

Schreiner, Joachim

Humor als ergänzender Bestandteil der psychologisch- psychiatrischen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen: Entwurf eines humordiagnostischen Modells

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 53 (2004) 7, S. 468-482

urn:nbn:de:bsz-psydok-45155

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Bobzien, M.; Hausmann, V.; Kornder, T.; Manz-Gill, B.: „... damit Theo weiß, was er besser machen soll“. Kundenorientierung in der sozialtherapeutischen Kindergruppenarbeit – Ein Erfahrungsbericht aus dem Qualitätsmanagement einer Erziehungsberatungsstelle („... so that Theo knows what he should do better“. Client orientation in social-therapeutic child group work – An experiential report of quality management at a child guidance clinic)	497
Leweke, F.; Kurth, R.; Milch, W.; Brosig, B.: Zur integrativen Behandlung des instabilen Diabetes mellitus im Jugendalter: Schulung oder Psychotherapie? (Integrative treatment of instable Diabetes mellitus: Education or psychotherapy?)	347
Schulte-Markwort, M.; Resch, F.; Bürgin, D.: Die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter“ (OPD-KJ) in der Praxis (“Operationalised psychodynamic diagnostics in childhood and adolescence” (OPD-CA) in practice) . . .	77
Weber, M.; Klitzing, K. v.: Die Geschichtenstamm-Untersuchung in der klinischen Anwendung bei jüngeren Kindern (Story stem evaluation in clinical practice with young children)	333
Weißhaupt, U.: Die virtuelle Beratungsstelle: Hilfe für Jugendliche online (Virtual counselling: online help for adolescents)	573

Originalarbeiten / Original Articles

Bredel, S.; Brunner, R.; Haffner, J.; Resch, F.: Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten – Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Success of treatment, experience of treatment, and satisfaction with treatment from the perspective of patients, parents, and therapists – Results of an evaluative study on inpatient treatment in child and adolescent psychiatry)	256
Dähne, A.; Aßmann, B.; Ettrich, C.; Hinz, A.: Normwerte für den Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBek) für Kinder und Jugendliche (Norm values for the questionnaire to assess the own body (Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers, FBek) for adolescents)	483
Kaltenborn, K.: Ko-Produktion von Wissen zur Sorgerechtsregelung durch Betroffene: eine partizipative Studie (Co-production of knowledge about custody criteria with subjects affected by their parents' custody dispute: a participatory study)	167
Kastner-Koller, U.; Deimann, P.; Konrad, C.; Steinbauer, B.: Entwicklungsförderung im Kindergartenalter (The enhancement of development at nursery school age)	145
Keßels, T.: Angstträume bei neun- bis elfjährigen Kindern (Anxiety dreams in 9- to 11-year-old children)	19
Klicpera, C.; Gasteiger Klicpera, B.: Vergleich zwischen integriertem und Sonderschulunterricht: Die Sicht der Eltern lernbehinderter Schüler (Comparing students in inclusive education to those in special schools: The view of parents of children with learning disabilities)	685
Kraenz, S.; Fricke, L.; Wiater, A.; Mitschke, A.; Breuer, U.; Lehmkuhl, G.: Häufigkeit und Belastungsfaktoren bei Schlafstörungen im Einschulalter (Prevalence and influencing factors of sleep disturbances in children just starting school)	3

Miksch, A.; Ochs, M.; Franck, G.; Seemann, H.; Verres, R.; Schweitzer, J.: Was hilft Kindern, wenn sie Kopfschmerzen haben? – Qualitative Auswertung systemischer Familieninterviews nach Abschluss einer lösungs- und ressourcenorientierten Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche mit primären Kopfschmerzen (What is helpful for kids with headache? – Qualitative analysis of systemic family interviews at the end of a solution and resource oriented group therapy for children and adolescents with primary headache)	277
Prüß, U.; Brandenburg, A.; Ferber, C. v.; Lehmkuhl, G.: Verhaltensmuster jugendlicher Raucher (Patterns of behaviour of juvenile smokers and non-smokers)	305
Roebbers, C.M.; Beuscher, E.: Wirkungen eines Bildkärtchentrainings für Grundschulkin-der zur Verbesserung ihrer Ereignisberichte (Training children in event recall: Benefits of a brief narrative elaboration training)	707
Roth, M.; Bartsch, B.: Die Entwicklungstaxonomie von Moffitt im Spiegel neuerer Befunde – Einige Bemerkungen zur „jugendgebundenen“ Delinquenz (Moffitt's developmental taxonomy as seen by new results – Some remarks on the “adolescence-limited” delinquency)	722
Sarimski, K.: Beurteilung problematischer Verhaltensweisen bei Kindern mit intellektueller Behinderung mit der „Nisonger Child Behavior Rating Form“ (Assessment of behavioral problems in children with intellectual disability: The Nisonger Child Behavior Rating Form)	319
Schaunig, I.; Willinger, U.; Diendorfer-Radner, G.; Hager, V.; Jörgl, G.; Sirsch, U.; Sams, J.: Parenting Stress Index: Einsatz bei Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder (Parenting Stress Index and specific language impairment)	395
Schreiber, M.; Lenz, K.; Lehmkuhl, U.: Zwischen Umweltverschmutzung und Gottes Wille: Krankheitskonzepte türkeistämmiger und deutscher Mädchen (Between environmental pollution and will of god: Concepts regarding illness of Turkish and German girls)	419
Schulz, W.; Schmidt, A.: Inanspruchnahme und Wirksamkeit von Kurzberatung in der Erziehungsberatung (Utilization and effectiveness of short-term counseling in child guidance)	406
Stauber, T.; Petermann, F.; Korb, U.; Bauer, A.; Hampel, P.: Adipositas und Stressverarbeitung im Kindesalter (Obesity and coping in childhood)	182
Subkowski, P.: Harry Potter – das Trauma als Motor der psychischen Entwicklung (Harry Potter – The trauma as a drive for psychic development)	738
Weber, A.; Karle, M.; Klosinski, G.: Trennung der Eltern: Wie wird sie den Kindern vermittelt und welchen Einfluss haben Art und Inhalt der Mitteilung auf das Trennungserleben der Kinder? (Separation of parents: How is it conveyed to children? How does the content of the communication influence the separation experience of children?)	196
Widdern, S. v.; Häßler, F.; Widdern, O. v.; Richter, J.: Ein Jahrzehnt nach der Wiedervereinigung – Wie beurteilen sich Jugendliche einer nordost-deutschen Schülerstichprobe hinsichtlich ihrer psychischen Befindlichkeit? (Ten years after german unification – Current behavioural and emotional problems of adolescents in Germany)	652

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Benecken, J.: Zur Psychopathologie des Stotterns (On the psychopathology of stuttering)	623
Bergh, B. v. d.: Die Bedeutung der pränatalen Entwicklungsperiode (The importance of the prenatal life period)	221
Bergh, P. M. v. d.; Knorth, E. J.; Tausendfreund, T.; Klomp, M.: Grundlagen der psychosozialen Diagnostik in der niederländischen Kinder- und Jugendhilfe: Entwicklungen und	

Aufgaben (Basics of the psychosocial diagnostic in child- and youth care in the Netherlands: Developments and tasks)	637
Bögle, R.M.: Beraterische Arbeit mit modernen Ausprägungen mythologischer Bilder (Counselling with modern expressions of mystic pictures)	560
Frölich, J.; Lehmkuhl, G.: Differenzialdiagnostische Zusammenhänge von Schlaf- und Vigilanzstörungen im Kindesalter – Verbindungen zu psychischen Störungen und organischen Erkrankungen (Differential diagnosis of sleep and vigilance disorders in children)	48
Kamp-Becker, I.; Mattejat, F.; Renschmidt, H.: Zur Diagnostik und Ätiologie des Asperger-Syndroms bei Kindern und Jugendlichen (Diagnosis and etiology of Asperger syndrome in children and adolescents)	371
Keupp, H.: Ressourcenförderung als Basis von Projekten der Gewalt- und Suchtprävention (Resource support as the basis of projects for the prevention of violence and addiction)	531
Lehmkuhl, G.; Frölich, J.: Kinderträume: Inhalt, Struktur und Verlauf (Children's dreams)	39
Noeker, M.: Artifizielle Störung und artifizielle Störung by proxy (Factitious disorder and factitious disorder by proxy)	449
Petermann, F.; Hampel, P.; Stauber, T.: Enuresis: Erklärungsansätze, Diagnostik und Interventionsverfahren (Enuresis: pathogenesis, diagnostics, and interventions)	237
Schreiner, J.: Humor als ergänzender Bestandteil der psychologisch-psychiatrischen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen: Entwurf eines humordiagnostischen Modells (Humor as an additional component of psychological and psychiatric diagnostics in children and adolescents: Concept of a humor-diagnostic model)	468
Thiel-Bonney, C.; Cierpka, M.: Die Geburt als Belastungserfahrung bei Eltern von Säuglingen mit Selbstregulationsstörungen (Birth as a stressful experience of parents with newborns and infants showing regulatory disorders)	601
Vossler, A.: Wandel hoch drei – Beratung für Jugendliche in einer verunsichernden Gesellschaft (Change to the power of three – counselling for adolescents in a society which causes uncertainty)	547

Buchbesprechungen / Book Reviews

Amorosa, H.; Noterdaeme, M. (2003): Rezeptive Sprachstörungen. Ein Therapiemanual. (<i>D. Irblich</i>)	61
Barrett, P.; Webster, H.; Turner, C.: FREUNDE für Kinder. Trainingsprogramm zur Prävention von Angst und Depression. (<i>K. Sarimski</i>)	65
Boeck-Singelmann, C.; Hensel, T.; Jürgens-Jahnert, S.; Monden-Engelhardt, C. (Hg.) (2003): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 3: Störungsspezifische Falldarstellungen. (<i>L. Unzner</i>)	213
Bonney, H. (2003): Kinder und Jugendliche in der familientherapeutischen Praxis. (<i>K. Mauthe</i>)	364
Brandau, H.; Pretis, M.; Kaschnitz, W. (2003): ADHS bei Klein- und Vorschulkindern. (<i>D. Irblich</i>)	439
Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hg.) (2003): Bindung und Trauma. (<i>L. Unzner</i>)	66
Erler, M. (2003): Systemische Familienarbeit. Eine Einführung. (<i>A. Müller</i>)	137
Essau, C.A. (2003): Angst bei Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	135
Etzersdorfer, E.; Fiedler, G.; Witte, M. (Hg.) (2003): Neue Medien und Suizidalität. Gefahren und Interventionsmöglichkeiten. (<i>K. Jost</i>)	441
Fay, E. (Hg.) (2003): Tests unter der Lupe 4. Aktuelle psychologische Testverfahren – kritisch betrachtet. (<i>M. Micklej</i>)	214

Feil, C. (2003): Kinder, Geld und Konsum. Die Kommerzialisierung der Kindheit. (W. Schweizer)	297
Finger-Trescher, U.; Krebs, H. (Hg.) (2003): Bindungsstörungen und Entwicklungschancen. (L. Unzner)	66
Flaake, K.; King, V. (Hg.) (2003): Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen. (C. v. Bülow-Faerber)	133
Fonagy, P. (2003): Bindungstheorie und Psychoanalyse. (L. Unzner)	66
Fonagy, P.; Target, M. (2003): Frühe Bindung und psychische Entwicklung. (L. Unzner) .	66
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2003): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 46. (M. Hirsch)	130
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2003): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 47. (M. Hirsch)	209
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2004): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 48. (M. Hirsch)	514
Gabriel, T.; Winkler, M. (Hg.) (2003): Heimerziehung. Kontexte und Perspektiven. (L. Unzner)	361
Gontard, A. v. (2004): Enkopresis. Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie. (E. Bauer)	757
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G. (2003): Enuresis. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. (M. H. Schmidt)	66
Grossmann, K.E.; Grossmann, K. (Hg.) (2003): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. (L. Unzner)	291
Günter, M. (2003): Psychotherapeutische Erstinterviews mit Kindern. Winnicotts Squiggletechnik in der Praxis. (R. Schepker)	516
Häußler, A.; Happel, C.; Tuckermann, A.; Altgassen, M.; Adl-Amini, K. (2003): SOKO Autismus. Gruppenangebote zur Förderung Sozialer Kompetenzen bei Menschen mit Autismus – Erfahrungsbericht und Praxishilfen. (D. Irblich)	295
Hascher, T.; Hersberger, K.; Valkanover, S. (Hg.) (2003): Reagieren, aber wie? Professioneller Umgang mit Aggression und Gewalt in der Schule. (G. Roloff)	437
Herwig-Lempp, J. (2004): Ressourcenorientierte Teamarbeit. Systemische Praxis der kollegialen Beratung. Ein Lern- und Übungsbuch. (D. Irblich)	678
Hobrücker, B. (2002): Zielentwicklung mit Kindern in Psychotherapie und Heilpädagogik. Verhaltensvereinbarung als Behandlungselement. (R. Mayr)	208
Huber, M. (2003): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1. (D. Irblich)	213
Huber, M. (2003): Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung, Teil 2. (D. Irblich)	517
Klemenz, B. (2003): Ressourcenorientierte Diagnostik und Intervention bei Kindern und Jugendlichen. (R. Mayr)	62
Klicpera, C.; Schabmann, A.; Gasteiger-Klicpera, B. (2003): Legasthenie. Modelle, Diagnose, Therapie und Förderung. (D. Irblich)	675
Koch-Kneidl, L.; Wiese, J. (Hg.) (2003): Entwicklung nach früher Traumatisierung. (D. Irblich)	136
Krowatschek, D.; Albrecht, S.; Krowatschek, G. (2004): Marburger Konzentrationstraining (MKT) für Kindergarten- und Vorschulkinder. (D. Irblich)	761
Kubinger, K.; Jäger, R. (Hg.) (2003): Schlüsselbegriffe der Psychologischen Diagnostik. (D. Gröschke)	64
Lang, P.; Sarimski, K. (2003): Das Fragile-X-Syndrom. Ein Ratgeber für Eltern. (D. Irblich)	593
Langfeldt, H.-P. (Hg.) (2003): Trainingsprogramme zur schulischen Förderung. Kompendium für die Praxis. (D. Gröschke)	63

Lauth, G. W.; Grünke, M.; Brunstein, J. C. (Hg.) (2004): Interventionen bei Lernstörungen. Förderung, Training und Therapie in der Praxis. (<i>D. Irblich</i>)	679
Lepach, A. C.; Heubrock, D.; Muth, D.; Petermann, F. (2003): Training für Kinder mit Gedächtnisstörungen. Das neuropsychologische Einzeltraining REMINDER. (<i>D. Irblich</i>)	436
Maur-Lambert, S.; Landgraf, A.; Oehler, K.-U. (2003): Gruppentraining für ängstliche und sozial unsichere Kinder und ihre Eltern. (<i>D. Irblich</i>)	293
Mayer, R.; Born, M.; Kähni, J.; Seifert, T. (2003): „Wirklich?! – Niemals Alkohol?!“ Problemskizierungen zur präventiven Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker. Balingen: Eigenverlag (<i>E. M. Dinkelaker</i>)	596
Mentzos, S.; Münch, A. (Hg.) (2003): Psychose und Sucht. (<i>W. Schweizer</i>)	296
Michels, H.-P.; Borg-Laufs, M. (Hg.) (2003): Schwierige Zeiten. Beiträge zur Psychotherapie mit Jugendlichen. (<i>W. Schweizer</i>)	129
Möller, C. (2003): Jugend sucht. Drogenabhängige Jugendliche berichten. (<i>M. Schulte-Markwort</i>)	515
Oetker-Funk, R.; Dietzfelbinger, M.; Struck, E.; Volger, I. (2003): Psychologische Beratung. Beiträge zu Konzept und Praxis. (<i>B. Plois</i>)	594
Papoušek, M.; Gontard, A. v. (Hg.) (2003): Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit. (<i>D. Irblich</i>)	212
Papoušek, M.; Schieche, M.; Wurmser, H. (Hg.) (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. (<i>L. Goldbeck</i>)	756
Petermann, F.; Wiedebusch, S. (2003): Emotionale Kompetenz bei Kindern. (<i>D. Irblich</i>)	292
Piaget, J. (2003): Meine Theorie der geistigen Entwicklung, herausgegeben von R. Fatke. (<i>D. Gröschke</i>)	63
Poustka, F.; Bölte, S.; Feineis-Matthews, S.; Schmötzer, G. (2004): Autistische Störungen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	758
Reinehr, T.; Dobe, M.; Kersting, M. (2003): Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Das Adipositas-Schulungsprogramm OBELDICKS. (<i>G. Latzko</i>)	676
Richman, S. (2004): Wie erziehe ich ein autistisches Kind? Grundlagen und Praxis. (<i>Y. Ahren</i>)	760
Rosenkötter, H. (2003): Auditive Wahrnehmungsstörungen. Kinder mit Lern- und Sprachschwierigkeiten behandeln. (<i>M. Mickley</i>)	130
Sarimski, K. (2003): Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. (<i>D. Irblich</i>)	440
Scheithauer, H.; Hayer, T.; Petermann, F. (2003): Bullying unter Schülern. Erscheinungsformen, Risikobedingungen und Interventionskonzepte. (<i>L. Mürbeth</i>)	595
Scheuerer-Englisch, H.; Suess, G. J.; Pfeifer, W.-K. (Hg.) (2003): Wege zur Sicherheit. Bindungswissen in Diagnostik und Intervention. (<i>L. Unzner</i>)	289
Schönplflug, W. (2004): Geschichte und Systematik der Psychologie. Ein Lehrbuch für das Grundstudium. 2. Aufl. (<i>D. Gröschke</i>)	518
Streeck-Fischer, A. (Hg.) (2004): Adoleszenz – Bindung – Destruktivität. (<i>L. Unzner</i>)	680
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2003): Therapie der Lese-Rechtschreibstörung (LRS). Traditionelle und alternative Behandlungsmethoden im Überblick. (<i>M. Mickley</i>)	211
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2004): Welche Chancen haben Kinder mit Entwicklungsstörungen? (<i>K. Sarimski</i>)	762
Vossler, A. (2003): Perspektiven der Erziehungsberatung. Kompetenzförderung aus der Sicht von Jugendlichen, Eltern und Beratern. (<i>H. Heekerens</i>)	592
Watkins, J. G.; Watkins, H. H. (2003): Ego-States. Theorie und Therapie. Ein Handbuch. (<i>D. Irblich</i>)	362

Winkelheide, M.; Knees, C. (2003): ... doch Geschwister sein dagegen sehr. Schicksal und Chancen der Geschwister behinderter Menschen. (<i>D. Irblich</i>)	365
Zander, B.; Knorr, M. (Hg) (2003): Systemische Praxis der Erziehungs- und Familienberatung. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	360

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Krowatschek, D. (2002): Überaktive Kinder im Unterricht. Ein Programm zur Förderung der Selbstwahrnehmung, Strukturierung, Sensibilisierung und Selbstakzeptanz von unruhigen Kindern im Unterricht und in der Gruppe, 4. Auf. (<i>C. Kirchheim</i>)	764
Rauer, W.; Schuck, K.-D. (2003): Fragebogen zur Erfassung emotionaler und sozialer Schulerfahrungen von Grundschulkindern dritter und vierter Klassen (FEES 3–4). (<i>K. Waligora</i>)	139
Stadler, C.; Janke, W.; Schmeck, K. (2004): Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern (IVE). (<i>C. Kirchheim</i>)	521

Editorial / Editorial	1, 75, 529
Autoren und Autorinnen / Authors	60, 127, 207, 288, 359, 434, 513, 587, 674, 754
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	588
Tagungskalender / Congress Dates	71, 142, 216, 300, 367, 444, 524, 598, 683, 767
Mitteilungen / Announcements	220, 448, 527

Humor als ergänzender Bestandteil der psychologisch-psychiatrischen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen: Entwurf eines humordiagnostischen Modells

Joachim Schreiner

Summary

Humor as an additional component of psychological and psychiatric diagnostics in children and adolescents: Concept of a humor-diagnostic model

When looking at humor of children and adolescents from a diagnostic point of view, there exist additional diagnostic possibilities other than the usual assessment methods from child and adolescent psychiatry or psychology. Spontaneous humorous behavior in everyday life and a humorous performance during assessment situations of children can provide a useful basis for further diagnostic considerations. From a developmental point of view it is important to notice what kinds of humor a child is already capable of understanding and of performing towards others. Whilst the actual readiness for cheerfulness contains information concerning the emotional state, the more general readiness for being cheerful renders insight into basic parameters of temperament. To what extent a child uses humor either supportively or destructively, contains information about psychodynamic connections, motivational aspects and active coping strategies. Concerning the diagnostic approach, reports of parents as well as humor tests or hypothesizing methods (e. g. humorous drawings) can be used. Central in using humor as a diagnostic assessment device is the knowledge of humor development and of the relations between psychiatric illnesses and humor.

Keywords: humor – diagnostics – children and adolescents – coping – developmental psychology

Zusammenfassung

Betrachtet man den Humor von Kindern und Jugendlichen aus einer diagnostischen Perspektive, ergeben sich zu den herkömmlichen Untersuchungsmethoden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychologie ergänzende diagnostische Möglichkeiten. Spontan humorvolles Verhalten der Kinder im Alltag und humorale Manifestationen im Rahmen der Untersuchungssituation können als Grundlage für diagnostische Überlegungen genutzt werden. Dabei ist aus entwicklungspsychologischer Warte von Interesse, welche Arten von Humor das Kind bereits versteht und selbst einzusetzen vermag. Während die aktuelle Erheiterungsbereitschaft Hinweise auf die emotionale Gestimmtheit liefert, gewährt das Ausmaß der allgemeinen Bereitschaft zur Erheiterung Einblick in zugrunde liegende Temperamentsparameter.

Wie ausgeprägt das Kind den Humor sich selbst und anderen gegenüber unterstützend oder schädigend einsetzt, gibt Aufschlüsse über psychodynamische Zusammenhänge, motivationale Aspekte und angewandte Copingstrategien. Die diagnostischen Zugangswege können über Berichte der Eltern, Humortests oder auch hypothesengenerierende Verfahren wie z. B. Humorzeichnungen angelegt sein. Zentral für die Verwendung von Humor als diagnostische Variable sind Kenntnisse über die Humorentwicklung und über die Zusammenhänge von psychischen Erkrankungen und Humor.

Schlagwörter: Humor – Diagnostik – Kinder und Jugendliche – Coping – Entwicklungspsychologie

1 Einleitung

Stellen wir Überlegungen zum Aufbau und Inhalt einer modernen kinderpsychologischen und kinderpsychiatrischen Diagnostik an, so spielen Humor und Lachen darin keine Rolle. Dies ist aus verschiedenen Gründen nachvollziehbar, bei näherer Betrachtung jedoch erstaunlich.

Nachvollziehbar ist dies vor allem, weil der Humor in den gängigen diagnostischen Klassifikationsschemata (z. B. ICD-10, Remschmidt et al. 2001) als Stichwort fehlt, als wissenschaftlicher Begriff nicht eindeutig definiert ist (Martin 1998), bislang praktisch keinen Eingang in die Standardwerke der Entwicklungspsychologie gefunden hat (z. B. Keller 1998; Oerter u. Montada 2002), und selbst als Suchbegriff im Sachregister Enzyklopädischer Werke der Psychologie (z. B. Benesch 1995) nicht auffindbar ist. Zudem sind Überblicksarbeiten über den kindlichen Humor und das Lachen der Jugendlichen dünn gesät (Bönsch-Kauke 2003; Schreiner 2003; Buckman 1994) oder aber umfassen lediglich Teilaspekte des Phänomens (z. B. Gruntz-Stoll u. Rissland 2002; Wicki 2000). Den Aspekt der diagnostischen Valenz des Humors im Kindes- und Jugendalter beleuchtet lediglich Schreiner (2003). Entsprechend fehlte dem klinisch tätigen Diagnostiker bislang eine solide Basis für den Einbezug des Phänomens Humor in die praktische Arbeit.

Das Erstaunen darüber, dass Humor bislang keinen Eingang in die psychologisch-psychiatrische Diagnostik gefunden hat, beruht auf drei Überlegungen. Zunächst auf der Erfahrung, dass Humor in unserem alltäglichen Leben eine wesentliche Rolle spielt. Humor und Lachen gehören zur Menschheitsgeschichte (Bremmer u. Roodenburg 1999) ebenso wie zur Biographie jedes Einzelnen. Auch wenn es Gesellschaften gibt, in denen es als unschicklich gilt, öffentlich zu lachen (Gelfert 1998), lacht der überwiegende Teil der Menschen offenkundig gern (Davies 1990) und die meisten bezeichnen ihren Sinn für Humor als zumindest durchschnittlich (Martin u. Lefcourt 1984). Nicht zuletzt ist Humor eine der wichtigsten Eigenschaften, die man sich bei der Lebenspartnerin oder dem Lebenspartner und bei guten Freunden wünscht (Goodwin 1990). Warum sollte man ein derart bedeutsames inter- und intrapersonelles Phänomen nicht für diagnostische Zwecke nutzen?

Der zweite Grund ist, dass sich fortschrittliche Diagnostik seit nunmehr zwei Jahrzehnten nicht mehr ausschließlich pathologischen Erscheinungsformen kindlichen Erlebens und Verhaltens widmet, sondern Ressourcen und Copingstrategien des Individuums und seines sozialen Umfeldes zunehmend Berücksichtigung finden (Walsh 1998; Knölker et al. 2000). Aber selbst in neueren Ressourcentaxonomien (Klemenz 2000) suchen wir den Humor vergeblich. Dabei zeigen Studien wie die von Führ (2002), dass Kinder und Jugendliche Humor sehr wohl als Copingstrategie anwenden. In einer Untersuchung von Lyans et al. (2000) mit 450 Kindern und Jugendlichen mit dem Child and Adolescent Strengths Assessment (CASA) erwies sich der *sense of humor* als die am häufigsten genannte Copinghilfe. Resch umschreibt den Humor in seiner Funktion als Bewältigungsstrategie wie folgt: „Humor: Dieser erlaubt den Ausdruck von Affekten und Wünschen, die konflikthaft oder belastend sind. Es werden lustige Gefühle oder ironische Gesichtspunkte eines Konfliktes oder Stressors betont. Humor geht nicht auf Kosten anderer. Als reifer Abwehrmechanismus ist er zugleich Bewältigungsstrategie“ (Resch 1999, S. 237). Vieles spricht somit dafür, die Dimension Humor in Beschreibungen kindlicher oder jugendlicher Ressourcen und Copingstrategien einzubeziehen.

Das dritte Argument beruht auf den bisherigen Erkenntnissen der Humorforschung. Zu nennen sind insbesondere entwicklungspsychologische Befunde, die den Humor als eine eigenständige Entwicklungslinie auszuweisen vermögen und gleichzeitig seine enge Verwobenheit mit anderen Entwicklungsbereichen aufzeigen (Übersichten bei Buckman 1994; Wicki 2000; Schreiner 2003; Bönsch-Kauke 2003). Daneben liegen erste Studien vor, die den Zusammenhang zwischen psychopathologischen Phänomenen und Humor und Lachen untersuchten (z.B. Freiheit et al. 1998; Baron-Cohen 1997; St. James u. Tager-Flusberg 1994).

Aus diesen Vorüberlegungen heraus möchte ich im Folgenden vier Ebenen aufzeigen, auf denen der Humor als diagnostische Variable Verwendung finden kann und anschließend den Entwurf eines integrierenden Modells einer Humordiagnostik im Kindes- und Jugendalter vorstellen. Weiterhin sollen verschiedene konkrete Erfassungsmöglichkeiten der Zielvariablen Humor dargestellt und Möglichkeiten, aber auch Grenzen der Humordiagnostik diskutiert werden. Bevor wir uns den diagnostischen Möglichkeiten zuwenden können, ist eine definitorische Umschreibung des Phänomens Humor notwendig.

2 Konzeptualisierung und Definition von Humor

Bis heute mangelt es an einer einheitlich verwendeten Humordefinition. Die Begriffsunschärfe spiegelt kulturwissenschaftliche Veränderungen wider, begründet sich aber vor allem auf der Mehrdimensionalität des Konstrukts. So wird Humor oder der „sense of humor“ je nach Autor vorwiegend als kognitive Fähigkeit (Feingold u. Mazzella 1993), als Copingstrategie (Overholser 1992), als Trait oder Temperamentsdimension (Ruch 1998), als gesunder psychischer Verarbeitungsprozess (Resch 1999) oder als eine heiter-amüsierte Einstellung der Welt gegenüber (Svebak u. Apter 1987) definiert. Nevo et al. (1988) versuchen in ihrer begrifflichen Systeme-

matisierung mehrere Facetten zu berücksichtigen und beschreiben fünf Komponenten (motivationale, kognitive, emotionale, soziale und verhaltensbezogene Aspekte) des humorvollen Erlebens und Verhaltens.

Ungeachtet dieser Begriffskomplexität zeigen die klinische Praxis und die Alltagserfahrung, dass Humor und Lachen individuell und innerhalb einer Gruppe positive und negative Wirkungen entfalten können. Aus definitorischen Gründen und zu diagnostischen Zwecken ist es daher unumgänglich, die Auswirkungen von Humor auf das Individuum und die soziale Gruppe in schädliche und förderliche Aspekte zu unterteilen. Entsprechend regt Martin (1999, 2003) an, den Humor gemäß seinen Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit in eine *maladaptive* und eine *adaptive* Form zu unterteilen. Die maladaptiven und die adaptiven Formen des Humors können nochmals differenziert werden bezüglich ihrer Auswirkungen auf einer intrapsychischen und interpersonalen Ebene. Überträgt man diese Humorparameter in ein Vierfelderschema, das sich aus Humorausrichtung (inter- versus intrapersonal) und Humorauswirkung (maladaptiv versus adaptiv) konstituiert, gelangt man zu folgender Übersicht.

Tab. 1: Wirkungsformen von Humor (in Anlehnung an Martin 1999, 2003)

	<i>Adaptiver Humor</i>	<i>Maladaptiver Humor</i>
	<i>„Self-enhancing humor“</i>	<i>„Self-defeating humor“</i>
Intrapsychisch	Humor als Möglichkeit, psychische Spannungen auszudrücken. Humor als Mittel zur Steigerung des Selbstwertgefühls und der positiven Stimmung. Humor als Instrument zum kreativen Problemlösen. Humor als Fähigkeit, auch die beschwerlichen Dinge des Lebens mit einem Schmunzeln zu betrachten.	Humor als psychischer Abwehrmechanismus (Vermeidung und Unterdrückung von Gefühlen; Verleugnen von Problemen etc.). Sich selbst der Lächerlichkeit preisgeben. Sich selbst durch Humor zum Objekt des Witzes machen.
	<i>„Affiliative humor“</i>	<i>„Aggressive humor“</i>
Interpersonal	Humor als Möglichkeit der Nähe-Distanz-Regulierung. Humor als soziales Kontaktinstrument um Beziehungen zu verbessern, zwischenmenschliche Bindungen zu festigen, interpersonale Probleme zu lösen. Fähigkeit, andere in eine positive Stimmung zu versetzen.	Humor als Aggression gegen andere (Zynismus; Sarkasmus; Ironie; „Spaßärgern“; Verhöhnern etc.). Jemanden mit Humor zu kontrollieren, manipulieren und zu beherrschen versuchen. Unfähigkeit, Humor angemessen in soziale Interaktionen einzubringen, da soziale Signale falsch interpretiert oder nicht beachtet werden.

In Ermangelung einer einheitlichen Humordefinition und unter Berücksichtigung der Multidimensionalität des Phänomens möchte ich den weiteren Darlegungen folgende Arbeitsdefinition von Humor zugrunde legen:

Humor kann als eine entwicklungsabhängige, situationsübergreifende Eigenschaft einer Person angesehen werden, mit deren Hilfe sie in die Lage versetzt wird, auch schwierigen Lebenssituationen trotz aller Widrigkeiten mit einer gewissen schmunzelnden Gelassenheit zu begegnen oder ihr gar noch eine lustige Seite abzugewinnen. Humor kann demzufolge förderlich für sich und andere eingesetzt werden. Humor kann aber ebenso als Ausdrucksmittel selbst- und fremdschädigender Wirkungsabsichten dienen. Hiervon zu unterscheiden ist die Fähigkeit, Humor in sprachlicher (Wortspiele, Witze, Rätsel, lustige Geschichten etc.) oder nicht-sprachlicher Form (Pantomime, Situationskomik, Cartoon etc.) zu erfassen und zu verstehen (z.B. in einer sozialen Gruppe oder als Publikum einer Satireveranstaltung) sowie einzusetzen und zu präsentieren (z.B. als Schüler, der einen Witz erzählt) oder zu produzieren (z.B. als Kabarettist oder Clown; spontaner Humor im Freundeskreis).

Diese Arbeitsdefinition verdeutlicht die engen Bezüge des Humors zu verschiedenen anderen psychologischen Konstrukten, z.B. zu Kreativität, emotionaler (Goleman 1996) und sozialer Intelligenz (Bell et al. 1986) sowie zu Spiellust und Spiel Freude (Bönsch-Kauke 2003).

3 Humordiagnostik

Die beiden Klassifikationsschemata DSM-IV (APA 1994) und ICD-10 (Remschmidt et al. 2001) bieten kaum Anhaltspunkte für den konkreten Einbezug des Humors als Diagnostikum bei Kindern und Jugendlichen. Im diagnostischen Klassifikationsschema für psychische Erkrankungen der American Psychiatric Association DSM-IV wird Humor als Copingmechanismus aufgeführt sowie humorales Verhalten bzw. dessen Fehlen als Begleiterscheinung oder Symptom einiger weniger Erkrankungen beschrieben:

- Als Folge oder im Rahmen von Cannabis-Gebrauch kann es zu euphorischen Stimmungszuständen mit unangemessenen Lachanfällen kommen (DSM-IV 282.89).
- Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis werden gemäß der jeweils spezifisch vorherrschenden Psychopathologie mit verschiedenen Formen eingeschränkter oder übermäßiger humoraler Verhaltensweisen assoziiert.
- Kichern oder Weinen aus unerklärlichen Gründen wird im Zusammenhang gesehen mit dem Ausdruck abnormer Stimmungen bei Autismus. Das gänzliche Fehlen von Lächeln im sozialen Kontext wird bei der gleichen Erkrankung als Zeichen der Beeinträchtigung der sozialen Interaktionsfähigkeit interpretiert (DSM-IV 299.00).
- Patienten mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vom depressiven Typus wird im DSM-IV ein Mangel an Humorbereitschaft und Humorempfänglichkeit zugeschrieben.

In der ICD-10 und dem Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters der WHO (2001) findet man das Lachen und den

Humor bei den Diagnosen hebephrene Schizophrenie (F20.1.) (Kichern, selbstzufriedenes/selbstversunkenes Lächeln, Faxen, Grimassieren) und organische Persönlichkeitsstörung (F07.0) (inadäquate Scherzhaftigkeit).

In beiden Klassifikationsschemata wird dem Humor somit eine sehr eng gefasste Rolle zugeschrieben. Er wird fast ausschließlich bei schwerwiegenden Psychopathologien (ausgenommen die Folgen einer Cannabiseuphorisierung) als Symptom angeführt. Da die erwähnten Erkrankungen nur einen Bruchteil der psychischen Störungen und Krisen im Kindes- und Jugendalter abdecken, der Humor aber in der Entwicklung der Kinder einen zentralen Stellenwert einnimmt, helfen uns die diagnostischen Zuordnungen der Klassifikationsschemata nur bedingt weiter.

Verschiedene Autoren haben ausgehend von ihren klinischen Beobachtungen einige mögliche Ansatzpunkte humoraler Diagnostik aufgezeigt. Sie postulieren, dass

- ein gut entwickelter Sinn für Humor auf ein positives Selbstwertgefühl hindeutet, und die Fähigkeit, sich selbst humorvoll in Frage zu stellen, auf eine ausgewogene Balance des Narzissmussystems verweist (Dana 1994);
- die Reaktion des Kindes auf einen humoralen Stimulus des Diagnostikers Hinweise darauf liefert, wie stark ausgeprägt eine depressive Verstimmung oder eine Angsttendenz ist (Zall 1994);
- ein Mangel an Humor auf eine Traumatisierung mit abgeflachter Affektivität verweist oder Ausdruck einer kindlichen Schizophrenie sein kann (Shaw 1961);
- ein hohes Maß an Humor für einen gehobenen Level sozialer Kompetenz und eine allgemeine Reife des Kindes spricht (Sands 1984; Masten 1989) und
- ein hohes Maß an Humor für ein hohes Ich-Funktionsniveau, und eine Humorretardierung für eine emotionale und kognitive Mangelentwicklung steht (Dana 1994).

Diese klinischen Einschätzungen decken sich weitgehend mit den Befunden empirischer Untersuchungen:

- Depressive Verstimmungen korrelieren negativ mit dem Sinn für Humor und dem Ausmaß des Humor-Copings (Freiheit et al. 1998).
- Autistische Kinder haben Mühe, Witze und Spaß als solche zu erkennen, sie produzieren wenig humorvolle Interaktionen und bevorzugen verbalen gegenüber aktionalen/nonverbalen Humor (St. James u. Tager-Flusberg 1994; Baron-Cohen 1997).
- Kinder mit mentalen Defiziten, Lern-Leistungsstörungen und kognitiven Retardierungen haben mehr Mühe als ihre Altersgenossen, Witze und Cartoons zu verstehen, zu kreieren, zu erzählen und zu erklären (Ezell u. Jarzynka 1996; Short et al. 1993; Spector 1992).
- Jugendliche mit Schädel-Hirnverletzungen im Frontalbereich zeigen Schwierigkeiten beim Verständnis und bei der Einschätzung lustiger Stimuli (z. B. Docking et al. 2000).

Die aufgeführte Befundlage weist einige sehr interessante Implikationen auf, präsentiert sich aber noch sehr lückenhaft und heterogen und kann allenfalls diagnostischen Hinweischarakter für sich beanspruchen.

Ein humordiagnostisches Modell müsste demnach auf allgemeinen Überlegungen zur psychologisch-psychiatrischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter basieren, die vorliegenden Befunde über Zusammenhänge zwischen Psychopathologie und Humor berücksichtigen und vor allem entwicklungspsychologische und ressourcenorientierte Befunde der Humorforschung integrieren. Durch die Konzeptualisierung eines solchen Modells mittels vier Ebenen soll diesen verschiedenen Aspekten Rechnung getragen werden.

3.1 Vier mögliche Ebenen einer Humordiagnostik

Ebene I: Humor auf der Ebene Entwicklung

Humorplattform (Entwicklung): Sie bildet als Stadien- oder Phasenmodell die Basis für jegliche Humormanifestation und wird vor allem durch die kognitive (einschließlich sozialkognitive) Entwicklung des Individuums festlegt. Zu nennen wäre hier z. B., dass Kinder mit circa sechs Jahren ihren Eltern lustige Rätsel stellen können, aber erst ein bis zwei Jahre später erfolgreich einen Witz zu erzählen vermögen. Der inhaltlich komplexere Aufbau eines Witzes erfordert mehr kognitive Kompetenzen.

Ebene II: Humor auf der Ebene eines Persönlichkeitsmerkmals

Ausmaß der Humorbereitschaft (Persönlichkeitsausgestaltung): Auf dieser Ebene wird Humor als Persönlichkeitsmerkmal oder auch Humortendenz (state-trait-Ebene) verstanden (Heiterkeit, Witzigkeit). Diese Ebene zeigt Bezüge zum Ausmaß der Spielfreude und ermöglicht es, in einem diagnostischen Setting auszuloten, wie groß die Bereitschaft ist, auf humorvolle Stimuli emotional zu reagieren.

Ebene III: Humor auf der Ebene psychodynamischer Zusammenhänge

Humorausrichtung (dynamische Zusammenhänge psychischen Befindens und Erlebens): Hier finden wir Anhaltspunkte dafür, wie das Individuum Humor als adaptiv oder maladaptiv wirkendes Agens (gesunder Bewältigungsmechanismus, Ressource, Copingstrategie, Vermeidungsverhalten) einsetzt. Auf dieser Ebene werden salutogene und psychopathologische Phänomene sichtbar, bei denen die Art des eingesetzten Humors quasi als psychisches Fieberthermometer fungiert.

Ebene IV: Humor auf der Ebene von Verhaltenstendenzen

Humormanifestation (Verhaltenstendenzen): An dieser Stelle tritt die Frage in den diagnostischen Fokus, ob der Humor bevorzugt interpersonal oder sowohl inter- als auch intrapersonal eingesetzt wird und wie das Verhältnis zwischen motorisch-aktionalem, sprachlichem und gedanklichem Humor (Präsentation) im betreffenden Fall ist. Das Medium, durch das Humor seinen konkreten Ausdruck findet (in komischen Grimassen, lustigen Sprüchen, erheiternden Gedankenspielen etc.) und die soziale Stoßrichtung (für sich selbst und/oder andere) ergänzen die auf der Ebene III erhobenen Befunde.

Ich möchte dieses Ebenenmodell anhand zweier humoraler Ausprägungsvarianten veranschaulichen. Der so genannte Klassenclown (Fried u. Keller 1996) hat in der Regel eine deutlich erhöhte Humorbereitschaft im Sinne einer Erheiterungstendenz. Er ist eher extrovertiert und benutzt während der Primarschulzeit bevorzugt aktional-motorischen Humor, den er im Klassenverband (interpersonal) einzusetzen pflegt. Die Komplexität sowie die sprachliche Differenziertheit seiner verbalen Späße hängen wesentlich von seiner sprachlichen und kognitiven Entwicklung ab. Reziprok liefern seine verbalen Humoreinlagen Hinweise auf diese Entwicklungsbereiche. Informationen darüber, inwieweit er sich selbst oder andere zur Zielscheibe seiner humoristischen Aktionen macht und ob er dabei den Humor unterstützend oder aggressiv abwertend einsetzt (Shade 1999), ermöglichen die Ableitung von Hypothesen über motivationale und psychodynamische Zusammenhänge.

Ein schüchternes elfjähriges Mädchen hingegen kann eine herabgesetzte Erheiterungsbereitschaft besitzen und sich eher still über gedanklichen Humor amüsieren. Seine humoralen Überlegungen können dabei durchaus vor sprachlichem Witz sprühen und auf eine forcierte sprachlich-kognitive Entwicklung hindeuten. Eventuell benutzt es aber gleichzeitig den Humor eher selbstabwertend im Sinne disqualifizierender, ironischer Kommentare über eigene Unzulänglichkeiten.

Das aufgeführte Ebenenmodell macht deutlich, dass Befunde aus unterschiedlichen Bereichen der Humorforschung integrativ Berücksichtigung finden müssen. Es kann an dieser Stelle nicht auf die umfangreiche Humorforschung bei Kindern und Jugendlichen eingegangen werden, vielmehr muss auf die entsprechenden Übersichtsarbeiten (z.B. McGhee 1979; Buckman 1994; Schreiner 2003; Bönsch-Kauke 2003) verwiesen werden.

3.2 *Integration der humordiagnostischen Befunde*

Die gewonnenen Befunde können in einem zweiten Schritt zu vier diagnostischen Ebenen in Beziehung gesetzt werden:

1. Sie können aus einer *Entwicklungsperspektive* in Relation zu anderen Parametern der normalen Entwicklung gebracht werden (kognitive, kreative, motivationale, soziale und emotionale Aspekte).
2. Sie können aus *psychopathologischer Perspektive* als Hinweise auf die Ausprägung psychopathologischer Zustände (z.B. Depression, Angstzustände) oder auf das Ausmaß von Entwicklungskrisen fungieren.
3. Sie können aus einer *Ressourcenperspektive* Anhaltspunkte für den Grad der psychischen Gesundheit eines Individuums geben.
4. Sie können aus einer *Interventionsperspektive* aufzeigen, auf welche Weise Humor im Einzelfall als therapeutisches Hilfsmittel eingesetzt werden kann.

Vor dem Hintergrund seiner theoretischen Ausrichtung kann somit jeder Kliniker aus den humoralen Informationen wertvolle Erkenntnisse über den Entwicklungsstand, das psychische Zustandsbild und die therapeutischen Interventionsmöglichkeiten ableiten.

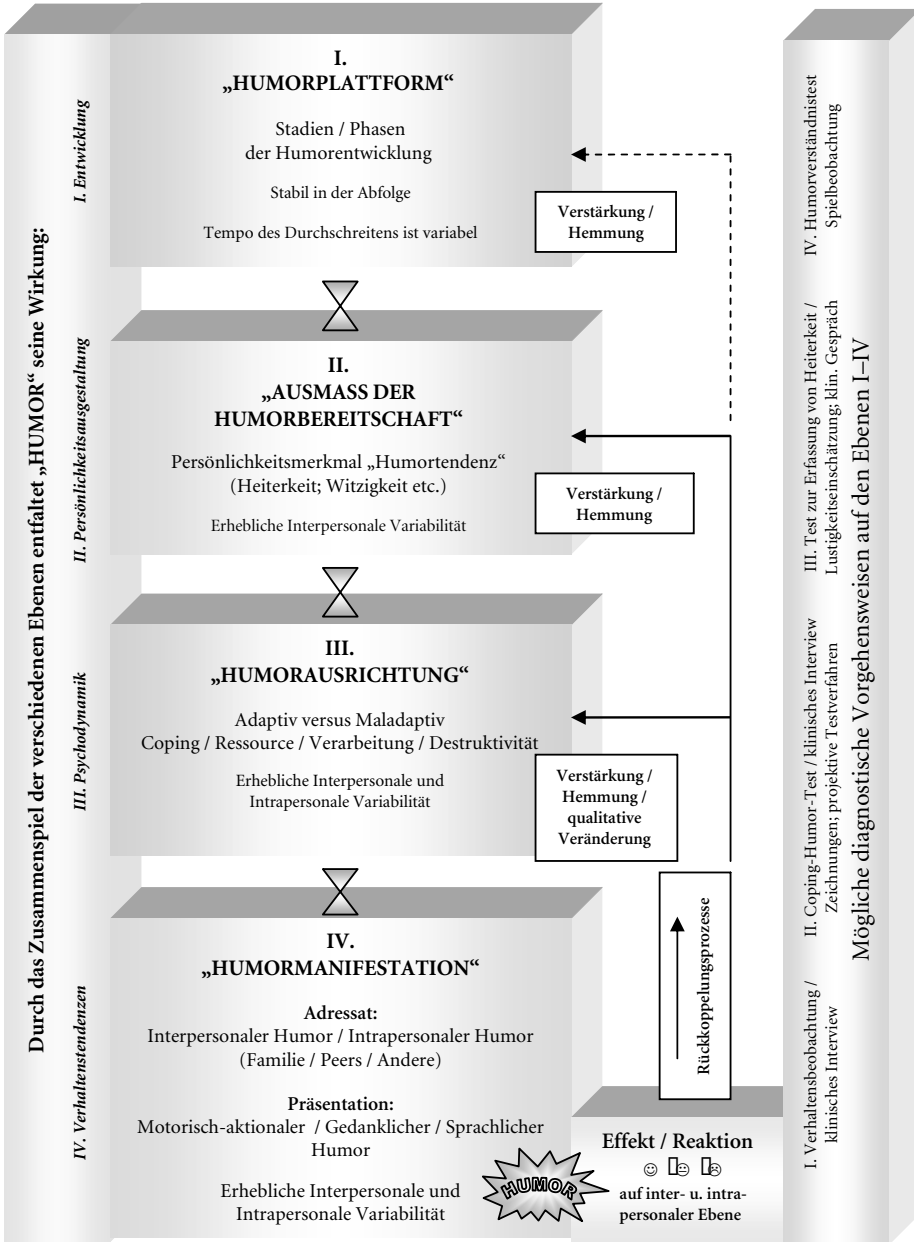


Abb. 1: Humordiagnostisches Modell

4 Humordiagnostische Zugänge

Bei der konkreten Umsetzung humordiagnostischer Überlegungen stehen verschiedene Optionen offen. Zur Erhebung der relevanten Informationen können sehr unterschiedliche Zugänge gewählt werden.

4.1 Überblick zu humordiagnostischen Zugängen

1. *Humortests* (Erfassung des Ausmaßes von Humor-Coping, des Stadiums der (kognitiven) Humorentwicklung sowie der Ausprägung der Emotionskategorien Heiterkeit, Ernst und schlechte Laune);
2. die *Beobachtung* der Kinder in spielerisch-humoralen Kontexten;
3. das *klinisch explorative Interview* (Zur-Verfügung-Stellen eines spielerisch humoralen Dialograumes zur Eruierung der humoralen Tendenz, der humoralen Ansprechbarkeit und der humoralen Kreativität);
4. *Fremdangaben* (z.B. Befragung der Eltern, Kindergärtner/-innen und Lehrer/-innen oder Mitschüler/-innen zu humoralen Tendenzen des untersuchten Kindes).

Daneben kann Humor auch als Stimulusmaterial selbst fungieren, indem man:

- sich die Lieblingsswitze, Lieblingsrätsel oder lustige (erlebte oder erfundene) Geschichten erzählen lässt,
- die Kinder auffordert, etwas Lustiges zu inszenieren,
- sie etwas Lustiges zeichnen lässt oder
- ihre Reaktionen auf humorvolle Interventionen durch den Untersuchungsleiter beobachtet.

4.2 Spezifische Verfahren

4.2.1 Humortest für den diagnostischen Einsatz bei Kindern und Jugendlichen

Die überwiegende Zahl der Humortests (ca. 70 Verfahren; zusammenfassende Darstellung s. Ruch 1998) ist für den Erwachsenenbereich konstruiert worden. Von den wenigen Instrumenten, die primär für den Einsatz bei Kindern entwickelt wurden, erlangten lediglich sechs Verfahren eine gewisse testkonstruktive Reife:

- Objective Humor Test for Children (Bird 1925),
- Children's Mirth Response Test (CMRT) (Zigler et al. 1966),
- A Children's Humor Test (King u. King 1973),
- A Nonverbal Humor Test (Allen u. Zigler 1986),
- A Multidimensional Sense of Humor Scale for School-Aged Children (Dowling u. Fain 1999).

Einige weitere Tests zur Erfassung von Humor bei Kindern sind als Unterskalen in andere Instrumente eingebunden (z.B. Children's Playfulness Scale (CPS), Barnett 1990) oder befassen sich mit so genannten peer-reports (STCI-T peer-version, Ruch et al. 1996). Krucker (1999) adaptierte die deutsche Übersetzung der Humor Coping Scale (Martin u. Lefcourt 1984) von Eggli (1997) für den Jugendbereich, allerdings ohne eine Neunormierung des Verfahrens vorzunehmen.

Vier der sechs aufgeführten Testverfahren verwenden Bilder/Comics als Stimulusmaterial und prüfen Humorverständnis und Humorbewertung. Zwei Testverfahren sind als Selbsteinschätzungsbögen konstruiert und erheben Humor-Coping bzw. Humor-Coping und die Tendenz, Humor zu kreieren. Eines, das Playfulness Questionnaire, fungiert als Fremdeinschätzungsverfahren und erfasst humorales Verhalten, eingebettet in das Konstrukt der Spielfreudigkeit.

Die Verwendbarkeit der vorliegenden Verfahren muss als sehr eingeschränkt bezeichnet werden. Als größtes Manko muss angesichts der deutlichen Entwicklungsbezogenheit des Humors das Fehlen altersspezifischer Normen (außer bei Allen u. Zigler 1986) angesehen werden.

4.2.2 *Lustige Zeichnungen: ein humordagnostischer Vorgang*

Zeichnungen sind nach wie vor ein wesentlicher Bestandteil einer modernen kinderpsychiatrisch-psychologischen Untersuchung, will man klinische Hypothesen über die innere Welt des Kindes, seine Wünsche, Hoffnungen, Ängste, Sorgen, Konflikte oder Motive eruieren (Bürgin 1993; Resch 1999). Es wird davon ausgegangen, dass Kinder in ihre Zeichnungen innere Zustände projizieren, die wiederum dem Diagnostiker mittels einer Ausdeutung zugänglich werden. In ihrer sprachlichen Übersetzung können diese bildgewordenen Informationen anschließend für die Diagnostik und Interventionsplanung genutzt werden.

Zeichnungen werden gemäß ihrem Ausdeutungsduktus als hypothesengenerierende Verfahren bezeichnet. Interpretationen von Bildmaterial behalten ungeachtet der Berücksichtigung von Deutungsregeln stets einen gewissen spekulativen Charakter bei. Die Generierung klinischer Hypothesen aus Kinderzeichnungen ist in meinem Verständnis daher ein qualitativer Vorgang auf der Basis entwicklungspsychologischer und psychopathologischer Erkenntnisse. Die gewonnenen Informationen besitzen den Status einer klinischen Hypothese, die wiederum durch andere diagnostische Informationen (z.B. Angaben des Kindes, biographische Hinweise, andere Testbefunde) verifiziert und spezifiziert werden muss (Knölker et al. 2000).

Die meisten Kinder haben Freude am Zeichnen und vermögen sich durch bildnerische Gestaltungen auszudrücken. Dieser Umstand wird im diagnostischen und therapeutischen Setting gern genutzt, indem man Kinder bittet, etwas zu malen. Neben freien Zeichnungen reichen die Themenvorgaben über Mensch- oder Familiendarstellungen bis hin zur Aufforderung, die Lebensumwelt (z.B. das Kinderzimmer) bildlich zu erläutern.

Vor dem Hintergrund dieser diagnostischen Überlegungen bitte ich Kinder im Rahmen von psychologischen Untersuchungen, etwas Lustiges zu zeichnen. Die Anweisung ist sehr einfach gehalten: „Male etwas Lustiges, ganz egal, ob du es erlebt, gesehen, gehört oder erfunden hast. Alles ist erlaubt, was du lustig findest!“

Ich habe die so gewonnenen Bilder einem qualitativen Vergleich unterzogen (Schreiner 2003). Dabei zeigte sich, dass Themenwahl und Bildgestaltung oftmals in einem erkennbaren Zusammenhang zum psychischen Befinden des Kindes stehen.

Ein Teil der Kinder malte Bilder, die einen engen Bezug zu ihrem kognitiven und emotionalen Entwicklungsstand aufwiesen. Die Bilder lösen bei kindlichen Betrachtern gleichen Alters oder Erwachsenen eine Heiterkeitsreaktion aus. Die The-

menwahl bewegte sich meist in von mir als „Humorschablonen“ bezeichneten inhaltlichen Kategorien wie z.B. „der Clown“, „das kleine Missgeschick“, „der Tölpel“, die offensichtliche Inkongruenz („ein fliegendes Haus“), anale Thematiken („hier stinkt’s!“) oder auch die Annäherung an die Sexualität („verliebt sein“). Den Kindern scheint viel daran gelegen zu sein, mit den Bildern eine humorale Botschaft der Freude zu vermitteln und andere damit zum Lachen zu animieren. Sie möchten mit ihren Bildern produktiv provozieren, hinterfragen oder einfach nur „Quatsch“ erzeugen. Die Erstellung der Bilder und die Zeichnungen selbst besitzen einen stark kommunikativ ausgerichteten Charakter. Diese Darstellungsform kann als *Geteilter Humor* bezeichnet werden.

Eine zweite Gruppe von Kindern malte Bilder, die auf den Betrachter auffallend aggressiv, destruktiv, sadistisch, angsterfüllt, niederdrückend, belastend oder beschämend wirken und/oder in ihrer Themenwahl oder inhaltlichen Ausgestaltung bizarr, ungewöhnlich und befremdend erscheinen. Diese Bilder lösen weder bei kindlichen noch erwachsenen Betrachtern die erwähnte spontane Erheiterung aus. Diesen spezifischen Vorgang möchte ich als *Selbstbezogenen Humor* oder auch *Privathumor* umschreiben. Ihm fehlt weitgehend der humoral kommunikative Impetus. Ein ungelöster psychischer Konflikt, eine unverarbeitete belastende Erfahrung oder eine psychische Fehlentwicklung drängen durch die Zeichnung auf ihre Inszenierung. Dieser Vorgang, dem etwas befreiend Lösendes, ebenso aber auch im Sinne eines Wiederholungszwangs Erhaltendes innewohnen kann, erzeugt beim Akteur eine lustvolle oder „psychisch befreiende“ Erregung. Diese scheint für besagte Kinder mit dem Begriff „etwas Lustiges“ assoziiert zu sein. Für den Betrachter hingegen, der am inneren Vorgang der Lusterzeugung des Akteurs nicht partizipiert, entbehrt diese Darstellung einer lustvollen Komponente. Er sucht vielmehr vergebens nach der humoral geteilten Botschaft des anderen. In diese Kategorie fallen Bilder, die den Weltuntergang, persönliche Bedrohungen, Gewaltszenen und Angstszenarios oder auch weinende oder angsterfüllte Gesichter zeigen.

Die Übergänge zwischen den Zeichnungen des geteilten und des selbstbezogenen Humors präsentieren sich ebenso fließend wie die Übergänge zwischen psychischer Stabilität, Entwicklungskrisen und psychischen Erkrankungen. Einzelne Aspekte oder spezifische Darstellungsbestandteile eines Bildes können daher der einen oder anderen Humorsparte zufallen. Weiterhin können zu verschiedenen Zeitpunkten gemalte Bilder eines Kindes die Verarbeitung einer psychischen Krise gerade durch den Wechsel von selbstbezogenem zu geteiltem Humor abbilden. Einige wenige Kinder, circa ein Zehntel, sahen sich außerstande etwas Lustiges zu malen.

5 Resümee

Die Arbeit hatte das Ziel, Interesse zu wecken für einen Bereich kindlichen Erlebens und Verhaltens, dem wir in der diagnostischen Praxis bislang viel zu wenig Beachtung geschenkt haben. Während die Bedeutung von Humor und Lachen für therapeutische Zwecke diskutiert wurde und erste Vorschläge für das konkrete Vorgehen ausgearbeitet wurden (Titze u. Eschenroeder 1998; Robinson 2002), ist das Potential einer

diagnostischen Erweiterung um das Konstrukt Humor weder erkannt noch ausgelotet. Es versteht sich nach den bisherigen Ausführungen von selbst, dass mit dem Terminus Humordiagnostik nicht gemeint ist, das Kind während der Untersuchung mit einer roten Clownsnase, lustigen Sprüchen oder Albernheiten aufzuheitern oder aus der vermeintlichen emotionalen Reserve zu locken. Es geht vielmehr um den reflektierten Einbezug und die Berücksichtigung humorvoller Verhaltens- und Erlebensweisen oder deren Beeinträchtigung. Dass dies in einer Untersuchungsatmosphäre stattfinden sollte, in der gerade auch gelacht werden darf, ist selbstverständlich.

Die Grenzen und Einschränkungen der ausgeführten Humordiagnostik sind (noch) zahlreich. Das vorgestellte Modell ist der Versuch einer ersten Systematisierung. Es bemüht sich darum, verschiedene Bereiche der humoralen Entwicklung, des humoralen Verhaltens und des humoralen Erlebens zu berücksichtigen. Solange es uns aber an einer übergreifenden und integrierenden Theorie der psychischen Entwicklung mangelt, bleibt jede Systematisierung eine mehr oder weniger lose Verbindung von Einzelbereichen. Auch ist die theoriegeleitete Verzahnung der vorliegenden Erkenntnisse bezüglich der Humorentwicklung und ihrer konkreten Manifestationen im Erleben und Verhalten mit anderen Parametern der Entwicklung (z. B. der Spiel-, Kreativitäts- oder der Sozialentwicklung) noch ungenügend vollzogen.

Des Weiteren fehlt es an Studien, welche die Zusammenhänge zwischen psychischen Belastungen, psychischen Erkrankungen und Entwicklungskrisen auf der einen und der Humorentwicklung sowie dem Humorerleben und -verhalten auf der anderen Seite systematisch und altersbezogen untersuchen.

Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass wir bislang kaum über standardisierte Erhebungsmethoden verfügen, mit denen wir den Humor von Kindern und Jugendlichen reliabel und valide erfassen können. Auch wenn erste klinisch evidente Hinweise dafür vorliegen, dass mit Hilfe von Humorzeichnungen Hypothesen bezüglich der psychischen Situation eines Kindes entwickelt werden können, fehlt es doch noch gänzlich an einer empirischen Überprüfung dieser Annahme.

Auch muss die Frage gestellt werden, welcher unmittelbare Nutzen für den Patienten aus diesen humordiagnostischen Überlegungen resultiert. Der diagnostische Gewinn liegt sicherlich in der Ressourcenorientiertheit dieses Ansatzes, seiner entwicklungsbezogenen Perspektive, dem im Vergleich zu bisherigen diagnostischen Zugangswegen alternativen Vorgehen und nicht zuletzt in der hohen Akzeptanz von Humor als zwischenmenschliche Begegnungsmöglichkeit.

Literatur

- Allen, L. R. ; Zigler, E. (1986): Humor in children: A nonverbal humor test. *Journal of Applied Developmental Psychology* 7 (3): 267–276.
- American Psychiatric Association (1994): *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. Auflage. Washington: APA.
- Barnett, L. A. (1990): Playfulness: definition, design, and measurement. *Play and Culture* 3: 319–336.
- Baron-Cohen, S. (1997): Hey! It was just a joke! Understanding propositions and propositional attitudes by normally developing children and children with autism. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 34 (3): 174–178.

- Bell, N. J.; McGhee, P. E.; Duffey, N. S. (1986): Interpersonal competence, social assertiveness, and the development of the humor. *British Journal of Developmental Psychology* 4: 51–55.
- Benesch, H. (1995): Enzyklopädisches Wörterbuch klinische Psychologie und Psychotherapie. Weinheim: Beltz/PVU.
- Bird, G. E. (1925): Objective humor test for children. *Psychological Bulletin* 22: 137–138.
- Bönsch-Kauke, M. (2003): Psychologie des Kinderhumors. Leverkusen: Leske + Budrich.
- Bremmer, J.; Roodenburg, H. (1999): Kulturgeschichte des Humors. Von der Antike bis heute. Darmstadt: Primus.
- Buckman, E. S. (1994): Review of literature: historical, theoretical perspective. In: Buckman, E. S. (Hg.): *The handbook of humor: clinical applications in psychotherapy*. Malabar: Krieger Publishing Company, S. 1–23.
- Bürgin, D. (1993): Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Fischer.
- Dana, R. S. (1994): Humor as a diagnostic tool in child and adolescent groups. In: Buckman, E. S. (Hg.): *The handbook of humor: clinical applications in psychotherapy*. Malabar: Krieger Publishing Company, S. 41–51.
- Davies, C. (1990): *Ethic humor around the world: a comparative analysis*. Bloomington: Indiana University Press.
- Docking, K.; Murdoch, B.; Jordan, F. (2000): Interpretation and comprehension of linguistic humour by adolescents with head injury: a group analysis. *Brain injury* 14: 89–108.
- Dowling, J. S.; Fain, J. A. (1999): A multidimensional sense of humor scale for school-aged children: issues of reliability and validity. *Journal of Pediatric Nursing* 14: 38–43.
- Eggl, P. (1997): *Humor und Gesundheit, Lic.-Arbeit*. Universität Zürich.
- Ezell, H. K.; Jarzynka, M. A. (1996): An intervention for enhancing children's understanding of jokes and riddles. *Child Language Teaching and Therapy* 12: 148–163.
- Feingold, A.; Mazzella, R. (1993): Preliminary validation of a multidimensional model of wit-ness. *Journal of Personality* 61: 439–456.
- Freiheit, S. R.; Overholser, J. C.; Lehnert, K. L. (1998): The association between humor and depression in adolescent psychiatric inpatients and high school students. *Journal of Adolescent Research* 13: 32–48.
- Fried, A.; Keller, J. (1996): *Faszination Clown*. Düsseldorf: Patmos.
- Führ, M. (2002): Coping humor in early adolescence. *Humor – International Journal of Humor Research* 15 (3): 283–304.
- Gelfert, H.-D. (1998): *Max und Monty*. München: Beck.
- Goleman, D. (1996): *Emotionale Intelligenz*. München: Hauser.
- Goodwin, R. (1990): Sex differences among partner preferences: Are the sexes really similar? *Sex-Roles* 23 (9–10): 501–513.
- Gruntz-Stoll, J.; Rissland, B. (2002): *Lachen macht Schule*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Keller, H. H. (1998): *Lehrbuch der Entwicklungspsychologie*. Bern: Huber.
- King, P. V.; King, J. E. (1973): A children's humor test. *Psychological Reports* 33: 33.
- Klemenz, B. (2000): Ressourcendiagnostik bei Kindern. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 49: 176–198.
- Knölker, U.; Mattejat, F.; Schulte-Markwort, M. (2000): *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie systematisch*. Bremen: UNI-MED.
- Krucker, St. (1999): *Humor als personale Ressource im Jugendalter*. Lic.-Arbeit am Institut für Psychologie der Universität Bern.
- Lyans, J. A.; Uziel-Miller, N. D.; Reyes, F. A.; Sokol, P. T. (2000): Strengths of children and adolescents in residential settings: prevalence and associations with psychopathology and discharge placement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 39: 176–181.
- Martin, R. A.; Lefcourt, H. M. (1984): Situational humor response questionnaire: Quantitative measure of sense of humor. *Journal of Personality and Social Psychology* 47: 145–155.
- Martin, R. A. (1998): Approaches to the sense of humor: A historical review. In: Ruch, W. (Hg.): *The sense of humor*. Berlin: Mouton de Gruyter.
- Martin, R. A. (1999): Is humor always healthy? *Beitrag Humorkongress Basel*.

- Martin, R. A.; Puhlik-Doris, P.; Larsen, G.; Gray, J.; Weir, K. (2003): Individual differences in uses of humor and their relation to psychological wellbeing: development of the humor styles questionnaire. *Journal of Research in Personality* 37: 48–75.
- Masten, A. S. (1989): Humor appreciation in children: Individual differences and response sets. *Humor – International Journal of Humor Research* 2: 365–384.
- McGhee, P. E. (1979): *Humor: its origin and development*. San Francisco: Freeman.
- Nevo, O.; Keinan, G.; Teshimovsky-Arditi, M. (1988): Humor and pain tolerance. *Humor: International Journal of Humor Research* 6: 71–88.
- Oerter, R.; Montada, L. (2002): *Entwicklungspsychologie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Overholser, J. C. (1992): Sense of humor when coping with life stress. *Personality and Individual Differences* 13: 799–804.
- Remschmidt, H.; Schmidt, M. H.; Poustka, F. (2001): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Bern: Huber.
- Resch, F. (1999): *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters*. Weinheim/PVU.
- Robinson, V. (2002): *Praxishandbuch Therapeutischer Humor*. Bern: Huber.
- Ruch, W. (1996): Measurement approaches to the sense of humor: introduction and overview. *Humor – International Journal of Humor Research* 9: 239–250.
- Ruch, W.; Koehler, 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 – International Journal of Humor Research* 9: 303–339.
- Ruch, W. (1998): *The sense of humor*. Berlin: Mouton de Gruyter.
- Sands, S. (1984): The use of humor in the psychotherapy. *Psychoanalytic Review* 71: 441–460.
- Schreiner, J. (2003): *Humor bei Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Shade, R. A. (1999): Humor: A course of study for gifted learners. *Gifted Child Today Magazine* 22(1): 46–49.
- Shaw, C. R. (1961): The use of humor in child psychiatry. *American Journal of Psychotherapy* 15: 368–381.
- Short, E. J.; Basili, L. A.; Schatschneider, C. W. (1993): Analysis of humor skills among elementary school students: comparisons of children with and without intellectual handicaps. *Am. J. Ment. Retard.* 98: 63–73.
- Spector, C. C. (1992): Remediating humour comprehension deficits in language-impaired students. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools* 23: 20–27.
- St. James, P. J. u. Tager-Flusberg, H. (1994): An observational study of humor in autism and Down syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 24: 603–617.
- Svebak, S.; Apter, M. J. (1987): Laughter – an empirical test of some reversal theory hypotheses. *Scandinavian Journal of Psychology* 23: 189–198.
- Titze, M.; Eschenroeder, C. T. (1998): *Therapeutischer Humor: Grundlagen und Anwendungen*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Walsh, F. (1998): *Strengthening family resilience*. New York: Guilford.
- Wandersee, J. (1982): Humor as a teaching strategy. *American Biology Teacher* 44: 212–218.
- Wicki, W. (2000): Humor und Entwicklung: Eine kritische Übersicht. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 32: 173–185.
- Zall, D. S. (1994): „Ya Get It“ – children, humor, and psychotherapy. In: Buckman, E. S. (Hg.): *The handbook of humor: clinical applications in psychotherapy*. Malabar: Krieger Publishing Company, S. 25–39.
- Zigler, E.; Levine, J.; Gould, L. (1966): Cognitive processes in the development of children's appreciation of humor. *Child Dev.* 37: 507–518.

Korrespondenzadresse: Dr. phil. Joachim Schreiner, Kinder- und Jugendpsychiatrische Universitätsklinik und Poliklinik, Schaffhauser Rheinweg 55, CH-4058 Basel;
E-Mail: Joachim.Schreiner@unibas.ch