

**Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Tübingen**

**Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit
Poliklinik**

Ärztlicher Direktor: Professor Dr. A. J. Fallgatter

**Wahrnehmung von witzigen Stimuli und Veränderung
des Humors bei psychischen Erkrankungen am
Beispiel der Depression**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Zahnheilkunde**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen**

**vorgelegt von
Jana Konrad, geb. Jarmuzek
aus Halle/Saale**

2010

Dekan: Professor Dr. I. B. Autenrieth
1. Berichterstatter: Frau Professor Dr. B. Wild
2. Berichterstatter: Professor Dr. Dipl.-Psych. P. Enck

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	7
1. Theoretischer Teil	9
1.1. Humor	9
1.1.1. Humor in der Geschichte	9
1.1.2. Variationen der Witztheorien oder „Warum lacht man?“	11
Theorieansätze aus der Evolutionsbiologie	11
Motivationale Theorien	12
Kognitive Theorien.....	13
1.1.3. Humortheorien oder Humor als multidimensionales Konzept	13
1.1.4. Humor als Persönlichkeitsmerkmal und Stimmung.....	14
1.1.5. Humor und Gesundheit.....	14
1.2. Depression.....	16
1.2.1. Symptome und Diagnose	17
1.2.2. Häufigkeit	18
1.2.3. Therapie	18
1.3. Fragestellung.....	20
1.4. Hypothesen.....	20
2. Untersuchung	21
2.1. Durchführung.....	21
2.2.1. Gruppe der depressiv erkrankten Patienten	22
2.2.2. Gruppe der Kontrollpersonen	22
2.3. Materialien.....	23
2.3.1. Informationsblatt.....	23
2.3.2. Screening-Bogen.....	23
2.3.3. Händigkeitsfragebogen nach Oldfield (1971)	23
2.3.4. Beck Depressions-Inventar (BDI)	24
2.3.5. CHS (Coping Humour Scale)	24
2.3.6. STHI-S und STHI-T	25
2.3.7. 3WD	27
2.4. Statistik.....	28

3. Studienergebnisse	29
3.1. Soziodemographische Daten	29
3.2.1. Patientengruppe	29
3.2.2. Kontrollgruppe	29
3.3. Medikation	30
3.4. Ergebnisse aus den Fragebögen	30
3.4.1. BDI	30
3.4.2. CHS	31
3.4.3. STHI-S	31
3.4.4. STHI-T	32
3.4.5. 3WD	32
3.5. Korrelationen	33
3.5.1. BDI und CHS	33
3.5.2. BDI und STHI-S	33
3.5.3. BDI und STHI-T	34
3.5.4. STHI-T – STHI-S	34
3.5.5. BDI und 3WD	35
4. Diskussion	36
4.1. Zielsetzung der Untersuchung	36
4.2. Interpretation der Ergebnisse	36
4.2.1. Soziodemographische Daten	36
4.2.2. BDI	37
4.2.3. CHS	38
4.2.4. STHI-S und STHI-T	39
4.2.5. 3WD	40
4.2.6. Korrelation BDI – CHS	42
4.2.7. Korrelation BDI – STHI-S / STHI-T	42
4.3. Kritik	43
5. Zusammenfassung	44
6. Anhang	46
7. Abbildungsverzeichnis	49
8. Tabellenverzeichnis	49

9. Abkürzungsverzeichnis	50
10. Literaturverzeichnis	51
10.1. Literaturquellen.....	51
10.2. Literaturquellen aus dem Internet.....	55
Danksagung.....	56
Lebenslauf	57

*Einzig der Humor –
vielleicht die eigenste und genialste Leistung
des Menschentums –
überzieht und vereinigt alle Bezirke des Menschenlebens
mit den Strahlen seiner Prismen.*

Hermann Hesse

Einleitung

Die beiden Themengebiete „Humor“ und „Depression“ in einer wissenschaftlichen Arbeit zusammenzuführen, scheint auf den ersten Blick paradox, gilt Humor doch als eine Charaktereigenschaft, die dem Leben positiv gegenübersteht, Depression hingegen als Erkrankung mit pathologisch niedergedrückter Stimmung, die nicht selten mit einer hohen Suizidgefahr einher geht. Doch genau aus dieser Divergenz ergibt sich die Fragestellung: Haben Patienten mit Depressionen einen anderen Humor? Nehmen sie Witziges überhaupt noch wahr? Benutzen sie Humor noch im täglichen Leben? Wie verändern sich der Humor und die Witzwahrnehmung bei depressiven Störungen?

Wichtig ist dabei das Wissen um die Definition von Humor als eine Persönlichkeitseigenschaft und Witz, Witzigkeit oder Komik als das Material für eine witzige Situation etc.

Um diesen Fragen mit Daten und Fakten gegenüberzutreten zu können, wurden in dieser Studie mit Hilfe standardisierter Messinstrumente sowohl Depressive als auch Gesunde evaluiert und gegenübergestellt. Berücksichtigt wurden der Grad der Depression, die Erheiterbarkeit als Persönlichkeitsmerkmal, die situative Erheiterbarkeit, Vorlieben von Humor, Humorwahrnehmung und Verwendung von Humor zur Stressbewältigung.

Die Hypothese ist, dass bei den Patienten Humor als Charaktereigenschaft weniger ausgeprägt ist und sie diesen auch weniger als Coping-Humor (Bewältigungsstrategie) einsetzen. Bezüglich der Präferenz verschiedener

Arten von Humor, wie sie im 3 Witzdimensionstest (3WD) erfasst werden, sind keine Unterschiede zu erwarten.

Es wird erwartet die Ergebnisse von Nussbaum und Michaux (1963), Goldsmith (1979), Forabosco (1998) und Freiheit et al. (1998), deren Studien eine Korrelation zwischen dem Auftreten von wenig humorvollem Verhalten und Depression ergaben, mit neuen und aussagekräftigen Instrumenten zu replizieren. Die Untersuchung von Humorfähigkeiten depressiver Patienten mit standardisierten Tests fand in dieser Studie erstmals statt und könnte eine Ausgangsbasis für mögliche therapeutische Anwendungen (z. B. Humortrainings) sein.

1. Theoretischer Teil

1.1. Humor

1.1.1. Humor in der Geschichte

Eine genaue Definition für den Begriff Humor ist schwer zu finden, im Allgemeinen wird jedoch jemand, der andere zum Lachen bringt, als humorvoll bezeichnet. Aus etymologischer Sicht stammt das Wort Humor vom lateinischen „umor“ ab, was soviel bedeutet wie Feuchtigkeit oder Flüssigkeit. Es waren nach Hippokrates und Galen die Flüssigkeiten des Körpers, also Körpersäfte (Blut, Schleim, schwarze und gelbe Galle) gemeint. Das Überwiegen eines Saftes führte demnach zu einer typischen Temperamentsform. Ein Überwiegen an gelber Galle (gr.: Chole) brachte das typische Bild des Cholerikers hervor, schwarze Galle (lat.: Melancholia) dagegen den schwermütigen Melancholiker. Dominiert der Schleim (lat.: Phlegma) ergibt sich die Charakteristik des trägen Phlegmatikers und heißblütige, lebhaft Sanguiniker haben einen Überfluss an Blut (lat.: Sanguis). Gerade diese Vorstellung vom Überfluss eines der Körpersäfte prägte im Laufe des 17. Jahrhunderts das Wort Humor zum ersten Mal im Zusammenhang mit Komik, wenn auch in negativer Hinsicht, da man davon ausging, dass ein Ungleichgewicht der Säfte „Spinner“ oder Exzentriker hervorbringe, die sozial abnorm waren und als unterlegen betrachtet wurden. Diese Personen wurden als lächerlich empfunden und es durfte über sie gelacht werden. Hier findet der Begriff Humor seine weitere Entwicklung, denn im Englischen werden diese Personen „humourist“ genannt. Derjenige, der sie imitiert oder sich über sie amüsiert, wird als „man of humour“ bezeichnet. In dieser Zeit wird ebenfalls das Bild des Narren oder Clown geprägt.

Mit dem Ende des 17. Jahrhunderts und dem Beginn des Aufklärungszeitalters und der humanistischen Bewegung änderte sich auch die Mentalität der Menschen. Es galt nun als unschicklich, sich über Normabweichungen von anderen lustig zu machen, also zu spotten („bad humor“). Im Gegensatz dazu steht die Form des „good humor“, die ein Verhalten bezeichnet, das warmherzig und freundlich dem anderen gegenübersteht, aber auch die

Fähigkeit beinhaltet, Kritik und Spott souverän entgegen treten zu können. Schmidt-Hidding nimmt an, dass hier der Ursprung des Begriffes „Sinn für Humor“ zu finden ist, obwohl die konkrete Bezeichnung zu der Zeit noch nicht existierte (Schmidt-Hidding, 1963, zit. nach Ruch, 1998).

Damit vollzog sich ein Umbruch im Gebrauch des Begriffes Humor. Während in der Antike und im Mittelalter der Witz noch als etwas Negatives und Menschenverachtendes missbraucht wurde, weil man sich über die Defekte anderer lustig machte und jene als unterlegen diskriminierte („Degradationstheorie“ nach Aristoteles (Titze und Eschenröder, 1998) und nur die Seiten der Satire, der Ironie und des Spottes geprägt wurden, entwickelte sich nun der Sinn für Humor als ein positiver und erstrebenswerter Charakterzug.

Nach Schmidt-Hidding endet die Entwicklung des Humorbegriffes mit der Ästhetik. Auch spätere Autoren schlossen sich dieser Meinung an (Schmidt-Hidding, 1963). Dabei stelle der „Humor ein Element von vielen dar (darunter z.B. Spaß, Witz, Sarkasmus, Ironie, Nonsens...), die dem Bereich der Komik zugeteilt sind. Die Komik ihrerseits, umschrieben als die Fähigkeit, andere zum Lachen zu bringen, ist neben der Schönheit, dem Tragischen, dem Harmonischen u.v.a. ein Aspekt der Ästhetik. In dieser Sichtweise wird der Begriff Humor enger definiert und fast ausschließlich als wohlwollend angesehen (Ruch, 1998).

Die Geschichte des Nachdenkens über Humor erstreckt sich über einen langen Zeitraum. Angefangen bei Theoretikern und Philosophen wie Hippokrates, Aristoteles, Thomas Hobbes, Arthur Schopenhauer und Sigmund Freud, bis in die heutige Zeit der Psychologen und Forscher wie William F. Fry, Paul E. McGhee und Willibald Ruch, um nur einige herausragende Namen zu nennen. Eine neue Blütezeit erlebte die Humorforschung in den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts, die von der Grundlagenforschung um das Verstehen des Humors geprägt wurden.

Die heutige Wissenschaft beschäftigt sich neben zahlreichen anderen Themen vor allem auch mit dem Nutzen und den Anwendungsmöglichkeiten von Humor,

z.B. in der Therapie, in der Krankenpflege, bei der Stressverarbeitung, in der Werbung etc. (Ruch, 1995).

Durch die lange Erforschung des Humors von der Antike bis heute wurden zahlreiche Humorthorien und Witztheorien entwickelt, die Sinn und Nutzen des Humors begreifbar machen sollen.

1.1.2. Variationen der Witztheorien oder „Warum lacht man?“

Theorieansätze aus der Evolutionsbiologie

Theorieansätze in der Evolutionsbiologie beschäftigen sich zum Großteil mit der Ausdrucksform der Erheiterung – mit dem Lachen. Hier ist auch die Abgrenzung zwischen den zwei Begriffen deutlich zu erkennen. Humor ist eine Geisteshaltung, während Lachen eine körperliche Reaktion ist.

Grundlagen für die Theorieansätze in der Evolutionsbiologie finden ihre Begründung in der Tatsache dass:

- „es eine Grundlage von Ausdrücken gibt, die ausnahmslos bei allen menschlichen Gesellschaften vorkommen....Lachen und Lächeln sind ganz allgemein Ausdruck der Freude und des Glücksgefühls“ (Asch, 1952, zit. nach Eibl-Eibesfeldt, 1987)
- das komplizierte Muster des Vorgangs „Lachen“ unmöglich durch Nachahmung erworben werden kann. Zerwina (1993) belegte empirisch anhand einer Studie mit taub bzw. taub-blind geborenen Kindern, dass diese bei Belustigung die gleichen Bewegungsmuster aufwiesen wie gesunde Kinder.
- Gemeinsamkeiten der Gesichtsausdrücke höher entwickelter Affen als Reaktion auf einen bestimmten Stimulus (Kitzeln) bestehen, die dem menschlichen Lachen und Lächeln sehr ähnlich sind (McGhee, 1979, Weixler, 1999). Lautäußerungen, die dem menschlichen Lachen sehr

ähneln, sind bei Menschenaffen Teil des Spielens, so wird übermittelt, dass es sich nicht um eine ernste Situation handelt (Eggli, 1997).

Motivationale Theorien

Die motivationalen Theorieansätze finden ihre Wurzeln in der Überlegenheitstheorie Aristoteles („Degradationstheorie“ nach Aristoteles (Titze und Eschenröder, 1998) und der Lehre Freuds (1905, 1927, 1970a & 1970b). Diese besagt, dass unbewusste, oft sexuelle oder aggressive Impulse, die durch die Gesellschaftsnormen unterdrückt werden, im Humor ihr Ventil finden, da sie hier ohne Zensur zum Ausdruck gebracht werden können. Neuere Theorien gehen davon aus, dass im Humor auch andere Themen mit hohem emotionalem Erregungsfaktor Bedeutung haben (Oring, 1994). So kann mit Hilfe des Humors die Möglichkeit geschaffen werden, Befürchtungen und Unsicherheiten abzuschwächen, indem die Situation aus einem anderen Blickwinkel betrachtet wird (Wicki, 1992). Darin ist auch begründet, dass man erst die eigene Betroffenheit bei einem Missgeschick überwinden muss, bevor man darüber lachen kann (Eggli, 1997). Auch Überlegenheits- und Aggressionstheorien finden hier ihren Ansatz. Wie schon im geschichtlichen Teil erwähnt, prägte Aristoteles den Begriff der „Degradationstheorie“, der davon ausgeht, dass das Unglück und die Schwächen anderer die Menschen zum Lachen bringen (Titze und Eschenröder, 1998). Durch die Abwertung, wenn auch nur zum Spaß, erhebt sich der Komödiant über sein Gegenüber und erfährt eine Aufwertung der eigenen Person. Hierin findet sich auch die Erklärung für zahlreiche oft aggressive Witze über Minderheiten und Randgruppen. Unter der Tarnung des Humors werden Andersdenkende diskreditiert und je stärker sich diese Gruppe von der eigenen unterscheidet, desto leichter fällt es darüber zu lachen (vgl. Zillmann und Cantor, 1976). Auch soziale Aspekte können dadurch weiter potenziert werden, da die Gruppenfestigkeit durch solch eine „Verbrüderung“ gegenüber einer anderen Gruppe weiter gestärkt wird.

Kognitive Theorien

Der Begriff kognitiv bezeichnet Funktionen des Menschen, die mit Wahrnehmung, Lernen, Erinnern und Denken, also der menschlichen Erkenntnis- und Informationsverarbeitung in Zusammenhang stehen. Neben den kognitiven Funktionen sind, wie schon erwähnt, die emotionalen Gesichtspunkte und der Bereich der Motive für die menschliche Erkenntnisverarbeitung von Bedeutung. Die Diskussionen um den Humor durch kognitive Theorieansätze basieren auf der Wahrnehmung und der Verarbeitung von humorvollen Stimuli und deren Qualität. Um einen Witz zu verstehen, muss der Zuhörer die Fähigkeit aufbringen, gedankliche und geistige Wechsel zu vollführen, auf Perspektivenwechsel einzugehen und sich auch mal Unsinn und kindischen Ideen auszusetzen. Die Erkenntnis selbst, also das Verstehen des Witzes ist hier die humorvolle Komponente. Oder in Freuds Worten: „Ein Großteil der Freude am Humor entsteht bei der intellektuellen Herausforderung einen Witz zu verstehen“ (Freud 1905, 1970 a). Eine Untergruppierung der kognitiven Theorien ist die Inkongruenztheorie. Hier spielen Stimuli eine Rolle, die nicht in die gesellschaftlichen Schemata passen, nicht erwartet werden oder unlogisch sind und so ihren komischen Reiz entfalten. Ein Beispiel: Frage - „Was gibt es für einen guten Witz?“ Antwort - „Ein Jahr Gefängnis“.

1.1.3. Humorthorien oder Humor als multidimensionales Konzept

Heute wird vom Humor als multidimensionalem Konzept bzw. Modell (Nevo et. al. 1998) gesprochen. Das bedeutet, dass Humor nicht nur allein unter kognitiven Aspekten oder als Persönlichkeitsmerkmal betrachtet wird, sondern dass emotionale, motivationale und soziale Aspekte, aber auch die situative Bedingung in der Forschung eine Rolle spielen. So werden nach Nevo et al. (1998) fünf Komponenten des humorvollen Erlebens postuliert:

1. Motivale Komponente – eine positive Einstellung gegenüber dem Nutzen und Sinn von Humor
2. Kognitive Komponente – die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel, zu Übertreibungen, Umkehrungen und Wortspielen

3. Emotionale Komponente – die Fähigkeit, emotionale Wechsel zu vollführen, die Realität zu vergessen, aber auch Angst und Ärger mit Hilfe des Humors auszudrücken
4. Soziale Komponente - Sensibilität für soziale Normen, Strukturen und Stereotype
5. Verhaltenskomponente – die Fähigkeit, Humor zu produzieren und zu verstehen.

1.1.4. Humor als Persönlichkeitsmerkmal und Stimmung

In der Persönlichkeitspsychologie wird bezüglich bestimmter Persönlichkeitseigenschaften eine Differenzierung zwischen Temperament, d.h. einer stabilen Persönlichkeitseigenschaft, und der Stimmung, d.h. einem momentanen Zustand vorgenommen. Auch beim Humor als Persönlichkeitseigenschaft kann eine solche Unterscheidung erfolgen. Diesem Ansatz folgte Ruch et al. (1997) mit seinem State-Trait-Heiterkeitsinventar auf das im Kapitel Materialien eingegangen wird. Grundlegend ist jedoch, dass ein Witzreiz der gleichen Stärke unterschiedliche Reaktionen auslösen kann, die abhängig von der jeweiligen Stimmung (state) sind und somit starken Schwankungen unterliegen können. Humor und Erheiterung als Persönlichkeitsmerkmal (trait) weist eine höhere Stabilität auf. Menschen mit hoher Trait-Heiterkeit sind auch leichter und eher zu belustigen.

1.1.5. Humor und Gesundheit

Zahlreiche Studien der letzten Jahre beschäftigen sich mit der positiven Beeinflussung der Gesundheit durch Humor und Lachen (Dillon, Minchoff & Baker, 1985; Fry, 1986, 1994; Martin & Dobbin, 1988; Labott, Ahlemann, Wolever & Martin, 1990; Berk, Tan, Burk & Eby, 1991; Nevo, Keinan & Teshimovsky-Arditi, 1993; Weisenberg & Schwarzwald, 1995; Kamei, Kumano & Masumaro, 1997). Demnach wird angenommen, dass durch das Lachen der gesamte Organismus stimuliert wird. Pulsfrequenz und Blutdruck steigen an, die Herzaktivität wird erhöht und daraus resultiert ein erhöhter

Sauerstoffaustausch, der sowohl die thorakale als auch die restliche willkürliche und unwillkürliche Muskulatur aktiviert und trainiert.

Jedoch nimmt jeder Mensch Witze anders wahr und lässt sich unterschiedlich „erheitern“. Dies ist abhängig von seiner aktuellen und habituellen organismischen Situation und kann durch Anspannung, Krankheit etc. beeinflusst werden (Ruch & Köhler, 1998 a, 1998 b).

1.2. Depression

"... eine...motivlose Traurigkeit, zu der eine Hemmung alles seelischen Geschehens kommt, die sowohl subjektiv schmerzlich empfunden als auch objektiv festzustellen ist. Alle Triebregungen liegen darnieder; zu nichts hat der Kranke Lust. Der verminderte Bewegungs- und Betätigungsantrieb wird zur völligen Regungslosigkeit. Kein Entschluss kann gefasst, keine Tätigkeit in Angriff genommen werden. Die Assoziationen stehen nicht zur Verfügung. Den Kranken fällt gar nichts ein, sie klagen über ihr völlig zerrüttetes Gedächtnis, sie empfinden ihre Leistungsunfähigkeit und klagen über ihre Insuffizienz, ihre Gefühllosigkeit, ihre Leere. Sie fühlen die tiefe Verstimmung als Empfindung in Brust und Leib, als ob es da gleichsam zu fassen wäre. Ihre tiefe Traurigkeit lässt ihnen die Welt grau in grau erscheinen, gleichgültig und trostlos. Aus allem suchen sie das Ungünstige, Unglückliche heraus. In der Vergangenheit haben sie sich viel zuschulden kommen lassen (Selbstvorwürfe, Versündigungsideen), die Gegenwart bietet ihnen nur Übles (Kleinheitsideen), die Zukunft liegt entsetzlich vor ihnen (Verarmungsideen u. a.). ..." (Jaspers, 1973). Dies beschreibt den Zustand eines depressiv Kranken wohl am Treffendsten, jedoch soll im Folgenden der Begriff Depression aus der Sicht der Wissenschaft genauer definiert werden.

Die Depression gehört nach Klassifikation der ICD-10 zu den affektiven Störungen (ICD F30 – F39). Hierbei handelt es sich um akute, chronische oder episodisch auftretende Störungen der Grundstimmung, wobei auch Antrieb, vegetative Funktionen (Schlaf, Appetit, Libido), Spontaneität und soziale Interaktionen mitbetrachtet werden. Diese Störungen können in Richtung zweier Extreme ausgebildet sein: der Manie oder der Euphorie, also einem übersteigerten Aktivitätsniveau oder der Depression, einer übersteigerten Niedergeschlagenheit mit Energielosigkeit. Treten beide Zustände abwechselnd auf, spricht man von einer bipolar affektiven Störung oder Zykllothymie. Tritt eine Stimmungsschwankung wiederholt auf, wird sie als rezidivierende Störung bezeichnet. Monopolare Störungen haben immer das gleiche Erscheinungsbild. Bei bipolaren Störungen wechseln sich Manie und Depression ab.

Die Krankheit Depression wird nach heutigem Standpunkt multifaktoriell ausgelöst (biologische Faktoren, entwicklungsgeschichtliche Erlebnisse und aktuelle Ereignisse). Biologisch scheint es zu einer Fehlfunktion im „Emotionsschaltkreis“ Amygdala – vorderer subgenualer cingulärer Cortex zu kommen, was zu einem Überbewerten von negativen Ereignissen und somit zu einer depressiven Stimmung führen kann.

Eine genetische Disposition ist durch Familien-, Zwillings- und Adoptivstudien belegt (McGuffin et al., 1996). Demnach erkranken 10-15% der einseitig erbbelasteten Kinder und 30-40% der beidseitig erbbelasteten Kinder.

Unter den „aktuellen Ereignissen“ als Auslöser einer Depression ist chronischer Stress anzuführen. Hierbei kommt es zu einem chronisch hohen Glucocorticoidspiegel im Blut und möglicherweise einer damit zusammenhängenden Schädigung von Gehirnarealen (Ravnikle, 2004).

Weitere auslösende Faktoren sind psychosoziale Faktoren (z.B: Verlust eines Angehörigen), Medikamente (z.B. Antikonvulsiva, Benzodiazepine, Zytostatika) oder fehlendes Tageslicht (Winter- oder Herbstdepression).

1.2.1. Symptome und Diagnose

Die Depression ist durch folgende Symptome charakterisiert:

- Gedrückte Stimmung
- Antriebsminderung
- Innere Unruhe
- Schlafstörungen

Hinzu kommen Zukunftsängste, Hoffnungslosigkeit, Minderwertigkeitserleben, Hilflosigkeit, soziale Isolation, Selbstentwertung, Schuldgefühle, verringerte Konzentrations- und Entscheidungsfähigkeit und Störungen des Zeitempfindens. Die Symptomatik kann bei Männern und Frauen unterschiedlich ausgeprägt sein. Während die Grundsymptomatik annähernd

gleich bleibt, entwickeln Männer teilweise eher ein aggressives Verhalten mit mehr Anzeichen von Reizbarkeit, schnellem Aufbrausen und Wutanfällen (Schöne, 2007). Weiterhin kommen eine Affinität zu Alkohol- und Nikotinabusus, sowie eine erhöhte Suizidalrate hinzu.

Als zusätzliche Mittel in der Diagnostik werden die Hamilton-Depressionsskala (HAMD), das Beck-Depressionsinventar (BDI) und das Inventar depressiver Symptome (IDS) benutzt.

1.2.2. Häufigkeit

Weltweit leidet ungefähr 1/5 der Bevölkerung im Laufe des Lebens zumindest einmal unter einer klinisch relevanten depressiven Störung (Bundesgesundheitsamt (2006)). Nach Schätzungen der WHO (Murray & Lopez 1997) werden Depressionen 2020 weltweit die zweithäufigste Volkskrankheit nach der ischämischen Herzerkrankung sein, in den so genannten entwickelten Staaten sogar die häufigste. Zurzeit leiden weltweit über 300 Millionen Menschen an Depressionen. Schon jetzt sind Depressionen der häufigste Grund für in Behinderung verbrachte Lebensjahre (WHO 2001). Im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (Wittchen & Jacobi 2001) hat sich für Deutschland eine Lebenszeitprävalenz von 18% für alle depressiven Erkrankungen ergeben. Depressive Störungen sind mehrheitlich episodisch wiederkehrende oder chronische Erkrankungen. Fast 2/3 der Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen erleben mehrere Erkrankungsepisoden (Solomon et al. 2000; Hirschfeld et al. 2002). Nach der ersten depressiven Episode beträgt das Risiko, in den folgenden 5 Jahren eine erneute Depression zu erleiden, rund 50%. Nach der zweiten Episode rund 70% und 90% nach der dritten (Montgomery 1994).

1.2.3. Therapie

Depressive werden weitgehend durch eine medikamentös und psychotherapeutisch kombinierte Therapie behandelt. Es wird versucht die

depressionsauslösenden Denk- und Verhaltensmuster zu erkennen und zu verändern.

Die medikamentöse Behandlung kann mit folgenden Medikamenten erfolgen:

- selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) z. B. Sertralin , Fluoxetin
- Trizyklische Antidepressiva z.B. Amitriptylin, Nortipylin
- selektiv und nichtselektive Monoaminoxidasehemmer (MAO-Hemmer)
- Noradrenalin-Serotonin-selektive Antidepressiva (NaSSA): Mirtazapin
- Neuroleptika: z. B. Olanzapin

Bei Therapieresistenz kann die Elektrokrampftherapie (EKT) eingesetzt werden, bei der unter Narkose künstlich epileptische Anfälle ausgelöst werden.

1.3. Fragestellung

Ziel der folgenden Untersuchung ist die Evaluation der Humorwahrnehmung und die Verwendung von Humor bei Depression unter Berücksichtigung folgender Eckpunkte:

- Ermittlung der Witzwahrnehmung bei Patienten mit einer depressiven Störung und die Bestätigung bzw. Widerlegung der Veränderung in der Humorwahrnehmung.
- Überprüfung der Fähigkeit depressiver Patienten, Humor als Coping-Strategie einzusetzen.
- Klärung des Zusammenhangs zwischen habitueller Erheiterbarkeit und aktueller Erheiterung, ausgelöst durch witzige Stimuli.

1.4. Hypothesen

Folgende Hypothesen wurden formuliert:

Zum einen wird eine geringere generelle Neigung zur Erheiterung durch humorvolle Stimuli (im Sinne einer Persönlichkeitseigenschaft) bei Patienten mit einer depressiven Störung erwartet. Weiterhin werden signifikante Unterschiede bei Depressiven und Gesunden bei der Wahrnehmung witziger Stimuli und der Fähigkeit zum Coping-Humor erwartet.

Im Bereich der Vorlieben für bestimmte Humorarten wird dagegen kein Unterschied erwartet.

2. Untersuchung

2.1. Durchführung

Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum vom 14.02.2005 bis 22.03.2006 mit verschiedenen etablierten Tests (STHI-T, STHI-S, CHS, 3WD), die in Form von Fragebögen vorlagen. Auf die Bezeichnungen und Inhalte der Tests wird im weiteren Verlauf Bezug genommen. Es wurden Patienten mit einer depressiven Störung im Sinne einer leichten oder höchstens mittelgradigen Ausprägung (ICD 10: F32.0, F32.1, F33.0 und F33.1) und gesunde Kontrollpersonen untersucht.

In einem kurzen aufklärenden Gespräch wurde ihnen die Studie erläutert und die unten beschriebenen Fragebogen ausgehändigt. Dieser war dabei wie folgt aufgebaut:

- Informationsblatt
- Screening Bogen zur Erhebung soziodemografischer Variablen
- STHI-T 60
- Händigkeitsfragebogen nach Oldfield (1971)
- BDI
- STHI-S 30
- CHS
- 3WD

Gesunde Probanden benötigten ca. 30 Minuten, um die Fragebögen auszufüllen. Bei den depressiven Patienten war schnell ersichtlich, dass sie dieses Zeitmaß weit überschritten, da es ihnen schwer fiel, sich zu konzentrieren.

2.2.1. Gruppe der depressiv erkrankten Patienten

Es wurden 30 Patienten mit einer depressiven Störung, die an den Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätskliniken Tübingen und Aachen stationär oder ambulant behandelt wurden, untersucht. Unter Beachtung der Ein- und Ausschlusskriterien (s. u.) konnten letztendlich 18 Patienten in die Auswertung aufgenommen werden.

Es wurde darauf hingewiesen, dass die Teilnahme freiwillig ist und zu jedem Zeitpunkt ohne Konsequenzen abgebrochen werden kann. Das Einverständnis der Patienten wurde schriftlich über eine Klausel auf dem Informationsblatt eingeholt.

Bei den Patienten wurde eine depressive Störung im Sinne einer depressiven Episode (ICD-10: F32.0 und F32.1) oder einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.0 und F33.1) in leichter oder mittelgradiger Ausprägung diagnostiziert. Von der Studie wurden Patienten mit einer bipolaren Depression, neurologischen Erkrankungen, Drogen- oder Alkoholabusus, Linkshändigkeit und Fremdsprachler ausgeschlossen. Da ein Patient, wie aus dem BDI mit 54 Punkten ersichtlich wurde, an einer schwer ausgeprägten Depression litt und somit die Einschlusskriterien nicht erfüllte, wurden diese Daten nicht verwendet. Zwei Linkshänder wurden nicht erfasst. Drei Patienten brachen den Versuch ab, indem sie den Fragebogen nur unvollständig zurückgaben.

2.2.2. Gruppe der Kontrollpersonen

Die 17 Kontrollpersonen wurden aus dem Bekannten- und Verwandtenkreis der Untersucherin zusammengestellt und nach Alter und Schulbildung zu den Patienten parallelisiert. Die Befragung erfolgte größtenteils zeitgleich mit den Untersuchungen der depressiven Patienten.

2.3. Materialien

Folgende Untersuchungsinstrumente kamen zum Einsatz:

2.3.1. Informationsblatt

Das Informationsblatt dient zur Erklärung des Inhalts und des erwarteten Nutzens der Studie. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Daten anonym erhoben und gespeichert werden, dass die Teilnahme freiwillig ist und jederzeit ohne Konsequenzen abgebrochen werden kann und keinerlei Risiken bestehen. Weiterhin findet sich auf dem Bogen die Einverständniserklärung, die mit einer Unterschrift erfolgt.

2.3.2. Screening-Bogen

Mit Hilfe des Screening-Bogens wurden zum einen soziodemografische Daten erfasst, die die differenzierte Gegenüberstellung zu Gesunden in Alter, Schulbildung und Geschlecht ermöglicht. Zum anderen wurden medizinische Aspekte wie z. B. Einnahme von Medikamenten, Abhängigkeiten, neurologische Erkrankungen und frühere psychische Probleme erfragt. So konnten Patienten und Gesunde, die Faktoren aufwiesen, die möglicherweise zu einer Verfälschung der Testergebnisse geführt hätten, ausgeschlossen werden.

2.3.3. Händigkeitfragebogen nach Oldfield (1971)

Untersuchungen befassen sich in letzter Zeit häufiger mit der Dominanz von den beiden Hemisphären des Gehirns. Nach Borod (1992) erfüllt die linke Hemisphäre bei Rechtshändern vor allem verbale, linguistische und rechnerische Funktionen. Die rechte Hemisphäre vermittelt nonverbale und räumliche Funktionen, sowie Aufmerksamkeit. Es ist jedoch noch nicht erwiesen, in wie weit sich Links- und Rechtshänder in der Wahrnehmung und Verschaltung unterscheiden. Um eine Verfälschung der Studie durch diese Parameter zu unterbinden, wurden nur Rechtshänder für diese Studie zugelassen. Die Präferenz einer Hand wird mit dem Händigkeitfragebogen nach Oldfield (1971) bestimmt, indem die Versuchsperson bei 10 Items

(schreiben, zeichnen, Löffel halten etc.) angibt, ob sie eher die rechte oder die linke Hand verwendet.

2.3.4. Beck Depressions-Inventar (BDI)

Der BDI (Beck et al, 1961; Hautzinger, 1991) erfasst den Schweregrad der Depression in Form eines Selbstbeurteilungsfragebogens. In 21 Fragen, die Schuldgefühle, Allgemeine Traurigkeit, Somatische Störungen und Selbstbestrafung erfassen, soll der Proband angeben, was seiner momentanen Stimmungslage am ehesten entspricht. Dabei kann er zwischen vier Abstufungen unterscheiden. Beispiel Reizbarkeit:

- 0 - Ich bin nicht reizbarer als sonst
- 1 - Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher
- 2 - Ich fühle mich dauernd gereizt
- 3 - Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.

Studien bezüglich der Unterscheidungsvalidität ergaben, dass der BDI verlässlich zwischen depressiven und nicht-depressiven Patienten unterscheidet (Richter et al, 1998). Das Ergebnis bildet sich aus der Summe der jeweils angekreuzten Items und liegt im Bereich von 0-63 Punkten: Keine Depression liegt bei einem Ergebnis von 0-10 Punkten vor, eine leichte Depression bei 11-17 Punkten, eine mittelgradige Depression bei 18-23 Punkten und eine schwere Depression ab einem Ergebnis von über 24 Punkten (Westhoff, 1993).

Bei der Studie wurden Gesunde bis zu einem Ergebnis von 10 Punkten und Depressive ab 11 Punkten berücksichtigt.

2.3.5. CHS (Coping Humour Scale)

Durch den CHS (Martin, 1996) wird der Einsatz von Humor als Bewältigungsstrategie in 7 Fragen, die den Gebrauch von Humor im täglichen Leben hinterfragen, evaluiert. Der Proband kann in 4 Abstufungen (von starke Ablehnung - 1 Punkt bis starke Zustimmung – 4 Punkte) das Zutreffen der Aussage bestimmen. Z.B.: Wenn ich Probleme habe, verliere ich oft meinen Sinn für Humor. Ein daraus zu errechnender Gesamt-Score spiegelt den

Einsatz von Humor als Coping-Strategie wider. Martin (1996) unterscheidet dabei drei Ausprägungsgrade:

- Personen mit überdurchschnittlichem (CHS > 23)
- Personen mit durchschnittlichem (CHS 18 – 22)
- Personen mit unterdurchschnittlichem (CHS < 18)

Gebrauch von Humor zur Stressbewältigung.

2.3.6. STHI-S und STHI-T

Das State-Trait-Heiterkeitsinventar (STHI-S und –T; Ruch et al., 1997) umfasst die drei Dimensionen Heiterkeit, Ernsthaftigkeit und schlechte Laune, die mit der Auslösung von Erheiterung stark korrelieren. Es dient der reliablen und validen Erfassung der drei Dimensionen sowohl als Persönlichkeitsmerkmal (trait – STHI-T) als auch als momentaner Zustand (Stimmung, state – STHI-S). Der STHI-T besteht aus 60 Fragen, die den allgemeinen Zustand erfragen. Der STHI-S besteht aus 30 Fragen, die bezogen auf den augenblicklichen Zustand beantwortet werden sollen. Es versteht sich von selbst, dass ein hohes Maß an Heiterkeit die Schwelle für das Auslösen von Erheiterung herabsetzt und Ernsthaftigkeit und schlechte Laune diese Schwelle erhöhen, unabhängig davon, ob sie als momentane Einstellung bzw. Stimmung oder als Persönlichkeitsmerkmal auftreten. Die entsprechenden Zustände können von unterschiedlicher Dauer sein, wenngleich die Persönlichkeitseigenschaften dauerhaften Charakter haben (Ruch et al., 1996).

Abbildung 1 zeigt, dass Erheiterbarkeit von Heiterkeit, Ernst und schlechter Laune abhängt. Für alle drei Konzepte wird eine Unterscheidung zwischen State- (Zustand) und Trait-Versionen (habituelle Merkmale) vorgenommen. Allerdings gibt es natürlich verschiedene Abstufungen dahingehend, wie lange die verschiedenen Zustände stabil sind. Dementsprechend können kurzlebige Stimmungsschwankungen aber auch längerfristige Veränderungen im

Stimmungsniveau auftreten. Trotzdem wird unterschieden, ob Individuen über aktuelle Gefühle (z.B. zu einem bestimmten Zeitpunkt) oder über habituelle Gefühle und Verhalten berichten (Ruch et al., 1996).

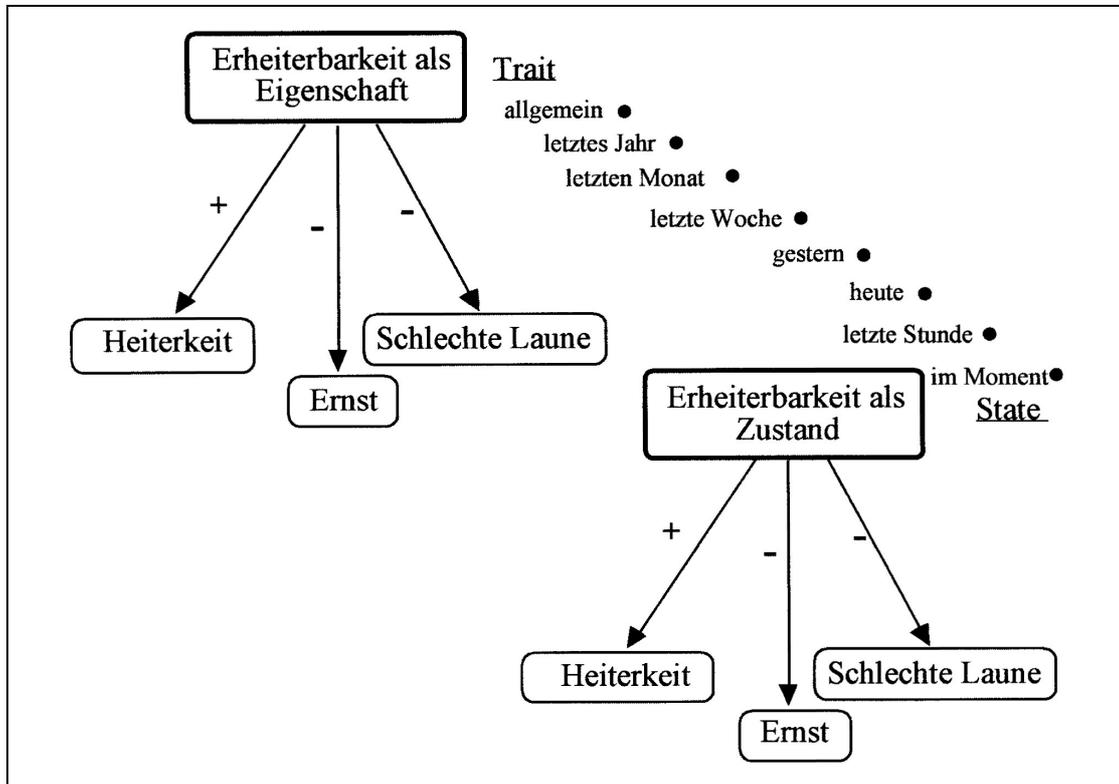


Abb. 1: Ein Modell der Erheiterbarkeit als Zustand und Eigenschaft (Ruch et al., 1996)

Tabelle 1 soll die charakteristischen Eigenschaften der verschiedenen Konstrukte erklären:

Konstrukt	Eigenschaften
Heiterkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhte Bereitschaft auf entsprechende Reize mit Lächeln oder Lachen zu reagieren, lacht häufiger, länger • Besitzt eine positive und unbeschwerte Grundeinstellung dem Leben gegenüber • gibt an, gerne und oft in einer Gesellschaft zu sein, die durch scherzende und spaßige Interaktionen sowie einen heiteren, humorvollen Umgang miteinander geprägt ist
Ernsthaftigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Vorherrschen einer ernsten Geisteshaltung • Wahrnehmung alltäglicher Vorkommnisse als wichtig mit der Tendenz, ihnen tiefere und intensive Betrachtung zukommen zu lassen (im Gegensatz zur oberflächlichen Betrachtung) • die Tendenz Aktivitäten zu bevorzugen, für die konkrete und rationale Gründe gefunden werden können
Schlechte Laune	<ul style="list-style-type: none"> • das Vorherrschen einer generell schlechten Laune • das Vorherrschen von Traurigkeit im Sinne einer niedergeschlagenen und traurigen Stimmung • traurige Reaktionen in Heiterkeit auslösenden Situationen, bei der Einstellung zu solchen Situationen und zu den beteiligten Objekten, Personen und Rollen • das Vorherrschen von Missmut im Sinne von mürrischen, unleidlichen oder griesgrämigen Gefühlen

Tab. 1: Definition der Konstrukte nach Ruch et al. 1996

Im Fragebogen STHI-S 30 können für jedes Konstrukt minimal 10 Punkte („trifft gar nicht zu“) und maximal 40 Punkte („trifft sehr zu“) errechnet werden. Da der Testbogen des STHI-T 60 aus 60 Fragen besteht, werden hier folglich 20 und 80 Punkte als Minimal- und Maximalwerte erreicht.

2.3.7. 3WD

Der 3-Witz-Dimensionen -Test (3WD; Ruch, 1992) dient der Erfassung von Humorvorlieben bzw. deren Ablehnung, bezogen auf die drei Humorkategorien: Inkongruenz-Auflösung, Nonsens-Humor und Sexueller Humor. Schon einzelne Bevölkerungsschichten zeigen Tendenzen zu bestimmten Humorarten. So weisen jüngere Menschen eine höhere Affinität zu Nonsenshumor auf, jedoch

können sich Ältere eher für Inkongruenz-Auflösungshumor begeistern (Ruch, 1992).

Der 3WD-Fragebogen besteht aus 35 Witzen, die in verbaler oder bildlicher Form vorliegen. Der Proband kann in einer Skala in 7 Abstufungen angeben, ob er den Witz als 0 = nicht witzig bis 6 = sehr witzig empfand. Gleiches gilt für die Ablehnung eines Witzes. Auch hier sind 7 Abstufungen möglich. Die Bewertung der Witzigkeit und der Ablehnung erfolgt in getrennten Skalen, da man davon ausgeht, dass ein Witz aus ethisch-moralischer Sicht zwar abgelehnt, aber zugleich auch als witzig empfunden werden kann.

2.4. Statistik

Die statistische Auswertung wurde mit SPSS für Windows, Version 14.0, durchgeführt. Mit Hilfe des Kolmogorov-Anpassungstests wurden die Daten auf das Vorliegen einer Normalverteilung hin untersucht. War dies der Fall, so wurde ein Mittelwertvergleich mittels t-Test durchgeführt, ansonsten wurde ein nichtparametrischer Test angewendet. Zusammenhangskorrelationen wurden mit dem Pearson- bzw. Spearman- Korrelationskoeffizienten errechnet.

3. Studienergebnisse

3.1. Soziodemographische Daten

Im Folgenden werden die soziodemographischen Daten dargestellt. Es soll verdeutlicht werden, dass keine signifikante Differenz zwischen Patienten und Kontrollpersonen bezüglich der Variablen Alter und Schulbildung bestehen, so dass sich die Ergebnisse zwischen Patienten und der Kontrollgruppe sehr gut miteinander vergleichen lassen.

3.2.1. Patientengruppe

An der Studie nahmen 18 Patienten (9 Männer und 9 Frauen) im Alter zwischen 24 und 68 Jahren teil. Dies ergab einen Mittelwert von 48,4 Jahren, SD 11,3.

Die schulische Ausbildung ist annähernd gleich verteilt wie das die folgende Tabelle verdeutlicht:

Schulabschluss

	n	Prozent
Hauptschule	6	33,3
Realschule	5	27,8
Abitur	7	38,9
Gesamt	18	100,0

Tab. 2: Verteilung schulische Ausbildung (Patienten)

Der Mittelwert der Ausbildungsdauer der Patientengruppe beträgt 10,7 Jahre, SD 1,7.

3.2.2. Kontrollgruppe

Die Gruppe der Kontrollpersonen setzt sich aus 17 Probanden (9 Männer und 8 Frauen) im Alter zwischen 28 und 73 Jahren zusammen. Dies ergab einen Mittelwert von 47,7 Jahren, SD 11,9.

Da die Kontrollpersonen zu den Patienten gematched wurden, ist die schulische Ausbildung annähernd gleich verteilt (Mittelwert der Ausbildungsdauer 11,0 Jahre, SD 1,9).

Schulabschluss

	n	Prozent
Hauptschule	6	35,3
Realschule	3	17,6
Abitur	8	47,1
Gesamt	17	100,0

Tab. 3: Verteilung schulische Ausbildung (Kontrollen)

3.3. Medikation

Alle Patienten waren zum Untersuchungszeitpunkt mediziert. Bei keiner der Kontrollpersonen bestand eine Medikation. Im Anhang befindet sich eine ausführliche Tabelle über die angewandten Medikamente.

Die Medikation war bezüglich der verwendeten Wirkstoffklassen und der Dosierungen sehr uneinheitlich, weswegen eine weitere statistische Auswertung evtl. Medikationseffekte nicht durchführbar war.

3.4. Ergebnisse aus den Fragebögen

3.4.1. BDI

Im BDI wies die Patientengruppe, wie erwartet, signifikant höhere Werte als die Kontrollpersonen auf ($p=0,001$).

Probandengruppe	Median	Minimum	Maximum	Z
Patienten	22,0	11	37	-5,094
Kontrollen	1,00	0	9	

Tab. 4: BDI

3.4.2. CHS

Bezüglich des Einsatzes von Humor als Coping-Strategie, gemessen mittels CHS, fanden sich bei den Patienten signifikant geringere Skalenwerte ($p=0,02$).

Probandengruppe	Median	Minimum	Maximum	Z
Patienten	15,5	8	23	-3,067
Kontrollen	19,00	16	25	

Tab. 5: CHS

3.4.3. STHI-S

	Probandengruppe	Median	Minimum	Maximum	Z
Heiterkeit	Patienten	17,0	10	30	-3,952
	Kontrollen	28,0	21	36	$p=0,001$
Ernsthaftigkeit	Patienten	32,0	22	38	-3,916
	Kontrollen	23,0	10	30	$p=0,001$
Schlechte Laune	Patienten	22,0	14	35	-4,396
	Kontrollen	10,0	10	28	$p=0,001$

Tab. 6: STHI-S (Patienten/Kontrollen)

Tabelle 6 zeigt die Auswertung des STHI-S, dabei kristallisierten sich in allen drei Konstrukten höchstsignifikante ($p=0,001$) Unterschiede zwischen den Patienten und den Kontrollen heraus. Die Abstufung der drei Konstrukte zeigt bei den Patienten eine hohe Ernsthaftigkeit (32,0), gefolgt von schlechter Laune und als letztes das Gefühl der Heiterkeit (17,0). Kontrollen empfanden den Moment als sehr heiter (28,0), weniger ernsthaft und das Item „schlechte Laune“ wurde vorwiegend mit „trifft nicht zu“ (10,0) bewertet.

3.4.4. STHI-T

	Probandengruppe	Median	Minimum	Maximum	Z
Heiterkeit	Patienten	50,0	28	66	-3,025
	Kontrollen	65,0	47	76	p=0,002
Ernsthaftigkeit	Patienten	56,0	35	70	-2,281
	Kontrollen	50,0	32	68	p=0,023
Schlechte Laune	Patienten	57,5	32	69	-3,620
	Kontrollen	32,0	22	61	p=0,001

Tab. 7: STHI-T (Patienten/Kontrollen)

Die Auswertung des Heiterkeitsinventars als Persönlichkeitseigenschaft zeigte hochsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen im Bereich Heiterkeit ($p=0,002$) und schlechte Laune ($p=0,001$). Die Ernsthaftigkeit war mit $p=0,023$ signifikant unterschiedlich. Es ergab sich bei den Patienten vorwiegend das Bild der schlechten Laune (57,59), knapp gefolgt von Ernsthaftigkeit (56,0). Bei den Kontrollen divergieren die Nennungen im Bereich Heiterkeit (65,0) und schlechte Laune (32,0) stark.

3.4.5. 3WD

	Probandengruppe	Mittelwert	SD	F
Inc.-Res.	Patienten	34,11	11,97	0,006
	Kontrollen	30,0	10,888	p=0,939
Nonsens	Patienten	23,44	14,292	5,023
	Kontrollen	19,35	7,737	p=0,032
Sex	Patienten	25,0	14,266	3,477
	Kontrollen	25,59	10,852	p=0,071

Tab. 8: Witzigkeit 3WD

	Probandengruppe	Mittelwert	SD	F
Inc.-Res.	Patienten	8,44	10,684	4,783
	Kontrollen	5,18	7,642	p=0,036
Nonsens	Patienten	13,89	13,979	3,447
	Kontrollen	10,65	8,514	p=0,072
Sex	Patienten	21,17	16,012	0,034
	Kontrollen	19,59	17,019	p=0,855

Tab. 9: Ablehnung 3WD

In den Tabellen 8 und 9 sind die Ergebnisse des 3WD-Testbogens dargestellt. Signifikante Unterschiede bestehen nur im Bereich „Witzigkeit Nonsens“ ($p=0,032$) und „Ablehnung Inc.-Res.“ ($p=0,036$). Überraschenderweise stufen die Patienten die Witze in allen drei Kategorien lustiger ein als die Kontrollgruppe.

3.5. Korrelationen

3.5.1. BDI und CHS

Hier sollen die Ergebnisse der Messung der Depressivität im Zusammenhang mit der Nutzung von Humor als Stressbewältigung aufgezeigt werden. Bei den Patienten zeigte sich kein signifikanter Bezug von Depression zum CHS ($r_s=-0,189$, $p=0,453$).

3.5.2. BDI und STHI-S

Bei den Patienten konnte eine hochsignifikante negative Korrelation zwischen dem BDI und der State-Heiterkeit gezeigt werden, siehe Abb. 2 ($r_p=-0,611$, $p=0,007$). Weiterhin bestand zwischen BDI und State-Schlechter-Laune eine positive Korrelation, s. Abb. 3 ($r_p=0,502$, $p=0,034$).

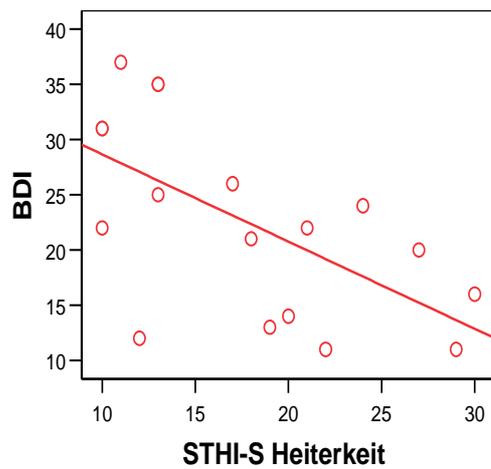


Abb. 2: Korrelation BDI – STHI-S Heiterkeit (Patienten)

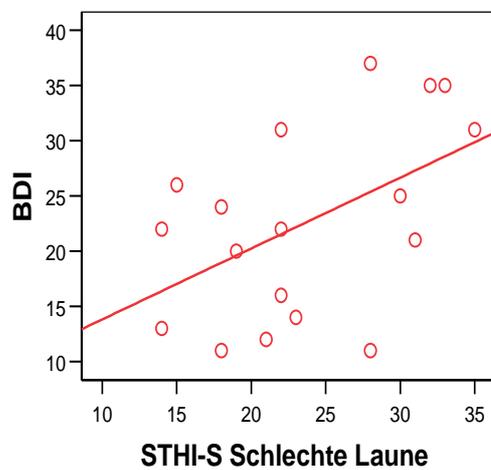


Abb. 3: Korrelation BDI – STHI-S schlechte Laune (Patienten)

3.5.3. BDI und STHI-T

Bei der Auswertung der Korrelation von BDI und STHI-T zeigte sich bei den Patienten und den Kontrollen eine ähnliche Tendenz wie bei dem STHI-S, jedoch waren hier die Werte der Patientengruppe nicht signifikant.

3.5.4. STHI-T – STHI-S

Sowohl in der Patientengruppe als auch in der Kontrollgruppe zeigten sich bei dem Vergleich der Daten des STHT-T mit dem STHI-S Zusammenhänge. Folgende Bereiche wiesen eine Signifikanz auf:

STHI-S schlechte Laune, verglichen mit STHI-S Heiterkeit, ergab in der Patientengruppe eine negative Korrelation ($r_p = -0,481$, $p = 0,044$), s. Abb. 4.

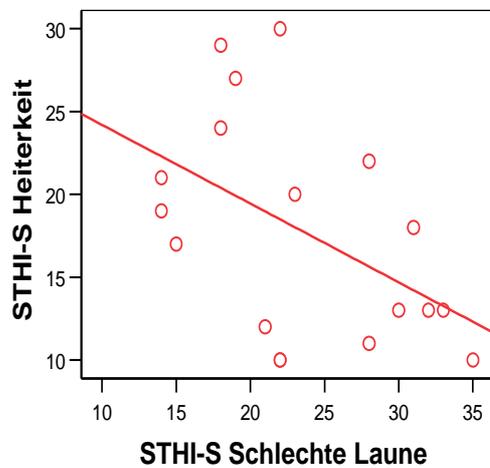


Abb. 4: Korrelation STHI-S Heiterkeit – schlechte Laune (Patienten)

3.5.5. BDI und 3WD

Höhere Werte im BDI in der Patientengruppe gingen tendenziell mit geringeren Witzigkeitsratings für INC-RES Witze einher. Allerdings fand sich keine signifikante Zusammenhangskorrelation ($p = 0,163$).

4. Diskussion

4.1. Zielsetzung der Untersuchung

Ziel der Studie war es, Humorwahrnehmung und deren evtl. Veränderung bei Patienten mit Depression, im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen zu untersuchen. Es sollten analysiert werden, ob Unterschiede bestehen, in welcher Form diese vorliegen und von welchen Parametern sie abhängig sind. Hierbei sollten vor allem der Bezug vom Schweregrad der Depression zum allgemeinen Umgang mit Humor im täglichen Leben (z.B. Stressbewältigung, STHI-T) und im Speziellen die Reaktion auf Witze und Cartoons getestet werden.

Es muss verdeutlicht werden, dass diese Studie explorativen Charakter hat und eher zur Bildung neuer Theorieansätze und zu weiterführenden Untersuchungen dienen soll. Die Daten wurden multiplen statistischen Tests unterzogen, würden einer Bonferroni-Korrektur vermutlich jedoch nicht standhalten. Die Ergebnisse lassen dennoch auf einen geringeren Gebrauch von Humor als Coping-Strategie und Veränderungen in Stimmungs- und Persönlichkeitsmustern bei Patienten mit einer depressiven Störung schließen.

4.2. Interpretation der Ergebnisse

Wie schon in Abschnitt 2.2.1. erwähnt, war es sehr schwer, unter den Patienten geeignete Versuchspersonen zu finden, die die Ausgangskriterien erfüllten und bereit waren, den Fragebogen auszufüllen. In der Studie konnten letztendlich nur die Werte von 18 Patienten genutzt werden. Dadurch ist diese Studie eher eine Pilotuntersuchung, die ermitteln soll, ob überhaupt Unterschiede in den einzelnen Fragestellungen bestehen. Diese müsste man später mit einer viel größeren Anzahl Probanden evaluieren.

4.2.1. Soziodemographische Daten

Die Geschlechterverteilung bei der Erkrankung an unipolarer Depression wird in der Literatur mit einem deutlichen Überhang an weiblichen Patienten mit 2-3:1

angegeben, außerdem besteht eine Erkrankungshäufigkeit im 3.-4. Lebensjahrzehnt. An der Studie nahmen 9 Männer und 9 Frauen mit einem durchschnittlichen Alter von 48 Jahren teil, sodass diese Verteilung nicht dem realen Erscheinungsbild der Erkrankung entspricht.

Im Bezug auf die Dauer der schulischen Ausbildung unterschieden sich die beiden Gruppen kaum (Patienten 10,7 Jahre/ Kontrollen 11 Jahre). Auch die Verteilung der Ausbildungsform (Hauptschule, Realschule, Gymnasium) innerhalb der Gruppen war mit je einem Drittel ausgewogen. Somit ist eine Beeinflussung der Ergebnisse durch Ausbildungsdifferenzen auszuschließen.

4.2.2. BDI

Die Werte des BDI unterschieden sich zwischen den beiden Testgruppen, wie angenommen, signifikant. Die Patienten wiesen einen Median von 22 Punkten beim BDI auf, sodass man davon ausgehen kann, dass die Patienten im Durchschnitt unter einer mittelgradigen Depression litten.

Wie in 2.2.1. beschrieben, war es sehr schwer, Patienten für die Studie zu motivieren. Viele Patienten fühlten sich nicht in der Lage, genug Konzentration für die Testbögen aufzubringen. Im Endeffekt füllten nur Patienten mit einer mittelgradigen Depression den Bogen komplett aus. Es kann daher vermutet werden, dass Patienten mit hochgradigen depressiven Störungen eine Verstärkung der Antriebslosigkeit erfahren, die das Ausfüllen des Fragebogens nicht ermöglicht oder sie kognitiv so einschränkt, dass sie nicht in der Lage waren, den Fragebogen auszufüllen.

Es muss noch einmal darauf hingewiesen werden, dass alle Patienten stationär aufgenommen und in verschiedenen Formen antidepressiv mediziert waren. Unterschiede der Ergebnisse der Patienten einzelner Medikationsformen waren nicht Bestandteil dieser Studie und sind nicht evaluiert worden. Es kann also nicht ausgeschlossen werden, dass die Ergebnisse dadurch beeinflusst wurden. Anzunehmen ist zum Beispiel ein falsch positives Ergebnis, da die Patienten unter den Antidepressiva einer Stimmungsaufhellung unterlagen.

4.2.3. CHS

Hintergrund der Bewertung des CHS war zu überprüfen, ob Depressive Humor weniger als Coping-Strategie benutzen als Gesunde. Diese Annahme konnte bestätigt werden. Es kristallisierte sich ein unterdurchschnittlicher Gebrauch von Humor zur Stressbewältigung bei den Patienten heraus (Median von 15,5 Punkten bei den depressiv Erkrankten und ein Median von 19 Punkten bei den Kontrollpersonen).

Hier lässt sich eine Brücke zur Studie von Craver und Scheier (1992) schlagen, die einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen der positiven Selbsteinschätzung von der eigenen Person und Situation und dem Gebrauch von Coping-Humor nachwies. Auch Kuiper, Martin, Kazarian und Jette (1998) kamen in ihrer Studie zu diesem Ergebnis. Hier wurde der Zusammenhang von Sinn für Humor (gemessen mit dem CHS), Selbstkonzept und Wohlbefinden bei depressiven Patienten gemessen. Die niedrigsten Werte im CHS-Test erzielten Patienten, die auch in den Selbstkonzepteneinschätzungen schwache Ergebnisse erreichten. Es könnte also geschlossen werden, dass depressive Patienten durch die negative Lebenseinstellung in der Fähigkeit zu Coping-Humor gebremst werden, oder umgekehrt: Personen mit wenig Coping-Humor neigen eher zu Depression. Um die beiden Möglichkeiten zu unterscheiden wäre es deshalb interessant, die Patienten noch einmal im symptomfreien Intervall zu untersuchen.

Jedoch sollte zu Bedenken gegeben werden, dass Patienten mit einer depressiven Störung dazu neigen, Ereignisse, Situationen oder Zukunftsperspektiven schlechter einzuschätzen als Gesunde. Dies wird als „negative appraisal bias“ bezeichnet (Gur et al., 1992, Murphy et al., 1999). Da beim CHS die positiven Eigenschaften des Humors im Vordergrund stehen: „...die Problemsituationen werden entschärft, wenn ich versucht habe, etwas Lustiges an ihnen zu entdecken“, „...dass Humor oft eine sehr effektive Art ist, Probleme zu bewältigen“. So ist anzunehmen, dass das Ergebnis durch die Tendenz zur negativen Beurteilung („negative appraisal bias“) beeinflusst wurde. Die Patienten suchen eher nicht nach etwas Witzigem in angespannten

Situationen, sie würden sich im Gegenteil eher in ihr negatives Schicksal fügen. Die Ansicht, dass es ja immer so ist, dass sie ja immer in angespannten, stressigen und damit schlechten Situationen sind, überwiegt hier. Die Möglichkeit, etwas Gutes aus der Situation zu ziehen, wird durch die depressive Störung geblockt. Jedoch konnte durch die Studie kein Bezug zwischen der Ausprägung der Depression und der Verwendung von Coping-Humor gezogen werden. Die Fähigkeit zum Coping-Humor scheint bei der Depression eingeschränkt zu sein, wird jedoch anscheinend nicht durch die Stärke der Depression beeinflusst.

4.2.4. STHI-S und STHI-T

Die Ergebnisse des STHI-S zeigten eindeutige signifikante Unterschiede in allen drei Konstrukten zwischen Patienten und Kontrollen. So war die momentane Stimmung bei den Patienten eher von Ernsthaftigkeit und dem Gefühl der schlechten Laune geprägt. Bei den Kontrollen dagegen zeigte sich ein vollkommen entgegengesetztes Bild. Diese fühlten am ehesten eine heitere Stimmung.

Bei der Auswertung des STHI-T, das die drei Konstrukte als Persönlichkeitsmerkmal beschreibt, erzielte die Patientengruppe hohe Werte im Bereich schlechte Laune (57,5 Punkte) und Ernsthaftigkeit (56 Punkte). Die Daten der Kontrollgruppe lassen auf vorwiegende Heiterkeit (65 Punkte) schließen. Als Persönlichkeitsmerkmal wurde bei den Kontrollen auch die Ernsthaftigkeit (50 Punkte) öfter in den Vordergrund gestellt.

Diese Ergebnisse spiegeln durchaus die Erwartungen wieder. Wenn man die Symptome einer Depression (siehe 1.2.1.) und die Beschreibung für den Zustand der Ernsthaftigkeit und der schlechten Laune (siehe Tab. 2) heranzieht, wäre es nur erstaunlich, wenn diese Unterschiede zwischen den beiden Gruppen nicht nachweisbar gewesen wären. Auch konnte eine Korrelation zwischen BDI und STHI-S nachgewiesen werden, d.h. je depressiver umso weniger heiter, jedoch ernster und schlechter gelaunt (siehe 3.4.3. und 3.4.4.).

Es lässt sich somit ein klarer negativer Zusammenhang zwischen depressiven Störungen und der Erheiterbarkeit darstellen.

Der von Ruch et al. (1997) postulierte State-Trait-Humoransatz beruht auf der Beeinflussbarkeit der Humorwahrnehmung oder des Humorprozesses sowohl durch vorherrschende Stimmungen als auch durch ein stabiles Persönlichkeitsmerkmal. Es stellt sich die Frage, ob die Patienten diese negative Einstellung schon „mitbrachten“ oder ob die Ergebnisse der Patientengruppe im Trait-Test eventuell doch durch negative Dispositionen verfälscht wurden. Dies könnte durch eine erneute Befragung nach Remission erörtert werden.

4.2.5. 3WD

Entsprechend der Hypothese war zu erkennen, dass es keinen Unterschied in der Präferenz von bestimmten Witzkategorien zwischen Patienten und Kontrollpersonen gibt. Beide Gruppen bewerteten die Witze und Cartoons der Kategorie Inkongruenz-Auflösung am höchsten, fanden diese also am lustigsten. Die Nonsenswitze wurde als am wenigsten lustig eingestuft.

Sehr auffällig und überraschend bei der Auswertung des 3WD-Testbogens hingegen war die Tatsache, dass die Patienten alle Witze, bis auf einen verschwindend kleinen Unterschied bei sexuellen Witzen, als lustiger bewerteten als die Kontrollpersonen. Die Patienten mit klaren depressiven Symptomen und gering ausgeprägten Werten in den Testbögen, die sich auf die Erheiterbarkeit und den Coping-Humor beziehen, reagieren auf humorvolle Stimuli genauso wie Gesunde. Das würde bedeuten, dass die habituelle Erheiterbarkeit keine Auswirkungen auf die tatsächliche Erheiterung durch Stimuli hat. Das ist zum einen sehr erfreulich, da sich somit zeigt, dass sich hier Ansätze für Humortrainings finden. Diese dienen der Motivation Humor wieder mehr in das Leben zu lassen, Absurditäten des Lebens zu sehen und zu erlernen, auch einmal über sich selbst lachen zu können. Hier könnte der Gebrauch von Coping-Humor geübt werden.

Zum anderen stellt sich jedoch die Frage, ob die Patienten die Witze nicht im Sinne der sozialen Erwünschtheit heraus überbewertet haben. Dafür würden auch die hohen Scoring-Werte im Bereich der Ablehnung sprechen. Folgendes Szenario könnte vorstellbar sein: Der Patient bewertet die Witze als witzig, weil er denkt: „Naja, das muss ja lustig sein.“ Die soziale Norm schreibt ihm jedoch vor, anzügliche und obszöne Witze abzulehnen. Das sind jedoch Gedankenspiele, die nur durch eine erneute Evaluation nach einer Therapie bestätigt oder widerlegt werden könnten.

Bezugnehmend auf die von Ruch (1992) erstellten Stichproben, bewerteten unsere beiden Testgruppen die Witze der Kategorie Inkongruenz-Auflösung und die sexuellen Witze als lustiger. Die Nonsens-Witze wurden als weniger lustig eingestuft. Eine mögliche Ursache dafür könnte sein, dass der 3WD 1982 aus einem großen Anteil bereits bekannter Witze zusammengestellt wurde, die den Probanden eventuell schon bekannt waren, aufgrund dessen sie diese als nicht so witzig einstufen. Für unsere beiden Testgruppen waren diese nach so langer Zeit jedoch unbekannt und konnten somit unabhängig beurteilt werden.

Bei der Frage der Ablehnung unterschieden sich die beiden Gruppen nicht. Größte Ablehnung fanden die sexuellen Witze, die Inc.-Res. Witze wurden am wenigsten abgelehnt. Interessant ist, dass beide Gruppen den sexuellen Witzen, die sie am zweitwitzigsten bewerteten, die meiste Ablehnung zuschrieben. Hierbei könnten gesellschaftliche Maßgaben der Grund sein. Ingeheim lacht man über den Witz, ruft sich aber die allgemein gültige Norm ins Gedächtnis, nach der man den Witz ablehnen sollte. Deshalb die paradoxe Bewertung im Fragebogen. Die Ergebnisse der Ablehnung in beiden Gruppen zeigte eine geringere Ablehnung der Inkongruenz-Auflösungs- und der sexuellen Witze, jedoch eine höhere im Bereich der Nonsens-Witze, als bei den Stichproben von 1992. Hier könnte eine größere gesellschaftliche Toleranz im Bereich der sexuellen Witze seit 1992 ausschlaggebend sein.

4.2.6. Korrelation BDI – CHS

Es konnte bei den Patienten, entgegengesetzt der Erwartungen, kein Bezug zwischen der Depressivität, gemessen im BDI, und der Fähigkeit, Humor als Stressbewältigungsmittel einzusetzen, gefunden werden. Wie aus 4.2.3. hervorgeht, ist bei den Patienten die Humor-Coping-Fähigkeit vermindert, steht aber in keinem Zusammenhang zum BDI, was bedeutet, dass ein Patient mit einem hohen BDI nicht zwangsläufig einen niedrigen CHS hat und andersherum. Auch hier wäre eine Bestätigung bzw. Widerlegung der Ergebnisse durch eine follow-up Evaluation interessant.

4.2.7. Korrelation BDI – STHI-S / STHI-T

In der Auswertung konnte keine Beziehung zwischen BDI und STHI-T, sehr wohl aber zwischen BDI und STHI-S errechnet werden. Dies bestätigt die Annahme von Ruch et al. (1997), dass der momentane Gemütszustand zwar beeinflussbar ist, im Fall dieser Studie von einer depressiven Episode, das jeweilige Konstrukt als Persönlichkeitsmerkmal jedoch stabil bleibt. Hier zeigt sich erneut, dass bei den Patienten ein humorvolles Potential vorhanden ist, das in Humortrainings weiter ausgebaut werden könnte.

In der Beziehung BDI-STHI-S war eine starke Abhängigkeit von BDI und Heiterkeit zu ermitteln. Je niedriger der BDI, desto höher fielen die Ergebnisse im Bereich der Heiterkeit aus. Im Testbogen wurden Aussagen, wie: „Ich bin ausgelassen. Ich bin in gehobener Stimmung. Ich bin heiter.“ höher bewertet. Umgekehrt verhielt es sich mit dem Konstrukt schlechte Laune. Hier stieg die schlechte Laune mit zunehmendem BDI. Dies beweist, dass bei Patienten mit der Schwere der Depressivität die Eigenschaft Heiterkeit durch Ernsthaftigkeit und schlechte Laune unterdrückt wird.

4.3. Kritik

Es soll noch einmal darauf hingewiesen werden, dass diese Studie nur als Pilotstudie dienen kann und soll, da die Anzahl der Probanden (18) gering war und die Tests nur Teilaspekte von Humor abbilden können. Humor ist sehr komplex und durch viele Faktoren beeinflussbar. Um die Validität der Ergebnisse zu erhöhen, wären zusätzliche Messinstrumente z.B. Fremdbeurteilungsinstrumente wie die Hamilton-Depressionsskala oder der Fremdbeurteilungsfragebogen des STHI nach Ruch et al. 1996 denkbar. Auch ist nicht zu beurteilen, wie sehr die verschiedenen Medikationen der Patienten das Ergebnis beeinflusst haben. Zur groben Eruiierung bestehender Unterschiede und der Analyse der Hypothesen hat diese Studie ihren Zweck jedoch erfüllt.

Große Schwierigkeiten bestanden darin, Patienten zu finden, die bereit waren, den Fragebogen auszufüllen und dies dann auch taten. Die Auswahlkriterien schränkten die Anzahl der möglichen Probanden ein. Viele verweigerten die Teilnahme, nachdem sie über das Prozedere aufgeklärt wurden, der Großteil jedoch füllte den Fragebogen nicht oder nicht vollständig aus. Oft war zu hören, dass sie sich nicht im Stande fühlen, dass der Fragebogen zu viele Fragen beinhalte, dass die Fragen nicht verstanden wurden. Es ist anzunehmen, dass die Patienten, die den Fragebogen letztendlich ausgefüllt haben, auf dem Weg der Besserung waren. Dies könnte zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben.

Trotzdem zeigt sich in den Ergebnissen ein Ansatz für Humortrainings, um den Patienten wieder einen erleichterten Umgang mit Humor im alltäglichen Leben nahe zubringen. Auch in den Gesprächen mit den Patienten war der Tenor, dass sie so gern wieder leichter leben und lachen möchten, sich dies aber im Moment nicht zutrauten. Durch diese Fähigkeit könnten die Patienten die Möglichkeit finden, schwierige Situationen im Leben leichter zu nehmen, den Weg aus der Depression zu finden und sich vor wiederkehrenden Episoden schützen.

5. Zusammenfassung

Die Erforschung des Humors als eine dem Menschen eigene Charaktereigenschaft hat die Wissenschaft schon immer in ihren Bann gezogen. So beschäftigten sich Gelehrte schon in der frühesten Antike mit diesem Phänomen. In der Geschichte zeichneten sich verschiedene Theorien ab, die sich im Laufe der Zeit veränderten. Das Verständnis für den Begriff „Humor“ veränderte sich so, dass man erst in der neueren Zeit von der uns geläufigen Bedeutung des Begriffs sprechen kann. Aus der Entwicklungsgeschichte sind jedoch gewisse Grundzüge, wie etwa die Überlegenheitstheorie, sich also mit Hilfe des Humors über andere zu stellen, geblieben. Hier entwickelte sich aber auch die Fähigkeit, Stresssituationen mit Humor abzufangen, also sich mit Hilfe des Humors über eine Situation zu stellen und die Wichtigkeit und das Gefühl der Ausweglosigkeit zu puffern.

In der modernen Humorforschung wird immer mehr über die positive Wirkung von Humor diskutiert (Ruch 1992, 1998; Ruch & Zweyer 1995, Sassenrath 2001). So werden seit neustem in Kliniken Klinikclowns engagiert, in Firmen finden Lachseminare zur Stressbewältigung statt. Interessant war somit der Ansatz dieser Studie, ob es durch die Krankheit Depression zu Humorveränderungen kommt. Sollte dies der Fall sein, könnte dies zum Ausbau von weiteren therapeutischen Maßnahmen dienen.

18 Patienten der Universitätskliniken Tübingen und Aachen wurden zu dieser Studie herangezogen. Bei ihnen bestand die Diagnose einer Depression im Sinne des ICD-10 F32.0, 32.1, 33.0 und 33.1. Es wurden nur Rechtshänder in die Studie aufgenommen. Alkohol- und Drogenabusus, bipolare Störungen etc. waren Ausschlusskriterien. Die Daten wurden über einen Fragebogen evaluiert, der aus einem Informationsblatt, einem Händigkeitsfragebogen, dem BDI-Testbogen, dem STHI-T 30 und STHI-S 60, dem CHS-Testbogen und dem 3WD-Testbogen bestand. Die 17 Kontrollpersonen stammen aus dem Bekanntenkreis der Untersucherin und wurden in Alter und Schulbildung passen gematcht.

Es wurden folgende Hypothesen gestellt und evaluiert:

- Ein verminderter Umgang mit Humor als Stressbewältigungsmittel.

Diese Hypothese konnte bestätigt werden. Patienten wiesen einen geringeren CHS auf. Aus den Ergebnissen konnte abgeleitet werden, dass depressiv Erkrankte Humor weniger zur Stressbewältigung einsetzen als Gesunde. Eine Abhängigkeit von der Schwere der Depression war jedoch nicht erkennbar.

- Reduzierte Skalenwerte bei Patienten im Bereich der Heiterkeit im State-Trait-Heiterkeitsinventar.

Auch hier bestätigten sich die Annahmen. Bei den Patienten war sowohl im State als auch im Trait ein eindeutig verringerter Zustand der Heiterkeit erkennbar. Die Patienten zeigten höhere Werte im Bereich Ernsthaftigkeit. Die Divergenz im Konstrukt schlechte Laune war zwischen Patienten und Kontrollen enorm. Hier war auch eine starke Korrelation mit dem BDI erkennbar. Je größer der Grad der Depression, umso höher waren die Werte im Bereich schlechte Laune und umso niedriger im Bereich Heiterkeit.

- Ein geringeres Witzigkeitsrating im Testbogen 3WD.

Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Patienten dieser Studie werteten entgegen jeder Vorhersage die Witze sogar als lustiger. Bestätigt wurde allerdings die Annahme, dass es keine Unterschiede in den drei Humorarten des Testbogens zwischen Patienten und Kontrollpersonen gibt.

Es konnte somit eine Abhängigkeit zwischen der Depression und dem heiteren oder humorvollen Verhalten der Patienten ermittelt werden. Es besteht eine Veränderung des Humors im Vergleich zu den Kontrollpersonen. Ein direkter Zusammenhang zur Humorwahrnehmung, evaluiert durch den 3WD-Testbogen, bestand nicht.

6. Anhang

Medikamente	Häufigkeit	Tagesdosis	Wirkstoff	Anwendung
Atosil	1	25 mg	Promethazin	Unruhe und Erregung
Cipramil	1	40 mg	Citalopram	Depression
Dominal	1		Prothipendyl	Unruhe und Erregung
Edronax	1	6 mg	Reboxetin	Depression
Ferro Sanol	1	1 mg	Eisen	Eisenmangel
Fluctin	1	30 mg	Fluoxetin	Depression/ Zwangsstörung
Insidon	1	50 mg	Opipramol	Angststörung
Lamictal	1	150 mg	Lamotrigin	Epilepsie
Nexium	1	20 mg	Esomeprazol	Refluxerkrankung
Nortrilen	1	150 mg	Nortriptylin	Depression
Orfiril	1	1800 mg	Natriumvalpoat	Epilepsie
Quilonum retard	1	900 mg	Lithiumacetat	bipol. affekt. Erkrankung (Prohylaxe)
Remergil	7	15 mg / 30 mg	Mirtazapin	Epilepsie
Risperdal	1	1 mg	Risperidon	Depression/ Schizophrenie
Saroten retard	1	150 mg	Amitriptylin	Depression
Seroquel 100	1	300 mg	Quetiapin	Schizophrenie
Seroxat	2	20 mg / 30 mg	Paroxetin	Depression
Spasmex	1	45 mg	Trospiumchlorid	pollakisurie, imperativer Harndrang u. Dranginkontinenz
Stangyl	3	75 mg / 150 mg	Trimipraminmaleat	Depression
Tamoxifen	1	20 mg	Tamoxifencitrat	Mamakarzionom
Tavor	2	1 mg / 2 mg	Lorazepam	Angstzustände
Tegretal	1	800 mg	Carbomazepin	Phasenprophylaxe
Trevilor	2	75 mg	Venlafaxin	Depression
Valium	1		Diazepam	Spannungs-/ Erregungszustände
Ximovan	1	7,5 mg	Zopiclon	Schlafstörungen
Zoloft	4	100 mg	Sertralin	Depression
Zyprexa	3	5 mg/ 15 mg	Olanzapin	Gestörtes Verhalten/Schizophrenie

Tab. 10: Auflistung der Medikamente

Klassifiziert nach dem Wirkprinzip bestehen folgende Häufigkeiten bei der Behandlung der Depression:

Wirkprinzip	Wirkstoffbeispiel	Anzahl
SSRI	Venlafaxine, Citalopram, Paroxetin, Sertralin	9
Neuroleptika	Olanzapin, Risperidon, Perazin, Prothipendyl	7
Trizyklische Antidepressiva	Nortriptylin, Amitriptylin, Trimipramin	6
NaSSA	Mirtazapin	5
Benzodiazepine	Lorazepam, Diazepam	2
Lithium	Lithiumacetat	1

Tab. 11: Häufigkeiten der Wirkprinzipien

Testbogen	Patienten	Signifikanz	Kontrollen
BDI	↑	***	↓
CHS	↓	*	↑
STHI-S Heiterkeit	↓	***	↑
STHI-S Ernsthaftigkeit	→	***	→
STHI-S schlechte Laune	↑	***	↓
STHI-T Heiterkeit	↓	***	↑
STHI-T Ernsthaftigkeit	→	*	→
STHI-T schlechte Laune	↑	***	↓
Witzigkeit Inc.-Res.		-	
Witzigkeit Nonsens	↑	*	↓
Witzigkeit sexuell		-	
Ablehnung Inc.-Res.	↑	*	↓
Ablehnung Nonsens		-	
Ablehnung sexuell		-	

Tab. 12: Übersicht Einzelergebnisse

Korrelation	Patienten	Signifikanz	Kontrollen
BDI – CHS		-	↓
BDI – STHI-S Heiterkeit	↓	***	
BDI – STHI-S Ernsthaftigkeit		-	
BDI – STHI-S schlechte Laune	↑	*	↑
BDI – STHI-S Heiterkeit		-	
BDI – STHI-S Ernsthaftigkeit		-	
BDI – STHI-S schlechte Laune		-	
BDI – 3WD Witzigkeit Inc.-Res.		-	
BDI – 3WD Witzigkeit Nonsens		-	
BDI – 3WD Witzigkeit Sexuell		-	
BDI – 3WD Ablehnung Inc.-Res.		-	
BDI – 3WD Ablehnung Nonsens		-	
BDI – 3WD Ablehnung sexuell		-	

Tab. 13: Übersicht Korrelationsergebnisse

Symbol	Bedeutung
↑	erhöht
↓	erniedrigt
→	gleich
***	hochsignifikant
*	signifikant
-	nicht signifikant

Tab. 14: Legende zur Datenübersicht

7. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Ein Modell der Erweiterbarkeit als Zustand und Eigenschaft (Ruch et al., 1996)	26
Abb. 2: Korrelation BDI – STHI-S Heiterkeit (Patienten)	34
Abb. 3: Korrelation BDI – STHI-S schlechte Laune (Patienten).....	34
Abb. 4: Korrelation STHI-S Heiterkeit – schlechte Laune (Patienten)	35

8. Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Definition der Konstrukte nach Ruch et al. 1996	27
Tab. 2: Verteilung schulische Ausbildung (Patienten)	29
Tab. 3: Verteilung schulische Ausbildung (Kontrollen)	30
Tab. 4: BDI	30
Tab. 5: CHS.....	31
Tab. 6: STHI-S (Patienten/Kontrollen).....	31
Tab. 7: STHI-T (Patienten/Kontrollen)	32
Tab. 8: Witzigkeit 3WD	32
Tab. 9: Ablehnung 3WD	33
Tab. 10: Auflistung der Medikamente	46
Tab. 11: Häufigkeiten der Wirkprinzipien.....	47
Tab. 12: Übersicht Einzelergebnisse	47
Tab. 13: Übersicht Korrelationsergebnisse	48
Tab. 14: Legende zur Datenübersicht	48

9. Abkürzungsverzeichnis

3WD	3-Witz-Dimensionen-Test
Abb.	Abbildung
BDI	Beck Depression Inventory
bzw.	beziehungsweise
CHS	Coping Humor Scale
et al.	et alii
etc.	et cetera
Hrsg.	Herausgeber
ICD-10	International Classification of Diseases 10. Auflage
Nr.	Nummer
S.	Seite
STHI-S (30)	State- Trait- Heiterkeits- Inventar- State (mit 30 Items)
STHI-T (60)	State- Trait- Heiterkeits- Inventar- Trait (mit 60 Items)
Tab.	Tabelle
u.v.a.	und vielen anderen
vgl.	vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel
zit.	zitiert
MW	Mittelwert
SD	Standartabweichung (Steady Deviation)
Inc.-Res.	Incongruity-Resolution (Inkongruenz-Auflösung)

10. Literaturverzeichnis

10.1. Literaturquellen

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J.: An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4: 53-63 (1961)

Borod, J.C.: Interhemispheric and Intrahemispheric Control of Emotion: A Focus on Unilateral Brain Damage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60: 339-348 (1992)

Carver, C. S. & Scheier, M. F., (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.

Eggl (1997): Humor und Gesundheit. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wien

Eibl-Eibesfeldt (1987): Grundriss der vergleichenden Verhaltensforschung, München, Piper

Fombonne E. (1994). Increased rates of depression: update of epidemiological findings and analytical problems. *Acta Psychiatr Scand.* 90(3),145-156.

Forabosco, G. (1998): The Ill Side of Humor. In W. Ruch (Ed.), *The Sense of Humor: Explorations of a Personality Characteristics*, S. 271-292. Mouton De Gruyter, Berlin.

Freiheit S.R., Overholser J.C., Lehnert K.L. (1998): The Association between Humor and Depression an Adolescent Psychiatric Inpatients and High School Students. *Journal of Adolescent Research* 13(1), S. 32-48.

Freud, S. (1970a): *Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten*. Studienausgabe Band 4, *Psychologische Schriften*, Frankfurt am Main, Fischer Verlag

Freud, S. (1970b): *Der Humor*. Band 4, *Psychologische Schriften*, Frankfurt am Main, Fischer Verlag

Goldsmith, L.A. (1979): Adaptive regression, humor and suicide. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47(3): S. 628-630.

Gur,R.C., Erwin,R.J., Gur,R.E., Zwiil,A.S., Heimberg,C. & Kraemer,H.C. (1992). Facial emotion discrimination: II. Behavioral findings in depression. *Psychiatry Res.*, 42, 241-251;

Hautzinger, M., Bailer, M., Worall & H., Keller, F. (1994). Beck-Depressions-Inventar (BDI). Bearbeitung der deutschen Ausgabe. Testhandbuch. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

Hautzinger, M.: [The Beck Depression Inventory in clinical practice]. *Nervenarzt* 62: 689-696 (1991)

Hirschfeld, R.M., Montgomery, S.A., Aguglia, E., Amore, M., Delgado, P.L., Gastpar, M., Hawley, C., Kasper, S., Linden, M., Massana, J., Mendlewicz, J., Möller, H.J., Nemeroff, C.B., Salz, J., Such, P., Torta, R., & Versiani, M. (2002). Partial response and nonresponse to antidepressant therapy: current approaches and treatment options. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 826-837.

Jacobi, J., Wittchen, H.U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol.Med.*, 34, 597-611.

Jaspers K., (1973). *Allgemeine Psychopathologie*, 9. Aufl. Berlin: Springer-Verlag.

Kessler, R.C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191-214.

Kuiper, N. A. & Martin, R.A.. Olinger, L.J., Kazarian, S.S., Jette, J.L. (1998). Sense of Humor, self-concept and psychological well-being in psychiatric inpatients. In: *Humor*, 11-4, 357-381

Martin, R.A. (1996): The Situational Humor Response Questionnaire (SHRQ) and Coping Humor Scale (CHS): A decade of research findings. *Humor*, 9, 251-272.

McGhee, P. E. (1979): *Humor. It's origin and development*. San Francisco W. H. Freeman

McGhee, P.E. (1999): *Health, Healing and the Amuse System. Humor as Survival Training*. Kendall/Hunt Publishing Company, Dubuque, Iowa, 3rd. Ed.

McGuffin, P., Katz, R., Watkins, S., & Rutherford, J. (1996). A Hospital-Based Twin Register of the Heritability of DSM-IV Unipolar Depression. *Archives of General Psychiatry*, 53, 129–136

Montgomery S.A. (1994). Antidepressants in long-term treatment. *Annual Review of Medicine* 45. 447-457

Murphy, F.C., Sahakian, B.J., Rubinsztein, J.S., Michael, A., Rogers, R.D., Robbins, T.W. & Paykel, E.S. 1999. Emotional bias and inhibitory control processes in mania and depression. *Psychol. Med.*, 29, 1307-1321

Murray, C.J. & Lopez, A.D. (1997). Global and regional descriptive epidemiology of disability: Incidence, prevalence, health expectancies and years lived with disability. In: Murray, C.J. & Lopez, A.D. (Hrsg.), The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020, 201-246. Harvard: Harvard University Press.

Nevo, O., Aharonson, H., & Klingman, A. (1998). The development and evaluation of a systematic program for improving sense of humor. In W. Ruch (Ed.), The sense of humor: Explorations of a personality characteristic (pp. 385-404). New York: Mouton de Gruyter.

Nussbaum K., Michaux W.W. (1963): Response to Humor in Depression: A Predictor and Evaluator of Patient Change? *Psychiatric Quarterly* 37(3), S. 527-539.

Oldfield RC (1971) The assessment and analysis of handedness: The Edinburgh Inventory. *Neuropsychologia* 9: 97-113

Oring, E. (1994): Humor and the suppression of sentiment, *Humor* 7 (1), S. 7-26
Ravnkilde, B. and M.D.: Hippocampal Volume and Depression: A Meta-Analysis of MRI Studies Poul Videbech, Ph.D. *Am J Psychiatry* 161:1957–1966, November 2004, Rentenversicherungsträger, Frankfurt 2004.

Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A., & Sauer, H.: On the validity of the Beck Depression Inventory A review. *Psychopathology* 31: 160-168 (1998)
Ruch, W. & Köhler, G. (1998 b). A temperament approach to humor. In: The sense of humor. Explorations of a Personality Characteristic. *Humor Research*; 3. Berlin, New York: Mouton de Gruyter, 203-228

Ruch, W. & Köhler, G. (1998 a). The measurement of state and trait cheerfulness. *Personality Psychologie in Europe*. Vol. 7, pp 1-17

Ruch, W. & Zweyer, K. (1995): Heiterkeit und Humor: Ergebnisse der Forschung. Hirsch, R.D., Bruder, J. & Radebold, H. (Hrsg.) Heiterkeit und Humor im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Band 2. Chudeck-Druck, Bornheim-Sechtem

Ruch, W. (1992): Assessment of appreciation of humour: studies with the 3WD humor test. In Spielberger and Butcher, eds., "Advances in Personality Assessment, Vol 9" pp. 27-75. Erlbaum, Hillsdale, NJ.

Ruch, W. (1998): Sense of humor: A new look at an old concept. In Ruch, W. (Ed.): The sense of humor: Explorations of a personality characteristic. *Humor Research Series*. Berlin, Mouton de Gruyter, S. 3-14.

Ruch, W., Köhler, G. & Van Thriel, C. (1997): To be in bad and good humor: Construction of the state form of the State-Trait-Cheerfulness-Inventory STCI. Personal and individual differences, Auflage 22, Nr. 4, S. 447-491.

Ruch, W., Köhler, G., & van Thriel, C. (1996): Assessing the „humorous temperament“: Construction of the facet and standard trait forms of the State-Trait-Cheerfulness-Inventory – STCI. Humor, 9, 303-339.

Sassenrath, Simone(2001): Diplomarbeit zur Erlangung des Magistergrades der Philosophie, Wien

Schöne, Lajos (2007): Aggressiv durch Depressionen, in: DIE WELT, 18. Oktober 2007, Wissenschaft, S. 31

Solomon et al. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. Am J. Psychia 157, 229-233.

Titze und Eschenröder (1998):Therapeutischer Humor. Grundlagen und Anwendung. 2. Auflage, Frankfurt/Main, Fischer Taschenbuchverlag, S. 39

VDR (2004). VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2003, Verband Deutscher

Weissman, M.M. & Klerman, G.L. (1990). Interpersonal psychotherapy for depression. Depressive disorders. Facts, theories and treatment methods. New York, Wiley.

Weixler, P. (1999): Das Lachen: Ein allomimetisches Verhalten? Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien

Westhoff, G.: Handbuch psychosozialer Messinstrumente, Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen, S. 107-113 (1993)

WHO (2001). World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope, Geneva.

Wicki (1992): Psychologie des Humors. Schweizerische Zeitschrift für Psychologie 51 (3), S. 151-163

Wittchen, H.U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 44(10), 993-1000.

Zerwina, C. (1993): Lachen und Humor des Kindes, Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien

Zillmann und Cantor (1976): A disposition theory of humour and mirth. In Capman, A. J. and food, S. 93-115

10.2. Literaturquellen aus dem Internet

Bundesministerium für Gesundheit www.bmg.bund.de

Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland
www.gesundheitsziele.de

Danksagung

In erster Linie möchte ich den Patientinnen und Patienten danken, die sich bereit erklärt haben an dieser Studie teilzunehmen. Ich ziehe vor ihnen den Hut, da sie trotz ihrer prekären Situation die Zeit und die Kraft gefunden haben, sich auf dieses Experiment einzulassen.

Für die fachliche Beratung, (An-)Leitung und Unterstützung möchte ich von ganzem Herzen Frau Prof. Dr. Barbara Wild und Frau Dr. Irina Falkenberg danken. Vielen Dank für die Zeit, die guten Ratschläge, Verbesserungen, Anmerkungen...

Für die moralische Unterstützung, Korrekturlesungen und das Interesse möchte ich meinem Mann, meiner Familie und der Familie meines Mannes danken.

Großer Dank geht an meine Eltern, die mir den Weg bis hierhin ermöglicht haben.

Lebenslauf

Name: Jana Konrad, geb. Jarmuzek
geboren am: 04. September 1980 in Halle (Saale)
Familienstand: verheiratet

Schulische Ausbildung und beruflicher Werdegang

1987-1999	Besuch der Grundschule und weiterbildender Schulen
1999	Abitur am Gymnasium „Philanthropinum“ in Dessau
1999 – 2002	Ausbildung zur Zahnmedizinischen Fachangestellten in der Zahnarztpraxis Dr. Dr. Ewald Riede in Stuttgart-Vaihingen und Berufsschule „Im Hoppenlau“ Stuttgart
April 2002 - Dezember 2007	Studium im Fach Zahnmedizin an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
03.12.2007	Zahnärztliche Prüfung
Dezember 2007	Erhalt der zahnärztlichen Approbation
März 2008 – Juli 2008	Tätigkeit als Vorbereitungsassistentin in der Zahnarztpraxis Olaf Sachs in Bernau b. Berlin
seit August 2008	Tätigkeit als Vorbereitungsassistentin in der Zahnarztpraxis Katharina Hirschfelder in Berlin, Charlottenburg
seit März 2010	Tätigkeit als angestellte Zahnärztin in der Zahnarztpraxis Katharina Hirschfelder in Berlin, Charlottenburg