *“Humor und Heiterkeit unterstützen die Bewältigung von externen Stressoren, z.B. mit den Anforderungen des Krankenhausaufenthaltes fertig zu werden.“* Patienten und Heimbewohner soll das Gefühl der Verlorenheit in einem übermächtigen System genommen werden.
- 3.) Psychologische Funktion: *„Humor vermindert Anspannung und Ängstlichkeit.“* Ein lockerer Spruch, eine heitere Anekdote oder ein kumpelhafter Schulterklaps können in schwierigen Situationen Spannungen lösen, bissige und spritzige Sprüche Stress und Frust abbauen.

4.4. Beispiele humorvollen Umgangs

Hier sollen mit einigen Beispielen praktische Möglichkeiten von Humor aufgezeigt werden. Je nachdem wie die persönlichen Humoreinstellungen und -erfahrungen individuell sehr unterschiedlich sein können, werden die Beispiele dem einen mehr und dem anderen weniger passend erscheinen. Auch kann eine Situation nur grob beschrieben werden, weil es oft auf die richtigen Zwischentöne ankommt. Diese subjektive Empfindung ist es, die eine emotionale Beziehung entstehen lässt und Möglichkeiten für Interaktionen eröffnet.

4.4.1. Vertrauen schaffen

Robinson (1999, 175) berichtet über eine Pflegeschülerin, die einen älteren Herrn zu pflegen hatte. Er hatte einen Schlaganfall und konnte nicht sprechen, war aber geistig wach. Die Schülerin wusste, dass er ebenso wie sie von einer Tabakfarm kam. Sie hielt ihm in der Pflege einen kontinuierlichen Monolog über ihre Kindheit auf der Tabakfarm. Als sie am nächsten Tag sein Zimmer betrat, grinste er sie breit an und sein erstes Wort war: „*Tabak!*“

Ein Bewohner mittleren Alters, der sich wegen eines Schlaganfalls im Wachkoma befindet, fiel durch sehr hohe Emotionalität auf. Er weinte oft und viel, konnte aber auch lachen. Seine niedergeschlagene Stimmung liess er das Pflegepersonal durch ständiges Klingeln spüren und wenn man nicht schell genug kam, konnte er seine Urinflasche im Bett ausschütten, um seinem Ärger Luft zu machen. Die KollegInnen des Wohnbereichs schafften es seinen Lebensmut mit Humor zu stärken und ihn wieder zum Lachen zu bringen. Als ich einmal in sein Zimmer kam fand ich einen gut gelaunten lächelnden Menschen vor. Ich lächelte zurück und erklärte ihm, was für ein schönes sympathisches Lächeln er doch habe und dass mich das sehr erfreuen würde, worauf er noch mehr lächelte. Mir wurde berichtet, dass er kaum noch das Pflegepersonal „*ärger!*“. Als ich bei einem Fest auf seinem Bereich war, sah ich ihn zwischen den Pflegerinnen sitzen, von denen zwei einen „Streit“ initiierten, wer von beiden denn mit ihm auf das Fest gehen dürfe, wo er doch so viele Frauen haben könne. Der Bewohner lachte dabei so heftig, dass sein Rollstuhl wackelte. Auf dem Fest spielte die Musik, eine Therapeutin kam, hakte sich unter seinen etwas nach oben gezogenen Arm und bat um den nächsten Tanz. Etwas später kam ich zu ihm und sagte, er könne nicht nur mit einer Frau tanzen, jetzt wäre ich an der Reihe und hakte mich in den anderen Arm ein. Am Tagesende hatten wir einen sichtlich glücklichen Bewohner, der noch lange lächelte.

Der Ungar Zoltán Zemplényi wurde beim Überqueren einer roten Ampel 1985 von einem Auto erfasst und erlitt schwerste Schädel-Hirn-Verletzungen. Nach 4-wöchigem Koma ging der damals 15-jährige über ein Jahr durchs Wachkoma. In seinem 1987 geschriebenen Buch „*Hopparesimi!*“ beschreibt er seine Erlebnisse: >Ich sass im Rollstuhl, dazu verdammt, stumm und gelähmt zu sein. ... Meine Eltern standen zu mir, aber alle, die im Krankenhaus um mich herum waren, betrachteten und behandelten mich – mit der einem Hirngeschädigten gebührenden Art, ziemlich von oben herab – wie einen Idioten.< (Zemplényi, 1999, 1, internet) Dann kommt er auf eine Begebenheit, die ihm Mut machte: >Fesch (er ist mein bester Freund) war der schlechteste Schüler in unserer Klasse. Aber er war der einzige, der mich gleich nach dem Unfall besucht hat. Er war der einzige, der mich ganz normal behandelt hat. Damals, als ich noch dalag wie ein Stück Stein, als ich mich noch gar nicht rühren konnte. Er hat mich so behandelt, als ob ich alles sehen, hören und wahrnehmen könnte. Er kam und hat einfach mit mir rumgeblödel. Er hat mir die Schülerstreiche aus der Klasse erzählt. Einmal sagte er zu mir: „*Heee, Alter, na, wird's bald?*“ und ich musste innerlich sosehr lachen, obwohl ich mich gar nicht bewegen konnte. Und ich wusste es wird bald. Es hat mir so sehr geholfen, dass er niemals mitleidig gesagt hat „*Oh, Du armer ...*“. Dieses „*es wird bald*“ hat zwar Jahre gedauert, aber alle Anstrengungen haben sich gelohnt!!!< (Zemplényi, 1999, 2, internet) Dieser Bericht zeigt, wie sehr ein normaler Umgang vom Menschen im Wachkoma gewünscht wird und wie humorvolles Handeln dazu gehört.

Als ich dies las, kam mir sofort ein Bewohner in den Sinn, der ebenfalls in jungen Jahren einen Verkehrsunfall mit schweren Hirnverletzungen erlitt. Kolleginnen berichteten mir, dass eines Tages ein guter Freund aus seiner Clique zu Besuch kam und ihn mit den Worten „*Hi Stinker, wie geht's?*“ begrüßte. Sofort verzog sich der Mund zu einem breiten Grinsen, die Atmung beschleunigte wie bei einem inneren Lachen und hinterher sei er entspannter als je zuvor gewesen. Als ich einmal, obwohl ich nicht oft mit ihm zu tun hatte, zu ihm kam, konnte ich nicht umhin, ihm mit freundlichem Lächeln in die Augen zu schauen und den magischen Satz zu sagen. Wie durch einen Zauberspruch wiederholte sich die oben genannte Situation und eine vertrauensvolle und entspannte Situation entstand.

4.4.2. Integration fördern

Robinson (1999, 50) schildert den Fall in einer sozialpsychiatrischen Behandlungszentrum. Um die Alltagsgestaltung zu erleichtern, sollte das Personal statt Uniform gewöhnliche Strassenkleidung tragen. Die Anstaltsleitung bestand allerdings weiterhin auf dem Tragen von Namensschildern mit Titel und Berufsbezeichnung. Heisse Diskussionen wurden in der Belegschaft geführt, bis eine Patientin mit dem Schild: „*Mary Smith, Patientin*“ erschien. Daraufhin wurden die Namensschilder sofort abgeschafft. Die Patientin konnte mit Humor auf die sozialen Strukturen einwirken.

Eine Bewohnerin meines Wohnbereiches ist in Westafrika geboren. Seit gut zehn Jahren lebt sie in Deutschland. Durch falschen Umgang mit Medikamenten ist sie im Wachkoma. Wenn sie im Rollstuhl mobilisiert ist, fährt sie oft in die äusserste Ecke des Tagesraumes. Es scheint, als ob sie Angst hat vor den anderen, mit denen sie jetzt zusammenleben muss. Humor ist bei ihr nur schwer anzuwenden, da durch den kulturellen Hintergrund schnell Missverständnisse entstehen können. Mit Lächeln, Loben, freundlichem Zureden und clownesken Einlagen kann man aber auch von ihr ein sympathisches Lächeln bekommen. Besonders Tanzeinlagen des Pflegepersonals werden mit einem kleinen Lachen quittiert. Ihre Zurückhaltung in ihrer Umgebung konnte so gemildert, allerdings noch nicht gänzlich abgebaut werden. Ein anderer Bewohner, der kaum spricht und fast nie lacht oder lächelt, sah abends den Film „*Verrückt nach Mary*“. Als die Nachtwache hereinkam sah sie zufällig eine komische Szene und musste heftig loslachen. Der Bewohner drehte verwundert den Kopf zu ihr und fing an zu lächeln. Darauf fragte die Nachtwache: „*Findest Du das auch lustig?*“ Der Bewohner antwortete mit: „*Dich*“. Auf die Nachfrage: „*Findest Du mich lustig?*“ antwortete er nach kurzem Nachdenken mit „*Ja*“.

Aufgrund dementieller Syndrome und der Unmöglichkeit, das häusliche Alltagsmanagement aufrechtzuerhalten, wurde Frau Huber (65) in ein Pflegeheim in einem Dorf am Zürichsee eingewiesen. Schon bald fand sie sich am neuen Ort zurecht. Ihre kognitiven Fähigkeiten blieben stabil, nicht aber ihre körperliche Fitness, denn letztere verbesserte sich dank regelmässiger Mahlzeiten und genügend Flüssigkeitszufuhr. Eines Tages, mitten im Sommer, verspürte sie Lust, eine Reise zu unternehmen. Zusammen mit drei weiteren BewohnerInnen, die noch über kognitiv minimal bessere Ressourcen verfügten, erfragten sie sich den Weg zum Bahnhof. Auf der Fahrt Richtung Zürich sahen sie vom Zugfenster aus, dass ein grosses Fest mit lauter Musik und Hunderten von bunt geschmückten, jungen und tanzenden Menschen im Gange war. Neugierig stiegen sie aus und erfreuten sich über diesen sommerlichen Karneval und die friedliche Stimmung. Und endlich gab es mal Musik, die auch sie richtig gut hören konnten. Sie ahnten nicht, dass sie mitten in die tobende Streetparade geraten waren. Nach einigen Stunden, in denen sie einander zwar verloren hatten, aber sich dennoch herrlich amüsierten, wurden sie von der Polizei gefunden – sie waren aufgrund ihres überdurchschnittlichen Alters unschwer zu erkennen – und ins Dorf am See zurückgebracht. Vom Pflegepersonal wurden sie erleichtert und zugleich erheitert über den „*Fundort*“ der BewohnerInnen in Empfang genommen. Die Pflegekräfte – zunächst über das Weglaufen erschrocken – konnten dennoch die heitere Seite dieses Ereignisses wahrnehmen. Zudem erleb-

ten sie in den kommenden Tagen Erstaunliches: Trotz stark vermindertem Kurzzeitgedächtnis erzählten die vier "Senior-Raver" ihren MitbewohnerInnen noch tagelang vom tollen Fest auf Zürichs Strassen. (www.humor-pflege.ch, →archiv →August 2003)

4.4.3. Alter, Krankheit oder Handycap akzeptieren

Der folgende bei Siegel (2005, 22) beschriebene Witz zeigt, wie ein humorvoller Umgang mit Krankheit möglich ist. >Eine Diabetikerin sitzt in einem Café und bestellt ein Kännchen Kaffee. Der Ober fragt: „Mit Milch und Zucker?“ Darauf antwortet die Dame: „Nur mit Milch, Zucker habe ich selber.“ Durch die humorvolle Art der Äusserung entsteht Sympathie und er braucht sie nicht zu bemitleiden, sondern kann mit ihr lachen. Der geplante schöne Nachmittag ist gerettet. Die Dame konnte ihre Erkrankung ins normale Leben integrieren. (vgl. Bischofberger, 2002, 46)

Erfahrungen übers Alter(n) – Gedanken einer Seniorin: „*Es fiel mir auf, dass alles weiter entfernt ist als vor einigen Jahren. Es ist sogar zweimal so weit zur Strassenecke, und ein Hügel war früher auch nicht da. Das Rennen zum Bus habe ich ganz aufgegeben, er fährt jetzt immer früher ab. Die Treppen sind auch höher als in den goldenen Jahren. Und Bücher und Zeitungen werden mit kleineren Buchstaben gedruckt. Aber es hat keinen Sinn, jemanden ums Vorlesen zu bitten, da jeder so leise spricht, dass man es kaum hören kann. Zu den Kleidern wird zu wenig Stoff verwendet, besonders um die Hüfte. Auch die angegebenen Grössen fallen kleiner aus als früher. Sogar die Menschen verändern sich. Sie sind viel jünger, als wir in dem Alter waren. Andererseits sind die Leute unseres Alters so viel älter als wir. Ich traf neulich eine Klassenkameradin, die war so alt, dass sie mich nicht erkannte. Ich dachte an das arme Wesen, während ich meine Haare kämmte. Und als ich in den Spiegel sah – wirklich, auch die Spiegel sind nicht mehr das, was sie einmal waren...*“ (www.humor-pflege.ch, →archiv →November 2003)

Menschen im Wackoma gibt es in jeder Altersstufe, aber auch sie werden älter. Die eben humorvoll beschriebene Diskrepanz zwischen Wahrnehmung und Wirklichkeit kann auch bei jüngeren Menschen im Wackoma auftreten, weil sie noch ihr Körperbild vor dem traumatischen Ereignis verinnerlicht haben und die neue Situation noch nicht bewusst ist. Wird humorvoll ein Handycap akzeptiert, wie im vorherigen Beispiel, gehen Psychologen davon aus, dass der Prozess der Verarbeitung abgeschlossen ist. Der Humor helfe dann der Bewusstwerdung, ohne erneut in kräftezehrende Phasen des Trauerns zurückzufallen.

4.4.4. Bewältigen einer Situation (Patienten)

Bei Bischofberger (2002,47) wird eine Patientin beschrieben, die viele Tabletten schlucken muss. Als die Krankenschwester wieder einmal mit den vielen Tabletten kam, fragte sie: „*Wie hätten Sie's denn heute gerne: Medium, blutig oder durchgebraten?*“ Das Einnehmen der Tabletten wurde durch diese Ablenkung erleichtert. Robinson (1999, 176) beschreibt den Fall einer MTA, die Blut bei einem sehr ängstlichen Patienten abnehmen musste. Auf die übertriebene Gestik des Patienten und die Frage: „*Wird das weh tun?*“ antwortete sie: „*Das werden die schlimmsten Schmerzen ihres ganzen Lebens sein!*“ Der Patient verstand die Übertreibung und entspannte sich. Bei solchem Humor muss allerdings gewährleistet sein, dass die Botschaft von Empfänger richtig verstanden wird, damit Ängste nicht verstärkt werden. In einem weiteren Fall wird das Misslingen beschrieben (Robinson, 1999, 177): Ein junger Mann sollte einen Einlauf bekommen und die Krankenschwester glaubte einen guten Draht zu ihm zu haben. Spasseshalber kam sie mit einem 10-Liter-Eimer und dem dicksten Schlauch, den sie finden konnte. Der Patient flüchtete auf die Toilette und weigerte sich standhaft wieder heraus zu kommen. Er fand das gar nicht komisch. Wichtig ist also eine verlässliche Einschätzung der Reaktion des Humorempfängers. Eine Kinderkrankenschwester auf einer onkologischen Station färbte sich oft und gerne die Haare. Sie stellte sich zur Verfügung, einmal die Kinder bestimmen zu lassen, welche Haarfarbe als nächstes kam: „*Hell-*

blau!“. Die Kinder freuten sich darüber und konnten so den durch Chemotherapie bedingten Haarausfall besser verarbeiten. (Robinson, 1999, 139)

Bei Siegel (2005, 27f.) bekommt ein Patient zusätzlich zur enteralen Ernährung Sondenkost. Diese verursachte kaum beherrschbare Blähungen, die ihm sehr unangenehm waren. Als wieder einmal ein Wind den Weg ins Freie suchte, sagte die Pflegekraft: „*Wer keine Miete zahlt muss raus*“ Er lachte daraufhin und als weitere Blähungen den Weg nach draussen fanden, sagte der Berliner: „*Ist ja wie in Kreuzberg hier!*“ Jedesmal wenn er wieder Sondenkost bekam sagte er dann: „*Da kommse wieder, die Hausbesetzer!*“ Beim Pflegepersonal, das die Vorgeschichte noch nicht kannte, konnte er so Staunen erzeugen und den Boden bereiten, um seine Blähungen zu erklären. Er selbst konnte besser damit umgehen.

4.4.5. Bewältigen einer Situation (Angehörige)

Lachen ist auch für Angehörige hilfreich. Auf einer Internetseite für Eltern von Ertrinkungskindern wird der Fall von Frank geschildert. Mit 19 Monaten ertrank er fast, wurde reanimiert und ist seitdem im Wachkoma. Seine Eltern schreiben: >In den letzten Wochen ist es zweimal vorgekommen, dass er glucksende fröhliche Laute von sich gegeben hat, die wir eindeutig als Lachen erkennen konnten. Für diese Augenblicke kämpfe ich jeden Tag in der Hoffnung, dass sein Leben für ihn lebenswert wird.< Ein weiteres Beispiel hierzu (not, 3/95, 10): >... werden wir auch versuchen, alles in unserer Macht stehende für ihn zu tun. Und es lohnt sich auch, vor allem wenn wir von Philip mit einem strahlenden, ansteckenden Lächeln belohnt werden.<

Hier zeigt das Lachen eine Möglichkeit der Hoffnung und Kraftschöpfung für die Angehörigen auf. Lachende Menschen im Wachkoma geben so Kraft für die Pflege zuhause, allerdings können Angehörige mit Humor auch gut in den Wohnbereichsalltag integriert werden.

4.4.6. Bewältigung besonderer Problematiken

Ein Bewohner meines Wohnbereichs hat eine psychologische Störung als Vorerkrankung und neigte zu Wutausbrüchen und Panikattacken. In einer solchen unternahm er einen Suizidversuch. Er erwachte relativ zügig aus dem Koma, sein Leben danach ist aber von Ritualen, Zeitstrukturen und Zwangshandlungen geprägt. Diese aufzubrechen und in ein entspannteres Leben zu führen, führte anfangs wieder zu Wutanfällen und panikhafter Angst bei ihm. Mit Humor haben wir eine Möglichkeit gefunden ihm sein Verhalten zu verdeutlichen ohne gleich feindselig auf ihn zu wirken. Er selbst, obwohl er vieles wieder eigeninitiativ macht, entwickelt kaum Humor, aber humorvolle Interventionen durch das Pflegepersonal kann ihm ein Stück Lebensqualität geben. Lächeln und Lachen kann er inzwischen als kommunikatives Element nutzen und er hat gelernt Äusserungen, die er früher verabsolutiert hat, nach sachlichem oder emotionalem Inhalt einzuordnen. Das Ansprechen von Themen, die für ihn mit Frust und Stress belastet sind, wird möglich. Er weiss, dass Wünsche eher erfüllt werden, wenn sie mit einem Lächeln geäußert werden. Allerdings hat er inzwischen auch gelernt, mit einem Lächeln ernsthafte Gespräche abzuwehren, wenn sie ihm nicht behagen.

4.4.7. Humor durch Missverständnisse

Bei Robinson (1999, 63) wird der Fall einer Krankenschwester beschrieben, die sich in ihrem Krankenhaus einem kleinen Eingriff unterzog. Unter der OP erlitt sie einen Herzstillstand, kam auf die Intensivstation und etliche Schläuche hingen aus ihr heraus. Im komatösen Zustand wusste sie nicht, ob das nun der Himmel oder die Hölle war. Später erklärten ihr die Kollegen, sie hätte eine Phase des Kicherns gehabt und keiner konnte sich erklären warum das so gewesen sei. Sie erklärte darauf, im Nebel ihrer Wahrnehmung hörte sie plötzlich eine Stimme, die ihren Namen aufrief und dann sagte: „*Wir werden Sie jetzt wiegen!*“ Sie grübelte eine ganze Zeit danach, wieso das Körpergewicht ein Kriterium für den Einlass in den Himmel sei. Die daraus resultierende Erheiterung hätte ihr dann sehr geholfen die belastende Situation zu überstehen.

Manchmal werden auch verschiedene Bezugsebenen durch Humor verdeutlicht. Z.B. in folgender Situation: >Eine Pflegefachperson hat furchtbar Angst vor Bienen. Als eines Tages ein solches Tierchen durch das offene Fenster in das Abteilungsbüro fliegt, rennt sie auf den Korridor und schreit lauthals: „*Jagd das Biest weg oder tötet es!*“ In diesem Augenblick erscheint die Abteilungsleiterin auf dem Flur und fragt: „*Wer ist da drin, die Oberschwester oder der Chefarzt?*“< (Bischofberger, 2002, 63)

Einen ähnlich missverständlichen Fall erlebte ich, als ein sehr adipöser Arzt nach der Visite noch telefonieren wollte. In unserem Dienstzimmer setzte er sich keuchend in den deutlich zu kleinen Stuhl. Er nahm den Telefonhörer in die Hand und fragte: „*Wie komme ich jetzt raus?*“ Der Stationsleiter sah verwundert auf den zwischen den Lehnen herausquellenden Leib, zuckte mit den Schultern und sagte: „*Weiss auch nicht!?*“

Gerade diese lustigen Anekdoten und Alltagshumor beim Pflegepersonal sollte gepflegt werden, um ein gutes Arbeits- und Alltagsklima zu erhalten. Immer von der Annahme ausgehend, Menschen im Wachkoma bekommen alles mit, registrieren sie, ob das Personal ein „lustiger Haufen“ oder eine „zerstrittene Horde“ ist.

4.5. Techniken und Wirkungen

Bischofberger (2002, 46ff.) gibt einen Überblick über emotionale und kognitive Wirkungen:

- Humor ermöglicht, Gesundheitsbeeinträchtigungen ins Leben zu integrieren
- Humor ist ein Ausdruck der Offenheit, ein Zeichen des Vertrautseins durch Humor werden die Persönlichkeit oder die Krankheit besser akzeptiert
- Humor ist ein Ausdruck innerer Harmonie
- Humor hilft, die Perspektive angesichts chronischer Krankheit zu verschieben
- Humor kann negativen Stress abbauen
- Humor kann Unannehmlichkeiten vermindern
- Humor kann Ablenkung verschaffen
- Humor hilft zur besseren Kontrolle in Angst einflössenden Situationen

Die hierzu passenden allgemeinen Humortechniken zur therapeutischen Anwendung werden bei Titze und Eschenröder (1998, 127ff.) nach Salameh angegeben:

- Überraschung: belanglose Vorfälle werden überraschend thematisiert, um therapeutische Botschaften zu übermitteln
- Masslosigkeit: offensichtliche Übertreibung/Untertreibung im Hinblick auf Grösse, Proportion, Zeit, Anzahl, Art und Qualität von Gefühlen und Verhaltensweisen
- Absurdität: Alles, was albern, unlogisch, unsinnig, verrückt, irrational, oder verdreht ist
- die *Conditio humana*: sie bezieht sich auf die Lebensumstände, mit denen die meisten Menschen konfrontiert sind. Der Therapeut betrachtet sie aus einem humoristischen Blickwinkel, aus dem heraus ihre Bedeutung relativiert erscheint
- Inkongruenz (Bisoziation, Paradoxie): Verknüpfung von zwei gewöhnlich nicht zusammen passenden Sachverhalten (Ideen, Gefühle, Situationen, Objekte usw.)
- Konfrontation, Bestätigung: diese Art von Humor konfrontiert den Klienten mit seinen fehlangepassten bzw. selbstschädigenden Verhaltensmustern. Gleichzeitig wird das personale Selbstwertgefühl bestärkt, und zwar unter der Annahme, dass ein konfrontativ provokanter Humor erst dann zur Wirkung kommen sollte, wenn er eine ermutigende Komponente einschliesst
- Wortspiel: Verwendung von Doppeldeutigkeiten, Bonmots, Schlagertexten, Anspielungen, gängigen Zitaten und Sprichwörtern zum Zwecke der Übermittlung von therapeutisch relevanten Botschaften

- Imitation, Spiegelung: humorvolles Imitieren von stereotypen Äußerungen des Klienten, die auf fehlangepasste Verhaltensmuster zurückzuführen sind
- Relativierung: bestimmte Ereignisse werden relativiert, indem sie in einen erweiterten Bezugsrahmen gestellt werden. Dadurch können sie ihre verabsolutierte Erhabenheit verlieren ...
- der tragik-komische „Dreh“: hier handelt es sich um eine Humortechnik, die beinahe eine chirurgische Präzision erfordert, um die selbstschädigende tragische Energie in die heilsame komische zu transformieren. ...
- Körperhumor: der Körper als Ganzes oder auch nur bestimmte Körperpartien werden eingesetzt, um nonverbal zu reflektieren, wie bestimmte fehlangepasste Manierismen auf die Umgebung wirken. Dadurch wird die Löschug derartiger Muster angeregt

Titze und Eschenröder meinen mit therapeutischem Humor in erster Linie psychotherapeutische Anwendungen. Die Techniken sind allerdings allgemeiner Art und zur Herstellung einer guten Pflegebeziehung sollte die gleiche Ernsthaftigkeit wie in jeder therapeutischen Beziehung zugrunde liegen. Um die Humortechniken richtig anzuwenden, verweist Titze noch einmal auf Salameh, der zwischen „*therapeutischem*“ und „*destruktivem*“ Humor unterscheidet. Mit dem „*destruktiven Humor*“ mache der Therapeut seinem eigenen Unmut Luft. Dies führe beim Patienten zu Verletztheit und Misstrauen und störe den therapeutischen Prozess. Bischofberger (2000, 274) zitiert den Bonner Gerontopsychologen Hirsch in diesem Zusammenhang: „*Was kränkt, macht krank*“. >Im Gegensatz dazu steht der therapeutische Humor im Einklang mit den Bedürfnissen des Patienten und fördert eine offene und freimütige therapeutische Beziehung.< (Titze & Eschenröder, 1998, 133)

5. Eine fröhliche Atmosphäre

„Fröhlichkeit ist gut für die Gesundheit, Mutlosigkeit raubt einem die letzte Kraft.“ (Sprüche Salomos 17,22)

5.1. Die Umgebung

>Menschen mit chronischer oder schwerster Erkrankung haben – so die weit verbreitete Sicht in westlichen Gesellschaften – nichts mehr zu lachen, und ihr Leiden geht in aller Regel einher mit Freudlosigkeit und Einsamkeit. Lebensfreude und Heiterkeit scheinen gemäss dieser Logik nur angesichts vollständiger Gesundheit oder zumindest vorübergehender Beschwerden möglich zu sein. Gehören Humor und Lachen daher – so könnte man umgekehrt fragen – zum exklusiven Gut der körperlich und seelisch Unversehrten? ... Humor und Heiterkeit, das zeigt sich in allen Kapiteln, sind daher Phänomene, die sich keiner medizinischen Diagnose beugen. ... Auch aktiv angebotener Humor ist für chronisch und schwer kranke Menschen unerhört wichtig, sind sie doch manchmal nicht in der Gemütslage, eine humorvolle Lebenshaltung aus eigener Kraft aufrechtzuerhalten oder gar zu fördern. Deshalb ist das Umfeld gefordert, als eine Art Katalysator zu wirken und Humor erlebbar zu machen.< (Bischofberger, 2002, 83f.)

Diese Aussage bestätigt, wie wichtig eine humorvolle bzw. heitere Umgebung in jeder Lebenslage ist, und sei es noch so schwere Betroffenheit durch eine Krankheit oder Ereignis. Die sich stellende Frage ist nun, wie dieses im Umgang mit Menschen im Wachkoma umgesetzt werden kann. Eine mögliche Antwort gibt die Ergotherapie:

>Der Mensch steht mit seiner Umwelt/Welt in Interaktion. Diese braucht er, um zu wissen, wo er sich befindet, um seine Welt in den „Griff“ zu bekommen. ... Diese natürlichen Gegebenheiten sind für Menschen im Wachkoma ebenso wirksam, nur können sie ihre Sinne und Funktionen nicht adäquat benutzen, um mit der Welt in Einklang zu kommen. ... Alle Verhaltensweisen, die wir als hospitalisiert, autoaggressiv oder autostimulierend bezeichnen, sind Ausgleichshandlungen oder Ausgleichsbewegungen, um das Gleichgewicht wieder herzustellen. Der Mensch versucht mit eigenen Mitteln Erfahrungen zu schaffen, die sein inneres Gleichgewicht wieder herstellen, die ihm „Nahrung fürs Gehirn“ bieten. Menschen mit autostimulierendem Verhalten verfügen nur über wenige Möglichkeiten, sich selbst Informationen zu beschaffen. Deshalb bieten wir Variationen der gesuchten Informationen an, um ein breiteres Erfahrungsspektrum erproben zu können und so die „gesuchte Nahrung“ in einen sinnvollen Zusammenhang zu bringen.< (Gregor & Grossmann, 2005, 54f.)

Hier sind kurz gefasst einige der darauffolgend beschriebenen „Ideen aus der Praxis“ (Gregor & Grossmann, 2005, 55f.) und in Klammern dahinter Möglichkeiten entsprechender humorvoller Stimulation:

- ❖ „Vibratorische Empfindungen geben Auskunft über Körperstellungen und Wecken Aufmerksamkeit“ (vgl. 3.1. Die innere Vibration)
- ❖ “Bei olfaktorischen Stimulationen sollte man besonders vorsichtig sein, denn Menschen können ihre Nasen nicht verschliessen und sind im Wachkoma den Stimulationen ausgesetzt, ohne sich abwenden zu können. Dennoch haben olfaktorische Reize eine grosse Bedeutung, sie sind tief verwurzelt mit Erinnerungen und Gefühlen.“ (vgl. 2.5 Humorvolle Stimulation)
- ❖ „Unmittelbar im Zusammenhang mit dem Riechen steht orales Empfinden. ... Fazilierte Bewegungen im Gesichts- und Mundbereich begleiten Handlungen im Zusammenhang mit Alltagssituationen, z.B. ich helfe dem Patienten mit dem Mund ein „Ooh“ zu formen, wenn etwas erstaunlich für ihn ist.“ (vgl. 2.6. Lächle, wenn Du mich erkennst)

- ❖ „Für akustische Anregungen gibt es im Handel spezielle Kassetten mit bekannten Geräuschen des Alltags. ... Neben musikalischen Angeboten ist auch das Vorlesen von Zeitungsartikeln, Geschichten und Gedichten sinnvoll. Hierbei müssen die Mithörer sehr genau beobachten, denn auch Ohren lassen sich nicht zuklappen.“ (vgl. 2.7. Lach mit mir)
- ❖ „Für visuelle Stimulationen sind kontrastreiche Bilder mit Zentralisierung günstig, z.B. schwarz-weiße Kringel, geometrische Muster oder Mandalas; ...“ (Einfach gezeichnete Cartoons entsprechen oft diesen Mustern, ob sie als Stimulanz geeignet sind, ist nicht bekannt.)

Gerade die Wesensart von Humor, die Perspektive wechseln und Vertrautes spielerisch aus einer andern Sicht betrachten zu können, kann für eine immer wieder interessant gestaltete Normalität genutzt werden.

5.2. Der fröhlich gestaltete Raum

Da die Einrichtung eines Humorzimmers in den meisten Einrichtungen aus organisatorischen Gründen nicht möglich ist, sollten Möglichkeiten einer Humorecke im Tagesraum einer Station gesucht werden. Es könnte eine Lachcouch oder Lachecke eingerichtet werden. Jeder, auch das Personal und die Angehörigen, der sich in diesem Bereich befindet, darf lustige und alberne Dinge von sich geben. Die Ausgestaltung eines Lachbereichs kann auch durch aktuelle Bezüge hergestellt werden, z.B. im Sommer die Dekoration eines Strandbereichs mit Hängeteppiche. In dieser kann auch der Patient mal Urlaub vom Stationsbetrieb machen. Zu Erntedank kann eine Dekoration mit Früchten und Gemüse zum Anfassen, Riechen oder sogar Pflücken anregen. Wichtig ist dabei, dass die Dekoration nicht als Bild betrachtet, sondern als Lebensraum genutzt wird. Ebenso sollte der Eindruck eines Kinderzimmers strikt vermieden werden, auch wenn Humor uns alle an unsere Kindheit erinnert. Ein Lachbereich für Menschen im Wachkoma sollte zudem nie grell leuchtend oder aufdringlich daherkommen. >Das Anbringen eines Mobiles oder anderer Materialien sollte aus diesem Grund nicht direkt im Blickfeld des Patienten erfolgen. Sinnvoll ist es, diese Dinge versetzt anzubringen, damit der Betroffene den Kopf oder den Blick wenden muss, um aus einer Normalperspektive zu sehen. ... Ausserdem ist es von grosser Bedeutung, den Patienten das Sehen aus verschiedenen Positionen heraus zu ermöglichen.< (Bienstein & Fröhlich, 2007, 221) Das wöchentliche Umgestalten des Raumes (z.B. durch Umstellen von Requisiten, Umhängen von Bildern), wie es bei Bischofberger (2002, 109) im Humorprojekt der Rehaklinik Zurzach-Baden beschrieben wird, sollte bei Menschen im Wachkoma deutlich zurückhaltender vorgenommen werden.

5.3. Der Lachkoffer

In den Publikationen werden unterschiedliche Begriffe eingebracht: Lachkoffer, Lachwagen, Lachkiste. Gregor & Grossmann (2005, 54) schreiben speziell zu Wachkoma: >Nach dem Aufbau von Ja/Nein-Codes und parallel zu logopädischen Ansätzen gibt es die Möglichkeit, über interessante Gegenstände ins Gespräch zu kommen. In „Wunderkisten“ mit gesammelten Inhalten können PatientInnen stöbern und wir können so manches „Aah“ und „Ooh“ entlocken. Das können Alltagsgegenstände sein, deren Funktion eindeutig ist. Aber auch Dinge ohne erkennbaren Sinn regen an, in die Hände genommen zu werden. Sie können glitzernd und bunt sein, möglicherweise „tun“ sie sogar etwas, wenn man mit ihnen hantiert (Geräusche, Lichter, Bewegungen, Vibrationen). Es ist eine einfache Möglichkeit, um den PatientInnen Ursache und Wirkung zu verdeutlichen.<

>Gibt es Möglichkeiten Humor nicht nur dem Zufall zu überlassen, sondern konkret und geplant im Pflegealltag einzubauen? Dieser Frage wollten wir nachgehen und es anhand eines

Hilfsmittels ausprobieren. Um die heitere Atmosphäre in unseren Abteilungen aktiv zu fördern, gestalteten wir dazu einen Lachkoffer.< (Urech & Bill,2002, 87) Als Inhalt beschreiben sie folgende Gegenstände (Urech & Bill, 2002, 88):

- Cartoons, DVD (visueller Spass)
- Musikkassetten, CD (Abwechslung, gute Laune)
- Scherzartikel (Humoristische Interventionen mit Scherzartikeln, unter anderem mit dem Ziel Tabuthemen anzusprechen, z.B. Furzkissen)
- Stifte (kreativer Humor)
- Ansteckknöpfe (bringt Farbe auf die Kleidung, signalisiert offene Haltung zu Humor)
- Humortagebuch des Stationsteams (macht Humor zum Thema im Team, liegt im Stationsbüro aus und bietet die Möglichkeit, kontinuierlich Anekdoten zu dokumentieren)

>Die Auswahl der Scherzartikel für eine pflegerische Intervention bei PatientInnen treffen Cornelia Bill und Elvira Urech, indem sie zuerst den Kontext einschätzen, das heisst, die Scherzartikel werden situationsgerecht verwendet. Wer den Lachkoffer benutzt, muss ungefähr abschätzen können, welche Reaktion die Intervention auslösen kann. Dieses Bewusstsein für eine zielgerichtete Verwendung bedeutet, dass die AnwenderInnen die Verantwortung tragen, die Reaktionen der PatientInnen sorgfältig zu beobachten und Auswirkungen aufzufangen.< (Bischofberger, 2002, 251)

5.4. Humorhighlights

Ein Humortag richtet sich eher an das Personal, um gezielt Humortechniken diskutieren oder erlernen zu können. Es können aber auch Gruppenarbeiten und Fallbesprechungen für einen bestimmten Menschen erarbeitet werden oder bereichsbezogene Humortage für BewohnerInnen oder Themen veranstaltet werden. Bischofberger (2002, 72f.) nennt Möglichkeiten von Humorinterventionen (Auswahl):

- Humor wird thematisiert/definiert
- Eindrücke und Erlebnisse von Patienten werden diskutiert
- Wortspiele, Sprüche, orthographische Missgeschicke werden ausgearbeitet
- Humortagebuch wird angelegt (Personal- oder Patienten-Humortagebuch)
- lustige Geschenke und Mitbringsel von Angehörigen thematisieren
- Videos, Kassetten, CD, DVD, Spiele etc. mit heiterem Inhalt sammeln
- Humor an besonderen Tagen (z.B. am 1.April, Sylvester etc.)
- Humorgruppen bilden
- eine Sprache für Humor entwickeln
- Humor im Klinik-/Heimleitbild
- Humorbereich oder Lachkoffer gestalten

>Das Ziel eines solchen Tages könnte sein, das Wissen über den Humor und die eigene Auseinandersetzung mit ihm zu fördern. Darüber hinaus sollte an einem Humortag jeder Teilnehmer die Möglichkeit haben, die positiven Aspekte des Humors sozusagen am eigenen Leib zu erfahren. ... Ein Humortag darf den Teilnehmern auch unvorhergesehene oder unkonventionelle Dinge zumuten, z.B. eine Clownnase als Eintrittskarte. ... Eine weitere, etwas andere Variante wäre, einen Humortag mitten im Arbeitsalltag z.B. auf einer Wohngruppe eines Pflegeheims einzurichten. Für diese Gelegenheit könnte ein Humorflur (mit lustigen Anekdoten, Witzen, Bildern, Cartoons), wenn möglich mit Hilfe von Bewohnern, vorbereitet werden. Auch könnte ein Clown eingeladen werden, der die Bewohner und die Beschäftigten an diesem Tag humorvoll begleitet.< (Siegel, 2005, 72f.)

5.5. Das humorvolle Personal

>Humor als Mittel der Kommunikation wird von PflegeexpertInnen relativ häufig eingesetzt. Viele von ihnen zögern jedoch, über die humorvollen Aspekte pflegerischer Beziehungen zu sprechen, weil sie so situationspezifisch und daher leicht misszuverstehen sind. Humor kann helfen, eine verfahrenere Situation aufzulockern, jedoch erfordert der wirksame Einsatz von Humor ein tiefes Verständnis für die Hintergründe der Situation, erste Ansätze von Vertrauen und vor allem viel Respekt. (Benner, Wrubel, 1997, S.39)< (Gardemann, 1999, XI) Gardemann verweist darauf, dass Humor als Möglichkeit zum Aufbrechen verkrusteter Strukturen und „*insulaner Arbeitsweisen*“, als auch zur Überwindung von Alltagshinderissen und emotional belastenden Situationen im immer mehr ökonomisierten hochkomplexen Bereich Krankenhaus dem Personal neue Perspektiven zur Betrachtung der Arbeit geben kann. >Therapeutischer Humor durch Pflegenden selbst oder durch humoristische Professionelle fördert die Gesundheit, baut Ängste ab und erleichtert somit letztlich die Tätigkeit der Pflegenden.< (Gardemann, 1999, XVIII)

>Eine Pflegekraft aber, die ständig missgelaunt ist und sich allzeit gehetzt fühlt, sollte überlegen, woran das liegt und ob sie etwas dagegen tun kann. In diesem Zusammenhang spielt das Arbeitsklima auf der Station eine grosse Rolle.< (Müller, 2003, 23) >In unserer Arbeit ist Lachen daher stets willkommen. Es schafft eine Atmosphäre von Wohlwollen und Vertrauen. ... Dies bestätigen Rückmeldungen von PatientInnen, Angehörigen sowie auch der interdisziplinären Dienste, ... Oft hören wir die Worte „*Zu euch kommen wir gerne, ihr habt immer etwas zu lachen.*“ Diese Kommentare zeigen uns, dass Lachen ein allgemein geschätztes Charakteristikum in der menschlichen Kommunikation und ganz besonders im Akutspital ist.< (Urech, Bill, 2002, 87)

Bischofberger verweist darauf, dass die gezielte Anwendung von Humor mit deren Erfahrung zusammenhänge, da Pflegenovizen ihre gesamte Konzentration noch auf die korrekte Verichtung der Pflege konzentrieren müssten. >In Anlehnung an das Werk von Patricia Benner „*From Novice To Expert*“ (Benner, 1984) weist diese Aussage darauf hin, dass Pflegefachpersonen reflektierte jahrelange Erfahrung benötigen, um ihrer Intuition für den Humorgebrauch in der Pflege vertrauen zu können. Humor gewinnt im Laufe der Berufserfahrung in der Tat immer mehr Facetten.< (Bischofberger, 2002, 60f.) Oft sei die komische Erfahrung kaum wiederzugeben, denn der Kontext wirke ausserhalb der Situation „*rasch fade und trocken*“. Deshalb kenne jede/r Pflegenden humorvolle Menschen in der eigenen Umgebung, die Humor auch in der Pflege einsetzen, nehme dies aber meist nicht bewusst wahr. Der Clown Pello (Bischofberger, 2002, 109) äussert sogar, „*dass die Humoraktionen zuerst beim Personal beginnen müssen*“, bevor man sich an Patienten „*herantastet*“. >Die Initiative von einzelnen engagierten Schlüsselpersonen nahm im Laufe von drei Jahren immer mehr und konkreter Gestalt an. Zum einen trug Pello wesentlich zur Gestaltung des Projektes (Anm.: Reha Zurzach-Baden) bei, und zum anderen ermöglichten die Mitglieder der Humorgruppe die Umsetzung der Ideen, der konzeptionellen Elemente sowie der Realisierung von Grossprojekten in der gesamten Klinik.< (Bischofberger, 2002, 111)

Oft dient Humor dem Pflegepersonal auch als Bewältigungsverhalten in Stressbelastenden Situationen. >Humor tritt häufig in Klinikbereichen wie Intensivstationen, Notaufnahmen oder Operationssälen auf, wo die Stimmung angespannt, die Angst bei Patienten und Personal hoch und der Tod eine konkrete Bedrohung ist. Je mehr Witz und Albernheit das Personal von sich gibt, desto angespannter und ängstlicher ist es. Der Humor wird immer makabrer, zotiger und grobschlächtiger. Je schlimmer die Situation, desto derber muss auch der Humor sein, damit man sich abreagieren kann. Je gefühlbeladener ein Bereich ist, desto mehr regt er zum Lachen an, und schliesslich hilft nur noch purer Galgenhumor. Ist die Angst oder Anspannung jedoch zu hoch und hat die Stufe der Panik erreicht, kann der Humor versagen, und die er-

wünschte Wirkung bleibt aus.< (Robinson, 1999, 57) >Humor und Lachen werden so zur kollektiven Bewältigung. Problematisch ist, wenn PatientInnen oder Angehörige durch den grobschlächtigen Humorstil der Professionellen brüskiert sind.< (Bischofberger, 2002, 61f.) Dies sei unter allen Umständen zu vermeiden, wenn es dennoch einmal passiert sei, brauche das Pflegepersonal die Grösse, sich entsprechend zu entschuldigen. Sie erwähnt einen Fall, in dem zwei Pflegenden einen 140 kg schweren Patienten lagern wollten und auf dem Flur „*Federchen*“ nannten. Dies bekam die Ehefrau mit, für die es derb und abschätzig klang. In einem Gespräch nahm sie glücklicherweise die Entschuldigung der Pflegenden an. Am nächsten Tag bastelten die Pflegenden ihr eine Karte mit der Aufschrift: „*Wenn hier gelacht wird, hat die Krankheit nichts mehr zu lachen.*“ Die Mitteilung sollte lauten, dass es für eine gute Pflege auch dem Pflegepersonal gut gehen muss, trotzdem sollte bei Bewältigungshumor des Personals kein Patient thematisiert werden. (vgl. Müller, 2003, 103f., „Patientenbezogenes Sprachverhalten“)

Folgendes sollte aber immer bedacht werden: Pflegenden sind auch „*nur*“ Menschen und müssen ihre Situation bewältigen. Humor als Bewältigungsstrategie kann helfen, Überforderungszustände wie z.B. „*BurnOut*“ (Ausgebranntsein) und die daraus resultierenden negativen Folgen zu vermeiden.

5.6. Die humorvollen Angehörigen

>Konsequente Patienten- und Angehörigenarbeit werden in der professionellen Pflege seit längerem gefordert. Beim Konzept Humor heisst es oft, dass Humor erst dann angebracht sei, wenn erste humorvolle Zeichen von Patienten- oder Angehörigenseite ersichtlich seien. Wenn Humor zu früh oder zu deutlich von den Pflegenden animiert werde, könne dies Skepsis hervorrufen. Zum Beispiel könnte viel zu lautes Gelächter in den Spalkorridoren den Anschein erwecken, dass zu wenig seriös gearbeitet wird.< (Bischofberger, 2002, 223)

Ein Beispiel zeigt, wie selbst Humorprofis über dieser Frage nachdenklich werden: >Der bekannte Kabarettist Dieter Hildebrandt beschreibt in seinem Buch „*Denkzettel*“ den Besuch bei seiner schwer kranken Frau Jutta, die mit der Diagnose „*Aneurysma*“ auf der Intensivstation liegt. Als er eintritt, hört und sieht er etwas, das er hier nicht vermutet hätte: lachende Pflegenden. Unwillkürlich fragt er sich: „*Darf man das hier?*“ Nach kurzem Nachdenken kommt er zu dem Schluss: „*Man darf!*“, denn er weiss, wie befreiend und erleichternd ein Lachen ist. Und ausserdem: Soll man Menschen, die sowieso schon schwer krank sind, nicht wenigstens Fröhlichkeit spüren und sie so weit wie möglich daran teilhaben lassen? Ausserdem ist damit zu rechnen, dass lachende Pflegenden im Umgang mit den Patienten mehr Einfühlbarkeit an den Tag legen als mufflige. „*Schade, dass Jutta nicht mitlachen kann!*“ schreibt Dieter Hildebrandt weiter, und nachdem er noch erwähnt hat, er habe einen „*Hauch von MASH*“ verspürt, schliesst er seinen Bericht mit den Worten: „*In dem Haus herrscht einfach Leben.*“ Recht hat er, der Dieter Hildebrandt, wie sonst meistens auch! Wenn Leben herrscht, kommt das Lachen zustande, das ihn zunächst verwunderte. Aber es gilt auch umgekehrt: Wo gelacht wird, herrscht Leben.< (Müller, 2003, 107f.)

Noch während des Prozesses der Verarbeitung des Geschehenen müssen die Angehörigen Perspektiven entwickeln und vielerlei Alltagsgeschehen regeln. Dazu sind sie als wichtigste Bezugspersonen für den Menschen im Wachkoma unentbehrlich, müssen aber selbst erst einmal mit der Situation umgehen lernen. Zudem erleben auch sie ihren Angehörigen in Kliniken und Heimen in einer für sie fremden, eventuell angstbesetzten Umgebung. >Für Angehörige kann es sehr erleichternd sein, wenn sie beim Pflegepersonal Humor spüren und lachen hören. Das vermittelt ihnen das Gefühl der Leichtigkeit und Erleichterung. Nicht selten nehmen die professionell Pflegenden eine Katalysatorfunktion ein, um Humor zum Leben zu erwecken, denn noch immer ist es für viele Familien mit pflegebedürftigen Angehörigen ein unge-

wohnter Gedanke, Humor bewusst und sogar im Angesicht von Krankheit und Tod zu erleben oder gar zu fördern. Um so dankbarer sind sie für Anregungen von Seiten des Pflegepersonals, das mit dem Konzept Humor vertraut ist!< (Bischofberger, 2002, 243)

Die Wichtigkeit der Angehörigenarbeit im Bereich Wachkoma ist nicht zu unterschätzen: >Angehörige sind für uns die besten Therapiepartner, wenn sie gut angeleitet und begleitet werden. Es sind Menschen, die dem Patienten am nächsten stehen, die am meisten Einfluss haben und die besten Informationen geben können. Als Therapeuten müssen wir uns darüber im Klaren sein, dass sich Angehörige selbst in einer Lebenskrise befinden und (wenn nicht therapiebedürftig, so doch wenigstens) begleitungs- und beratungsbedürftig sind. Sie sind durch die in den meisten Fällen akute und plötzliche Erkrankung ihres Angehörigen ähnlich tief getroffen, verzweifelt und hilflos, wie die Patienten selbst. Dazu plagen sie oft finanzielle und rechtliche Sorgen, Zukunftsängste und normale Alltagsprobleme. Sie brauchen die Möglichkeit, über ihre momentanen Gefühle zu sprechen und selbst konkret etwas tun zu können.< (Gregor & Grossmann, 2005, 47)

5.7. Ist Humor erlernbar?

Einige Faustregeln zum Erlernen humorvoller Interventionen (Bischofberger, 2002, 250):

- Mit einer einfachen Intervention beginnen.
- Mit einschätzbarem Risiko beginnen.
- Erwartungen an die PatientInnen, Angehörigen oder KollegInnen realistisch einschätzen.
- Sich selber nicht überfordern.
- Freude am Detail.
- Übung macht den Meister.

Um Aufmerksamkeit zu erzeugen, nennt Robinson (1999, 162f.) die „Zehn Gebote der Komik“ nach Max Eastman (modifiziert):

- Seien Sie interessant (emotionales Interesse wecken)
- Seien Sie sachlich (keine Themen, die zu nahe gehen)
- Seien Sie unverkrampft (nicht auf Biegen und brechen komisch sein wollen)
- Bedenken Sie den Unterschied zwischen einem Witz und einer lustigen Geschichte (Überlegen Sie, ob Sie pointiert prägnant oder konstant amüsant sein wollen)
- Seien Sie plausibel (Führen Sie Schritt für Schritt)
- Seien Sie plötzlich (Machen Sie die Pointe zu einer echten Überraschung)
- Seien Sie geschmackvoll (Diese Forderung ist selbst ein Witz!)
- Achten Sie auf ihr Timing (Es muss wirken)
- Achten Sie darauf, Ihr Publikum zu befriedigen (das Gegenüber soll sich amüsieren)
- Vermeiden Sie jede ernste Enttäuschung (Überlegen Sie, wie Sie die Situation im Falle einer Enttäuschung retten können)

Iren Bischofberger gibt noch einige Tipps aus der Praxis für die konkrete Umsetzung von Humor in pflegerischen Institutionen (Bischofberger, 2002,247):

- ❖ Gute Ideen für Humor in der Pflege gibt es zuhauf, nur lässt sich leider nicht jede gute Idee realisieren. Daher ist es sinnvoll, die eigene Idee im Voraus kritisch anhand einiger Fragen zu überprüfen, bevor ein Projekt initiiert wird.
- ❖ Ich habe die Erfahrung gemacht, dass sich viele SeminarteilnehmerInnen vor lauter Begeisterung riesige gesamtbetriebliche Projektideen ausdenken. Bald merken sie jedoch, dass dazu eine Unmenge an Ressourcen erforderlich ist – Zeit, Geld, Räumlichkeiten, Sitzungen usw.. Gerade bei Humoridaen, mit denen die InitiantInnen in ihren Institutionen Neuland betreten, ist kleiner jedoch meistens feiner. Entscheidend für den Erfolg und die Akzeptanz ist nicht der Umfang eines Projektes, sondern das Er-

gebnis, das heisst die Wirkung von Humor bei den PatientInnen, Angehörigen oder bei den Kollegen.

- ❖ Damit Ideen realisiert werden können, ist nicht nur eine zündende Idee nötig, sondern auch die Planung für deren Umsetzung. Dazu kann ein Aktionsplan hilfreich sein. Dieser Aktionsplan hilft, Humorinterventionen systematisch zu durchdenken.
- ❖ Ist die Intervention ausgewählt, muss sie je nach Vorkenntnissen und Fähigkeiten eingeübt werden. Wie bei anderen pflegerischen Interventionen auch, gibt es nur selten MeisterInnen, die vom Himmel fallen.

6. Die individuelle Humorpraxis

„Witze produzieren Gelächter, aber Humor ist eine Geisteshaltung!“ (Eleonoere Höfner)

6.1. Pflegeprozess

Zum individuell gezielten Einsatz von Humor für Menschen im Wachkoma ist eine sorgfältige Planung, Durchführung und Evaluierung nötig. Dadurch wird es ermöglicht, auf Bedürfnisse einzugehen, gesundheitsfördernd zu wirken und Risiken richtig abzuschätzen.

>Humor als geplante Intervention ins pflegerische Geschehen kann analog zum Pflegeprozess gestaltet werden. Am Anfang steht dabei eine Humoranamnese. Gewinnt man aufgrund der gesammelten Informationen den Eindruck, dass ein Bedürfnis des Patienten eventuell durch Humor gestillt werden kann, sieht der nächste Schritt die Planung und Durchführung einer geeigneten Humorintervention vor. Dazu gehören differenzierte Überlegungen zu der Art und Weise des Humoreinsatzes. Zum Schluss wird die Humorintervention evaluiert, falls möglich gemeinsam mit dem Patienten. Diese Möglichkeit bietet sich auch bei spontanem, nicht geplantem Humor an. Mögliche Fragen könnten sein: War die Intervention erfolgreich oder nicht erfolgreich? Ist die Botschaft angekommen? Wie hat sich der Patient gefühlt? Ist es sinnvoll weitere Humorinterventionen zu planen? Ein wichtiger Schritt nach der erfolglosen Intervention ist die Frage, warum diese gescheitert ist. Lag es an der Methode, am falschen Zeitpunkt, am Inhalt der Intervention oder lehnt der Patient humorvolle Interventionen generell ab?< (Siegel, 2005, 56)

6.2. Persönlichkeitsmerkmale

>Denken Sie scharf nach. Kennen Sie auch nur einen einzigen Menschen, der von sich selbst sagt, er hätte keinen Humor? Sehen Sie, auch Sie kennen keinen! Humorlos sind immer nur die anderen. Humorlos finden wir Leute, die „unseren“ Humor nicht verstehen. Wenn ich zum Beispiel ein Fan von Dick und Doof bin und ein anderer dabei nicht das müdeste Lächeln zustande bringt, dann ist er eben humorlos, keine Frage!< (Höfner, 1995, 52) Um Humor in der Pflege und Alltagsgestaltung planen zu können, brauchen wir eine genaue Kenntnis der Vorlieben des Patienten. Hierzu kann folgendes Schema helfen: >In der heutigen Diskussion zu Humor als Persönlichkeitsmerkmal werden vier Domänen von Charakteristiken umschrieben, die Humor kennzeichnen (Ruch, 1998):

Abb. 10: Humor als Persönlichkeitsmerkmal nach Ruch

Domäne	Charakteristik
Heiterkeit	hier finden sich Merkmale, die auf die heiter-heile Seite von Humor hinweisen: z.B. fröhlich, albern oder lustig
Vernunft	hier ist der trockene, scharfzüngige oder witzige Humor im Vordergrund
Unsinn	hier dominieren absurder, frivoler oder bizarrer Humor
Mürrisckheit	hier zeigt sich Humor beissend, spöttisch oder zynisch

Anhand dieser vier Domänen ist deutlich zu erkennen, dass Humor als Persönlichkeitsmerkmal eine sehr grosse Bandbreite hat. Auch „negative“ oder sozial mitunter eher unangenehme Eigenschaften können dem Konzept zugeordnet werden.< Bischofberger (2002, 32f.)

>Stellt man sich Humor als ein Kontinuum zwischen den Polen „hilfreich“ und „verletzend“ vor, so wird ersichtlich, dass alle Menschen je nach Werthaltung, gesellschaftlichen Normen und persönlichen Erfahrungen ihre Humorstile unterschiedlich auf dem Kontinuum einord-

nen. ... Viele Menschen nehmen Humor spontan als „*Positivum*“ wahr, was sich im Volksmund als „*Lachen ist die beste Medizin*“ äussert. Bei genauerer Betrachtung erkennen sie, dass Humor auch bittere Medizin sein kann, wenn der Fokus auf Ironie oder gar Sarkasmus liegt. Ob man diese Abweichung von therapeutisch wirksamem Humor noch als solchen bezeichnen kann, darüber sind sich die VertreterInnen der Sprachwissenschaften, Psychotherapie, Humorforschung und Philosophie uneinig. Die Anerkennung des oben erwähnten Kontinuums als gemeinsame Grundlage ist wichtig, insbesondere wenn PatientInnen von verschiedenen Kulturen oder sozialen Gruppen betreut werden, denn die Bedeutung von Humor und Lachen ist aufgrund der Biographie und sozialen Umgebung sehr facettenreich.< (Bischofberger, 2000, 272) >Da die Vorlieben der PatientInnen handlungsleitend sein sollten, lautet eine weitere Definition kurz und bündig: Was immer die kranken Menschen zum Lachen anregt und von ihnen als lustig wahrgenommen wird, ist Humor (Pasquali, 1991). Dieses konsequent patientenorientierte Verständnis von Humor weist den PatientInnen viel Definitionsmacht zu, denn sie bestimmen, welcher Humorstil ihnen am meisten behagt. Diese Umschreibung verlangt von den professionellen HelferInnen viel Einfühlungsvermögen, möglicherweise auch Konfliktfähigkeit, wenn sie den Humor der PatientInnen nicht teilen, nachvollziehen oder tolerieren können.< (Bischofberger, 2002, 34f.)

6.3. Anamnese

>Humor ist sicherlich ein spontanes Phänomen, das sich oft überraschend Bahn bricht, gerade darin liegt ja sein Reiz. Er ist nicht immer planbar. Dennoch kann das Wissen über den Sinn für Humor eines Patienten wesentlich dazu beitragen, ihn näher kennen zu lernen, um so humorvoll seinen Geschmack zu treffen. Eine Humoranamnese kann dazu beitragen.< (Siegel, 2005, 51) Sie stellt folgende Fragen, die hier für die Biographiearbeit mit Angehörigen von Menschen im Wachkoma entsprechend formuliert sind:

- Hat er/sie oft gelacht?
- Was hat ihn/sie zum Lachen gebracht? (Filme, Komiker, Personen, Bücher etc.)
- Mit wem konnte er/sie am besten lachen?
- Wie fühlte er/sie sich, wenn er/sie herzhaft gelacht hat?
- Kennen Sie zwei oder drei lustige Anekdoten aus seinem/ihrer Leben?
- Welche Arten von Humor schätzte er/sie? Was fand er/sie überhaupt nicht lustig?
- Welche negativen Seiten von Humor hat er/sie erlebt?
- Hat er/sie Humor während Erkrankungen erlebt oder benutzt?
- Wird er/sie trotz der eingetretenen Veränderungen Humor erleben wollen?
- Welche Art von Humor würde er/sie im Krankenhaus, Pflegeheim, in der ambulanten Pflege zu schätzen wissen?

Robinson, Bischofberger und Siegel verweisen darauf, dass es angebracht ist, wenn humorvoll Pflegende eine eigene Humoranamnese erstellen: >Eine persönliche Humoranamnese ist sicherlich auch für Pflegende in ihrer Auseinandersetzung mit ihrem eigenen Humor hilfreich.< (Siegel, 2005, 51)

Die Anamnese durch Angehörige und Freunde des Menschen im Wachkoma ist nicht immer einfach, da jeder eine andere Wahrnehmung hat, die Person in anderen Situationen erlebte und durch das traumatische Ereignis bedingt Erinnerungen verändert. Oft ist es auch so, dass Menschen an verschiedenen Orten (z.B. Zuhause, Kneipe, Clique, Theater, Verein etc.) verschiedene Arten von Humor erlebt und kultiviert haben. Ziel sollte eine umfassende Anamnese sein, anhand dieser Ressourcen, Möglichkeiten und Ziele in die Planung aufgenommen werden können.

6.4. Pflegeplanung

In Bischofberger (2002, 80) werden Möglichkeiten einer Humoranpassung nach Pasquali (1990) zitiert:

- ❖ *Angstniveau einschätzen*: Humor ist angebracht, wenn PatientInnen milde oder moderate Angstzustände haben und wenn Humor die Ängstlichkeit senken kann.
- ❖ *Bewältigungstil erkennen*: Humor ist angebracht, wenn er für die PatientInnen eine wirkungsvolle und hilfreiche Bewältigungsstrategie ist, wenn er zu neuer Erkenntnis verhilft, wenn er neue Perspektiven eröffnet, wenn er soziale Distanz verringert und wenn der kognitive und emotionale Zustand der PatientInnen die Wahrnehmung von Humor und die Reaktion von Lachen erlaubt.
- ❖ *Humorstil anpassen*: Humor der professionellen HelferInnen ist angebracht, wenn er mit dem Humorstil der PatientInnen möglichst übereinstimmt, „Lachen mit“ und nicht „Lachen über“ muss im Zentrum stehen.

>Diese Kriterien zur Auswahl bei Humorinterventionen gilt es ernst zu nehmen, um ein mögliches Risiko gering zu halten.< (Bischofberger, 2002, 80) >Freud (1905) schreibt, der komische Effekt könne nur Vergnügen auslösen, wenn eine Entlastung damit verbunden sei. Leidet die betroffene Person zu stark unter Schmerzen oder Angst, oder findet sich in einer Opferrolle wieder, benötigt sie all ihre Energie, um die Gefahr abzuwenden, und die Komik verpufft. Nur wenn die Angst in einem gewissen Masse unter Kontrolle ist, können Anspielungen darauf als komisch empfunden werden. Erst wenn die akute Krise vorüber oder die Angst unter die Panikstufe gesunken ist, kann die betreffende Person lachen.< (Robinson, 1999, 57)

Welche Art von Humor eingesetzt wird, hänge davon ab, „*ob wir eher Humor als Geisteshaltung kultivieren oder Lachen aktivieren wollen.*“ (Bischofberger, 2002, 71f.) Klassifikationen von Humorinterventionen seien „Unterstützung der Wahrnehmung, der Wertschätzung und des Ausdrucks von lustigen, amüsanten oder grotesken Situationen durch Patienten mit dem Ziel, Beziehungen herzustellen, Spannungen zu lösen, Ärger abzubauen, das Lernen zu erleichtern oder mit schmerzhaften Gefühlen umzugehen (McCloskey/Buluchel, 1992).“ (Bischofberger, 2002,70)

Es gibt drei Interventionsarten (Abb. 11) nach Bischofberger (2002, 71):

Abb. 11: Interventionsarten

Interventionsarten	Erläuterungen/Beispiele	Interventionsziele
Indirekter Humor	Humor und Lachen ereignen sich aufgrund von „ <i>materiellem</i> “ Humor, d.h. Comics, Filmen, Juxartikeln, Büchern, Kassetten und ähnlichem. Die Intervention hängt also nicht direkt von der intervenierenden Person ab.	Humor und humorvolle Anregungen sind mittels verschiedener Hilfsmittel jederzeit und basierend auf den individuellen Bedürfnissen zugänglich.
Direkter Humor	Humor wirkt durch direkte und bewusste verbale oder nonverbale Kommunikation, z.B. durch Wortspiele, Scherzen oder Augenzwinkern.	Humor soll in der persönlichen Kommunikation erlebt und ausgedrückt werden.
Geplant (oft auch verknüpft mit indirektem Humor)	Humor wird als Intervention geplant, z.B. die Initiative für ein Humortagebuch, der Auftritt eines Clowns oder das Vorlesen einer Geschichte.	Durch die geplante Intervention soll Humor an Bedeutung im Pflegealltag gewinnen und nicht nur dem Zufall überlassen bleiben.

>Trotz Humor sollte der Patient immer das Gefühl haben ernst genommen zu werden. Das bedeute, dass die betreuende Pflegekraft den Ernst einer Situation, wie die einer Krankheit, eines Heimaufenthaltes wahrnehmen muss, um das richtige Mass und die richtige Form von Humor zu finden, bzw. um sensibel dafür zu sein, wann eine humorvolle Intervention unangebracht ist. Der Ernst einer Situation (wie Ängste, Probleme etc.) sollte trotz Humor nicht verniedlicht oder verharmlost werden. Je besser man einen Patienten mit seinen Vorlieben und seinem Sinn für Humor kennt, desto einfacher wird es sein, die passende Humorspritze zu setzen.< (Siegel, 2005, 49)

Gerade Pflegepersonal in Langzeitpflegeeinrichtungen ist hier im Vorteil gegenüber Bereichen, in denen sich der Mensch im Wachkoma nur kürzere Zeit aufhält. Risiken sieht Siegel folgendermassen (2005, 53):

- kognitive Fehleinschätzung (z.B. Überforderung, mangelhafte Einbeziehung der Humorerfahrungen)
- emotionale Fehleinschätzung (z.B. der Situation des Pflegeempfängers)
- sozial-kommunikative Fehleinschätzung (z.B. des Willens/Vermögens des Pflegeempfängers)
- materiell-gegenständliche Fehleinschätzung (z.B. falsch gewählter Humorstimulus)

Bischofberger (2002, 79) sieht unerwünschte Wirkungen:

- wenn Humor nicht angebracht und unsensibel ist
- wenn der Humorstil langweilig und ermüdend wirkt
- wenn die Arbeitsqualität abnimmt
- wenn zu stark auf die stressreduzierende Kraft gesetzt wird, ohne andere Bewältigungsstrategien zu berücksichtigen
- wenn Humor zur falschen Zeit als Intervention eingebracht wird

Timing ist also nicht nur im Humor selbst unheimlich wichtig, sondern auch bei der Planung:

>Die Unterscheidung zwischen Humor und Lachen wird dann besonders wichtig, wenn VersorgungsakteurInnen Ziele und Wirkungen bei PatientInnen oder im Team definieren wollen. Soll vor allem Humor kultiviert werden? Oder steht Lachen im Vordergrund? Diese Ziele fordern jeweils unterschiedliche Interventionen.< (Bischofberger, 2002, HumorCare, internet)

Für Lachen sei eher der indirekte pointierte stimulierende Humor mit lustigen Filmen und andere Witzigkeiten geeignet. Für die Kultivierung einer humorvollen Geisteshaltung sei eher der direkte besinnlich wirkende Humor gemeinsamer Erlebnisse oder in liebevoll ausgestalteten Texten geeignet. Geplanter Humor verknüpft diese beiden Elemente zwar, den Schwerpunkt allerdings müssen die Pflegenden setzen.

Humor kann in drei möglichen AEDLs in die Pflegeplanung aufgenommen werden. Entscheidend ist der Sinn und Zweck, den Humor erfüllen soll:

- ❖ AEDL 1: *Kommunizieren können*. Ziel: Humor soll das Bedürfnis und die Entwicklung zur Kommunikation fördern sowie die Aufmerksamkeit steigern. Dies sollte die häufigste Planungsstruktur sein.
- ❖ AEDL 12: *Soziale Bereiche des Lebens sichern können*. Ziel: Mit Humor lässt sich die neue Lebenssituation ausgestalten und Identität stiftende Interaktionen fördern. Hier kann die o.g. angesprochene Angehörigenarbeit integriert werden (s. 5.6.).
- ❖ AEDL 13: *Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können*. Ziel: mit Humor können schwierige Themen angesprochen und verarbeitet werden. Dies sollte reflektiv unterstützend nur eingebracht werden, wenn die PatientInnen initiativ werden, z.B. beim Auseinandersetzen mit der eigenen Situation oder bleibenden Handycaps nach dem Erwachen aus dem Wachkoma.

Eine lockerere Alternative zur Pflegedokumentation ist ein „Humortagebuch für PatientInnen“. Hier kann das Pflegepersonal eintragen, wann, wie und welcher Humor mit wem ge-

wirkt hat. Wenn möglich, können die PatientInnen das Tagebuch selber führen. >Seit kurzem liegt im Lachkoffer auch ein Buch für PatientInnen, in dem sie von ihren humorvollen Erlebnissen während des Spitalaufenthaltes berichten können. Wir sind immer wieder erstaunt über die vielen kreativen und skurrilen Ideen und Fantasien der PatientInnen. Eigentlich hätten wir das Tagebuch schon viel früher in den Koffer legen sollen!< Urech, Bill (2002, 88)

6.5. Durchführung

>Die Grundvoraussetzung für die Arbeit mit Humor besteht im Wissen und Bewusstsein darüber, dass jeder Mensch eine andere Art von und einen unterschiedlichen Zugang zu Humor hat. Die Akzeptanz und Wertschätzung des Gegenübers, eine wohlwollende emphatische Haltung sowie theoretische Kenntnisse über das Konzept lassen Humor meist auf einen fruchtbaren Boden fallen. Dies kann für PatientInnen bedeuten, dass der Alltag farbiger wird ...< (Urech, Bill, 2002, 96) Zur Darstellung des praktischen Umgangs benutzen sie folgendes Bild: >Die Humorleiter können wir an einem beliebigen Ort anstellen. Die einzelnen Sprossen verstehen wir als das wachsende Bewusstsein und als unsere zunehmenden Kenntnisse und Fähigkeiten in Humor und Humorinterventionen. Neben der Leiter steht der Fettnapf. Während oder nach einer unpassenden Intervention oder einem Lachen zur falschen Zeit droht die Gefahr des Hineintretens oder –fallens.< (Urech, Bill, 2002, 97) Bei guter Anamnese und vorsichtigem Aufstieg wären die Risiken gering.

6.6. Evaluation

>Vermeintliche oder wirkliche Misserfolge sollten jedoch ernst genommen werden. Sie weisen inmitten der Begeisterung für das Pflegekonzept Humor darauf hin, dass Humorinterventionen im individuellen Kontext auch unerwünschte Auswirkungen haben können. Kontinuierliche und sorgfältige Überlegungen zu Humor und zum Einsatz im klinischen Bereich sind daher notwendig, um die Interventionen immer mehr zu differenzieren und der individuellen Situation anzupassen. ... Falls der Tritt ins Fettnäpchen stattgefunden hat ... besteht noch die Möglichkeit sich beim Patienten zu entschuldigen. Wird jedoch eine Entschuldigung von den PatientInnen in diesem Moment überhaupt angenommen? Diese Frage können wir klar mit „Ja“ beantworten, falls die Entschuldigung ehrlich ist und falls die PatientInnen als Individuen wertgeschätzt und respektiert werden.< (Urech, Bill, 2002, 92)

Folgende Fragen sollten in einer Evaluation gestellt werden (Bischofberger, 2002, 77f.):

- Konnte Spannung abgebaut werden?
- Worüber und mit wem wurde gescherzt?
- Wurde die Beziehung gestärkt?
- Welches waren die Reaktionen der Intervention?
- Wurde Humor in der Situation angepasst angewendet?
- Ist verbaler und/oder nonverbaler Humor als solcher erkennbar/spürbar gewesen?
- Konnte Ablenkung oder Erleichterung verschafft werden?
- Konnte die angesprochene Person zum Lachen/Lächeln angeregt werden?
- Wird Humor vermehrt wahrgenommen?
- Sind Einträge ins Humortagebuch gemacht worden?
- Wurden Medien genutzt?
- Sind weitere (Humor-)Ressourcen vorhanden?
- Was könnte mit den PatientInnen und deren Angehörigen in Bezug auf Humor weiter geplant werden?

>Auch hier ist es sinnvoll, die Antworten an geeigneter Stelle zu dokumentieren, um später wieder darauf zurückgreifen zu können. Beobachten wir erfahren Pflegende, so erkennen wir

oft, dass sie die Wirkungen ihrer Intervention rasch wahrnehmen und sogleich wieder in neue anamnestische Fragen und anschließende Interventionen verweben. Bei ihnen entsteht so ein ständiges Wechselspiel zwischen Anamnese, Intervention und Evaluation. Die Fähigkeit, Übergänge zwischen diesen drei Ebenen fließend zu gestalten, ist bei einem dynamischen Phänomen wie Humor geradezu notwendig, denn die Wirkung wird selten „nach Lehrbuch“ ausfallen, und daher sind kontinuierliche Reflexionen notwendig.< (Bischofberger, 2002, 78)

7. Zusammenfassung und Ausblick

„Dass Humor heilt, bleibt bislang nicht kausal zu beweisende Hoffnung, dass er lindert, ist uralte Erfahrung von Generationen.“ (Eckhard Lotze)

Wie sich gezeigt hat, ist Humor in vielen Facetten möglich und hilft oft spielerisch die Perspektive zu wechseln, um kreativ Ressourcen zu finden und zu fördern. Ausserdem ist es ein zutiefst Identität stiftendes Element menschlichen Umgangs. Gerade Menschen im Wachkoma sind auf diese individuell gut angepasbaren Interventionsmuster und die dazugehörige Interaktivität angewiesen. Würde man ihnen humorvollen, fröhlichen Umgang entziehen, ihr Alltag würde ärmer werden und die Motivation zum Erwachen würde sinken. Allerdings sind im humorvollen Umgang mit Menschen im Wachkoma viele besondere Aspekte und Rahmenbedingungen zu beachten, so dass das Thema als sehr komplex und Herausforderung für alle Beteiligten betrachtet werden kann. Wichtig ist immer dabei der Zielorientierte Einsatz: Sollen die vibratorische und gesundheitsfördernde Wirkung oder die integrative sinnstiftende Wirkung im Vordergrund stehen?

Es wurde gezeigt, dass mit Humor im Leitbild eines Krankenhauses oder Pflegeheimes und in Bezug darauf geschultem Personal und Angehörigen ein „*menschlichenr Lebensraum*“ hergestellt werden kann. Ebenso kann Humor im Pflegeprozess integriert werden und somit Vertrauen geschaffen und auf die persönlichen Bedürfnisse eines Menschen im Wachkoma eingegangen werden. Humor ist zwar ein schwer fassbares Phänomen, doch auch eine Ressource zur Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens. Ziel sollte deshalb immer sein, für Menschen im Wachkoma humorvoll im täglichen Umgang eine fröhliche Atmosphäre und ein Umfeld des Wohlbehagens zu schaffen. Dieses Wohlbehagen wird auf die Pflegenden, Angehörigen und alle anderen Umsorgenden in ihren Aktivitäten zurückgeworfen und so eine allgemein gute Atmosphäre erzeugen.

Trotz ihrer Länge konnte die vorliegende Arbeit nur Theorien, Erfahrungen und einzelne Studien zusammentragen und daraus Überlegungen für humorvolle Pflege- und Alltagsgestaltung mit Menschen im Wachkoma ableiten. Die Forschung und Diskussion hierzu hat noch einen weiten Weg vor sich.

8. Anhang

8.1. Literaturverzeichnis

- Antonovsky, Aaron: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke, dgvt, Tübingen, 1997
- Bienstein, Christel & Fröhlich, Andreas: Basale Stimulation in der Pflege. Die Grundlagen. Kallmeyer bei friedrich, Velber, 2003, 4. Aufl. 2007
- Bischofberger, Iren: Humor. in Käppeli, Silvia (Hrsg.): Pflegekonzepte (Band 3): Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Verlag Hans Huber, Bern, 2000, 2. Nachdruck 2004, 271-304
- Bischofberger, Iren (Hrsg.): „Das kann ja heiter werden“. Humor und Lachen in der Pflege. Verlag Hans Huber, Bern, 2002
- Brieskorn-Zinke, Marianne: Salutogenese in der Pflege – zur Integration des Konzepts in pflegerische Handlungsfelder. in: Wydler, Hans & Kolip, Petra & Abel, Thomas (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2000, 3. Aufl. 2006, 173-184
- Freud, Sigmund: Der Humor (1927). in: Sigmund Freud. Studienausgabe Bd. IV: Psychologische Schriften. S. Fischer Verlag, Frankfurt a. M., 1970, 275-282
- Gardemann, Prof. Dr. Joachim: Geleitwort des Herausgebers. in Robinson, Prof. em. Vera M.: Praxishandbuch therapeutischer Humor, Ullstein medical, Wiesbaden, 1999
- Gregor, Grit & Großmann, Antje: Ergotherapie. in Nydahl, P.: Wachkoma, Urban & Fischer, München, 2005
- Hirsch, Rolf: Einleitung: Humor und Heiterkeit im Alter – Ressource und Schmiermittel. in Bischofberger, Iren (Hrsg.): „Das kann ja heiter werden“, Verlag Hans Huber, Bern, 2002
- Höfner, Eleonore und Schachtner, Hans-Ulrich: Das wäre doch gelacht! Humor und Provokation in der Therapie. Rowohlt Verlag, Reinbek, 1995, 149-151
- Lotze, Eckhard: Humor im therapeutischen Prozess: Dimensionen, Anwendungsmöglichkeiten und Grenzen für die Pflege. Mabuse-Verlag, Frankfurt a. M., 2003
- Müller, Rudolf: Die Pflegekraft als Schokolade. Ungewöhnliches und Ungehörliches zur Psychodynamik des Pflegeprozesses. Hans Huber Verlag, Bern 1995, zweite vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, 2003
- Nydahl, Peter (Hrsg.): Wachkoma. Betreuung, Pflege und Förderung eines Menschen im Wachkoma. Urban & Fischer, München, 2005
- Ott-Schindele, Reinhard: Das Affolter-Modell. in: Nydahl, Peter: Wachkoma. Betreuung, Pflege und Förderung eines Menschen im Wachkoma, Urban & Fischer, 2005.
- Robinson, Prof. em. Vera M.: Geleitwort oder eine historische Sicht von Humor in der Pflege. in Bischofberger, Iren (Hrsg.): „Das kann ja heiter werden“, Verlag Hans Huber, Bern, 2002
- Robinson, Prof. em. Vera M.: Praxishandbuch therapeutischer Humor. Grundlagen und Anwendungen für Pflege- und Gesundheitsberufe. Ullstein medical, Wiesbaden, 1999
- Siegel, Siglinde Anne: „Darf Plege(n) Spaß machen?“ Humor im Pflege- und Gesundheitswesen: Bedeutung, Möglichkeiten und Grenzen eines außergewöhnlichen Phänomens. Freiburger Schriften der Katholischen Fachhochschule Freiburg, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2005
- Titze, Michael und Eschenröder, Christof T.: Therapeutischer Humor. Grundlagen und Anwendungen. Fischer Taschenbuch, Frankfurt am Main, 1998
- Urech, Elvira und Bill, Cornelia: Aus dem Alltag eines Lachkoffers – Möglichkeiten für Humorinterventionen im Akutspital. in Bischofberger, Iren (Hrsg.): „Das kann ja heiter werden“, Verlag Hans Huber, Bern, 2002, 85-97

Wydler, Hans & Kolip, Petra & Abel, Thomas (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2000, 3. Aufl. 2006

8.2. Schriften im Internet

Bischofberger, Iren: Stelle dir vor, du bist krank – und keiner hat Humor! in Dr. med. Mabuse, 2002, Jhg. 27, No.136, 28-30.

(www.humorcare.com/informationen/texte/dubistkrank.html)

Hiltscher, Fam.: Alleine gelassen. not 3/95, 8-10.

(www.hypoxischerhirnschaden.de/img/presse/zeitung_3.jpg)

Fry, William F.: Die Kraft des Humors. gekürzte Fassung eines Vortrags im Hospitalhof Stuttgart, Übersetzung M. Titze, 16.09.1993.

(www.humorcare.com/informationen/texte/534395983e1187501.html)

Kittl, Beate: Lebenswertes Leben? in FACTS: 27.Mai.2004, 66-70.

(www.rehab.ch/allginfo/04_22_066.pdf)

Klapps, Dr. med. Petra: Humor, Gesundheit, Erfolg und Clownerie.

(www.humorcare.com/informationen/texte/humorgesundheiterfolg.html)

Schwarz, Maria: Humor in der medizinischen Rehabilitation.

(www.humorcare.com/informationen/texte/humorrehabilitation.html)

Tolle, Dr. Patrizia: Erwachsene im Wachkoma – Momente einer rehabilitativen Pflege aus der Sicht der Erfahrungen beruflich Pflegenden und Angehöriger. Zusammenfassung des Buches:

Tolle, Dr. Patrizia: Erwachsene im Wachkoma. in der Reihe: Behindertenpädagogik und Integration (Bd.3), Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt a. M., 2005.

(www.basale-stimulation.de/forschung/pdf/CL_01.pdf)

Windolf, Caroline & Jörg: Ertrinkungskinder – Kinder im Wachkoma nach Beinaheertrinkung.

(www.sedolin.de/index.php?page=kinder)

Zemplényi, Zoltán: Hopparesimi!, Hemmer Verlag, Frankenthal, 1999 (Auszüge).

(www.pflege-blick.com/Buecher/hopparesimi.pdf)

Zieger, Andreas: Differenzialdiagnose und neue Bildgebung bei schweren Bewusstseinsstörungen. Fortbildungsvortrag für die Klinik für Anästhesie, Schmerz- und Intensivmedizin am 29.08.2005 und die Abteilung für schwerst Schädel-Hirn-Geschädigte am 30.08.2005, Evangelisches Krankenhaus Oldenburg.

(http://a-zieger.de/Dateien/Vortraege/FoBi_Ansthesie_und_SSH_29_30082005.pdf)

8.3. Gruppen und Adressen

Bischofberger, Iren (Schweiz): Humor in der Pflegepraxis und -wissenschaft, Humor trotz und mit chronischer Krankheit.

(www.humor-pflege.ch)

HumorCare Deutschland – Gesellschaft für Humor in Therapie, Pflege, Pädagogik und Beratung.

(www.humorcare.com)

HumorCare Schweiz – Gesellschaft für Humor in Therapie, Pflege und Beratung.

(www.humor.ch)

8.4. Bildnachweis

Seite 2: Frink, Elmar: Den Umständen entsprechend gut. Cartoons für Pflegende. Zweite vollständig überzeichnete Auflage, Hans Huber Verlag, Bern, 1997/2004

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig angefertigt habe. Dabei wurden keine anderen als die angegebenen Quellen bzw. Hilfsmittel verwendet. Gedanken, die direkt aus fremden Quellen übernommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Die vorliegende Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungskommission vorgelegt.

Essen, den 28. August 2007

Christina Elser