

**Soll das ein Witz sein?
Das Bild von Psychiatern und „Irren“ in Witzen**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung
des Doktorgrades der Medizin

der Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Raible geb. Hanke, Sina Fenja
2015

Dekan: Professor Dr. I. B. Autenrieth

1. Berichterstatter: Professorin Dr. B. Wild

2. Berichterstatter: Professor Dr. S. Gais

Gibt es schließlich eine bessere Form
mit dem Leben fertig zu werden,
als mit Liebe und Humor?

Charles Dickens

Humor ist der Knopf, der verhindert,
dass uns der Kragen platzt.

Joachim Ringelnatz

Inhalt

1	Einleitung	7
1.1	Fragestellung und Ziele dieser Arbeit	10
1.2	Begriffsabgrenzungen.....	11
1.2.1	Humor.....	12
1.2.2	Witz.....	14
1.2.3	Lachen.....	15
1.3	Humor- und Witztheorien.....	17
1.3.1	Überlegenheitstheorien.....	17
1.3.2	Psychoanalytische- und Spannungsabfuhr-Theorien	18
1.3.3	Inkongruenztheorien.....	19
1.3.4	Arousal- und Reversal-Theorien.....	19
2	Material & Methoden	21
2.1	Recherche des Datenmaterials für die Analyse.....	21
2.2	Matrix zur Kategorisierung des gesammelten Datenmaterials.....	22
2.2.1	Wer kommt im Witz vor?.....	22
2.2.2	Alter und Geschlecht	23
2.2.3	Kompetenz und transportiertes Bild der PPT.....	23
2.2.4	Transportiertes Bild des Patienten.....	24
2.2.5	Symptome des Patienten.....	25
2.2.6	Therapie	26
2.2.7	Perspektive des Witzes	26
2.2.8	Suchtstoffe.....	27
2.2.9	Witzstruktur.....	27
2.3	Vorgehen bei der Einteilung der Witze	28
2.4	Auswertung des Datenmaterials.....	28
3	Ergebnisse	30
3.1	Auswertungsergebnisse der gesamten Witzesammlung.....	30
3.1.1	Wer kommt im Witz vor?.....	30
3.1.2	Witzart	30
3.1.3	Geschlechterverteilung bei PPT und Patienten	31
3.1.4	Alter	31
3.1.5	Setting	32
3.1.6	Kompetenzprofile der Berufsgruppen	32
3.1.6.1	Kompetenz der PPT in Abhängigkeit des Settings.....	33
3.1.6.2	Kompetenz der PPT in Abhängigkeit der Therapieform.....	34
3.1.7	Transportiertes Bild der PPT	34

3.1.8	Bild des Patienten.....	36
3.1.8.1	Vermitteltes Patientenbild bezogen auf die Gesamtzahl aller Witze	37
3.1.8.2	Patientenbild getrennt nach „Irren-“ und Psychiaterwitzen.....	39
3.1.8.3	Vermitteltes Patientenbild für Wahn, Neurose, Diverses.....	39
3.1.9	Symptome des Patienten.....	42
3.1.9.1	Symptome in allen Witzen.....	42
3.1.9.2	Symptome in den Psychiaterwitzen und „Irrenwitzen“	43
3.1.10	Therapie	44
3.1.10.1	Vorkommen einer Therapie.....	44
3.1.10.2	Therapieergebnis	45
3.1.11	Perspektive des Witzes	46
3.1.12	Vorkommen von Sucht und weiteren ausgewählten Themen.....	47
3.1.13	Aggression und sexuelle Aktivität	48
3.1.14	Witzstruktur.....	48
3.2	Vergleich der Witzesammlungen von 1974 und 2009	49
3.2.1	Häufigkeiten vorkommender PPT und Patienten 1974 versus 2009	49
3.2.2	Kompetenzprofil der PPT 1974 versus 2009	49
3.2.3	Bild des Patienten 1974 versus 2009	50
3.2.4	Symptome des Patienten 1974 und 2009.....	51
3.2.5	Therapie im Vergleich 1974 und 2009.....	52
3.3	Witzvarianten.....	52
4	Diskussion.....	55
4.1	Vergleichende Betrachtung der Witzeanalyse mit anderen Studien und Interpretationsansätze	55
4.1.1	Darstellung der PPT	55
4.1.1.1	Differenzierung der Berufsgruppen PPT	55
4.1.1.2	Kompetenz und Image der PPT.....	56
4.1.1.3	Geschlecht und Alter der PPT.....	61
4.1.2	Darstellung der psychiatrischen Patienten.....	62
4.1.2.1	„Dummheit“ als transportiertes Patientenmerkmal in den Witzen	62
4.1.2.2	„Die Störung ist der Witz“ als Patientenbeschreibung.....	63
4.1.2.3	Bild des Patienten mit „gesundem Menschenverstand“	64
4.1.2.4	Patientenbild in Abhängigkeit von Krankheitssymptomen.....	66
4.1.2.5	Weitere Vorurteile gegenüber psychisch Kranken in der Öffentlichkeit	68
4.1.2.6	Symptome der Patienten in den Witzen	70
4.1.2.7	Geschlechterverteilung der psychiatrischen Patienten	71
4.1.3	Darstellung der psychiatrischen Therapie.....	71
4.2	Gegenüberstellung der Witzesammlungen aus 1974 und 2009	75
4.2.1	Nennungshäufigkeiten der Berufsgruppen 1974 versus 2009	75

4.2.2	Kompetenzprofil der PPT 1974 versus 2009	76
4.2.3	Veränderungen im Patientenbild im Vergleich 1974 und 2009	77
4.2.4	Symptome bzw. Krankheitsbilder des Patienten im Jahresvergleich	79
4.2.5	Therapieformen im Vergleich 1974 und 2009	80
4.3	Mögliche Motive der Beliebtheit von Psychiater- und „Irrenwitzen“	82
4.3.1	Humor als Umgangsform mit Angst und als Abwehrmechanismus	83
4.3.1.1	Angst vor dem Psychiater	83
4.3.1.2	Angst vor psychiatrischen Medikamenten und vor psychiatrischer Therapie	84
4.3.1.3	Angst vor dem „Irren“	85
4.3.1.4	Angstreduktion durch Humor	86
4.3.1.5	Humor als Abwehrmechanismus	87
4.3.2	Exkurs: Gezielte Anwendung von Humor	88
4.3.3	Der Witz als Möglichkeit sozial unerwünschte Gedanken in gemilderter Form vorzutragen	88
4.3.4	Der Witz als Mittel zur Ausgrenzung des „Irren“ und als Ausdrucksform eines sozialen Distanz-Wunsches	90
4.3.5	Der Witz als Ausdrucksform der Enttäuschung und ambivalenter Gefühle	91
4.3.6	Der Witz als Medium der Selbstkatharsis für Therapeuten	92
4.3.7	Attraktivität von Bizarrem als Witzthemen	94
4.3.8	Soziale Funktion von Humor	95
4.3.9	Witz als Lustgewinn nach Freud und der tendenzlose Witz	96
4.4	Exkurs: Image anderer Berufsgruppen in Witzen	97
4.5	Limitationen und methodische Einschränkungen	99
4.5.1	Kategorisierung des Untersuchungsmaterials	99
4.5.2	Auswahl des Untersuchungsmaterials	101
4.6	Konklusion und Ausblick	103
5	Zusammenfassung	106
6	Abbildungsverzeichnis	109
7	Tabellenverzeichnis	110
8	Literaturverzeichnis	111
9	Erklärung zum Eigenanteil der Dissertationsschrift	122
	Danksagung	123

1 Einleitung

Kennen Sie den?

Ein Mann schleppt eine Ledercouch durch die Stadt. Ein Passant fragt: „Wieso plagen Sie sich so ab?“ Er: „Ich bin Psychiater, mache Hausbesuche.“

Und den?

Im Wartezimmer eines Psychiaters. Sagt ein Patient: „Ich bin Napoleon!“ Fragt ein Anderer: „Wer hat Ihnen eigentlich gesagt, dass Sie Napoleon sind?“ – „Der liebe Gott“, antwortet der Gefragte. Darauf steht ein anderer Patient empört auf und sagt: „Was soll ich schon wieder gesagt haben!“

Witze sind jedem vertraut. Viele Zeitschriften und Zeitungen reservieren eine Rubrik für Witze, im Fernsehprogramm sind zahlreiche Kabarett- und Comedy-Sendungen im Unterhaltungsprogramm und ein jeder hat wohl auch schon die wohlthuende Erheiterung über einen gut erzählten Witz selbst empfunden.

Wissenschaftliches Interesse an Humor und Witz bestand bereits zu Zeiten Aristoteles, der sich mit Gedanken zu diesem Themengebiet beschäftigte. Sigmund Freud widmete sich der psychoanalytischen Bedeutung von Witzen und heute sprechen unterschiedlichste Forschungsansätze wie neuronale Korrelationen von Humor und Humorwahrnehmung, soziale und kommunikative Funktionen, literarischer Aufbau, Sinn und Möglichkeiten der gezielten Anwendung von Humor in verschiedenen Lebenslagen und viele weitere Fragestellungen für ein breites Interesse an dem Phänomen Humor.

Doch ein Witz geht in der Regel zulasten einer bestimmten Zielgruppe. In dieser Arbeit wird die Zielgruppe der Psychiater, Psychologen und Therapeuten (PPT) sowie der psychiatrischen Patienten in den Mittelpunkt gestellt und untersucht, welches Bild in Witzen von diesen entsteht. Welches Image wird im Witz von Psychiatern (bzw. PPT) und Patienten transportiert?

Der Frage nach dem Image von Psychiatern und Patienten widmen sich bereits andere Autoren: Peters und Peters (1974) analysieren in ihrem Buch „Irre und Psychiater - Struktur und Soziologie des Irrenwitzes“ Witze nach den literarischen Mitteln, welche eine Person als „irre“ kennzeichnen (Peters und Peters 1974, S.33). Die Herangehensweise basiert vor allem auf einer qualitativen Textinterpretation, nicht einer quantitativen Analyse. Auf die von den Autoren identifizierten Inhalte in „Irrenwitzen“ wird im weiteren Verlauf der Arbeit noch Bezug genommen. An dieser Stelle soll bereits darauf hingewiesen werden, dass plakativ und in Anlehnung an Peters und Peters in dieser Arbeit der Ausdruck „Irre“ verwendet wird, dies aber wertfrei steht und in keiner Weise negativ oder vorurteilsbehaftet verstanden werden darf.

Andere Autoren befassen sich mit dem Bild von Psychiatern in Cartoons: Walter (1992) beurteilt hierfür 404 Cartoons im Zeitverlauf von 1941 bis 1990, wobei er ein weitgehend konstantes Bild im Betrachtungszeitraum beschreibt. Walter identifiziert in 96% der Cartoons männliche Psychiater, stereotypisiert mit Glatze, Diplom, Couch und Bart, wobei 56% der Psychiater negativ dargestellt werden und ihnen verrückte, zügellose, langweilige oder sadistische Eigenschaften zugeschrieben werden. Als Therapiemodus findet er hauptsächlich die Psychotherapie und beschreibt, dass gewöhnlich keine Veränderung des Patientenzustandes erreicht wird (Walter 1992).

Eine ältere Cartoon-Analyse stammt von Ehrle und Johnson (1961), die die Anzahl kursierender Cartoons mit psychologischem Inhalt aus Zeitschriften 1949 und 1959 ermittelten. Aus der sehr geringen Anzahl an gefundenen Cartoons aus dem Themenbereich der Psychiatrie (13 von insgesamt 3021 untersuchten Cartoons im Jahr 1949, 15 von 1739 untersuchten Cartoons im Jahr 1959) schließen die Autoren, dass die Psychiatrie und deren Image zu den Untersuchungszeitpunkten von nicht allzu großem öffentlichen Interesse waren. Zudem beobachteten die Autoren, dass Psychiater und Psychologen in ihren Rollen wenig differenziert wurden. Als kennzeichnende Symbole der Berufsbilder finden sie ebenfalls die Couch als Symbolisierung der Psychoanalyse sowie den Spitzbart (Ehrle und Johnson 1961).

Neben den humoristischen Medien Witz und Cartoon existieren Untersuchungen zum Bild von Psychiatern und der Psychiatrie beispielsweise auch in Filmen oder Literatur. Gharaibeh (2005) identifiziert in amerikanischen Filmen eine weitgehend negative Darstellung der Psychiatrie, wobei Grenzüberschreitungen, vor allem sexueller Art, sowie inkompetentes Verhalten das Psychiaterimage beherrschen. McDonald und Walter (2001) untersuchen die Darstellung der Elektrokrampftherapie in amerikanischen Filmen und sehen diese als ein negatives, brutales und missbrauchendes Verfahren ohne therapeutischen Nutzen abgebildet. Fond und Capdevielle (2011) stellen in einer Betrachtung von sieben amerikanischen Serien und Filmen zwischen 1976 und 2010 fest, dass das Image von Psychiatern in Filmen weitgehend realitätsfern ist und zudem aufgrund der Einflussnahme auf die öffentliche Meinung zur Psychiatrie bedenklich sei.

Weiterhin existiert eine Vielzahl Untersuchungen über die öffentliche Einstellung zur Psychiatrie und gegenüber psychiatrischen Patienten. Angermeyer und Matschinger erheben zahlreiche Studien über die öffentliche Haltung gegenüber psychiatrischen Krankheiten und Betroffenen (2005, 2003, 1999). Ebenso erheben Crisp et al. (2005, 2000), Thornicroft et al. (2009) oder Lauber et al. (2005, 2002) Daten zur Stigmatisierung psychisch Kranker. Sydow (2007, Sydow und Reimer 1998, Sydow et al. 1998a, 1998b), Romppel (1999) und Richardson und Handal (1995) widmen sich vor allem dem Image der Berufsgruppen der Psychiater und Psychologen. Einige Ergebnisse der jeweiligen Studien werden im Diskussionsteil dargestellt.

Relevant ist das über die Berufsgruppe der Psychiater sowie der Patienten bestehende Image in der Öffentlichkeit unter anderem insofern, da es Einfluss auf unterschiedliche Bereiche nimmt. Ein schlechtes Renommee der Psychiater wirkt sich beispielsweise negativ auf die Bereitschaft psychisch kranker Menschen aus, einen Psychiater zu konsultieren (Morgan 2006, Franz et al. 1993). Corrigan und Rüsck (2002) untersuchen den Zusammenhang zwischen Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und der Inanspruchnahme von Hilfe und vermuten ebenfalls hier einen Zusammenhang. Zudem beeinflussen Stigmata

das Selbstwertgefühl psychisch Kranker negativ und können die Genesung beeinträchtigen (Link et al. 2001). Nach einer großen internationalen Studie aus dem Jahr 2009 bilanzieren Thornicroft et al. aufgrund der Stigmatisierung im Zusammenhang mit Depressionen Hürden, sowohl in der sozialen Teilhabe, als auch bei der Inanspruchnahme von therapeutischer Hilfe. Einem anderen Literaturüberblick zufolge, führt eine Stigmatisierung psychiatrischer Patienten durch medizinisches Personal zu einer, im Vergleich mit anderen Patientengruppen, reduzierten medizinischen Versorgung (Adriaensen et al. 2011). Relevanz zeigt die Thematik ebenso für das angestrebte Berufsziel Psychiater, da die Einstellung von Studenten zur Psychiatrie die Entscheidung beeinflusst, dieses Fachgebiet als Beruf zu wählen (Strebel et al. 2000).

1.1 Fragestellung und Ziele dieser Arbeit

Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem Bild von Psychiatern bzw. auch Psychologen und Therapeuten (folgend PPT genannt) sowie psychiatrischen Patienten, welches in Witzen vermittelt wird. Wie werden Psychiater und psychiatrische Patienten im Medium Witz dargestellt? Wie wird die Kompetenz der Psychiater, der Psychologen und der Psychotherapeuten beurteilt? Mit welchen Eigenschaften werden die Berufsgruppen der PPT und deren Patienten in den Witzen beschrieben? Auch andere Gesichtspunkte des psychiatrischen Themenkomplexes werden betrachtet: Welche Krankheitssymptome kommen in den Witzen besonders häufig vor? Welche Therapieformen werden angesprochen und wie häufig wird eine Therapie als erfolgreich dargestellt? Hat sich im Zeitverlauf ein Wandel dieses Bildes und der inhaltlichen Themen vollzogen? Auch der Frage, welche Funktion gerade der „Irrenwitz“ und der Psychiaterwitz erfüllen könnten, wird nachgegangen.

Die in der Analyse gefundenen Ergebnisse werden anderen Image-Studien aus Cartoons, Film, Literatur und öffentlichen Meinungsumfragen sowie epidemiologischen Daten gegenüber gestellt und untersucht, in wie weit sich hier Parallelen finden.

Betrachtet wird zudem die Fragestellung, welche Gründe zur Beliebtheit psychiatrischer Witzinhalte beitragen könnten.

Aufbau der Arbeit

Zur Einbettung der Fragestellung in einen theoretischen Rahmen werden zunächst Ansätze zu Humor, Witz und Lachen aus der Literatur skizziert. Im Folgekapitel werden die in dieser Arbeit angewandten Materialien und Methoden beschrieben. Der Ergebnisteil stellt die ermittelten Daten dar, welche im Anschluss einer kritischen Diskussion unterzogen werden. Die Diskussion gliedert sich in drei Teile, wobei im ersten Abschnitt die Studienergebnisse verschiedenen Erhebungen anderer Autoren und epidemiologischen Daten gegenübergestellt werden. Den zweiten Abschnitt der Diskussion bildet ein Jahresvergleich von Psychiater- und „Irrenwitzen“ zur Beurteilung, ob sich ein Wandel des Bildes im Verlauf der Jahre vollzogen hat. Der dritte Abschnitt erörtert die Motive, welche speziell hinter Psychiater- und „Irrenwitzen“ stehen könnten. Das Kapitel wird mit einem Konklusionsteil abgerundet. Die anschließende Zusammenfassung stellt die wichtigsten Ergebnisse der Arbeit nochmals knapp dar.

1.2 Begriffsabgrenzungen

Dieser Abschnitt soll einen knappen Einblick in die theoretischen Grundlagen der Medien liefern, welche in dieser Arbeit im Mittelpunkt der Betrachtungen stehen: Der Witz und der Humor.

Hierzu existieren eine Vielzahl unterschiedlicher Theorien und Ansätze, deren detaillierte Darstellung nicht Aufgabe dieser Arbeit ist. Vielmehr werden einige relevante Begriffe kurz erläutert sowie die bekanntesten und einflussreichsten Humor- bzw. Witztheorien skizziert.

1.2.1 Humor

Zunächst stellt sich die Frage: „Was ist Humor?“ Der landläufige Ausspruch „Humor ist wenn man trotzdem lacht“ reicht bei weitem nicht aus, um dem Phänomen in seiner Gesamtheit näher zu kommen.

Der Duden hält zum Humor drei Definitionen bereit: Zunächst beschreibt Humor die „Fähigkeit und Bereitschaft, auf bestimmte Dinge heiter und gelassen zu reagieren.“ Als weitere Erklärung findet man die „sprachliche, künstlerische o.ä. Äußerung einer von Humor bestimmten Geisteshaltung, Wesensart“. Nicht zuletzt ist Humor auch eine „gute Laune, fröhliche Stimmung“ (Bibliographisches Institut GmbH 2014).

Historisch stammt der Begriff Humor vom lateinischen Wort „umor“, der mit Feuchtigkeit, Flüssigkeit, Saft übersetzt wird. In der Antike wurde der Begriff im medizinischen Sinne der vier Säftelehre verwendet. Im 16. Jahrhundert findet das Wort Eingang im deutschen Sprachgebrauch mit der übertragenen Wortbedeutung Charakter und Temperament oder Stimmung und Laune. Durch stetiges Hinzufügen und Einbeziehen einzelner Bestimmungszüge kommt es zur Verwendung des Begriffs im Sinnbereich des Komischen und zum Verständnis des Begriffs als geistig-charakterliche Haltung (Schütz 1963, S.161 u. S.174).

In der Alltagssprache, vor allem im angloamerikanischen Raum, steht Humor häufig als Überbegriff über das gesamte Wortfeld des Komischen und wird synonym dem Begriff Komik verwendet (Ruch 2001). Der Begriff findet Anwendung in allen möglichen Situationen, die als lustig, amüsant oder zum Lachen empfunden werden (Attardo 1996).

Im engeren Sinne stellt der Humor jedoch eine der verschiedenen Ausprägungen des Komischen dar. Schmidt-Hidding (1963, S.50 f.) unterscheidet folgende acht verwandte Wortfelder des Komischen: Humor, Geist im Sinne von Witz, Ironie, Satire, Scherz, Unsinn, Sarkasmus und Zynismus. Eine ähnliche Unterscheidung treffen andere Autoren. Lauer unterscheidet ebenfalls die Arten des Komischen: Humor, Selbstironie, Scherz, Komik, Witz, Ironie, Satire, Sarkas-

mus und Zynismus und zwar in ihrem Verhältnis zu den Tendenzen „Partizipation“ und „euphorische Selbstbehauptung“. Im Witz ebenso wie in der Ironie, Komik, Scherz und Selbstironie sieht der Autor vorwiegend sympathische Tendenzen, jedoch mit geringerer Partizipation wie im Humor. In den Formen Satire, Sarkasmus und Zynismus hingegen sieht der Autor antipathische Typen der Partizipation und einen großen Teil an Selbstbehauptung (Lauer 1974, S.113f.).

Ruch differenziert die Elemente des Komischen, Humor, Witz, Ironie, Sarkasmus, Spaß, Unsinn, Satire, Lächerliches und korreliert diese in einem zweidimensionalen Feld der wohlwollenden Haltung „Lachen mit“ und skeptischen Haltung „Lachen über“ zu verschiedenen Persönlichkeitstypen. Positiver Affekt und Heiterkeit gehen demnach mit „Lachen mit“ einher, wohingegen „Lachen über“ mit schlechter Laune und negativen Gefühlen korrelieren (Ruch 2001).

Zusammenfassend findet Humor demnach Verwendung als Überbegriff über das Wortfeld des Komischen. Ebenso steht der Begriff Humor als eine Entität des Komischen. Als weitere Bedeutung wird Humor als Charakterzug angesehen. So stellt für Ruch (1998) Humor ein Persönlichkeitsmerkmal dar. Ähnlich versteht Attardo (1994) Humor als eine Kompetenz. Und Grotjahn sieht im „Sinn für Humor ein[en] (Anmerk. d. Verf.) Charakterzug, der uns hilft einen bestimmten Personentyp zu identifizieren.“ (Grotjahn 1974, S. 36).

In dieser Arbeit wird Humor als eine entspannte Haltung betrachtet, als die Gabe, einer eventuell sogar ernstern Situation etwas Witziges abzugewinnen. Zudem stellt Humor hier die Fähigkeit dar, eine andere Perspektive einzunehmen und Dinge, die zunächst negativ oder beleidigend erscheinen, nochmals aus einem anderen Blickwinkel heraus zu betrachten. Speziell in dieser Arbeit eröffnet die Betrachtung des überwiegend negativen Bildes von Psychiatern und Patienten aus verschiedenen Blickwinkeln heraus die Möglichkeit, Ursachen und Motive hierfür zu eruieren.

1.2.2 Witz

Der Witz ist, wie bereits dargestellt, ebenfalls dem Wortfeld des Komischen zuzuordnen, gehört jedoch im Gegensatz zum Humor, in seiner ursprünglichen Bedeutung „Verstand, Weisheit, Klugheit“ seit jeher bereits in den Sinnbereich des Verstandes. Im 18. Jahrhundert wurden Witz und Humor synonym verwendet, wurden aber vor allem durch Jean Paul später wieder in ihrer Bedeutung begrifflich getrennt. Witz wird zeitnaher im Sinne einer pointierten Anekdote verwendet (Schütz 1963, S.161 u. 241). Um nochmals auf den Duden zurückzugreifen, ist der Witz eine „[prägnant formulierte] kurze Geschichte, die mit einer unerwarteten Wendung, einem überraschenden Effekt, einer Pointe am Ende zum Lachen reizt“ (Bibliographisches Institut GmbH 2014). Als weitere Bedeutungen des Wortes wird der Witz auch als „Gabe, sich geistreich, witzig, in Witzen zu äußern“ und als „Klugheit; Findigkeit“ definiert (Bibliographisches Institut GmbH 2014).

Grotjahn unterscheidet den Witz von der Komik, indem er den Witz ausschließlich an das Wort gebunden sieht, wohingegen Komik in Situationen, Handlungen und Verhaltensweisen liegen kann (Grotjahn 1974, S.22). Zudem unterscheidet er die beiden Bereiche anhand unterschiedlicher negativer Absichten, wobei er den Witz mit Aggression, Feindschaft und Sadismus in Verbindung bringt, den Humor hingegen mit Depression, Narzissmus und Masochismus (Grotjahn 1974, S.36).

Die Autorin Hilgenberg fasst die Unterschiede von Witz und Humor folgendermaßen zusammen: „Über Witze kann man lachen, Humor kann man nur haben. [...] Der Witz bedarf des gesprochenen Wortes, setzt Schlagfertigkeit und Redegewandtheit voraus. Humor ist eine Eigenschaft, eine gewinnbringende für den, der sie hat.“ (Hilgenberg 2004).

Eine ähnliche Abgrenzung von Witz und Humor findet sich bei Schmidt-Hidding, für den Witz, im synchronen Wortfeld des Komischen, eine Kraft des Verstandes darstellt, Humor hingegen eine Kraft des Gemüts (Schmidt-Hidding 1963, S.48).

Ruch sieht im Humor ein Charaktermerkmal und grenzt den Humor vom Witz ab, indem er als Grundlage des Humors ein „sympathic heart“ voraussetzt, als Grundlage des Witzes den „superior spirit“ (Ruch 2001, Ruch 1998).

Als eine Voraussetzung des Witzes beobachtet Goethe, dass der Witz ein Publikum voraussetzt und nicht für sich allein witzig ist (in Schütz 1963, S.171). Nach Grotjahn sind drei Personen bei der Witzarbeit notwendig, eine, die den Witz artikuliert oder den Einfall hat, eine zweite Person, die die Zielscheibe darstellt und ein unbeteiligter Zuhörer (Grotjahn 1974, S.19). Attardo (1996) der sich u.a. mit der sprachlichen Analyse von Witzen beschäftigt, unterteilt dessen Aufbau in drei Teile: Der einleitende Teil, der dazu dient die Zuhörer auf den Witz vorzubereiten, das eigentliche Erzählen des Witzes und die Reaktion des Publikums, welche in Lachen, verzögertem Lachen und Stille münden kann (Attardo 1996).

Im allgemeinen Sprachgebrauch werden Witz und Humor oft nicht scharf getrennt. In der englischen Literatur wird zudem „humor“ oft synonym mit dem deutschen Witz verwendet.

Zusammenfassend kann man die Begriffe wie folgt abgrenzen:

Einen Witz macht man, Humor hat man. Oder anders, Humor ist eine Geisteshaltung, der Witz hingegen ist das, was uns zum Lachen bringt.

Für diese Arbeit wird der Witz vor allem auch als Medium betrachtet, um eine bestimmte Botschaft zu transportieren und ein bestimmtes Bild von den hier untersuchten Zielgruppen der Psychiater und Patienten zu zeichnen.

1.2.3 Lachen

Ein kurzer Abschnitt soll noch dem Lachen gewidmet werden, welches wie oben bereits dargestellt, eine Reaktion auf Humor, Witz und Comic sein kann. Hiermit sind schon zwei der wichtigsten Aspekte genannt. Zunächst ist Humor nicht gleich Lachen. Humor umfasst eher die Geistes- und Lebenshaltung, wohingegen Lachen zunächst eine körperliche Reaktion darstellt, ohne Rückschlüsse auf den Ursprung zuzulassen. Zum anderen: Lachen kann, muss aber

nicht die Reaktion auf Humor sein. Ebenso resultieren andere Situationen im Lachen. Giles und Oxford unterscheiden verschiedene Situationen bzw. verschiedene Formen des Lachens: humorvolles, soziales, ignoranten, ängstliches, entschuldigendes Lachen sowie das Lachen beim Kitzeln (in Chapman u. Foot 1976, S.188f.). Weiterhin existiert beispielsweise auch ein „pathologisches Lachen“ als abnormes Verhalten, welches sich in motorischen Mustern, emotionalem Erleben oder Angemessenheit des sozialen Kontexts unterscheidet (Duchowny 1983, S.91).

Bergson sieht den Entstammungsort des Lachens in der Gesellschaft und schreibt ihm als soziale Funktion die der Demütigung zu. „Das Lachen ist [...] dazu da, jemanden zu demütigen. [...] [und, Anm. d. Verf.] würde seinen Zweck verfehlen, wenn es von Sympathie und Güte gekennzeichnet wäre“ (Bergson 1972, S.130).

Für Grotjahn entsteht Lachen, „[...] wenn aus verdrängter Aggression kommende Libido frei wird“ (Grotjahn 1974, S. 36) und Spencer (1860) sieht im Grund des Lachens eine Entladung von großer nervaler Energie. Für Charles Darwin ist Lachen Ausdruck „bloßer Freude oder reinen Glücks“ (Darwin 2000, S.217) und setzt einen vergnüglichen Zustand der Seele voraus, damit bei lächerlichen Ideen Lachen entsteht (Darwin 2000, S.220).

McGhee (1971) verwendet den Begriff „humor response“ und betont, dass es vor allem bei Kindern schwer zu bestimmen sei, ob Lachen tatsächlich ein Indikator für das Erleben von Humor ist. Ruch (1993) spricht vom emotionalen Prozess der Erheiterung, wobei dem Lächeln geringere Grade der Erheiterung zugrunde liegen, das Lachen hingegen für höhere Grade der Erheiterung typisch ist.

Zusammenfassend kann Lachen also eine Reaktion auf Witz oder Humor darstellen, kann aber auch in anderen Situationen entstehen (Scham), ist Ausdruck z.B. der Aggression, Demütigung oder Freude und unterscheidet sich vom Lächeln im Ausmaß der Erheiterung.

Im folgenden Abschnitt werden die bekanntesten wissenschaftlichen Ansätze zu Witz und Humor vorgestellt.

1.3 Humor- und Witztheorien

Es existieren unterschiedliche wissenschaftliche Theorien zu Humor und Witz, wobei sich hier keine scharfe Trennung zwischen Humor- und Witztheorien findet und diese häufig in einem Zuge beschrieben werden. Die einzelnen Theorien wiederum überlappen sich teilweise, widersprechen sich oder fokussieren unterschiedliche Aspekte. Wichtige Theorien sind die Überlegenheitstheorien, Psychoanalytische- und Spannungsabfuhrtheorien, Inkongruenztheorien, welche eher als Witztheorien betrachtet werden können, sowie die Arousal- und Reversal-Theorien, welche eher als Humortheorie oder als Umgangsform mit Witzigem gelten.

1.3.1 Überlegenheitstheorien

Die Überlegenheitstheorie stellt die älteste der Theorien dar. Vertreter der Überlegenheitstheorie sehen im Humor und im Lachen vor allem aggressive und hässliche Tendenzen sowie eine Möglichkeit des Triumphes über einen Gegner.

Bereits Aristoteles sieht hässliche Tendenzen im Humor und beschreibt in seinem Werk Poetik, im 5. Kapitel zur Komödie und Tragödie: „[...] zum Unschönen gehört das Lächerliche. Denn das Lächerliche ist eine Art der Verfehlung (des Handlungszieles) und eine Abweichung vom Schönen [...]“ (Aristoteles 2008, S.8) wobei das Lächerliche für Aristoteles gleichzeitig auch mit Hässlichkeit verbunden ist.

Nach Hobbes (2007) entsteht Lachen aus der Empfindung von Überlegenheit, gegenüber einem als schwächer wahrgenommenen Gegner. Grotjahn identifiziert im Witz die hässlichen Züge Aggression, Feindschaft und Sadismus, im Humor Depression, Narzissmus und Masochismus (Grotjahn 1974, S.36). Auch für ihn entsteht die Lust am Komischen aus einem „[...] Vergleich zwischen der Vollkommenheit des Betrachters und der offensichtlichen Unvollkommenheit einer anderen Person“ (Grotjahn 1974, S.23).

1.3.2 Psychoanalytische- und Spannungsabfuhr-Theorien

Die Theorien der Spannungsabfuhr sehen im Humor und Lachen eine kathartische Wirkung, ein Ventil, um angestaute Energie freizusetzen und die Möglichkeit, sozial nicht Erwünschtes vorzubringen ohne Konsequenzen zu fürchten.

Spencer (1860) sieht Lachen als eine Möglichkeit der Abfuhr seelischer Erregung. Sigmund Freud schließt sich in seinem Werk „Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten“ (1912) dieser Theorie weitgehend an. Lachen entstehe wenn „...ein früher zur Besetzung gewisser psychischer Wege verwendeter Betrag von psychischer Energie unverwendbar geworden ist, so dass er freie Abfuhr erfahren kann.“ (Freud 1912, S.126f.). Freud findet in den drei Formen Witz, Humor und Komik zudem als Gemeinsamkeit die „[...] Lust von einer Ersparung [...]“ an Aufwand (Freud 1912, S.206f.).

Der Humor, als eine Form der Ersparung an „Gefühlsaufwand“, ermöglicht für Freud eine Ersparnis von negativen Gefühlsregungen wie Mitleid, Ärger oder Schmerz (Freud 1912, S.203, 206f.) und erlaubt somit eine Bewältigung dieser negativen Situation. Im Humor sieht Freud zudem den sozialsten als auch den höchststehenden aller Abwehrmechanismen (Freud 1912, S.204). Grotjahn vertritt ähnliche Ansichten über den Humor und sieht als dessen Ursache eine Stimulation schmerzlicher Emotionen, woraufhin sich ein eingeleiteter Unterdrückungsversuch dann als unnötig erweist (Grotjahn 1974, S.23).

Beim Witz unterscheidet Freud die zwei Witzkategorien tendenziöser und tendenzloser (=harmloser) Witz. Letzterer, der harmlose Witz, dient lediglich dem Selbstzweck. Der tendenziöse Witz hingegen, ist entweder feindseliger (Aggression, Satire, Abwehr) oder obszöner (dient der Entblößung) Natur (Freud 1912, S.81).

Der tendenziöse Witz führt nach Freud zu einer „Ersparung an Hemmungs- oder Unterdrückungsaufwand“ (Freud 1912, S.102, S.206f.). Dieser Hemmungsaufwand entstehe, wenn einem Trieb ein Hindernis entgegensteht. Dieses Hindernis kann durch den Witz überwunden werden und die „psychische Stauung“ hierdurch aufgehoben werden (Freud 1912, S.101 f.). Der tendenziöse Witz stellt eine Möglichkeit dar, sozial nicht Akzeptables in Form eines Wit-

zes gesellschaftlich normgerecht vorzubringen und „[...] ermöglicht die Befriedigung eines Triebes (des lüsternen und feindseligen) gegen ein im Wege stehendes Hindernis“ (Freud 1912, S.85). Als Hindernis sieht Freud speziell die der „[...] höheren Bildungs- und Gesellschaftsstufe entsprechend gesteigerte Unfähigkeit [...] das unverhüllt Sexuelle zu ertragen.“ (Freud 1912, S.85).

1.3.3 Inkongruenztheorien

Die Inkongruenztheorien besagen, dass die Wahrnehmung von Inkongruenz, von Widersprüchen, von normalerweise unvereinbaren Ideen und Situationen, für das Erleben von Humor, Witz bzw. Lachen notwendig sind.

Für Schopenhauer entsteht „Das Lachen [...] aus nichts Anderem, als aus der plötzlich wahrgenommenen Inkongruenz zwischen einem Begriff und den realen Objekten, die durch ihn, in irgendeiner Beziehung, gedacht worden waren [...].“ (Schopenhauer 1988, S.102).

Koestler prägte den Begriff der „Bisoziation“ für zwei unvereinbare Bezugssysteme, die gleichzeitig „zum Schwingen gebracht“, und zu vereinen versucht werden (Koestler 1966, S.23 ff.). Auch nach Eysenck (1942, 1943) entsteht Lachen aus der Integration widersprüchlicher Ideen, Einstellungen oder Gefühle. Im zweistufigen „Incongruity-Resolution“-Modell nach Suls (1972, 1983) spielen neben der Perzeption einer Inkongruenz auch die Auflösung der wahrgenommenen Inkongruenz für die Humorwahrnehmung eine Rolle.

1.3.4 Arousal- und Reversal-Theorien

Weitere Theorien befassen sich mit dem optimalen Aktivierungsgrad, dem „Arousal“ für den Umgang mit witzigem Material und das Erleben von Humor. Nach Berlyne (1960, 1972) werden bestimmte Stimuli wie Überraschung, Komplexität, Inkongruenz, Ambiguität als interessant empfunden und führen zur Erhöhung des Erregungsniveaus im Hirn und vegetativen Nervensystem. Rothbart (1973) wendet diese Theorie auf das Lachen bei Kindern an und beobachtet, dass die Höhe des Erregungsniveaus darüber bestimmt, ob Lächeln oder Lachen entsteht, wobei letzteres aus einem höheren Arousal resultiert. Lächeln

hingegen entsteht aus geringerer Wahrnehmung von Überraschung, Intensität oder diskrepanten Stimuli.

Apter (1989) und Apter und Smith (1977) beschäftigen sich mit der Reversal-Theorie und unterscheiden zwei motivationale Zustände, zielorientierte „telische“ und spielerische „paratelische“, die ineinander überwechseln. Das Befinden in einem „paratelischen Zustand“ sieht Apter als Voraussetzung für das Erleben von Humor. Schweizer beobachtet ebenfalls besondere Empfänglichkeit für komische Erlebnisse in einer „spielerischen Gemütslage“, daher sei das erste Ziel eines Humoristen, im Hörer eine geeignete spielerische Stimmung zu schaffen (Schweizer 1964, S.25).

Andere Theorien betonen die Bedeutung von Komik für Kommunikation und soziale Interaktion (Chapman 1983; Fine 1983). Wieder andere nähern sich dem Thema vom linguistischen Blickwinkel, wie Attardo und Raskin (1991) in ihrer „General Theory of Verbal Humor“.

Die verschiedenen Theorien stellen jeweils unterschiedliche Aspekte des Humors in den Mittelpunkt. Die Anzahl existierender Theorien und Autoren, die sich mit dem Thema befassen, lässt die Vielfalt des Themas erahnen. Andererseits ist dies wohl auch ein Hinweis, dass bisher keine der Theorien alle Facetten zufriedenstellend erfasst. Eine Kombination der verschiedenen Theorien erlaubt einen umfangreichen Blick auf dieses Phänomen. Wer angesichts der Vielfalt dieses Themas den Überblick verliert: Einfach mit Humor nehmen.

2 Material & Methoden

2.1 Recherche des Datenmaterials für die Analyse

Als Grundlage der Analyse wurden insgesamt 556 Witze erfasst. Diese wurden mittels Internetrecherche sowie aus der Literatur zusammengestellt. Über die Internet Suchmaschine „Google“ wurden die Trefferlinks der Suchkriterien „Witz + Psychiater“ (Stichtag 18.3.2009), sowie „Witz + Irre“ (Stichtag 16.11.2009) nach Witzen mit psychiatrischen Inhalten durchsucht. Anhand der Suchwörter wurde eine Witzesammlung aus den Inhalten der gefundenen Internetseiten erstellt. Zudem wurde die Witzesammlung aus dem Buch „Irre und Psychiater - Struktur und Soziologie des Irrenwitzes“ von Peters und Peters (1974, S.93ff. und S.137ff.) für die Analyse herangezogen, sowie aus einer Sammlung von Trenkle (1994) diejenigen Witze herausgegriffen, in denen ein Psychiater oder psychiatrischer Patient vorkommt. Von den insgesamt 556 Witzen stammen 298 Witze aus der Internetrecherche, 244 Witze aus der Sammlung von Peters und Peters (1974) und 14 aus der von Trenkle (1994).

In die Witzesammlung wurden auch Witze mit sehr ähnlichem Witzinhalt und sich wiederholende Witze aufgenommen, um beliebte Witzinhalte entsprechend zu gewichten, um Aussagen über besonders beliebte Inhalte treffen zu können und auch um verschiedene Versionen ähnlicher Witze abzubilden. Bei der Sammlung wurden auch Witze berücksichtigt, in denen in irgendeiner Form von Psychiatern oder psychiatrischen Patienten die Rede ist, beide müssen nicht zwangsläufig als „aktive Beteiligte“ vorkommen. Ebenfalls mit berücksichtigt wurden die Witze mit Psychologen, die unter den Suchkriterien „Witz + Psychiater“ und „Witz + Irre“ erschienen. Zur Wahrung des Textflusses wird im Folgenden die Abkürzung PPT verwendet, wenn alle drei Berufsgruppen Psychiater, Psychologen und Therapeuten gemeint sind. Sind ausschließlich Psychologen oder Therapeuten gemeint, werden diese explizit genannt. Hingegen wird im Text auch teilweise der Psychiater stellvertretend für PPT verwendet, da zum einen der Fokus auf dieser Berufsgruppe liegt und dadurch andererseits auch eine flüssigere Lesbarkeit des Textes hergestellt werden soll.

Witze, in denen Psychiater/ Psychologen/ Therapeuten und Patienten vorkommen, werden fortan als Psychiaterwitze bezeichnet, Witze in denen nur Patienten vorkommen, plakativ als „Irre“ bezeichnet, werden fortan als „Irrenwitze“ bezeichnet. Erneut zu betonen bleibt, dass das vorurteilsbehaftete Wort „Irre“ hier völlig wertfrei stehen soll und in der Arbeit der pointierten Darstellung dient. Korrekterweise sollte jedoch „Patienten mit psychischen Problemen/ psychiatrische Patienten“ o.ä. verwendet werden.

2.2 Matrix zur Kategorisierung des gesammelten Datenmaterials

Für die Auswertung der Witze wurde eine detaillierte Matrix mit dem Programm Microsoft Excel erstellt, mittels welcher die Witze eingeteilt wurden. Analysiert wurde unter anderem, wer im Witz vorkommt, Alter und Geschlecht von Patient und Arzt, das vermittelte Bild von Arzt sowie Patient, die Witzperspektive, die Therapie sowie die Witzkategorie unterschieden nach inkongruenter-, nonsense-, und sexueller Witzstruktur.

Im Folgenden wird die Einteilungsmatrix genau erläutert sowie Leitsätze beschrieben, welche bei der Einteilung der Witze als Leitstruktur dienten, um eine Konsistenz der Einordnung zu gewährleisten.

2.2.1 Wer kommt im Witz vor?

Unterschieden wurden „Psychiater“, „Psychologe“, „Therapeut“, „Patient“. Die Kategorie Therapeut wurde dann gewählt, wenn nicht erkennbar war, ob es sich um einen Arzt oder Psychologen handelt. Leiter oder Direktoren einer Klinik wurden als Psychiater eingeordnet. Als Patient galt diejenige Person, die ein spezifisches Symptom aufweist. In Witzen, in denen eine Person dem Psychiater über eine dritte Person mit einer spezifischen Störung berichtet, galt die dritte Person mit dem Symptom als Patient. War wiederum diejenige Person, welche im Witz Bericht erstattet selbst der Witzinhalt, galt diese als „Patient“.

Als Witze, in denen ein Psychiater vorkommt, wurden auch solche gezählt, in denen über einen Psychiaterbesuch berichtet wurde oder in denen beispielsweise ein „Anruf bei der Psychiatrie-Hotline“ stattfand.

2.2.2 Alter und Geschlecht

Das Alter von Psychiater und Patient wurde eingeteilt in „nicht erkennbar“, „alt“ oder „jung“. Beim Geschlecht der vorkommenden Personen wurde in „männlich“, „weiblich“ und „mehrere Handelnde/ beide Geschlechter“ unterschieden.

2.2.3 Kompetenz und transportiertes Bild der PPT

Diese Witzkategorie wurde unter anderem in Anlehnung an eine Untersuchung von Peters und Peters (1974) erstellt sowie durch häufige weitere Witzinhalte ergänzt. Dabei wurden drei verschiedene Kategorien jeweils getrennt voneinander betrachtet: Die Kompetenz des Psychiaters, eine eventuell vorkommende negative Psychiatereigenschaft sowie eine eventuell beschriebene positive Psychiatereigenschaft. Als kompetent gilt der Psychiater, wenn er sich dem Berufsbild entsprechend verhält. Verhält er sich nicht, wie gemeinhin von einem Psychiater erwartet wird, beispielsweise schätzt er den Gesundheitszustand des Patienten falsch ein, gibt unangemessene Ratschläge oder hilft seine Therapie nicht weiter, gilt er als nicht bzw. zweifelhaft kompetent. Wenn anhand des Witzes die Kompetenz nicht beurteilt werden kann, wurde die Kategorie „keine Aussage“ gewählt.

In der nächsten Kategorie wurden verschiedene negative Vorurteile erfasst, die häufig das Bild des Psychiaters in den Witzen beschreiben: „grenzüberschreitend“, „Psychiater hilft nicht weiter bzw. die Therapie wird durch den Patienten auf eine unpassende Situation ausgedehnt/ falsch verstanden“, „Irrsein färbt (auf den Psychiater) ab“, „geldgierige Haltung“ sowie eine „zynische oder sarkastische Haltung des Psychiaters“.

In der dritten Kategorie wurden die positiven Hauptinhalte, „der Psychiater verfügt über einen gesunden Menschenverstand“, „verständnisvoll“ und „anderes Positives“ aufgenommen. Die verschiedenen Kategorien sind in Tabelle 1 nochmals graphisch dargestellt.

Alle drei Kategorien wurden getrennt und unabhängig voneinander bewertet. So war beispielsweise ein „inkompetentes“ Verhalten des Psychiaters parallel mit einem negativen als auch einem positiven Hauptinhalt möglich. Beispielsweise konnte ein nicht kompetenter Psychiater (z.B. aufgrund falscher Einschätzung des Patienten) gleichzeitig ein verständnisvolles Verhalten an den Tag legen. Für die Beurteilung ausschlaggebend, falls mehrere Aussagen innerhalb einer Kategorie möglich waren, war das dominierende Bild, das auch den Witzinhalt ausmacht.

Zudem wurde durch eine Stichwortsammlung die Möglichkeit offen gelassen, noch weitere häufige positive oder negative Inhalte zum Bild des Psychiaters zu finden.

Transportiertes Bild des Psychiaters/ Psychologen/ Therapeuten		
Kompetenz	Negativer Hauptinhalt	Positiver Hauptinhalt
Keine Aussage Ja Nein/ Zweifelhaft	Keine Aussage Grenzüberschreitung Therapie hilft nicht weiter Irrsein färbt ab auf Psychiater Geldgierig Zynische, sarkastische Haltung Anderes	Keine Aussage Gesunder Menschenverstand Verständnisvoll Anderes

Tabelle 1: Transportiertes Bild des Psychiaters/ Psychologen/ Therapeuten

2.2.4 Transportiertes Bild des Patienten

In dieser Kategorie wurden, ebenfalls in Anlehnung an die Analyse von Peters und Peters (1974), die Patientenbeschreibungen „unheilbar“, „gefährlich“, „Patient hat einen gesunden Menschenverstand“, „Störung des Patienten an sich schon witzig“ (Bsp. ein bestimmter Wahn oder bestimmtes Verhalten, welches lächerlich erscheint), „Symptome des Patienten färben auf Angehörige ab“, „Patient hat keine Krankheitseinsicht“, „Patient weitert Therapieergebnis auf eine unpassende Situation aus“ sowie „Patient ist dumm/ begriffsstutzig“ erfasst. Durch eine Stichwortsammlung wiederum wurde die Möglichkeit eröffnet, weitere häufig vorkommende Patientenbeschreibungen zu finden. Sofern eine Einteil-

lung in mehrere Kategorien passend oder möglich war, wurde das Kriterium gewählt, welches im jeweiligen Witz dominiert.

In Witzen, in denen eine Person zwar über eine Andere berichtet, selbst aber zum Witzobjekt wird und am Ende die „belächelte“ Zielscheibe ist, gilt diese Erzählperson als der „Patient“ und die erfassten Eigenschaften bzw. Beschreibungen gelten für diese Person.

Transportiertes Bild des Patienten
Keine Aussage
Unheilbar
Gefährlich
Gesunder Menschenverstand
Störung ist der Witz
Färbt ab auf Angehörige
Keine Krankheitseinsicht
Therapieergebnis unpassend angewandt
Patient dumm/ begriffsstutzig
Anderes

Tabelle 2: Transportiertes Bild des Patienten

2.2.5 Symptome des Patienten

In der Kategorie „Symptome des Patienten“ wurde, sofern aus dem Witz erkennbar, das Krankheitszeichen des Patienten festgelegt. Erfasst wurden „Wahn“, „Halluzination“, „Angst/ Zwang“, „Neurose/ Komplex“, „Demenz/ Gedächtnisstörung“, „Verhaltens- und Persönlichkeitsstörung“, „Affektive Störung“, „Suizidal“ und „Diverses“. Als Neurose/ Komplex wurden in der Arbeit „Ödipus-Komplexe“, Minderwertigkeitskomplexe und fixe sexuelle Ideen gewertet. Weiterhin wurde die Kategorie „Symptom des Patienten gehört nicht zwangsweise in die Psychiatrie“ aufgenommen (Bsp.: Inkontinenz). Die Kategorie „Symptom nicht erkennbar“ wurde gewählt, wenn kein Krankheitszeichen erkennbar war, und der Patient z.B. als „Irrer“ bezeichnet wurde ohne weitere Beschreibung, welches Verhalten zur Bezeichnung „irre“ führt.

2.2.6 Therapie

Die Witzeanalyse umfasste auch das Vorkommen einer Therapie sowie das Therapieergebnis. Hierbei galt ein reiner Dialog zwischen Arzt und Patient nicht als Therapie und wurde als „Therapie nicht angesprochen“ gewertet. Lediglich das Nennen einer Therapieform (Medikamente, „Couch“ o.ä.), ein Bericht über ein Therapieergebnis oder eine Veränderung des Patientenzustandes, welche eine Therapie impliziert, wurden als Therapie „ja“ gewertet. Falls erkennbar war, um welche Therapieform es sich handelt, wurde diese festgehalten. Beim Stichwort „Couch“ wurde dies als Symbol für die Psychoanalyse gewertet.

Ein stationäres Witzsetting wurde nicht automatisch mit dem Vorkommen einer Therapie bewertet, obgleich man annehmen könnte, dass eine Therapie in der Klinik durchgeführt wird. Beinhaltet der Witz jedoch ausdrücklich eine Szene nach Entlassung aus einer Klinik oder ist eine Entlassung aus einer Klinik geplant, wurde beurteilt, ob der gesamte Klinikaufenthalt erfolgreich war, auch wenn eine Therapie nicht explizit angesprochen wurde.

Das Therapieergebnis, soweit feststellbar, wurde bewertet als „erfolgreich“, „nicht erfolgreich“ bzw. „zweifelhaft“.

Zudem wurde, soweit erkennbar, das Setting der Witzszene erfasst und in stationäres und ambulantes Setting unterschieden.

2.2.7 Perspektive des Witzes

Diese Kategorie untersucht die Zielscheibe des Witzes. Es wurde unterschieden, ob Patient, Psychiater oder beide im Witz „belächelt“ werden. Die Kategorie „Lachen über Beide“ wurde beispielsweise immer dann gewählt, wenn der Patient an einem Wahn leidet und der Psychiater diesen „übernimmt“ und dies den Witz ausmacht. Ebenfalls wurde diese Kategorie gewählt, wenn die Therapie des Psychiaters erfolglos war oder der Psychiater mit seiner ersten Einschätzung z.B. es handle sich um „normales“ Verhalten, falsch liegt, dies sich aber erst durch weitere im Witz nachfolgende Informationen herausstellt. Inkompetentes Verhalten des Psychiaters führte je nach der Nuance des Witzes zur Kategorisierung in „Lachen über Beide“ oder Belächeln des Psychiaters.

Beispielwitz aus der Kategorie „Lachen über Beide“:

Nach der dritten Sitzung beim Psychologen fragt dieser seinen Patienten: „Na, wie sieht es nun mit Ihren Minderwertigkeitskomplexen aus?“ „Prima“, antwortet sein Patient, „sie sind vollkommen verschwunden. Das habe ich wirklich nur Ihnen zu verdanken, Sie kleiner, mieser Dilettant ...“

Weiterhin wurde erfasst, ob Aggression oder Sexualität in den Witzen vorkommen. Falls diese Themen eine Rolle spielen, wurde festgehalten, ob die Aktivität vom Psychiater, Patienten oder Beiden ausgeht. Für den folgenden Beispielwitz wurde erfasst, dass die sexuellen Gedanken vom Patienten ausgehen:

Ein Mann klagt seinem Psychiater: „Seit Wochen bin ich von dem Gedanken besessen, mein Geschlechtsteil in den Gurkenscheider zu stecken. Ich träumte davon, dann konnte ich nicht mehr schlafen. In der Gurkenfabrik konnte ich mich auf nichts mehr konzentrieren. Ich dachte immer nur an das Eine. Gestern habe ich es getan!“ „Mein Gott“, stöhnt der Arzt. „Und was geschah?“ „Mir wurde sofort gekündigt.“ „Und der Gurkenscheider?“ „Der ist natürlich auch entlassen worden!“

2.2.8 Suchtstoffe

Die Kategorie umfasst Alkohol, Drogen, Medikamente und Nikotin und wurde mit in die Analyse aufgenommen, um deren Themenrelevanz in Witzen zu beurteilen.

2.2.9 Witzstruktur

Hier wurde unterschieden, ob es sich um eine inkongruente, nonsens oder sexuelle Witzstruktur handelt. Diese Einteilung beruht auf einer in der Literatur verwendeten Kategorisierung durch Ruch (Ruch 1998 und 2001). Als Inkongruenzwitze wurden in der Arbeit die Witze eingeteilt, innerhalb derer eine zunächst unstimmig erscheinende Pointe vollständig aufgelöst werden kann, indem beispielsweise Informationen, die an anderer Stelle im Text verfügbar sind, der Lösung des Witzes dienen oder vom Empfänger gedanklich hinzuge-

fügt werden können. Sobald die fehlende Information hinzugefügt wurde, entsteht beim Empfänger das Gefühl, den Witz verstanden zu haben.

Nonsens Humor enthält ebenfalls einen Überraschungsmoment und Unstimmigkeiten in der Pointe, die allerdings keine oder nur partielle Lösungsmöglichkeiten bieten oder noch weitere Absurditäten und Unstimmigkeiten im Adressaten auslösen.

Als sexuelle Witze wurden alle Witze kategorisiert, in denen sexuelle Inhalte thematisiert werden.

2.3 Vorgehen bei der Einteilung der Witze

Zunächst wurden 100 Witze von der Autorin der Arbeit sowie der Leiterin der Studie B. Wild unabhängig voneinander in die festgelegten Kategorien eingeteilt. Voneinander abweichende Einteilungen wurden diskutiert, um einen Konsens für mögliche Kategorisierungen zu finden. Da es sich bei der Einteilung der Witze bei einigen Kategorien um eine individuelle Einschätzung und ein subjektives Messurteil handelt, sollte diese Vorgehensweise, ähnlich eines „Ratertrainings“, eine höhere Reliabilität der Witzeinteilung gewährleisten. Die weiteren Witze wurden durch die Autorin beurteilt und Unklarheiten mit der Leiterin der Studie abgestimmt.

2.4 Auswertung des Datenmaterials

Die Auswertung des Datenmaterials erfolgte mittels des Programmes Microsoft Excel. Die Häufigkeiten der einzelnen Nennungen wurden ausgewertet und verschiedene Kategorien miteinander verknüpft. Prozentuale Angaben beziehen sich auf die Grundgesamtheit aller Witze $N=556$ oder auf entsprechende Teilmengen, abhängig von der Fragestellung.

Die Studie umfasst weiterhin einen Vergleich zwischen den Jahren 1974 und 2009. Als Datengrundlage für Witze aus dem Jahr 1974 dient die Witzesammlung der Autoren Peters und Peters (1974) über Psychiater und „Irre“. Die

Datengrundlage für die Psychiater- und „Irrenwitze“ aus dem Jahr 2009 wird durch die für diese Studie durchgeführte Internetrecherche aus dem Jahr 2009 gebildet. Der Fokus beim Vergleich der beiden Witzesammlungen liegt auf dem Vorkommen der verschiedenen Berufsgruppen Psychiater, Psychologen, Therapeuten, deren Kompetenzprofil, dem Bild des Patienten, dem Vorkommen verschiedener Krankheitssymptome sowie genannter Therapieformen.

Weiterhin wurde noch eine Übersicht über die Anzahl der verschiedenen Witzgrundtypen mit sich ähnelnden Witzinhalten erstellt.

3 Ergebnisse

3.1 Auswertungsergebnisse der gesamten Witzesammlung

3.1.1 Wer kommt im Witz vor?

In insgesamt 556 Witzen kommen 273 Psychiater, 39 Psychologen, 37 Therapeuten, sowie 512 Patienten vor.

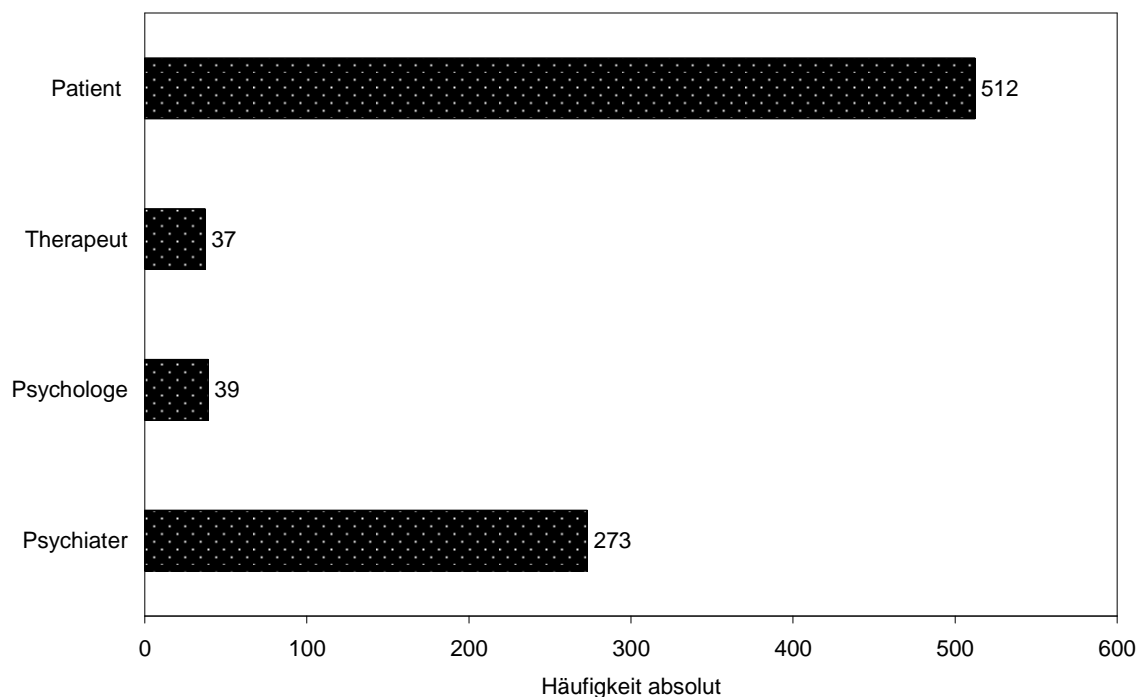


Abbildung 1: Wer kommt im Witz vor? - Gesamte Witzesammlung

3.1.2 Witzart

Die Summe der Witze, in denen nur Patienten, keine PPT vorkommen, die so genannten „Irrenwitze“, beträgt 213, die Summe der Witze, in denen Psychiater bzw. Psychologen oder Therapeuten und in der Regel auch Patienten vorkommen, die in dieser Arbeit als Psychiaterwitze bezeichnet werden, beträgt 343.

3.1.3 Geschlechterverteilung bei PPT und Patienten

In 327 Witzen wird das Geschlecht der Psychiater, Psychologen oder Therapeuten (PPT) genannt. Diese sind in 99% der Witze männlich. Eine Psychiaterin/ Therapeutin/ Psychologin kommt nicht vor, jedoch beinhalten 1% der Witze beide Geschlechter in Form eines Therapeuten-/ Psychologenehepaares.

In den 498 Witzen, in denen ein Patientengeschlecht zuordenbar ist, dominiert ebenfalls das männliche Geschlecht deutlich. Hier werden zu 89% Männer, 10% Frauen und in 1% beide Geschlechter genannt.

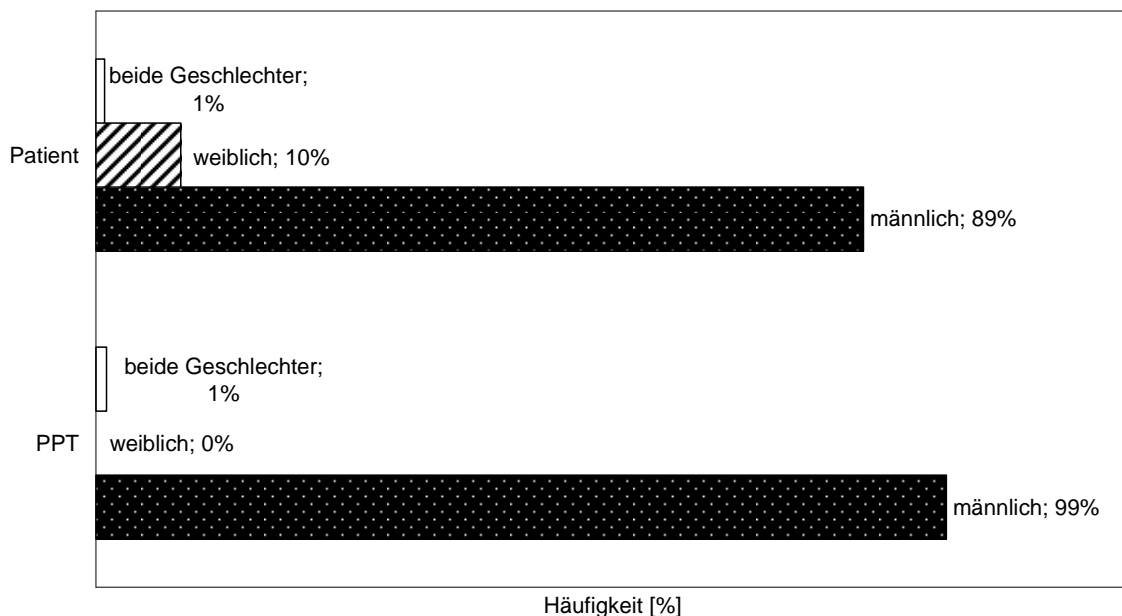


Abbildung 2: Geschlechterverteilung bei PPT und Patienten

Die prozentualen Häufigkeiten beziehen sich auf diejenigen Witze, in denen das Geschlecht genannt wird.

3.1.4 Alter

Bis auf wenige Ausnahmen ist den Witzen nicht zu entnehmen, um welche Altersgruppen es sich bei den PPT oder den Patienten handelt. Wird bei den PPT das Alter erwähnt, sind diese eher alt. Im Vergleich dazu ist der Patient bei expliziter Erwähnung seines Alters eher jung. Die Tabelle 3 zeigt die Anzahl der Witze, in denen ein Alter erwähnt wird. In fünf Witzen können mehrere Familienmitglieder als Patienten betrachtet werden.

	PPT	Patient
Nicht erkennbar	551	532
Jung	1	14
Alt	4	5
Familie	0	5

Tabelle 3: Alter der PPT und Patienten

3.1.5 Setting

28% der gesamten Witze spielen ausdrücklich im stationären Bereich in einer psychiatrischen Klinik, welche häufig in den Witzen als „Irrenanstalt“ bezeichnet wird. In den verbleibenden 72% der Witze ist das Setting nicht erkennbar oder ein ambulanter Rahmen. Diese beiden Kategorien wurden zusammengefasst, da Formulierungen wie „beim Psychiater“ zwar eher auf einen ambulanten Rahmen hinweisen, aber durchaus auch in einer Klinik beim Gespräch mit dem Psychiater spielen könnten.

3.1.6 Kompetenzprofile der Berufsgruppen

Für die einzelnen Berufsgruppen Psychiater, Therapeuten und Psychologen wurde jeweils untersucht, wie häufig deren Verhalten oder Aussagen als kompetent und nicht bzw. zweifelhaft kompetent erscheinen.

In allen drei Berufsgruppen dominiert ein inkompetentes Bild mit Häufigkeiten im Bereich zwischen 62% und 68%, wobei der Therapeut am schlechtesten abschneidet.

Vergleicht man die drei Berufsgruppen untereinander, wird der Psychiater am häufigsten als kompetent (24% der Fälle, in denen ein Psychiater erwähnt wird) und am seltensten als nicht bzw. zweifelhaft kompetent eingeordnet (62%). Der Psychologe wird im Vergleich weniger kompetent (15%) und etwas häufiger (64%) „nicht bzw. zweifelhaft kompetent“ als der Psychiater dargestellt. Der Therapeut liegt in seiner Kompetenz zwischen den beiden oben genannten Berufsgruppen (22%), und hat die häufigsten Nennungen im Bereich „nicht kompetent“ (68%).

In der Abbildung 3 und Tabelle 4 werden sowohl die Prozentanteile als auch die Absolut-Zahlen der jeweiligen Witze graphisch dargestellt (Grundgesamtheit

sind alle Psychiaterwitze N=349). Zugunsten der Übersichtlichkeit wurde in dieser Arbeit auf die Darstellung mit Dezimalstellen verzichtet, so dass in den prozentualen Summen der Grafiken in einigen Fällen Rundungsdifferenzen von maximal +/-1% vorkommen können.

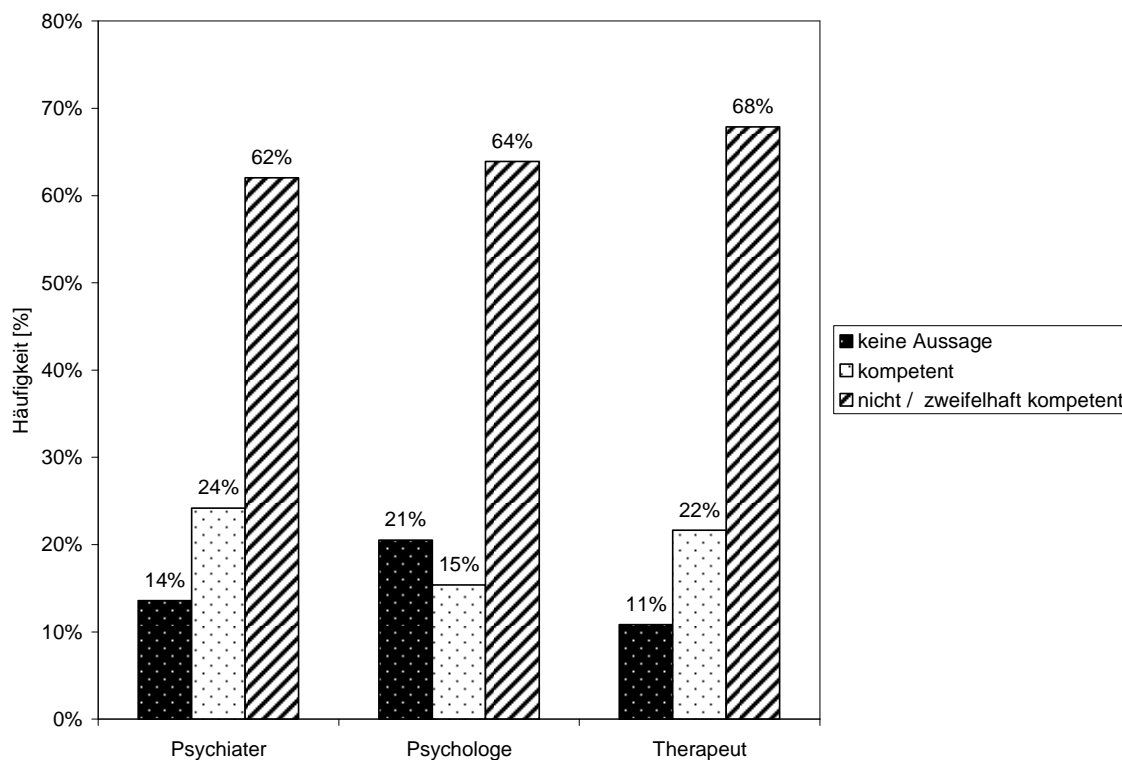


Abbildung 3: Kompetenzprofil Psychiater, Psychologe und Therapeut prozentual

	Psychiater	Psychologe	Therapeut
keine Aussage	37	8	4
kompetent	66	6	8
nicht / zweifelhaft kompetent	170	25	25
Summe Witze	273	39	37

Tabelle 4: Kompetenzprofil Psychiater, Psychologe und Therapeut absolut

3.1.6.1 Kompetenz der PPT in Abhängigkeit des Settings

Die in einer Klinik tätigen PPT schneiden in ihrer Kompetenz deutlich schlechter ab, als die Gruppe der ambulant bzw. in nicht erkennbarem Rahmen Praktizierenden. Die Gesamtkompetenz der Psychiater/ Psychologen/ Therapeuten im Setting „Klinik“ zeigt in 11% der Fälle ein kompetentes, in 69% ein inkompeten-

tes Berufsbild. Dem gegenüber stehen 27% kompetente PPT im ambulanten bzw. nicht erkennbaren Rahmen und 60% nicht bzw. zweifelhaft Kompetente.

3.1.6.2 Kompetenz der PPT in Abhängigkeit der Therapieform

PPT, die mit der „Couch“/ Psychoanalyse arbeiten, erscheinen kompetenter als diejenigen, die Medikamente einsetzen. In den Witzen, in denen Medikamente erwähnt werden, erscheint der PPT in 17% kompetent, in 83% inkompetent. Witze in denen das Stichwort „Couch“ vorkommt, zeigen zu 36% einen kompetenten PPT, in 52% einen inkompetenten PPT. In 12% der Witze ist keine Aussage möglich.

3.1.7 Transportiertes Bild der PPT

Die im Folgenden angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtzahl aller Psychiaterwitze, demnach Witze, in denen entweder ein Psychiater, ein Psychologe oder Therapeut vorkommt.

Die Witze mit negativen Beschreibungen der PPT überwiegen hierbei die positiven Beschreibungen.

In 60% der Witze entsteht ein negatives Bild der PPT (siehe Abbildung 4). Dieses umfasst u.a. folgende einzelne Kategorien: eine zynisch oder sarkastische Haltung des Psychiaters (13%) sowie das Bild, dass der Psychiater selbst „irre“ ist („Irrsein färbt ab“) (8%). Die drei Kategorien „hilft nicht weiter“ (5%), Grenzüberschreitung (4%) sowie Geldgier (3%) wurden jeweils ähnlich häufig gewählt. Die häufigste negative Nennung mit 26% ist die Sammlung „anderes Negatives“. Beispielhaft fällt in diese Kategorie: Überschätzt sich, hört nicht zu, ist eingebildet, weiß nichts, ist arbeitslos, ist dumm, macht sich über den Patienten lustig, gibt einen unbrauchbaren Ratschlag. Die folgenden Witze wurden z.B. in die Rubrik „anderes Negatives“ eingeordnet:

Was sagt ein arbeitsloser Psychologe zu einem arbeitenden Psychologen?

„Einmal Pommes mit Mayo!“ (negatives Bild: arbeitslos, Psychologie als brotlose Kunst)

Ein Psychologe steigt schnaufend in ein Taxi. Der Taxifahrer: „Na, wohin soll es denn gehen?“ Der Psychologe: „Fahren Sie mich irgendwo hin, ich werde überall gebraucht.“ (negatives Bild: Psychiater überschätzt sich).

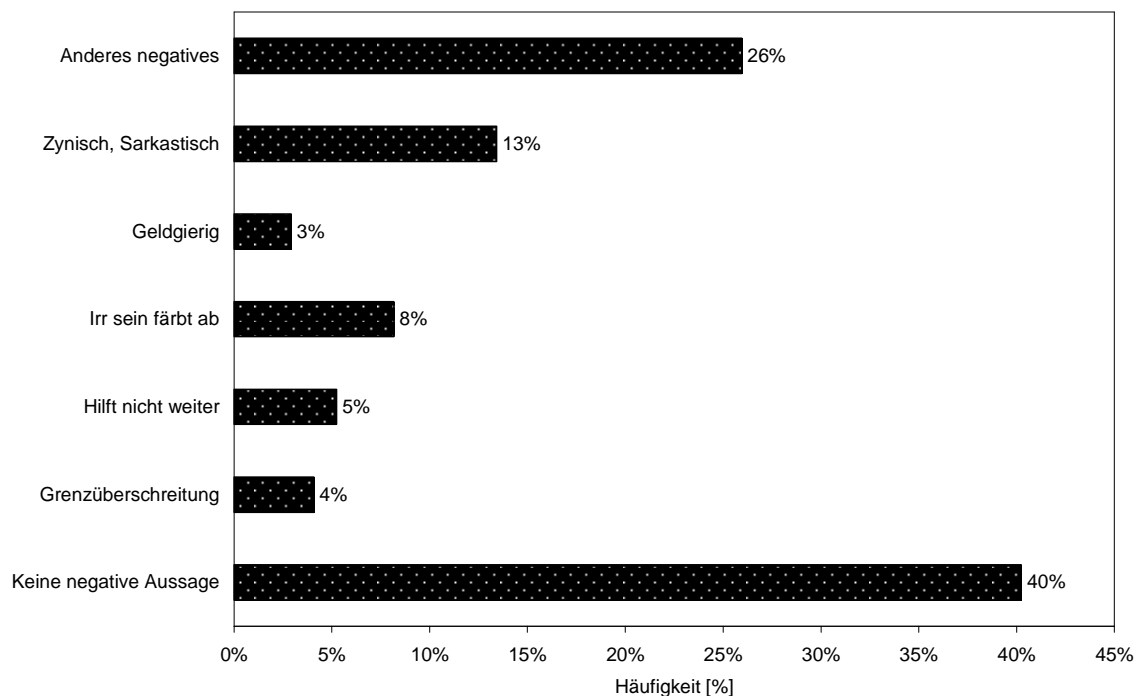


Abbildung 4: Negative Beschreibungen der PPT

Durch die Stichwortsammlung wurde gefunden, dass in 3% der Psychiaterwitze unübliche Kriterien angelegt werden, um über eine Entlassung des Patienten aus der Klinik zu entscheiden bzw. über eine notwendige Einweisung zu urteilen. Als Entscheidungskriterien werden eine richtig zu beantwortende Frage, die Lösung einer Rechenaufgabe oder Hilfsbereitschaft des Patienten angelegt. Folgender Beispielwitz soll dies verdeutlichen:

Zwei Irre haben Ausgang. Sie gehen am Ufer des Flusses spazieren. Plötzlich fällt der eine ins Wasser. Ohne zu zögern springt der andere hinterher und rettet ihn. „Wer so selbstlos handelt“, sagt der Anstaltsdirektor am Abend zum Retter, „ist ohne Zweifel gesund. Morgen werden Sie als geheilt entlassen.“ Ein Wärter tritt kreidebleich ein und flüstert dem Direktor etwas ins Ohr. „Schlechte Nachricht“, sagt dieser ernst und wendet sich an den Helden, „der Mann, den Sie gerettet haben, hat sich soeben das Leben genommen.“ „Kann ich kaum

glauben“, sagt der Retter. „Als ich ihn vorhin zum Trocknen aufhängte, war er noch vollkommen in Ordnung.“

Neben den dargestellten negativen Aspekten wird in insgesamt 18% der Psychiaterwitze ein positives Bild des Psychiaters/ Psychologen/ Therapeuten gezeichnet. Dies ist in 13% ein verständnisvolles Verhalten, in 3% ein gesunder Menschenverstand und in 2% ein anderes positives Bild. In den verbleibenden 82% der Witze wird kein positives Merkmal der PPT gefunden (siehe Abbildung 5).

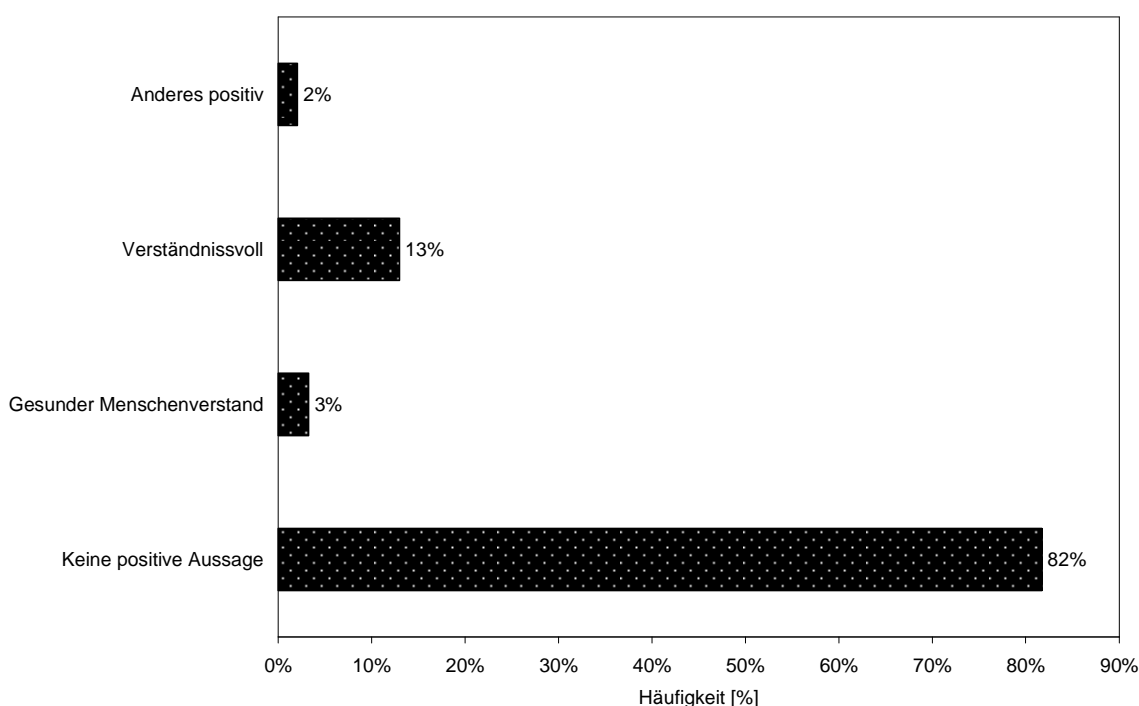


Abbildung 5: Positive Beschreibungen der PPT

Wie im Material- und Methodenteil beschrieben, bestand die Möglichkeit einem Psychiater sowohl eine negative als auch eine positive Eigenschaft gleichzeitig zuzuordnen. Hierdurch ist eine Summation der positiven und negativen Aussagen nicht möglich, da Schnittmengen enthalten sind.

3.1.8 Bild des Patienten

Das Bild, das vom Patienten durch die Witze entsteht, wurde unter Berücksichtigung mehrerer Schwerpunkte differenziert analysiert:

- vermitteltes Patientenbild bezogen auf die Gesamtzahl aller untersuchten Witze
- vermitteltes Patientenbild getrennt nach „Irren-“ und Psychiaterwitzen
- vermitteltes Patientenbild jeweils für die drei häufigsten Symptome Wahn, Neurose, Diverses
- vermitteltes Patientenbild 1974 versus 2009 (Diese Ergebnisse finden sich weiter unten im Kapitel: 3.2.3 Bild des Patienten 1974 versus 2009).

3.1.8.1 Vermitteltes Patientenbild bezogen auf die Gesamtzahl aller Witze

Die häufigste Beschreibung des Patienten in der Gesamtzahl aller untersuchten Witze ist mit 33% Begriffsstutzigkeit oder Dummheit des Patienten.

Hierunter wurden beispielsweise folgende Witze kategorisiert:

Ein Irre trifft einen alten Freund wieder. „Ja, was machst du denn so?“ fragt er nach einer freudigen Begrüßung. „Ach weißt du, ich bin Straßenverkäufer.“ – „Donnerwetter!“ staunt der Irre. „Und was kostet so ein Meter?“

Zwei Irre treffen sich nach langer Zeit. Fragt der eine: „Wo warst du denn so lange?“ „Im Kittchen.“ „Warum denn?“ „Ich habe Falschgeld gemacht. Fünfzehneuroscheine, und das ist irgendwie aufgefallen.“

In 23% der Fälle ist das Verhalten oder Denken des Patienten selbst der Witz („Störung ist der Witz“), beispielweise bei einem im Witz als lustig oder lächerlich erscheinenden Problem (der Patient denkt er sei Gott, sieht nicht vorhandene Schmetterlinge o.ä.).

Im Folgenden werden zwei Beispielwitze aus der Kategorie „das Problem/ die Störung des Patienten selbst ist der Witz“ genannt:

Der Psychiater sieht einen Patienten zum 1. Mal. Er sagt: „Da ich Sie und Ihr Problem noch nicht kenne, fangen Sie am besten ganz von vorne an.“ Patient: „Also, am Anfang schuf ich Himmel und Erde ...“

Ein Irre gießt die Blumen auf seinem Balkon. „In Ihrer Kanne ist ja gar kein Wasser“, ruft ihm ein Passant zu. „Macht nichts“, sagt der Irre, „es sind ja auch künstliche Blumen.“

Das dritthäufigste vermittelte Patientenbild in der Gesamtzahl der Witze ist mit 11% der „Irre“ mit „gesundem Menschenverstand“. In diese Kategorie wurde beispielsweise folgender Witz eingeordnet:

„Und gestern habe ich meinen Sohn gesehen, wie er und das Nachbarmädchen nackt ihre Körper untersucht und Doktor gespielt haben.“, sagt die Frau zum Psychiater. „Aber ich bitte sie“, antwortet der, „das ist doch nichts ungewöhnliches. Im Gegenteil, das ist normal.“ Antwortet die Frau: „Ich finde überhaupt nicht, dass das normal ist. Und meine Schwiegertochter denkt ebenso.“

Die Abbildung 6 zeigt die gefundenen prozentualen Häufigkeiten graphisch dargestellt:

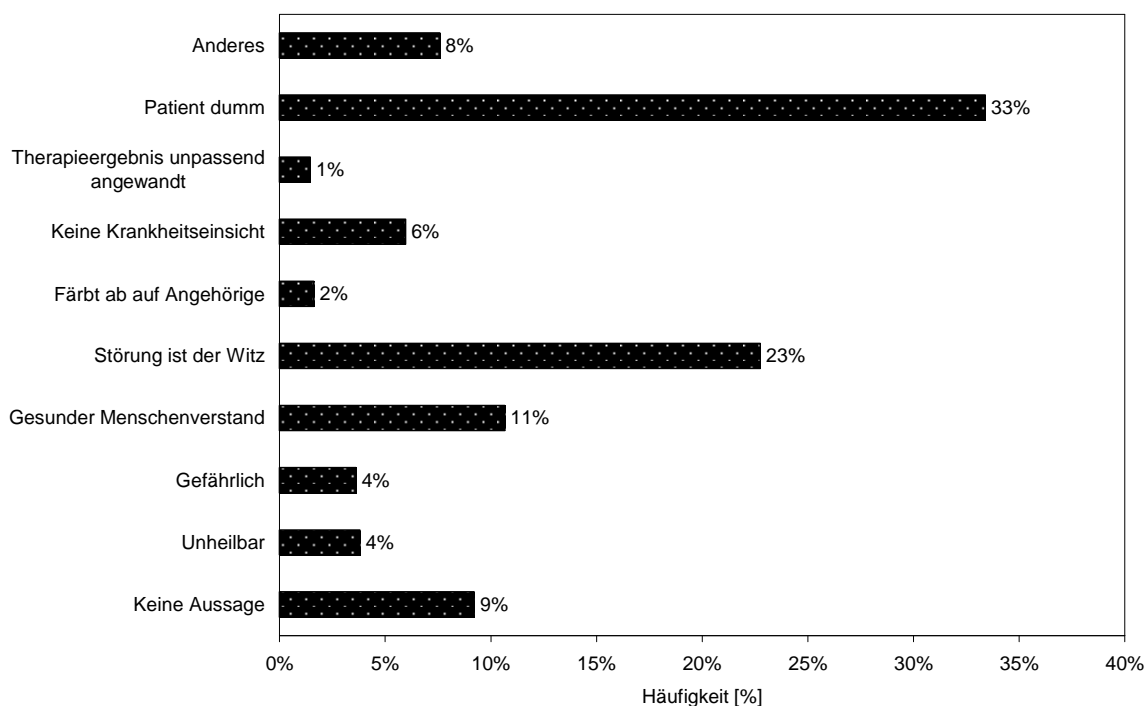


Abbildung 6: Patientenbild in Psychiater- und „Irrenwitzen“ gemeinsam

3.1.8.2 Patientenbild getrennt nach „Irren-“ und Psychiaterwitzen

Die separate Auswertung des Patientenbildes unterschieden nach „Irren-“ und Psychiaterwitzen zeigt, dass besonders in den „Irrenwitzen“ das Bild Dummheit/Begriffsstutzigkeit mit deutlichem Abstand dominiert (68% im Vergleich zu 12% in den Psychiaterwitzen).

„Die Störung ist der Witz“ ist mit 12% das zweithäufigste Patientenbild in den „Irrenwitzen“, der Patient mit einem „gesunden Menschenverstand“ stellt mit 9% die dritthäufigste Kategorie in den „Irrenwitze“ dar.

In den Psychiaterwitzen hingegen, sind die Bilder, welche vom Patienten vermittelt werden, anders verteilt. „Die Störung ist der Witz“ (30%) ist die häufigste Kategorie, „gesunder Menschenverstand“, „dumm“ und „Anderes“ kommen jeweils ungefähr gleich häufig (9%-12%) vor (Abbildung 7, auf die Angabe von Dezimalstellen wurde verzichtet).

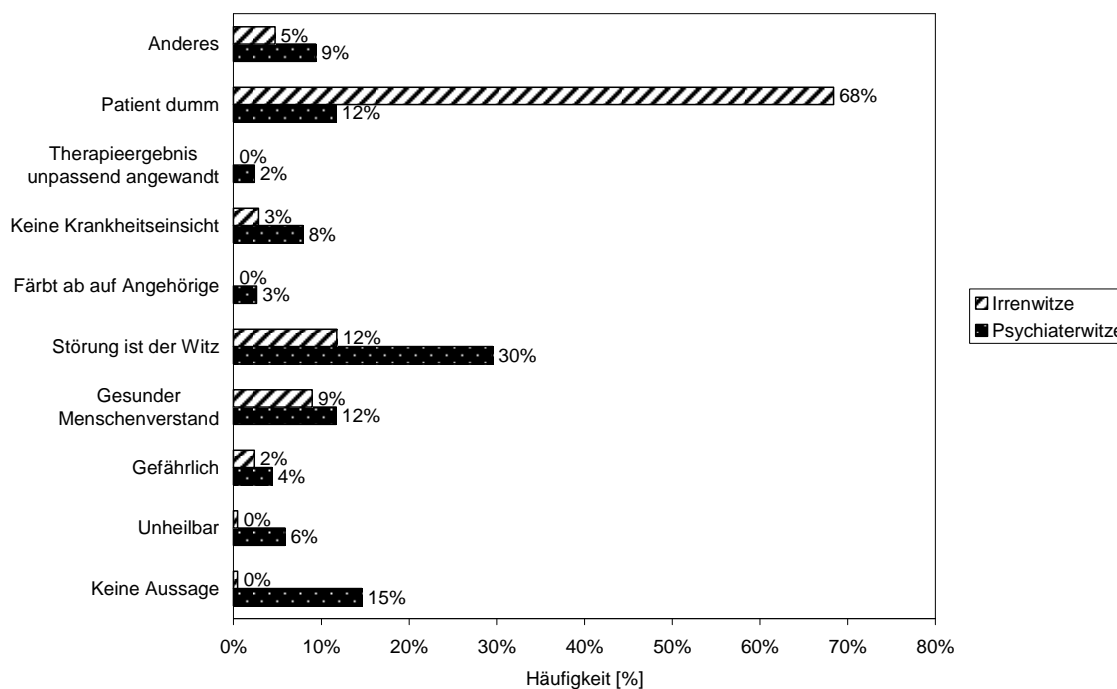


Abbildung 7: Patientenbild getrennt nach Witzart

3.1.8.3 Vermitteltes Patientenbild für Wahn, Neurose, Diverses

Das Bild der Patienten variiert in Abhängigkeit der Krankheitssymptome der Patienten und wird im Folgenden nach den drei häufigsten Symptomen Wahn,

Neurose und Diverses differenziert. In allen drei Symptomgruppen ist jeweils das häufigste Patientenbild „die Störung ist der Witz“. Abbildung 8 zeigt die Ergebnisse in Anschluss an den folgenden Abschnitt in Diagrammform.

Patienten mit Wahnsymptomen vermitteln im Vergleich zu den Neurotikern und den Patienten mit „diversen Symptomen“ häufiger folgende Bilder: „Die Störung ist der Witz“ (48% im Vergleich zu 44% bei der Neurose und 34% für „diverse Symptome“) und „unheilbar“ (12% im Vergleich zu 4% bei Neurose und 3% für Diverses). Eine weitere häufige Kategorie ist „keine Krankheitseinsicht“ (16%), wobei die Neurotiker im Vergleich hierzu mit 20% darüber liegen. Die Wahnpatienten sind zudem die Patientengruppe, die im Vergleich am seltensten einen „gesunden Menschenverstand“ aufweisen (3% beim Wahn, 4% bei Neurose, 18% bei „diversen Symptomen“).

Am gefährlichsten im Vergleich der drei Symptomgruppen erscheinen Patienten mit „diversen Symptomen“ (8% bei Diverses im Vergleich zu 4% beim Wahn und 0% bei Neurose). Ebenso hat die Gruppe mit „diversen Symptomen“ die häufigsten Nennungen für „gesunden Menschenverstand“ (18% im Vgl. zu 3-4% bei Neurose und Wahn), jedoch auch gleichzeitig die häufigsten Nennungen für „dumm“ (15% im Vgl. zu 8% beim Wahn und 0% für Neurosen). Zwar ist unter allen Eigenschaften der Patienten mit „diversen Symptomen“ die Nennung „die Störung ist der Witz“ am häufigsten (34%), im Vergleich zu Wahnpatienten und Neurotikern jedoch wiederum, erscheinen die anderen beiden Patientengruppen witziger bzw. lächerlicher (Wahn 48%, Neurose 44%).

Für die Gruppe mit Neurose/ Komplex ist wie für die Wahnpatienten und Patienten mit „diversen Symptomen“ „die Störung wird als Witz empfunden“ die häufigste Kategorie. Im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen haben Neurotiker häufiger „keine Krankheitseinsicht“ (20% im Vgl. zu 16% beim Wahn und 5% für „diverse Symptome“). Patienten mit Neurose/ Komplex sind nahezu die einzige Patientengruppe im Vergleich der oben genannten, die das Therapieergebnis auf unpassende Situationen ausweiten (12% bei Neurose, 1% bei „di-

verse Symptome“, 0% beim Wahn). Hierbei wird beispielsweise ein in der Therapie erfolgreich gestärktes Selbstbewusstsein in unangemessenem Maße und Rahmen gezeigt (Beispielwitz im Kapitel 2.2.7).

Neurotische Patienten sind die Patientengruppe, deren Probleme häufiger (auf Angehörige) „abfärben“ (8% im Vgl. zu 5% beim Wahn und 1% bei „diversen Symptomen“). Als gefährlich oder dumm gilt ein Patient mit Neurose in keinem Witz (0%). Aus der Abbildung 8 ergibt sich die graphische Übersicht über die einzelnen Häufigkeiten, 0% Werte werden nicht abgebildet.

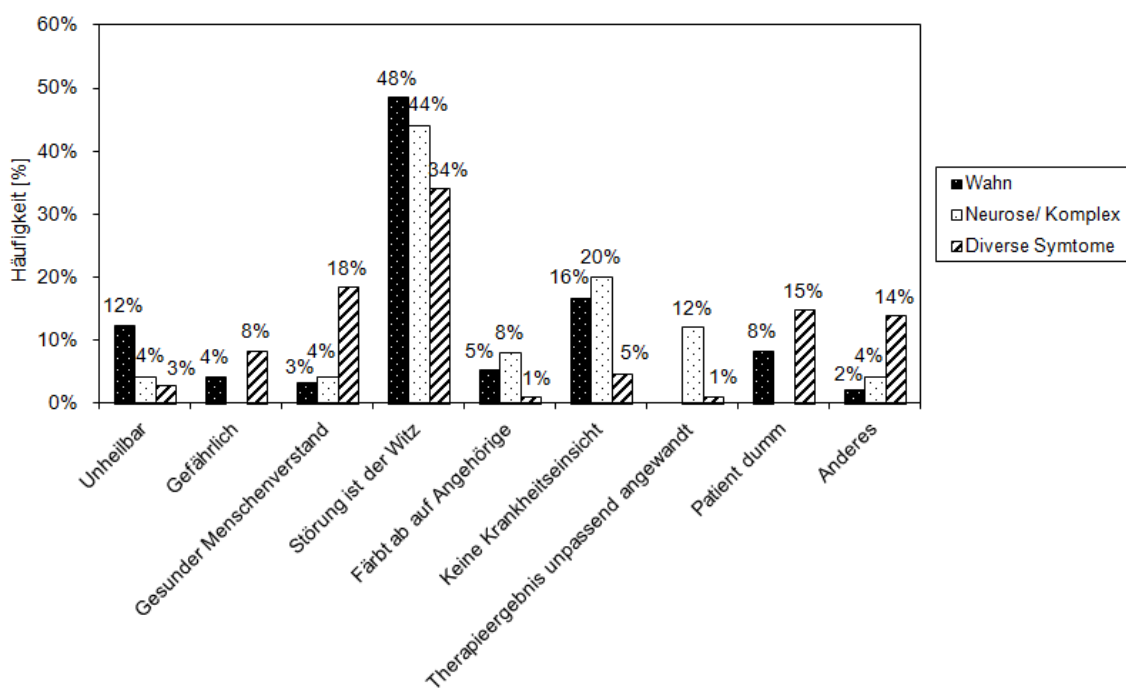


Abbildung 8: Patientenbild für die Symptome Wahn, Neurose, diverse Symptome

Die Depression ist insgesamt als Symptom nur viermal Thema in den Witzen. Das Bild, das hier vom Patienten vermittelt wird, ist: „die Störung ist der Witz“, „färbt ab auf Angehörige“, „gesunder Menschenverstand“ und „Anderes“. Aufgrund der geringen Anzahl der Nennungen wird die Depression nicht in der Grafik berücksichtigt, wird jedoch im Diskussionsteil aufgegriffen.

Gleiches gilt für die Demenz. In den fünf Witzen, in denen dieses Symptom vorkommt, wurde jeweils die Kategorie „keine Aussage zum Patientenbild möglich“ ausgewählt.

3.1.9 Symptome des Patienten

Soweit in den Witzen erkennbar war, wurden die Krankheitssymptome des Patienten erfasst. Hier wurde eine Auswertung für die Gesamtzahl der Witze sowie getrennt nach Psychiaterwitzen und „Irrenwitzen“ vorgenommen.

3.1.9.1 Symptome in allen Witzen

Häufig vorkommende Symptome sind mit 20% der Wahn und Halluzinationen (bezogen auf alle untersuchten Witze N 556), wovon der Wahn 19% und Halluzinationen 1% ausmachen. In den Grafiken und für die weitere Betrachtung wurden beide zusammengefasst. Eine weitere häufig vorkommende Symptomgruppe in den Witzen ist die Kategorie „Diverses“ mit 21%. Diese Kategorie beinhaltet beispielsweise Nennungen wie „sammelt Kirschtorten“ oder „isst Fußball“. In 5 % zeigt der Patient eine/n Neurose/ Komplex. In jeweils 1% der Witze werden Suizid, Affektive Störung, Verhaltens- und Persönlichkeitsstörung, Angst und Zwang angesprochen und desweiteren Symptome, die nicht primär der Psychiatrie zuzuordnen sind (Bsp. Inkontinenz), erwähnt. In 47% der Witze war kein Krankheitssymptom des Patienten erkennbar (vgl. Abbildung 9).

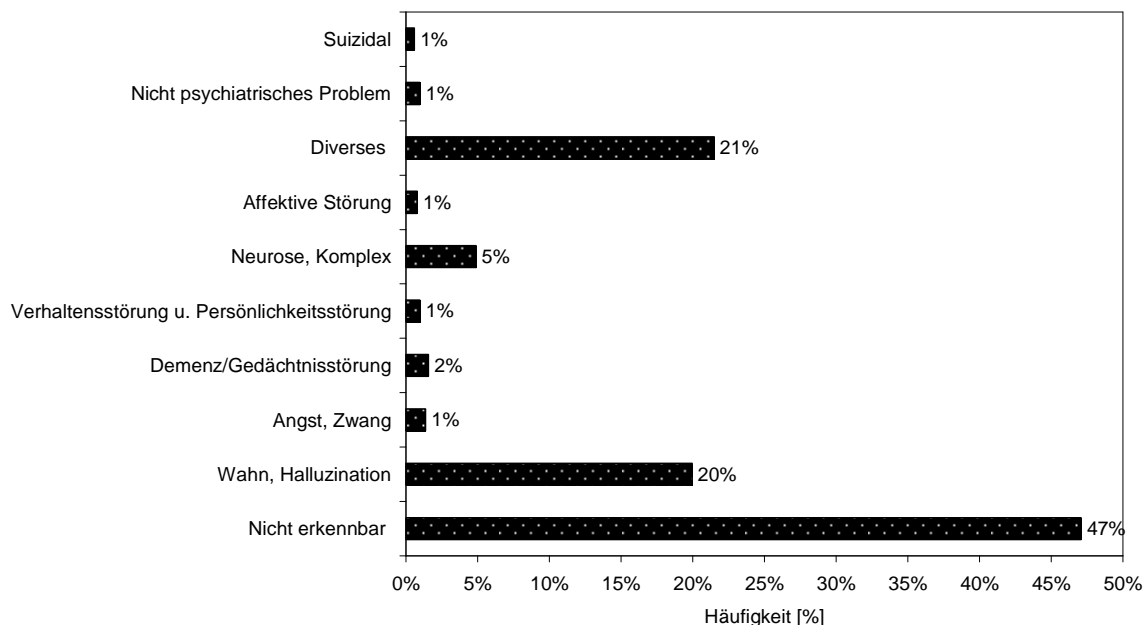


Abbildung 9: Symptome Patient

3.1.9.2 Symptome in den Psychiaterwitzen und „Irrenwitzen“

Betrachtet man die Symptome des Patienten jeweils getrennt davon, ob es sich um einen Psychiaterwitz oder „Irrenwitz“ handelt, zeigt sich, dass in 84% der „Irrenwitze“ kein spezifisches Krankheitssymptom erkennbar ist, sondern häufig eine Person als „irre“ bezeichnet wird, ohne entsprechendes psychiatrisches Umfeld oder eine explizit genannte oder erkennbare psychiatrische Krankheit. Ebenso kommen in diesen Witzen, nach der Definition in dieser Arbeit, auch keine Psychiater, Psychologen oder Therapeuten vor.

Folgende Beispielwitze wurden der Kategorie „kein erkennbares Krankheits-symptom“ zugeordnet:

Gehen zwei Irre über die Schienen. Sagt der eine: „Ich hab solchen Hunger, ich beiß jetzt in die Schienen.“ Sagt der andere: „Dann warte noch 100 Meter, da kommt ne Weiche.“

Der angetrunkene Irre nimmt die Wildente auf dem Teich ins Visier, zielt aber daneben und trifft nur einen Frosch. Als er den leblosen Körper des Tieres hochhebt, murmelt er vor sich hin: „Sogar das Gefieder hab ich ihr weggeschossen!“

Zwei Irre schlendern durch den Park. Da sagt der Eine: „Woher hast du so ein tolles Fahrrad?“ Darauf der Andere: „Als ich gestern ganz in Gedanken versunken spazieren ging, fuhr ein hübsches Mädchen mit diesem Fahrrad. Als sie mich sah, warf sie das Rad zur Seite, riss sich die Kleider vom Leib und schrie: „Nimm dir was du willst!“ Der Erste nickte zustimmend: „Gute Wahl, die Kleider hätten vermutlich eh nicht gepasst!“

In den Psychiaterwitzen kommen vor allem die Symptome Wahn/ Halluzination (24%), Diverses (28%), Neurose/Komplex (7%) häufiger vor als in den „Irrenwitzen“. Der Witzanteil, in dem kein Krankheitssymptom des Patienten erkennbar ist, ist mit 31% deutlich geringer als bei den „Irrenwitzen“ (vgl. Abbildung 10,

aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden 0% Werte nicht in der Grafik aufgeführt).

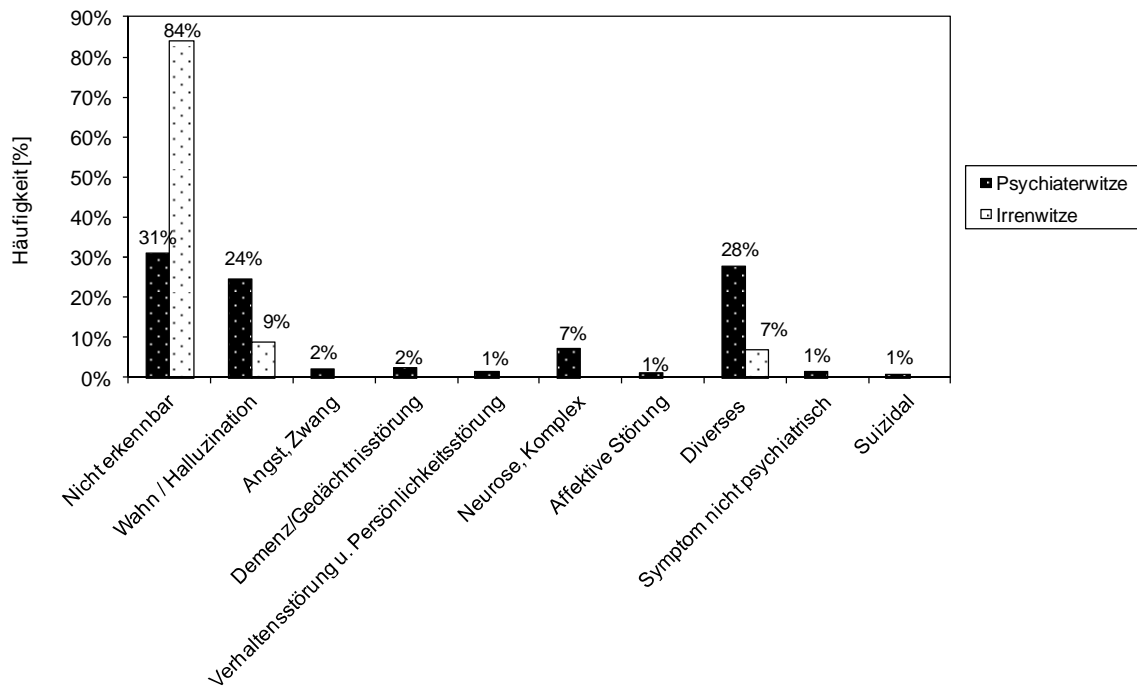


Abbildung 10: Symptome Patient getrennt nach Psychiater- und „Irrenwitzen“

3.1.10 Therapie

3.1.10.1 Vorkommen einer Therapie

In 13% aller Witze (Grundmenge alle Witze N 556) wird eine Therapie angesprochen, in 87% hingegen nicht.

Sofern eine Therapieform zur Sprache kommt, ist mit mehr als der Hälfte der Nennungen (54%) die Kategorie „Diverse“ dominant (Grundmenge: Witze in denen eine Therapie vorkommt, N 73). In dieser Kategorie kommt beispielsweise vor, dass der Psychiater den Patienten als therapeutische Maßnahme mit einer Nadel sticht, Hypnose als Therapie anwendet oder es wird eine „klientenzentrierte“ Therapie genannt. Auch Witze, in denen zwar eine Therapie erfolgt, die Therapieform aber nicht genauer benannt wird, gehören dieser Kategorie an.

Eine weitere wichtige Therapieform mit 30% (ebenfalls bezogen auf den Anteil der Witze in denen eine Therapie zur Sprache kommt) ist das Thema „Couch“/ Psychoanalyse. Medikamente spielen in 7% der Witze mit Therapieerwähnung (6 absolut) eine Rolle. Die genannten Medikamente sind Brom, Ritalin, „Tabletten gegen Zerstörungswut“, ein „starkes Abführmittel“, Potenzmittel und Venusmuscheln.

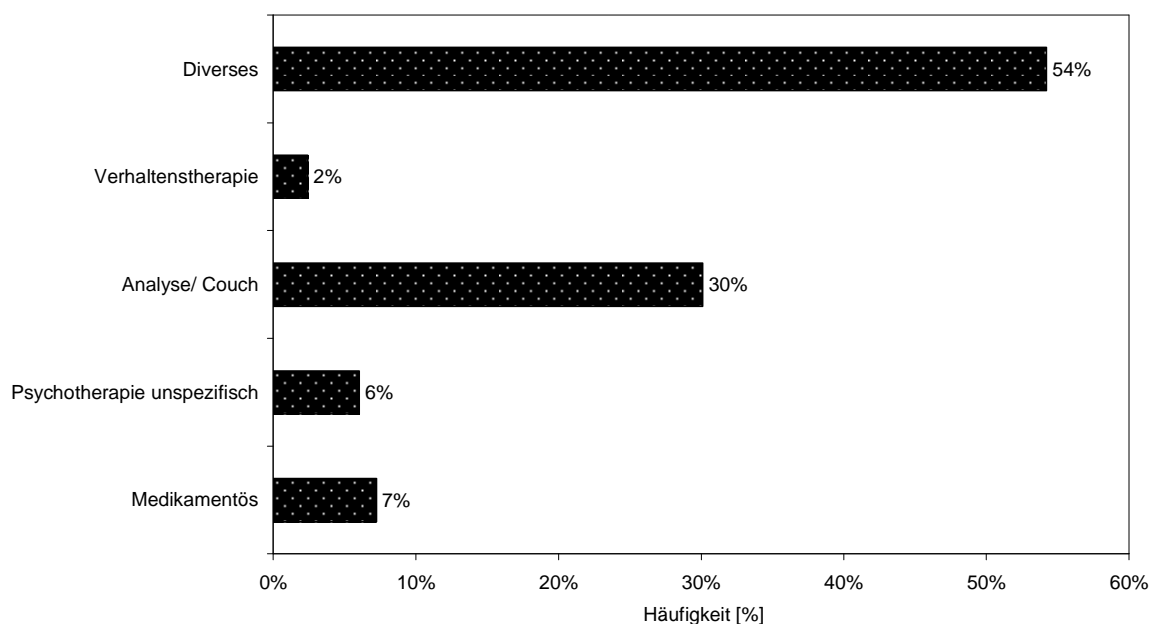


Abbildung 11: Therapieform

3.1.10.2 Therapieergebnis

Das Therapieergebnis ist in 99% der Fälle nicht erfolgreich oder muss als zweifelhaft angesehen werden. Lediglich in 1% (1 Fall absolut) kann die Therapie als erfolgreich betrachtet werden. In diesem erfolgreichen Fall war das Symptom des Patienten ein Wahn, das Setting stationär (Berechnungsgrundlage ist die Anzahl der Witze in denen eine Therapie zur Sprache kommt).

Folgender Witz zeigt das einzige in der Studie als positiv gewertete Therapieergebnis:

Mussolini inspiziert ein Irrenhaus. Alles klappt wie am Schnürchen: Der Boden glänzt wie ein Spiegel, die Schwestern rauschen in frisch gestärkten Röcken umher, die Irren heben wie ein Mann den Arm zum Römischen Gruß. Nur einer rührt sich nicht. Mussolini fährt ihn an: „Weißt du nicht, wer ich bin? Wo bleibt der Römische Gruß? Vor dir steht der wiedererstandene Caesar!“ „Schon gut“, erwidert der Irre gelassen, „ich weiß schon. Ich habe mich gestern für Napoleon gehalten, aber heute geht’s mir schon wesentlich besser!“

In dieser Beschreibung hat sich der Patient nach eigenen Angaben von seinem vormals bestehenden Wahnsymptom distanziert.

Alle „nicht erfolgreichen“ sowie als „zweifelhaft“ einzuordnenden Therapieergebnisse wurden zusammengefasst, da eine klare Zuordnung oft nicht möglich war.

Folgender Witz wurde beispielsweise als fragwürdig erfolgreich gewertet:

Einer ist von der Zwangsvorstellung geheilt worden, eine Maus zu sein. Nach der letzten Sprechstunde kommt er aufgeregt in die Ordination zurückgestürzt: „Herr Doktor, Herr Doktor, draußen sitzt eine Katze!“ „Aber mein lieber...“ „Ja, ja, ich weiß schon, dass ich keine Maus bin. Aber weiß die Katze es auch?“

3.1.11 Perspektive des Witzes

Als Datengrundlage zur Ermittlung der Witzperspektive wurde nur die Grundgesamtheit der Witze herangezogen, in welchen sowohl ein Psychiater/ Psychologe/ Therapeut als auch ein Patient vorkommen, da eine Integration der reinen „Irrenwitze“, in denen kein PPT vorkommt, eine Verschiebung der Prozentzahlen zuungunsten der Patienten zur Folge hätte.

In ungefähr der Hälfte der untersuchten Witze, in denen sowohl ein PPT als auch ein Patient vorkommt, wird über den Patienten gelacht (49%), der Psychiater wird in 14% aller Witze belächelt und in 36% der Witze sind beide Zielscheibe des Witzes (Abbildung 12).

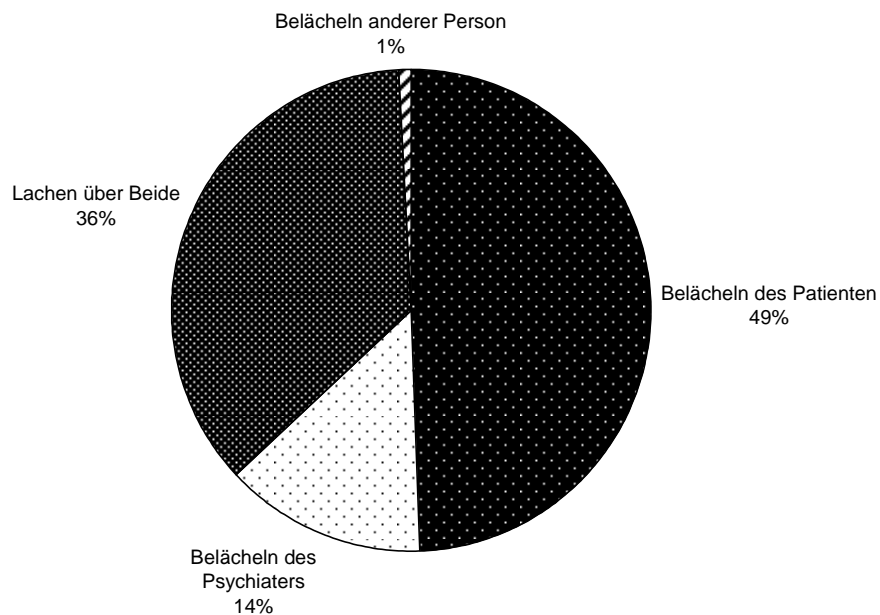


Abbildung 12: Perspektive des Witzes

3.1.12 Vorkommen von Sucht und weiteren ausgewählten Themen

In allen 556 untersuchten Witzen wird jeweils nur einmal das Thema Alkoholabhängigkeit und Spielsucht angesprochen, betroffen ist in beiden Fällen der Patient (0,4%). 28% aller Witze handeln in einer Klinik. In 2% der Witze ist von einem Ausbruch aus einer psychiatrischen Klinik die Rede, in 6% von einer Entlassung aus einer solchen (Abbildung 13). Das Thema Elektrokrampftherapie kommt nicht vor (0%).

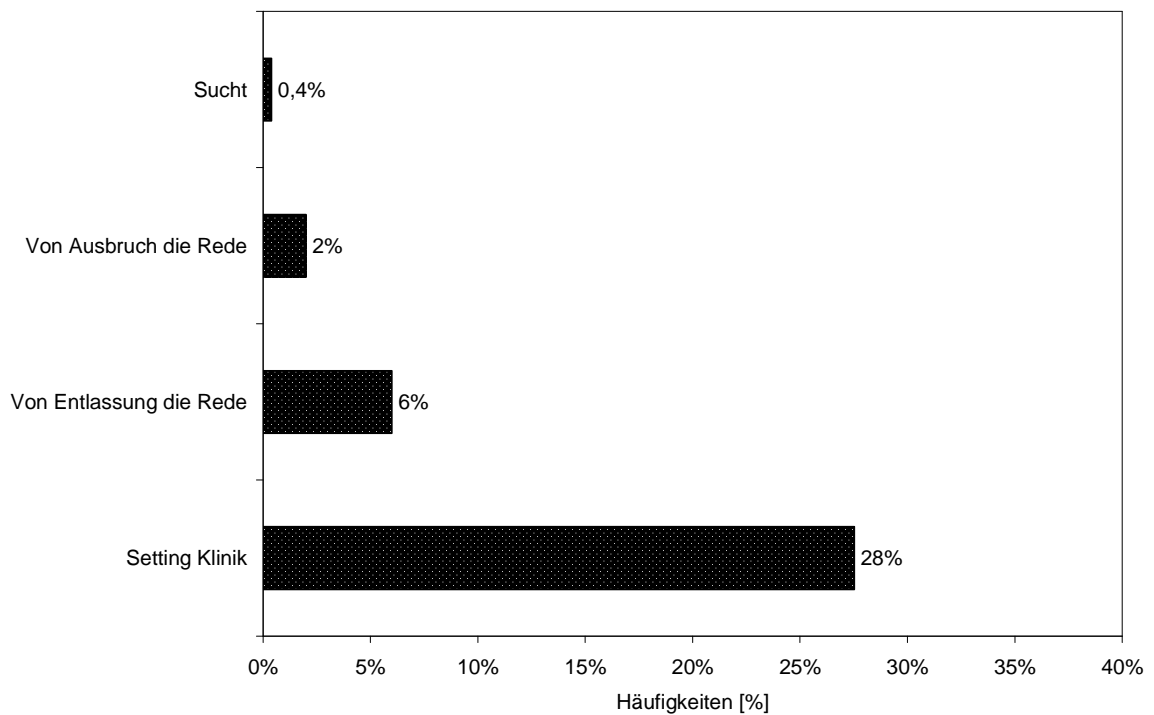


Abbildung 13: Vorkommen ausgewählter Themen

3.1.13 Aggression und sexuelle Aktivität

In nur wenigen Witzen werden die Themen Aggression oder sexuelle Aktivität angesprochen. Aggressives Verhalten ist in 4% der Witze zu beobachten und geht ausschließlich vom Patienten aus.

Sexuelle Aktivität kommt in 8% aller Witze vor. Diese geht zu 5% vom Patienten, zu 1% vom Psychiater und zu 2% von Beiden aus.

3.1.14 Witzstruktur

Die in den untersuchten Witzen am häufigsten angewandte Witzstruktur ist ein inkongruenter Witzaufbau. Sexuelle Inhalte und Nonsens-Witze sind im Vergleich hierzu weniger häufig anzutreffen (Tabelle 5).

Witzstruktur	Anzahl
Inkongruenz	491
Nonsens	19
Sexuell	46

Tabelle 5: Witzkategorie

3.2 Vergleich der Witzesammlungen von 1974 und 2009

Der Vergleich der Witzesammlung von Peters und Peters aus dem Jahr 1974 mit der aktuellen Internetrecherche von 2009 zeigt die nachfolgenden Ergebnisse.

Die 14 Witze von Trenkle (1994), welche in der Gesamtauswertung der Witze berücksichtigt wurden, sind in der vergleichenden Auswertung der Jahre 1974 und 2009 nicht einbezogen.

3.2.1 Häufigkeiten vorkommender PPT und Patienten 1974 versus 2009

In den mittels Internet recherchierten 298 Witzen kommen insgesamt 129 Psychiater, 37 Psychologen, 26 Therapeuten und 267 Patienten vor. Die Witzesammlung von Peters beschreibt 138 Psychiater, 2 Psychologen, 4 Therapeuten und 233 Patienten in insgesamt 244 Witzen (Tabelle 6).

	Peters und Peters 1974		Internetrecherche 2009	
	Absolut	Prozentual	Absolut	Prozentual
Witze gesamt	244	100%	298	100%
Psychiater	138	57%	129	43%
Psychologe	2	1%	37	12%
Therapeut	4	2%	26	9%
Patient	233	95%	267	90%

Tabelle 6: Häufigkeiten vorkommender PPT und Patienten - Witzesammlung 1974 versus 2009

3.2.2 Kompetenzprofil der PPT 1974 versus 2009

Beim Vergleich des Kompetenzprofils der PPT ergeben sich für 2009 höhere Prozentwerte für die Nennung „kompetent“ (15% im Jahr 2009 vs. 13% im Jahr 1974) sowie ein geringerer Prozentteil an „nicht bzw. zweifelhaft kompetenten“ PPT (36% im Jahr 2009 vs. 40% im Jahr 1974). Der Witzanteil, in dem keine Aussage zur Kompetenz der PPT möglich war, ist im Jahresvergleich annähernd konstant (48% in 2009 und 47% in 1974). Die Auswertung umfasst sowohl die Psychiater- als auch die „Irrenwitze“. Die unten stehende Abbildung 14 und Tabelle 7 zeigen jeweils die Ergebnisse prozentual und in absoluten Werten.

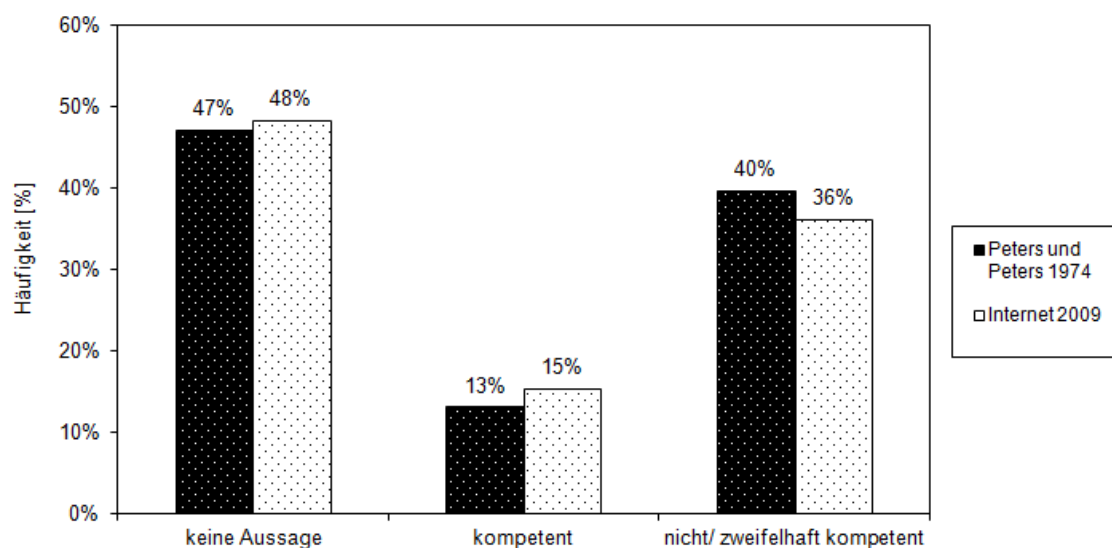


Abbildung 14: Kompetenzprofil der PPT 1974 versus 2009 prozentual

	Peters und Peters 1974	Internet 2009
keine Aussage	115	144
kompetent	32	46
nicht/ zweifelhaft kompetent	97	108
Summe Witze	244	298

Tabelle 7: Kompetenzprofil der PPT 1974 versus 2009 absolut

3.2.3 Bild des Patienten 1974 versus 2009

2009 zeigt sich der Patient häufiger „unheilbar“ (5% versus 3%), die Patientensymptome sind häufiger witzig („die Störung ist der Witz“ mit 30% versus 14%) und in den Witzen ist auch häufiger „keine Aussage“ zum Patientenbild möglich (12% versus 5%). Die von Peters und Peters 1974 erstellte Witzesammlung enthält hingegen häufiger Patienten, die als „gefährlich“ (5% versus 2%) oder „dumm“ (39% versus 29%) dargestellt werden, deren Krankheit auf „Angehörige abfärbt“ (2% versus 1%), die „keine Krankheitseinsicht haben“ (8% versus 4%), die aber auch häufiger einen „gesunden Menschenverstand“ aufweisen (13% versus 8%). Eine Gegenüberstellung des Patientenbildes in den Witzesammlungen von 1974 und 2009 ist in der nachfolgenden Tabelle 8 dargestellt.

	Peters und Peters 1974		Internet 2009	
	absolut	prozentual	absolut	prozentual
Keine Aussage	13	5%	36	12%
Unheilbar	7	3%	14	5%
Gefährlich	12	5%	7	2%
Gesunder Menschenverstand	31	13%	24	8%
Störung ist der Witz	35	14%	89	30%
Färbt ab auf Angehörige	5	2%	4	1%
Keine Krankheitseinsicht	20	8%	13	4%
Therapieergebnis unpassend angewandt	4	2%	4	1%
Patient dumm	96	39%	87	29%
Anderes	21	9%	20	7%
Summe aller Witze	244	100%	298	100%

Tabelle 8: Patientenbild 1974 versus 2009

3.2.4 Symptome des Patienten 1974 und 2009

1974 kommt Wahn, Halluzination mit 22% häufiger vor als im Jahr 2009 mit 16% (hiervon 1974 2% Halluzination, 2009 0% Halluzination). Hingegen sind 2009 häufiger Neurosen/ Komplexe das Thema (6% im Jahr 2009 im Vgl. zu 2% in 1974). Die Häufigkeit von affektiven Störungen sinkt von 1974 (1%) auf 2009 (0%), das gleiche gilt für Ängste (von 2% auf 1%). Suizidale Patienten kommen 1974 nicht vor, 2009 ist dies in zwei Witzen ein Thema. Die Tabelle 9 zeigt die Ergebnisse in absoluten und prozentualen Zahlen. Auf die Darstellung von Dezimalstellen wird verzichtet und nach üblicher Regel gerundet. Es können hierdurch Rundungsdifferenzen entstehen.

	Peters und Peters 1974		Internet 2009	
	absolut	prozentual	absolut	prozentual
Nicht erkennbar	116	47%	168	56%
Wahn, Halluzination	53	22%	49	16%
Angst, Zwang	4	2%	3	1%
Demenz/Gedächtnisstörung	1	0%	5	2%
Verhaltensstörung u. Persönlichkeitsstörung	2	1%	3	1%
Neurose, Komplex	5	2%	19	6%
Affektive Störung	2	1%	1	0%
Diverses	60	25%	46	15%
Nicht psychiatrisches Problem	1	0%	2	1%
Suizidal	0	0%	2	1%
Summe	244	100%	298	100%

Tabelle 9: Symptome Patient 1974 versus 2009

3.2.5 Therapie im Vergleich 1974 und 2009

In der Witzesammlung aus 1974 wird insgesamt in 10% der Witze (24 absolut) eine Therapie angesprochen, wobei die Therapieform „Couch“/ Psychoanalyse in 8% und „unspezifische Psychotherapie“ gar nicht genannt werden. 2009 kommt eine Therapie in 16% der Witze zur Sprache (47 absolut), hier ist die „Couch“ in 30% der Witze Thema, die „unspezifische Psychotherapie“ in 9%. Eine medikamentöse Therapieform wird in den Witzen von 1974 in 17%, 2009 in 4% der Witze beschrieben.

	Peters und Peters 1974		Internet 2009	
	absolut	prozentual	absolut	prozentual
Medikamentöse Therapie	4	17%	2	4%
Psychotherapie unspezifisch	0	0%	4	9%
Analyse/ Couch	2	8%	14	30%
Verhaltenstherapie	1	4%	1	2%
Diverses	17	71%	26	55%
Summe	24	100%	47	100%

Tabelle 10: Therapieform 1974 versus 2009

Bezüglich der Erfolgsaussichten einer Therapie wird in sämtlichen Witzen nur eine einzige Therapie als erfolgreich beurteilt. Der betreffende Witz stammt aus der Sammlung von Peters und Peters 1974. In der Witzesammlung von 2009 kommt keine erfolgreiche Therapiesituation vor.

3.3 Witzvarianten

Wie im Material- und Methodenteil beschrieben, wurde festgelegt, dass in der Witzesammlung auch sich ähnelnde und sich wiederholende Witze berücksichtigt werden, um einen Überblick über beliebte Witzinhalte zu erhalten und diese entsprechend zu gewichten. Die im Internet recherchierten Witze, insgesamt 299, gliedern sich wie folgt: Dreimal kommt jeweils ein Witz in sechs verschiedenen Varianten vor oder ist identisch. Je ein Witz kommt in vier, ein Witz in fünf Varianten vor. Eine dreimalige Wiederholung findet sich bei sieben Witzen. 22 Witze kommen doppelt vor oder sind in einer zweiten, ähnlichen Variation zu finden. In der von Peters und Peters (1974) erstellten Sammlung wurden keine

Witze in verschiedenen Varianten aufgeführt. In Tabelle 11 sind die entsprechenden Häufigkeiten nochmals graphisch dargestellt.

Variationen/ Wiederholungen pro Witz	Zutreffend für Anzahl Witze
6	3
5	1
4	1
3	7
2	22

Tabelle 11: Häufigkeiten (absolut) verschiedener Witzvariationen

Die drei am häufigsten gefundenen Witztypen, welche jeweils in sechs Variationen oder Wiederholungen vorkommen, sind folgende:

Der „Couchwitz“:

Patient zum Psychiater: „Ach, Herr Doktor, bitte, bitte geben sie mir doch ein Küsschen!“ Psychiater: „Nein, das geht nicht. Eigentlich dürfte ich gar nicht mit Ihnen auf der Couch liegen.“

Variante:

Patientin zu Ihrem Psychoanalytiker: „Ach bitte, halten Sie meine Hand!“ Der Psychoanalytiker: „Das wäre ein Kunstfehler! Normalerweise dürfte ich schon nicht mal hier so neben Ihnen auf der Couch liegen.“

Eine weitere Variation dieses Witzes nennt als Akteur den Therapeuten anstelle des oben genannten Psychiaters oder Analytikers. Die Variationen umfassen somit das Patientengeschlecht, die Berufsgruppe der PPT und die genaue grenzüberschreitende Handlung.

Der „Hotline- Witz“ kommt ebenfalls sechs mal vor:

Neulich bei der Psychiatrie-Hotline: Ring-Ring-Ring ... Klick!

„Hallo bei der Psychiatrie-Hotline: Wenn Sie sich bedroht fühlen, so drücken Sie die 1! Aber schnell! Wenn Sie kein Selbstvertrauen haben, dann bitten Sie je-

mand anderes, die 2 zu drücken! Falls Sie eine gespaltene Persönlichkeit haben, dann drücken Sie die 3, die 4, die 5 und die 6! Wenn Sie unter Verfolgungswahn leiden, dann wissen wir, wer sie sind und was Sie wollen. Bleiben Sie so lange in der Leitung, bis wir den Anruf zurückverfolgt haben! Wenn Sie schizophren sind, dann hören Sie auf die Stimmen. Sie sagen Ihnen, welche Nummer Sie drücken müssen! Falls Sie manisch-depressiv sind spielt es keine Rolle, welche Nummer Sie drücken: Niemand hört Ihnen zu...“

Eine weitere Variation dieses Witzes ist bspw. die Bezeichnung als Psychologen-Hotline anstelle einer Psychiatrie-Hotline.

Der „Interpretationstest“:

Ein Mann sitzt in einer psychologischen Untersuchung. Der Psychologe malt ein Dreieck und fragt: „Woran denken Sie, wenn Sie das sehen?“ – „An Sex“, antwortet der Patient. Der Psychologe malt eine Kreis und fragt wieder: „Woran denken Sie, wenn Sie das sehen?“ – „An Sex“ antwortet der Patient. Der Psychologe malt ein Viereck und fragt wieder: „Und woran denken Sie, wenn Sie das sehen?“ – „An Sex“ sagt der Patient. Der Psychologe: „Sie denken immer nur an das eine!“ Der Patient: „Wer malt denn hier die ganze Zeit diesen Schweinkram?“

Eine Variante dieses Witzes nutzt andere Bilder zur Interpretation und führt zu einer anderen, jedoch ebenfalls sexuellen Idee des Patienten. Anstelle eines Psychologen ist ein Psychiater genannt:

Der Psychiater zeichnet einen senkrechten Strich: „Woran denken Sie dabei?“ – „An nackte Weiber“, antwortet der Mann. Der Psychiater zeichnet einen Kreis. „Und woran denken sie hierbei?“ – „An nackte Weiber!“, antwortet der Mann. Der Psychiater zeichnet einen Stern. „Und dabei?“ – „An nackte Weiber natürlich.“ Der Psychiater legt den Bleistift aus der Hand. „Ich habe den Eindruck, nackte Frauen sind eine fixe Idee bei ihnen.“ – „Bei mir? Wer hat denn das ganze obszöne Zeug gemalt?!“

4 Diskussion

Anhand der durchgeführten Studie soll das Bild von Psychiatern bzw. Psychologen und Therapeuten sowie psychiatrischen Patienten in Witzen analysiert werden. Zunächst werden die in der Studie gefundenen Resultate mit der bestehenden Forschung und epidemiologischen Daten, vor allem in Hinblick auf Themeninhalte und vorkommende Häufigkeiten, verglichen. Weiterhin findet eine Gegenüberstellung zweier Erhebungszeitpunkte von Witzesammlungen, die Sammlung von Peters und Peters aus 1974, sowie die für diese Studie durchgeführte Internetrecherche aus 2009 statt, um Veränderungen der Witzinhalte im Zeitverlauf zu bewerten. Anschließend wird im dritten Abschnitt der Diskussion eruiert, welche Motive gerade Psychiater und „Irre“ zu beliebten Zielgruppen von Witzen machen könnten. Ein kleiner Exkurs zeigt auf, dass auch anderen Zielgruppen in Witzen ein schlechtes Image anhaftet. Vervollständigend werden Schwierigkeiten und Limitierungen der durchgeführten Untersuchung aufgezeigt. Eine Konklusion schließt dieses Kapitel ab.

4.1 Vergleichende Betrachtung der Witzeanalyse mit anderen Studien und Interpretationsansätze

4.1.1 Darstellung der PPT

4.1.1.1 Differenzierung der Berufsgruppen PPT

Unter den angewandten Suchkriterien „Psychiater + Witz“ wurden sowohl Witze über Psychiater als auch Witze über Psychologen und Therapeuten innerhalb der Internetrecherche gefunden. Dies legt die Vermutung nahe, dass die Berufsgruppen Psychiater und Psychologen in der Bevölkerung nicht scharf voneinander abgegrenzt werden. Diese Beobachtung deckt sich mit denen eines Forschungsüberblicks (Sydow 2007, Sydow und Reimer 1998) und Studien weiterer Autoren (Ehrle und Johnson 1961, Nunnally und Kittross 1958, Webb und Speer 1986). Auch psychiatrische Patienten können die Kompetenzen der oben genannten Berufsgruppen nicht klar trennen, wobei z.B. 35% fälschlicherweise annehmen, Psychologen dürfen Medikamente verschreiben (Haberfellner und Voracek 2004). Eine Stichwortsuche im Internet über die Suchmaschine „Goog-

le“ ergibt für die Wortfolge „Unterschied Psychiater Psychologe“ etwa 3.300 Trefferlinks, was als Indiz gewertet wird, dass die Differenzierung der Berufsgruppen in der Bevölkerung teilweise nicht bekannt ist (<https://www.google.de>; 26.01.2014).

Einer Telefonumfrage aus 2010 unter der Wiener Bevölkerung zufolge, werden die Tätigkeitsbereiche von Psychiatern und Psychotherapeuten durchaus differenziert, wobei dem Psychiater eher Diagnose und Verordnen von Medikamenten, dem Psychotherapeuten hingegen das Führen von Gesprächen zugeschrieben wird (Holzinger et al. 2010). Eine gewisse Kenntnis über die Tätigkeitsbereiche der Berufsgruppen besteht somit dieser Umfrage nach durchaus. Im Rahmen der Witzrecherche bildet sich dieses Wissen jedoch nicht ab.

4.1.1.2 Kompetenz und Image der PPT

Alle drei Berufsgruppen werden in den untersuchten Witzen hinsichtlich ihrer Kompetenz negativ beurteilt. Psychiater sind in 62%, Psychologen in 64% und Psychotherapeuten in 68% der Witze nicht bzw. zweifelhaft kompetent.

Bezüglich spezieller Charaktereigenschaften der Psychiater, Psychologen und Therapeuten finden sich in insgesamt 60% der Witze negative Eigenschaften wie „zynische oder sarkastische Haltung“, „Irrsein färbt (auf den Psychiater) ab“, „Psychiater hilft nicht weiter“, Psychiater verhält sich „grenzüberschreitend“ (häufig in sexueller Hinsicht) oder „geldgierig“. Positive Charaktereigenschaften stehen hingegen nur in 18% der Witze im Vordergrund. Hier zeichnet den Psychiater Verständnis oder ein gesunder Menschenverstand aus.

Im Folgenden wird das in den Witzen entstehende negative Bild anderen Untersuchungen zum Image der PPT gegenüber gestellt:

In amerikanischen Filmen beispielsweise wird ein ähnliches Bild vermittelt, wonach ca. 48% der vorkommenden Psychiater als inkompetent dargestellt werden. Besonders häufig finden sich in Filmen Grenzverletzungen sexueller (24%) und nicht sexueller Art (31%) (Gharaibeh 2005). Auch andere Autoren beschreiben eine negative Darstellung der Psychiatrie in amerikanischen Filmen (Fond und Capdevielle 2011). In einer Analyse von 67 Arztwitzen aus den 70er

Jahren identifiziert der Autor als Bild des Psychiaters vor allem bizarres oder sexuelles Verhalten oder monetäre Absichten als Hauptthemen (Perr 1973).

In 400 untersuchten amerikanischen Comics werden 56% der Psychiater negativ dargestellt. Zugeschriebene Eigenschaften des Psychiaters in Comics sind: verrückt (15%), gelangweilt und desinteressiert (11%), geldgierig (14%), regellos (11%) und sadistisch (5%) (Walter 1992).

Somit werden in Comics die Psychiater insgesamt ähnlich negativ abgebildet wie in den untersuchten Witzen (60% in den Witzen vs. 56% in den Comics) und auch inhaltlich decken sich einige der gefundenen Vorurteile (verrückt, geldgierig, grenzüberschreitend).

In den untersuchten Witzen wurde in 8% der Fälle das Bild des Psychiaters mit „Irrsein färbt ab“ bewertet. Diese Vorstellung, dass der Psychiater selbst psychische Probleme hat, wird auch in einer Umfrage unter deutschen Medizinstudenten gefunden (11% der befragten Studenten sind dieser Ansicht; Sydow et al. 1998a). Eine ähnliche Vorstellung gibt es auch über Psychologen: In einer Internetumfrage aus 1997 sind 45,4% von 221 Befragten der Meinung, dass Psychologen und Psychologinnen selbst einen „Tick“ haben (Rompell 1999, S.79). Diese Überzeugung findet auch Nuber in einer Internetbefragung von 1987 unter 1794 Lesern der Zeitschrift Psychologie Heute. Er eruiert Zustimmungen zu den Aussagen, Psychologen kämen mit sich selbst nicht klar, von 12% „stimmt“ und 57% „stimmt manchmal“ (Nuber 1987).

Neben dem vorherrschend negativen Bild in Medien zeigen Studien zur Einstellung in der Öffentlichkeit ein tendenziell durchaus positives Bild der PPT. So gelten PPT als empathisch, ruhig, kompetent, interessiert und als gute Zuhörer, jedoch auch als labil, undurchschaubar und eher feminin. (Sydow 2007, Sydow und Reimer 1998, Sydow et al. 1998a, Webb und Speer 1986, Nunnally und Kittross 1958, Wood et al. 1986, Richardson und Handal 1995). Richardson und Handal finden für Psychiater wie auch Psychologen unter 174 US Amerikanern Zustimmungswerte zu positiven Eigenschaften wie effektiv, fürsorglich, professionell, gute Zuhörer, mental stabil und gut ausgebildet zwischen 3,3 und 4,3, wobei der Wert 5 die höchste mögliche Zustimmung ausdrückt. Diese Zahlen

zeigen eine überdurchschnittlich positive Bewertung beider Berufsgruppen (Richardson und Handal 1995, Befragung von 174 US Amerikanern). Auch Nunnally und Kittross (1958) ermitteln insgesamt eine sehr hohe positive Wertschätzung gegenüber Psychiatern und Psychologen sowie sehr hohe Zustimmungswerte für Beschreibungen wie ehrlich, stark, sicher, nützlich, effektiv, ruhig, interessiert, willensstark, warmherzig. Dem gegenüber stehen allerdings auch die Adjektive kompliziert und langsam. Interessanterweise wird beim Berufsgruppenvergleich in den USA die Krankenschwester im Gesamtprestige positiver eingestuft als Psychiater oder Psychologen (Nunnally und Kittross 1958, Erhebung unter 207 US Amerikanern). Bremer et al. (2001) ermitteln ebenfalls ein sehr positives Bild der PPT und erfassen sehr hohe Übereinstimmungen zu Charakterzügen wie verständnisvoll, wissbegierig, geduldig, hilfsbereit und engagiert, wenngleich auch die Einschätzung hinsichtlich der Ausprägung dieser Charakterzüge nicht ganz so hoch ausfällt, wie sie von den Befragten gewünscht wäre. Als negatives Pendant erfasst der Autor deutlich geringere Zustimmungen zu den Eigenschaften „befremdlich“ und „arrogant“. Auch die Eigenschaft „reich“ findet Beiklang (Bremer et al. 2001, Erhebung unter 132 US Amerikanern).

Unter deutschen Studenten findet sich vorwiegend das Bild des verständnisvollen, geduldigen und guten Zuhörers mit Zustimmungen zwischen 40-42% seitens der Befragten (Sydow et al. 1998a). In Österreich verbindet man ebenfalls mit dem Psychiater vor allem Zuhören, mit dem Psychotherapeuten eher Ratschläge erteilen (Holzinger et al. 2010, Telefonumfrage unter 1205 Personen der Wiener Bevölkerung). Für Psychologen wurde 1987 in Deutschland erhoben, dass sie gut in der Lage sind bei persönlichen Problemen zu helfen, eine gesellschaftskritische Haltung einnehmen und sich für Hilfsbedürftige und Randgruppen engagieren (Nuber 1987).

Anmerkung: Von einem unmittelbaren Vergleich der vorliegenden Studienergebnisse aus den Ländern USA, Deutschland und Österreich wird Abstand genommen, da sich die Studien in Fragestellungen, Erhebungsmethoden, erfassten Eigenschaften und vergleichenden Bezugspunkten unterscheiden. In den Studien werden beispielsweise hauptsächlich geschlossene Fragestellungen

angewandt, so dass die von den Autoren getroffene Vorauswahl der erfassten Charakterzüge nicht einheitlich ist. Eine detaillierte Betrachtung im Rahmen eines systematischen Forschungsüberblicks über die Unterschiede im Ländervergleich wäre durchaus interessant für weitere Arbeiten.

Für die Akzeptanz der psychiatrischen Berufe in der Öffentlichkeit spricht zudem auch, dass 83% der befragten US Amerikaner bei psychischen Problemen selbst professionelle Hilfe in Anspruch nehmen würden (Bremer et al. 2001, Umfrage unter 132 US Amerikanern). Auch in Deutschland zeigt eine randomisierte Studie anhand strukturierter Interviews eine hohe Akzeptanz der Berufsbilder. Eine Mehrheit empfahl 2001 die Konsultation eines Psychiaters und Psychotherapeuten für psychisch Kranke (82% für die Schizophrenie, 65% für die Major Depression im Jahr 2001, Angermeyer und Matschinger 2005).

Überdies gilt insgesamt das Berufsprestige von Psychiatern und Psychologen als hoch, wobei unter den Ärzten wiederum die Facharztgruppe der Psychiater einen geringeren Stellenwert hat als andere Facharztgruppen (Sydow 2007, Sydow und Reimer 1998, Balon et al. 1999). Ärzte generell, ohne eine Differenzierung nach Facharztgebieten vorzunehmen, rangieren nach der Allensbacher Berufsprestigeskala in Deutschland an erster Stelle (Institut für Demoskopie Allensbach 2011). Die Psychologen wiederum liegen bei Prestigeumfragen in Deutschland eher hinter den Ärzten (Burghofer 2000). Auch in den USA genießen Psychiater ein hohes soziales Ansehen (Richardson und Handal 1995, Nunally und Kittross 1958), wobei auch hier Organärzte vor den „Psychoberufen“ auf der Prestigeskala rangieren (Nunally und Kittross 1958).

Der Kompetenzvergleich Psychiater versus Psychologen wird in Studien uneinheitlich beurteilt. In einigen Erhebungen werden beide Berufsgruppen sowohl für die Behandlung leichter Störungen, als auch schwerer Erkrankungen (Psychose), als gleichermaßen fachkundig betrachtet und unterscheiden sich auch nicht wesentlich in einzelnen untersuchten Charakterzügen (u.a. arrogant, hilfsbereit, verständnisvoll, professionell; Bremer et al. 2001 Erhebung unter 132 US Amerikanern). Auch Nunally und Kittross (1958, USA) finden keine

Unterscheidung zwischen Psychiatern, Psychologen und Psychoanalytikern. Andere Ergebnisse zeigen wiederum für schwere Krankheitsbilder (Schizophrenie und Multiple Persönlichkeit) eine höhere Kompetenzzuschreibung an den Psychiater und für leichtere Krankheitsbilder eine höhere Kompetenzerwartung an den Psychologen. Allerdings wird diese Beobachtung als Methodenbias vom Autor selbst in Frage gestellt (Richardson und Handal 1995, Befragung von 174 US Amerikanern).

Unter amerikanischen Medizinstudenten wird Psychiatern eine höhere Kompetenz zugeschrieben als Psychologen (Balon et al. 1999). In Österreich wiederum genießen Psychotherapeuten ein höheres Ansehen als Psychiater (Holzinger et al. 2010, Telefonumfrage unter 1205 Personen aus der Wiener Bevölkerung).

Unter Berücksichtigung der weiter oben dargestellten Differenzierungsprobleme der einzelnen Berufsgruppen durch die Öffentlichkeit, dürften die in den Studien gefunden Ergebnisse jedoch ebenfalls kritisch zu betrachten sein, da eine vergleichende Bewertung beider Berufsbilder deren Differenzierung voraussetzt.

Abschließend zur Kompetenz der PPT kann festgehalten werden, dass das Bild der PPT in den untersuchten Witzen deutlich negativ geprägt ist. Weit über die Hälfte der PPT werden inkompetent dargestellt (zwischen 62 % und 68%), wobei der Psychiater im Vergleich der drei Berufsgruppen noch am vorteilhaftesten abschneidet.

In über der Hälfte der Witze werden die PPT mit negativen Eigenschaften dargestellt, Die häufigsten sind eine zynische und sarkastische Haltung sowie die Überzeugung, dass das „Irrsein“ auf den PPT abgefärbt hat oder dass der Therapeut nicht weiterhilft. Die Überzeugung, dass der Psychiater selbst einen „Tick“ hat, wird auch in öffentlichen Meinungsumfragen gefunden.

Positive Eigenschaften werden in weniger als einem Fünftel aller Witze gefunden, wobei Verständnis und ein gesunder Menschenverstand die überwiegend genannten Adjektive sind. Das Bild des verständnisvollen, geduldigen PPT findet sich auch in der Öffentlichkeit.

Die überwiegend negative Darstellung in den Witzen deckt sich mit dem vermittelten Bild in anderen Medien wie Cartoon und Film. Insbesondere in Cartoons wird eine ähnlich überzogen negative Illustration des Psychiaters gefunden. Das in Umfang und Inhalt ähnlich negative Erscheinungsbild in Cartoons könnte ein Indiz sein für eine, durch das Transportmedium Witz selbst bedingte, überzogen negative Darstellung. Schließlich ist es auch Aufgabe des Mediums Witz zum Lachen zu reizen. Eine negative und unvoreilhaftige Darstellung des Themenkomplexes könnte das „Lächerlich erscheinen lassen“ vereinfachen.

In öffentlichen Meinungsumfragen ist das Bild des Psychiaters im Gegensatz zum Witz und Cartoon deutlich positiver: Die Zusammenschau aus den in Studien gefundenen hohen Zustimmungen zu positiven Charaktereigenschaften der PPT wie Verständnis, Geduld und Wissbegierde, die hohe Akzeptanz der Psychotherapie für verschiedene Krankheitsbilder sowie das hohe Berufsprestige sprechen für ein durchaus positives Bild von Psychiatern und Psychologen in der Öffentlichkeit. Der Kompetenzvergleich von Psychiatern gegenüber Psychologen zeigt heterogene Studienergebnisse in öffentlichen Umfragen.

4.1.1.3 Geschlecht und Alter der PPT

In 99% der untersuchten Witze werden männliche Psychiater, Psychotherapeuten und Psychologen beschrieben. In 1% kommen beide Geschlechter vor.

In anderen Medien (Film, Zeitschriften, Literatur, Cartoons) dominieren ebenfalls das männliche Geschlecht sowie ein mittleres Alter des Psychiaters (Sydow et al. 1998b, Gharaibeh 2005, Szykiersky und Raviv 1995, Walter 1992, Sonnenmoser 2008).

Mit der Realität hat das wenig gemeinsam. Nach einem Report der Bundesärztekammer waren zum 31.12.2010 rund 48% der in der Psychiatrie tätigen Ärzte in Deutschland weiblich (Bundesärztekammer 2010).

Dieser Geschlechterbias könnte jedoch ebenso ein sprachliches Problem aufzeigen, da in Deutschland nach wie vor eher die Tendenz besteht, die männliche Form stellvertretend für den männlichen und weiblichen Ausdruck zusammen zu verwenden. Zwar verlangte die UNESCO bereits 1987 ausdrücklich nach einem nicht sexistischen Sprachgebrauch (Hellinger und Bierbach 1993),

jedoch ist dies weder konsequent in der Alltagssprache noch offensichtlich im Medium Witz angekommen.

4.1.2 Darstellung der psychiatrischen Patienten

4.1.2.1 „Dummheit“ als transportiertes Patientenmerkmal in den Witzen

Das insgesamt häufigste Patientenbild, bezogen auf das gesamte untersuchte Witzmaterial, ist der dumme bzw. begriffsstutzige „Irre“ (33%). In der Unterscheidung zwischen Psychiater- und „Irrenwitze“ ist dieses Merkmal in den „Irrenwitzen“ mit 68% besonders dominant.

Unter Berücksichtigung der Krankheitssymptome ist in 84% der „Irrenwitze“ kein spezifisches Krankheitssymptom des Patienten erkennbar. Hier wird Folgendes beobachtet: „Irrenwitze“ sind teilweise nur dadurch gekennzeichnet, dass das Wort „Irre“ die Zielscheibe benennt, sonst aber weder spezielle psychiatrische Krankheiten noch ein solches Umfeld erwähnt werden. In diesen Witzen kann vielfach die Zielperson als beliebig substituierbar betrachtet werden.

Folgender „Irrenwitz“ dient der Verdeutlichung:

„Zwei Irre arbeiten auf dem Bau. Schreibt der eine auf die Schaufel: Walter, bring die Schaufel mit, ich hab sie vergessen. Schreibt der andere darunter: Nimm sie selber mit, ich hab sie nicht gesehen.“

Dieser Witz kursiert im Internet nicht nur für „Irre“, sondern auch, wie nahe liegend, als Witz über Bauarbeiter. Theoretisch wäre aber auch jede beliebige Zielgruppe hier einsetzbar. Diese Beobachtung, dass ein bestimmter Witz oder ein Witzmuster auf verschiedene Zielgruppen angewandt wird, wird auch von anderen Autoren beschrieben (Dreier 2003, Perr 1973).

Unter Berücksichtigung dieser Beobachtung stellt sich die Frage, ob das Bild „Dummheit und Begriffsstutzigkeit“ tatsächlich ein besonderes Kennzeichen des „Irren“ darstellt, oder ob dieses Merkmal nicht auch dem Medium Witz charakteristisch ist, der eine (beliebige) Zielperson oder Zielgruppe dumm dastehen lassen möchte.

Dies würde das unvoreilhaftige Bild der psychiatrischen Patienten in den Witzen relativieren.

In Umfragen und Studien über Vorurteile gegenüber psychisch Kranken in der Öffentlichkeit stellt „Dummheit“ kein gängiges Vorurteil dar (siehe unten). Allerdings wird im Großteil der berücksichtigten Studien ein geschlossener Fragestil angewandt, so dass es möglich ist, dass dieses Vorurteil existiert, jedoch nicht durch die Studien erfasst wurde.

4.1.2.2 „Die Störung ist der Witz“ als Patientenbeschreibung

Das insgesamt zweithäufigste Patientenbild in der Gesamtzahl der Witze ist „die Störung ist der Witz“ (in 23% aller Witze, N 556). Interessanterweise ist bei der getrennten Auswertung nach „Irren-“ und Psychiaterwitzen diese Kategorie für die Psychiaterwitze das häufigste Patientenbild (in 30%). Hingegen war, wie oben dargestellt, in den „Irrenwitzen“ der „dumme“ Patient das häufigste transportierte Bild (68%). Separat ausgewertet für die drei häufigsten Symptome Diverses, Wahn, Neurose/ Komplex ist ebenfalls jeweils „die Störung ist der Witz“ das häufigste vom Patienten transportierte Bild, wobei der Wahn in den Witzen am lächerlichsten empfunden wird (48% für den Wahn, 44% für die Neurose, 34% für Diverses).

Beispielwitze:

Zwei Irre rasen mit einem gestohlenen Auto durch die Nacht. Schreit der eine: „Menschenskind, fahr doch nicht so idiotisch schnell.“ „Wieso denn ich“? brüllt der zurück, „ich denke, du fährst!“

Sagt der Irre zum Psychiater: „Letzte Nacht träumte mir, ich sei ein Pferd und fräße Gras.“ „Ja, und?“ „Nun, am nächsten Morgen war die Matratze weg.“

Der Bürgermeister besucht die Irrenanstalt: „Das soll die Abteilung für verrückte Autofahrer sein? Man sieht ja gar keinen Kranken, Herr Direktor.“ „O bitte, die liegen alle unter den Betten und reparieren!“

„Herr Doktor, ich finde, ich muss entlassen werden! Fünf Jahre Psychiatrie sind genug, wuff!“ – „Was soll ich denn sagen, ich bin hier schon seit 30 Jahren, wuff, wuff!“

Kommt ein Patient zum Psychoanalytiker und klagt: „Herr Doktor helfen Sie mir, ich habe die Zwangsvorstellung, ich sei ein Hund.“ „Na beruhigen Sie sich erst einmal, und legen Sie sich hier auf die Couch.“ „Ich darf doch nicht auf die Couch.“

Laut einer Umfrage in Deutschland empfinden etwa 5% der Befragten das Krankheitsbild Schizophrenie „lächerlich“, 4% der Befragten stehen dem Krankheitsbild der Depression mit dieser Einstellung gegenüber. Die Gefühle Mitleid und das Gefühl helfen zu wollen, stehen jedoch mit jeweils etwa 60% bei den Befragten im Vordergrund. Erst nachfolgend werden Unbehagen (48%), Unsicherheit (34%), Angst (34%) und, mit deutlichem Abstand, Gefühle des Lächerlichen (4% bzw. 5%) empfunden (Angermeyer und Matschinger 2003). Auch in Großbritannien herrschen tendenziell positive Gefühle gegenüber Patienten mit Panikattacken, Depressionen, Essstörungen und Demenz. Die Schizophrenie wird tendenziell negativer bewertet und eine deutliche Ablehnung zeigt sich gegenüber Alkohol- und Drogenabhängigkeit (Crisp et al. 2005). Trotz positiver Gefühle wie Mitleid und das Gefühl helfen zu wollen, existiert jedoch in der Öffentlichkeit ein Wunsch nach hoher sozialer Distanz gegenüber psychisch Kranken (Angermeyer und Matschinger 2003, Link et al. 1999). Solche bestehenden Ressentiments könnten in den untersuchten Witzen Ausdruck finden.

4.1.2.3 Bild des Patienten mit „gesundem Menschenverstand“

Das dritthäufigste gefundene Patientenimage ist ein „Irrer“, dem ein „gesunder Menschenverstand“ zugeschrieben wird (in 11%, bezogen auf alle untersuchten Witze).

Es zeigt sich zudem, dass das „Irrsein“ teilweise genutzt wird, um gewisse Vorteile zu erlangen, beispielsweise um körperliche Anstrengung beim Arbeiten zu vermeiden oder um Beleidigungen auszusprechen, ohne dafür gesellschaftliche

Nachteile (Rüge) in Kauf nehmen zu müssen. Zur Verdeutlichung dient folgender Beispielwitz:

„Im Hof einer Irrenanstalt ist eine Gruppe Kranker mit Bauarbeiten beschäftigt. Dabei fällt einem Besucher ein Patient auf, der immer mit der umgedrehten Schubkarre herumfährt. „Lieber Mann“, wendet er sich an den Betreffenden, „sind sie denn wirklich so krank? Sie müssen doch merken, dass Sie Ihre Schubkarre dauernd verkehrt herum halten! „Lieber Herr“, entgegnet ihm der Patient, „so krank, dass ich sie richtig herum halte, bin ich nun doch nicht. Dann muss ich nämlich den ganzen Tag Steine fahren!“

Unter diesem Blickwinkel kann „Irrsein“ oder sich „irre stellen“ durchaus Vorteile beinhalten. Dieses Motiv beschreiben auch Peters und Peters als Witzmotiv, die beobachten, dass „der Narr [...] sich manchmal nur irre [stellt, Anm. d. Verf.], um dadurch größere Freiheit zu erlangen [...].“ (Peters und Peters 1974, S.55). Zum „gesunden Menschenverstand“ und in diesem Zusammenhang zur Intelligenz ist anzumerken, dass nach der ICD-10-GM Klassifizierung (DIMDI 2015) für Intelligenzminderungen eine eigenständige Diagnosegruppe in der Psychiatrie (F7) mit festgelegter Definition und genau definierten IQ Werten besteht. Im medizinischen Sinne sollte von einer Intelligenzminderung demnach erst nach entsprechend erfolgten diagnostischen Tests gesprochen werden. Darüber hinaus geht die Intelligenzminderung nicht automatisch mit anderen psychiatrischen Diagnosen einher. Auch hier entsteht demnach in den Witzen ein Bild, das eine nicht korrekte Vorstellung der Psychiatrie und psychiatrischer Krankheitsbilder vermittelt.

Interessanterweise werden unter den drei häufigsten Witzbildern des Patienten zwei sich widersprechende Bilder, nämlich „gesunder Menschenverstand“ und „dumm“ gefunden. Hieraus ist ersichtlich, dass sehr widersprüchliche Bilder des Patienten in Witzen herrschen. Dies könnte neben dem Ausdruck von mangelndem Wissen über psychiatrische Krankheiten auch eine zu diesem Thema herrschende Verunsicherung zeigen.

4.1.2.4 Patientenbild in Abhängigkeit von Krankheitssymptomen

Für eine differenziertere Betrachtung des Patientenimage wurde noch untersucht, ob sich für die Symptome Wahn, Neurose, Diverses das transportierte Patientenbild unterscheidet. Hier zeigt sich, dass unterschiedlichen Symptomen durchaus differenzierte Bilder anhaften:

- „Die Störung ist der Witz“ ist für alle drei Symptomgruppen Diverses, Wahn und Neurose jeweils die häufigste Nennung.
- Bei Wahn-Patienten sind „keine Krankheitseinsicht“ (16%) und „Unheilbarkeit“ (12%) zudem besonders häufig.
- Patienten mit „diversen Symptomen“ haben in 18% der Nennungen einen gesunden Menschenverstand, sind aber fast ebenso häufig „dumm“ (15%) und mit 8% die gefährlichste Patientengruppe.
- Patienten mit Neurose/ Komplex haben „keine Krankheitseinsicht“ (20%) und sind diejenigen, die das Therapieergebnis mit Abstand am häufigsten auf unpassende Situationen ausweiten (12%).

Auch in der öffentlichen Wahrnehmung haften unterschiedlichen psychischen Leiden jeweils verschiedene Stigmata an:

Unheilbarkeit

Als unheilbar gilt einer Erhebung in der Öffentlichkeit zufolge vor allem die Demenz (80%). Die Schizophrenie gilt bei 42% der Befragten als unheilbar. Für Alkoholabhängigkeit, Drogen, Panikattacken und Depression werden Werte zwischen 21%-29% erhoben (Crisp et al. 2005, Crisp et al. 2000).

Im untersuchten Witzmaterial spielt die Unheilbarkeit vor allem für Wahnpatienten mit 12% Anteil eine Rolle, in der Gesamtzahl aller Witze ist die Unheilbarkeit mit 4% eher nachrangig. Somit decken sich zumindest Tendenzen in der öffentlichen Einstellung gegenüber Wahnpatienten mit dem Witzmaterial.

Nota bene: Für die Gegenüberstellung der untersuchten Witze mit den betrachteten Studien wird das Symptom Wahn mit der Diagnose Schizophrenie verglichen. Dies ist insofern nicht korrekt, als ein Wahn auch bei anderen Krank-

heitsbildern auftreten kann, jedoch am häufigsten mit der Schizophrenie assoziiert ist, und bei 70-80% der an Schizophrenie Erkrankten auftritt (Jörg und Fegert 2012, S.440). Zudem gelten Wahnwahrnehmung als wichtiges psychopathologisches Phänomen bei der Schizophrenie laut ICD-10-GM Definition (DIMDI 2015, ICD-10-GM, F.20.).

Für die Demenz, die insgesamt in den Witzen nur fünfmal vorkommt, wird im Untersuchungsmaterial das Bild des unheilbaren Patienten nicht gefunden. Da Alkohol- und Drogenabhängigkeit im Witzmaterial nicht vorkommen, ist hier kein Vergleich möglich.

Gefährlichkeit

Die Auswertung der Witzesammlung für die häufigsten Symptome Wahn, Neurose und „diverse Symptome“ zeigt die Patienten mit „diversen Symptomen“ als gefährlichste Patientengruppe (8%), in 4% der Witze werden Patienten mit Wahnsymptomen als gefährlich beschrieben. In der Gesamtheit aller Witze mit Berücksichtigung sämtlicher Symptome, spielt dieses transportierte Bild mit ebenfalls 4% eine eher nachrangige Rolle gegenüber anderen Vorurteilen.

In der Öffentlichkeit werden vor allem schizophrene Patienten und drogen- bzw. alkoholabhängige Patienten als gefährlich und aggressiv eingeschätzt (Crisp et al. 2005, ermittelt Werte für die Schizophrenie von 66% in 2003 und Alkohol- und Drogenabhängigkeit zwischen 64%-75%; Link et al. 1999 erheben Werte für die Schizophrenie von 61%, Alkohol und Drogen zwischen 71-87%; Angermeyer und Matschinger 2003 für die Schizophrenie 34%). Tatsächlich spielt Gewalttätigkeit bei psychisch Kranken durchaus eine Rolle, wobei 15% der psychiatrischen Patienten im Jahr vor ihrer Einweisung in eine psychiatrische Klinik gewalttätig werden (Monahan 1992), allerdings übersteige die von der Bevölkerung wahrgenommene, zugeschriebene Gefährlichkeit empirische Daten und wird Studien zufolge überbewertet (Crisp et al. 2000, Link et al. 1999).

In der Öffentlichkeit gelten demnach psychiatrische Patienten durchaus als gefährlich, wohingegen dieses Vorurteil in den Witzen anteilig kaum eine Rolle spielt, dennoch finden sich Parallelen.

Mangelnde Krankheitseinsicht

Sowohl Patienten mit Neurose/ Komplex als auch mit Wahnsymptomen zeigen in den Witzen häufig „keine Krankheitseinsicht“ (Neurose/ Komplex: 20%, Wahn 16%). Das Unterscheidungskriterium der Krankheitsbilder Neurose und Wahn nach ICD-10-GM Diagnoseschlüssel F2 und F4 (DIMDI 2015) ist gerade die Krankheitseinsicht des Patienten. Für eine realitätsgetreuere Darstellung der Psychiatrie in den Witzen wäre zu erwarten, dass die Patientengruppe mit Wahnsymptomen im Vergleich zu den Patienten mit Neurosen höhere Werte für „keine Krankheitseinsicht“ vorweist, da dieses Kriterium den Wahn kennzeichnet.

4.1.2.5 Weitere Vorurteile gegenüber psychisch Kranken in der Öffentlichkeit

Neben den in den Witzen beschriebenen Bildern über psychiatrische Patienten werden in öffentlichen Meinungsumfragen noch weitere, nicht in den Witzen erfasste, Vorurteile gefunden. Ein in der Bevölkerung häufig anzutreffendes Vorurteil gegenüber psychisch Kranken ist beispielsweise die „Unberechenbarkeit“, die insbesondere den Patienten mit Schizophrenie anhaftet (50-73% dieser Patienten werden als unberechenbar eingeschätzt). Aber auch Patienten mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit (70-73%) sowie Depression, Demenz und Angststörungen werden als unberechenbar beurteilt. Andere in Bevölkerungsumfragen gefundene Vorurteile gegenüber psychisch Kranken sind: hilfsbedürftig, fremd/ andersartig, Mangel an Selbstkontrolle, Angst einflößend und Selbstverschulden der Krankheit. Letzteres gilt in besonderem Maße für Alkoholismus, Drogenabhängigkeit und Essstörungen (Crisp et al. 2005, Crisp et al. 2000, Angermeyer und Matschinger 2005, Angermeyer und Matschinger 2003). Diese in der Öffentlichkeit kursierenden Vorurteile wurden nicht explizit in der Witzeanalyse in der Kategorie „Bild des Patienten“ erfasst, jedoch auch nicht in der offenen Stichwortsammlung als häufiger Witzinhalt identifiziert. Allerdings dürften die Vorurteile unberechenbar, angsteinflößend und fremd/ andersartig zum Teil in der Kategorie „gefährlich“ mit abgebildet sein.

Abschließend zum Patientenbild kann festgehalten werden, dass psychiatrischen Patienten sowohl in Witzen als auch in öffentlichen Umfragen ein sehr negatives Bild anhaftet. Im Witzmaterial wird der Patient am häufigsten als „dumm“ oder seine Krankheitssymptome als „lächerlich“ beschrieben. Allerdings steht an dritthäufigster Stelle der Patient mit „gesundem Menschenverstand“. Dies ist jedoch das einzige in der Analyse positive Adjektiv, welches gefunden bzw. erfasst wurde. Die interessante Tatsache, dass unter den drei häufigsten Witzbildern über Patienten zwei sich widersprechende Bilder „dumm“ und „gesunder Menschenverstand“ gefunden werden, lässt ein sehr widersprüchliches Patientenbild und eine diesem Thema gegenüber bestehende Verunsicherung vermuten.

Die einzelnen gefundenen Patientenbilder decken sich teilweise inhaltlich, jedoch nicht quantitativ mit den in der Öffentlichkeit kursierenden Befangenheiten. Das häufige Witzbild „Dummheit“ spielt in der Öffentlichkeit als Vorurteil keine Rolle. Die im Witz gefundene Aussage „die Störung ist der Witz“, welche mit der in öffentlichen Studien gefundenen Lächerlichkeit der Krankheitssymptome vergleichbar ist, spielt in der Gesellschaft eine sehr nachrangige Rolle.

Hingegen sind Vorurteile wie Gefährlichkeit, Unheilbarkeit und Unberechenbarkeit in der Öffentlichkeit wiederum präsenter als in den Witzen. Weitere häufig in der Öffentlichkeit kursierende Vorurteile gegenüber psychisch Kranken wie Fremdheit/ Andersartigkeit, Selbstverschulden der Krankheit, Hilfsbedürftigkeit und Mangel an Selbstkontrolle spielen in den Witzen keine Rolle.

„Dummheit“ ist in der Mehrzahl (68%) der „Irrenwitze“ das beschreibende Adjektiv für den Patienten. Gleichzeitig ist innerhalb der „Irrenwitze“ die Zielperson „der Irre“, aufgrund fehlender weiterer Hinweise auf ein konkretes psychiatrisches Symptom, teilweise gegen jede andere Zielgruppe austauschbar, so dass das transportierte Bild nicht überinterpretiert werden sollte.

Im Medium Film wird der psychisch Kranke übrigens ebenso wenig vorteilhaft dargestellt wie im Witz und gilt dort als Amokläufer, narzisstischer Schmarotzer, unkonventioneller Rebell oder Verführer (Damjanović et al. 2009).

4.1.2.6 Symptome der Patienten in den Witzen

Wahn und Halluzinationen sind in 20% (hiervon 19% Wahn und 1% Halluzinationen) aller Witze (N=566) neben Diverses (21%) die häufigsten genannten Symptome. Depressionen und Angststörungen spielen keine nennenswerte Rolle im untersuchten Witzmaterial (jeweils ca.1%), Störungen durch psychotrope Substanzen kommen überhaupt nicht vor.

Die in den Witzen abgebildeten Häufigkeitsverteilungen weichen von epidemiologischen Daten ab. Verglichen hierzu ist der Wahn in den Witzen überrepräsentiert, wohingegen Depression und Angststörungen unterrepräsentiert sind: Psychische Störungen jeglicher Art haben nach dem Bundes-Gesundheits-survey 1998 eine 12-Monatsprävalenz von 31%. Die häufigsten psychischen Probleme waren Angststörungen, Depressionen, sowie Störungen durch psychotrope Substanzen mit jeweils 12-Monatsprävalenzen zwischen ca. 11% und 13% (Schulz et al. 2008, S.9). Andere Daten ergaben für die Depression eine Prävalenz unter Frauen von 8%, unter Männern von 4%, wobei die abweichenden Ergebnisse zur Studie von Schulz et al. (2008) auf unterschiedliche Erhebungsinstrumente der Studien zurückgeführt werden (Robert Koch Institut 2011, S.78). Für die schizophrene Psychose wird von einer weltweiten Lebenszeitprävalenz von etwa 1% gesprochen (Gaebel und Wölwer 2010, Grambow 2009).

Angesichts der abweichenden Häufigkeiten zwischen Krankheitssymptomen in den Witzen und tatsächlicher Prävalenz wird angenommen, dass sich bestimmte Themen besser als Witzmaterial eignen als Andere. Das Symptom Wahn, mit einem Patienten, der sich beispielsweise für ein Huhn oder ein Auto hält, könnte amüsanter, bizarrer oder außergewöhnlicher erscheinen als die Symptome von Depression oder Angst. Eventuell lädt Bizarres eher dazu ein, darüber Witze zu machen. Desweiteren könnten häufig wiederkehrende Witzinhalte auch Themen repräsentieren, die in der Gesellschaft Interesse wecken oder die Allgemeinheit bzw. den Einzelnen beschäftigen.

Ebenfalls denkbar ist, dass sich die Allgemeinheit mehr vom Thema Wahn distanzieren kann als von einer niedergeschlagenen Stimmung (in maximaler Ausprägung die Depression) oder von Angst, beides Gefühle, die in geringerer Ausprägung zum Gefühlsspektrum eines gesunden Menschen gehören. Eine als vollständig distanziert und „anders“ empfundene Patientengruppe mit Wahnsymptomen lädt vielleicht eher dazu ein, sich über diese, z.B. in Form von Witzen, lustig zu machen. Denn als witzig wird ein Thema eher dann empfunden, wenn die eigene Person nicht selbst Zielscheibe des Witzes ist.

4.1.2.7 Geschlechterverteilung der psychiatrischen Patienten

In den Witzen kommen mit 89% hauptsächlich männliche Patienten vor. Hingegen zeigen epidemiologische Daten höhere Prävalenzen psychischer Störungen unter Frauen (37%) als unter Männern (mit 25,3%, Schulz et al. 2008, S.9). Die Geschlechterverteilung in den Witzen entspricht damit nicht der Realität. In literarischen Texten werden ähnlich realitätsfern häufiger männliche Patienten (62% - 65%) beschrieben (Szykiersky und Raviv 1995).

Die fast ausschließliche Verwendung des männlichen Patienten in den Witzen könnte, analog wie unter „4.1.1.3 Geschlecht und Alter der PPT“ diskutiert, unter anderem im umgangssprachlich sexistischen Sprachgebrauch begründet liegen, wobei hier verallgemeinernd und vereinfachend für beide Geschlechter die männliche Form Anwendung findet.

4.1.3 Darstellung der psychiatrischen Therapie

Das Therapieergebnis ist in 99% der Witze erfolglos oder zweifelhaft erfolgreich.

Auch in Cartoons bringt die Therapie in 90% der Fälle entweder keine Veränderung oder gar eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten (Walter 1992). In einer Untersuchung von 106 kommerziell verfügbaren amerikanischen Filmen ist das Resultat immerhin in 31% erfolgreich, in 32% erfolglos und in 36% nicht zu evaluieren (Gharaibeh 2005). In Literatur mit psychiatrischen Themeninhalten werden in 26% erfolgreiche Therapien identifiziert (Szykiersky und Raviv 1995, untersuchen 35 vorwiegend hebräische und israel-

lische Bücher zum Image der Psychiatrie). Speziell die Elektrokrampftherapie, welche in den Witzen zwar nicht als Thema vorkommt, jedoch in den Medien mit der Psychiatrie verknüpft wird, wird in amerikanischen Filmen als eine brutale, nutzlose therapeutische Methode der Psychiatrie mit dem Beigeschmack des Missbrauchs dargestellt (McDonald und Walter 2001).

Nach einer Umfrage in Großbritannien wird die Aussicht auf Therapieerfolg für einzelne Krankheitsbilder unterschiedlich eingestuft. Vor allem die Demenz gilt als nicht therapierbar (ca. 50%). Für die Krankheitsbilder Schizophrenie, Panikattacken, Alkohol und Drogenabhängigkeit werden zu 11% bis 15% keine Verbesserungen durch eine Therapie erwartet (Crisp et al. 2005, Crisp et al. 2000). Diese Werte liegen jedoch wahrscheinlich in den Krankheitsbildern selbst begründet und sind nicht als Ausdruck der therapeutischen Inkompetenz des Psychiaters zu verstehen.

Hohes Vertrauen in eine psychiatrische Therapie wiederum herrscht nach einer Telefonumfrage in der Schweizer Bevölkerung. Hier sprechen sich 70% für die psychiatrische Zwangseinweisung aus, was die Autoren dem Vertrauen in die psychiatrische Therapie zuschreiben und ausdrücklich nicht negativen Ressentiments gegenüber psychiatrisch Kranken (Lauber et al. 2002).

Die Bereitschaft psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, hat sich in Deutschland zwischen 1991 und 2000 verbessert, was für ein wachsendes Vertrauen in eine Therapie spricht. Die Psychotherapie wird vom Großteil der Befragten empfohlen (1990 68% vs. 2001 83% für Schizophrenie, 1990 55% vs. 2001 71% für die Depression). Ebenso zeigt die Psychopharmakotherapie einen deutlichen Akzeptanzzuwachs (1990 31% vs. 2001 58% für Schizophrenie, 1990 29% vs. 2001 39% für die Depression). Ausdrücklich gegen eine Psychotherapie sprechen sich 2001 4%-10% der Deutschen aus (vs. 8%-16% in 1990). Gegenüber Psychopharmaka gibt es nach wie vor deutliche Vorbehalte, wobei sich 20%-36% der Deutschen 2001 ausdrücklich gegen deren Einsatz aussprechen. Interessanterweise werden Meditation/ Yoga und Naturmedizin ähnlich häufig bzw. häufiger empfohlen als Psychopharmaka (Angermeyer und Matschinger 2005, Angermeyer und Matschinger 1999, jeweils randomisierte Studien

unter der volljährigen Bevölkerung Deutschlands). Auch der systematische Forschungsüberblick von insgesamt 62 Studien über die Einstellung der Öffentlichkeit gegenüber psychiatrischen Patienten von Angermeyer und Dietrich zeigt, dass gegenüber der Psychotherapie eine wohlwollende Haltung in der Öffentlichkeit besteht, wohingegen der Einsatz von Psychopharmaka negativ bewertet wird (Angermeyer und Dietrich 2006).

In der Schweiz zeigt sich eine ähnliche Akzeptanz der Psychotherapie, wobei diese für die Schizophrenie oder die Depression akzeptiert (ca. 50%) wird. 7% der Befragten halten Psychotherapie allerdings für schädlich (Lauber et al. 2005, Telefonumfrage unter ca. 1700 Schweizern).

Die große Akzeptanz der Psychotherapie in der Öffentlichkeit spricht durchaus für die Erwartung eines gewissen Therapieerfolges in der Gesellschaft. Die Überzeugung, dass eine adäquate psychiatrische Therapie Erfolgsaussichten mit sich bringt, finden auch Angermeyer und Dietrich in einem systematischen Forschungsüberblick (Angermeyer und Dietrich 2006).

In den untersuchten Witzen hingegen wird insgesamt nur ein einziger Witz gefunden, der ein erfolgreiches Therapieresultat zeigt (in der Sammlung von Peters und Peters 1974). Hier wird ein besonders unrealistisches und negatives Bild in Witzen gezeichnet.

Die Psychoanalyse (häufig symbolisiert durch die „Couch“) stellt in den untersuchten Witzen mit 30% die häufigste explizit genannte Therapieform dar (Insgesamt war „diverse Therapieform“ mit 54% die am häufigste vorkommende Kategorie). 8% der Witze beinhalten eine „unspezifische“ Form der Psychotherapie bzw. Verhaltenstherapie, 7% beschreiben eine medikamentöse Therapie. In Comics spielt die Couch als Symbol ebenfalls eine große Rolle (Walter 1992, Ehrle und Johnson 1961), wobei speziell in Comics Symbole genutzt werden, um dem Leser eine rasche Orientierung zu ermöglichen (Walter 1992). Die Couch gilt auch unter 87% befragter US amerikanischer Studenten als Arbeitsinstrument des Psychiaters (Tallent 1959).

Epidemiologische Daten zeigen jedoch, dass die Psychoanalyse eine untergeordnete Rolle gegenüber der Psychotherapie spielt: Der Kassenärztlichen Vereinigung zufolge, wurden im Jahr 1999 etwa 244.024 Behandlungsfälle von Verhaltenstherapien und 277.815 von tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie registriert, beides Bereiche in denen die „Couch“ keine Rolle spielt. Demgegenüber stehen 44.066 Behandlungsfälle in analytischer Psychotherapie (Schulz et al. 2008).

Hinsichtlich medikamentöser Therapie wurden, um nur eine Medikamentengruppe aus der Psychiatrie herauszugreifen, im Auftrag des RKI für 2007 892,6 Millionen Tagesdosen (DDD Defined Daily Doses) verordneter Antidepressiva ermittelt, was eine Steigerung von 12% zum Vorjahr darstellte (Wittchen et al. 2010, S.30).

Medikamentöse Therapie spielt in den Witzen eine untergeordnete Rolle (ca. 7% der Witze in denen von Therapie die Rede ist). Interessant ist, dass die Hälfte der in den Witzen vorkommenden Heilmittel keine typisch psychiatrischen Medikamente sind (Venusmuscheln, Abführmittel, Potenzmittel). Hier tritt ein mangelhaftes Wissen über psychiatrische Therapiemöglichkeiten zutage. Als Ursache für die oben gezeigte Ablehnung gegenüber psychotropen Medikamenten in der Öffentlichkeit finden Benkert et al. in einer Erhebung unter 2176 Deutschen im Jahr 1997 die Angst vor Nebenwirkungen (36%, im Vergleich zu Bedenken gegenüber kardialen Medikamenten von 9%) sowie die Ängste vor Kontrollverlust durch die Einnahme von Psychopharmaka bei 42% der Befragten (Benkert et al. 1997).

Abschließend zur Therapie von psychiatrischen Krankheitsbildern kann festgehalten werden, dass das Therapieergebnis in den untersuchten Witzen bis auf eine einzige Ausnahme als erfolglos dargestellt wird. Der prominenteste Therapiemodus in den Witzen ist die „Couch“/ Psychoanalyse. Tatsächlich spielt dieser Therapiemodus in der Realität jedoch eine eher untergeordnete Rolle. Zudem sind die in den Witzen angewandten „Medikamente“ weitgehend keine Medikamente im medizinischen Sinn.

Der Vergleich mit anderen Medien zeigt eine ähnlich negative und unrealistische Darstellung der Therapie in Cartoons. In der Öffentlichkeit hingegen ist vor allem die Psychotherapie weitgehend eine akzeptierte Therapieform, was für eine gewisse Erfolgserwartung der Öffentlichkeit an die Therapie spricht. Gegenüber Psychopharmaka besteht allerdings noch eine größere Ablehnung in der Gesellschaft. Therapieerfolg und Therapieform sowie der Einsatz konkreter Medikamente werden somit in den Witzen besonders negativ und unrealistisch dargestellt.

Welche Ursachen führen dazu, dass der Therapieerfolg gewissermaßen vollständig aussichtslos dargestellt wird? Ist ein Witz vielleicht nicht mehr witzig, wenn die Therapie erfolgreich ist?

Der Abschnitt drei der Diskussion (siehe 4.3) befasst sich mit den Ursachen, die dieser negativen Darstellung in den Witzen zugrunde liegen könnten.

4.2 Gegenüberstellung der Witzesammlungen aus 1974 und 2009

Um zu eruieren, ob sich das Bild in Witzen zwischen den Jahren 1974 und 2009 verändert hat, wurde die Witzesammlung von Peters und Peters (1974) der für diese Studie durchgeführten Internetrecherche aus dem Jahr 2009 gegenübergestellt.

4.2.1 Nennungshäufigkeiten der Berufsgruppen 1974 versus 2009

In der Internetrecherche aus 2009 kommen insgesamt mehr Psychologen und Therapeuten vor (21%) als bei Peters und Peters 1974 (3%). Dem liegen möglicherweise methodische Ursachen zugrunde. Bei der Internetrecherche wurden sämtliche Witze, welche unter der Stichwortsuche „Psychiater + Witz“ gefunden wurden berücksichtigt, einschließlich erscheinender Psychologenvitze. Der Auswahl der Witze durch Peters und Peters 1974 für deren eigene Witzesammlung hingegen, liegen hier nicht bekannte Kriterien zugrunde. Vermutlich wählten die Autoren aufgrund ihrer Titelwahl „Irre und Psychiater“ gezielt wenige Psychologenvitze für die Sammlung aus. Aus diesem Grund wird

in dieser Arbeit auf einen bewertenden Vergleich der vorkommenden Häufigkeiten der einzelnen Berufsgruppen in den Witzesammlungen verzichtet.

4.2.2 Kompetenzprofil der PPT 1974 versus 2009

Der Anteil der kompetent dargestellten PPT ist in den Jahren 1974 gegenüber 2009 von 13% auf 15% angestiegen, gleichzeitig ist der Anteil der „nicht kompetenten“ PPT von 40% auf 36% gesunken.

Dieser Trend findet sich auch in der bereits weiter oben genannten Studie von Angermeyer und Matschinger (2005) über die Einstellung der deutschen Öffentlichkeit zur Psychiatrie im Jahresvergleich von 1990 versus 2001. Hiernach ist die Akzeptanz und Kompetenzzuschreibung psychiatrischer Berufe angestiegen. Die Empfehlungen einen Psychiater oder Psychologen zu konsultieren, sind für die Krankheitsbilder Schizophrenie und Depression gestiegen (82% für die Schizophrenie, 65% für die Major Depression im Jahr 2001 gegenüber 67% für die Schizophrenie, 51% für die Major Depression im Jahr 1990). Hingegen ist die Häufigkeit der Empfehlungen einen Allgemeinmediziner für die genannten psychiatrischen Krankheitsbilder aufzusuchen, gesunken (Angermeyer und Matschinger 2005). Dies könnte als gestiegene Bereitschaft interpretiert werden, einen Psychiater/ Psychotherapeuten zu konsultieren oder auch ein verbessertes Wissen über die Kompetenzbereiche einzelner medizinischer Fachgebiete abbilden.

Balon et al. (1999) untersuchten 1993/94 die Einstellung von amerikanischen Medizinstudenten zur Psychiatrie und verglichen diese mit einer 15 Jahre zuvor durchgeführten Befragung. Dabei wurde eine deutliche Zunahme der Kompetenzzuschreibung an die Psychiatrie sowie eine gestiegene Überzeugung vom Nutzen einer psychiatrischen Therapie, sowohl für Familienmitglieder als auch für Fremde, beobachtet (Balon et al. 1999).

Der sich in der Öffentlichkeit abbildende Trend höherer Akzeptanz und Kompetenzbeimessung gegenüber psychiatrischen Berufsgruppen zeigt sich dementsprechend, wenn auch nur sehr diskret, im Jahresvergleich der Witzesammlungen.

Möglicherweise ist dieser Trend zum Teil einem differenzierteren Wissen in der Öffentlichkeit zu diesem Thema zuzuschreiben. Als Indikator zur Überprüfung

des Wissensstandes in der Öffentlichkeit kann beispielsweise die Befugnis hinsichtlich der Verschreibung von Medikamenten oder die sich unterscheidende Ausbildung der Berufsgruppen Psychiater versus Psychologen dienen. Diese Fragestellung war bereits häufiger Betrachtungspunkt in Studien. Eine ältere Befragung von 1959 unter amerikanischen Studenten beispielsweise zeigt, dass 33% fälschlicherweise annahmen, der Psychologe sei ein Arzt, 87% wussten, dass der Psychiater ein Arzt ist (Tallent 1959). Eine Internetumfrage von 1999 ermittelte 13% Befragte, die fälschlicherweise Diplom-Psychologen die Kompetenz zusprachen, Psychopharmaka zu verschreiben und 7% der Befragten hielten den Diplom Psychologen für einen Arzt. 83% der Befragten stimmten korrekt der Aussage zu „der Psychiater verschreibt unter anderem Psychopharmaka“ (Romppell 1999). Unter psychiatrischen Patienten wussten 55%, dass Psychologen keine Medikamente verschreiben dürfen (94% wussten, dass Psychiater Medikamente verschreiben dürfen) (Haberfellner und Voracek 2004, Befragung von 543 Patienten in Österreich). Eine aktuellere Telefonumfrage von 2009 in Wien ermittelte 0,6% Befragte, die mit dem Psychotherapeuten „Medikamente verschreiben“ verbinden, 7,5% verbinden dies mit dem Psychiater (Holzinger et al. 2010).

Allerdings sind die einzelnen Studien nur bedingt bzw. nicht miteinander vergleichbar, da sich die Studienmodalitäten (bspw. Fragestellungen: offener, geschlossener Fragestil; Nennung des Psychotherapeuten, der sowohl Arzt als auch Psychologe sein könnte) voneinander unterscheiden, so dass von einer eindeutigen Aussage zur Entwicklungstendenz des Wissenstandes über die Psychiatrie in der Gesellschaft auf Basis dieser Studien hier abgesehen wird.

4.2.3 Veränderungen im Patientenbild im Vergleich 1974 und 2009

1974 wird für den Patient häufiger „gefährlich“, „dumm“, „ohne Krankheitseinsicht“, und „Krankheit färbt auf Angehörige ab“ gefunden. Jedoch ist in den Witzen aus 1974 auch häufiger der Patient mit „gesundem Menschenverstand“ dargestellt. In der Sammlung von 2009 wiederum sind die Bilder „unheilbar“, „die Störung ist der Witz“ und „keine Aussage“ häufiger als 1974.

Eine zusammenfassende Aussage ist schwer zu treffen, jedoch werden dem Patienten in der aktuelleren Witzesammlung von 2009 insgesamt weniger

schlechte Adjektive zugeschrieben als 1974, sofern man die im Jahr 2009 häufiger vorkommenden Kategorien „die Störung ist der Witz“ und „keine Aussage“ als wenig spezifische, ohne konkret fassbares (Vor)urteil und ohne konkretes (negatives) Image wertet.

Möglicherweise kann dies als ein Hinweis auf ein angestiegenes, differenzierteres Wissen in der Bevölkerung über psychiatrische Krankheiten und eine rückläufige Verbreitung von Vorurteilen gewertet werden, was sich in einer diskret weniger negativen Bewertung der psychiatrischen Patienten in den Witzen widerspiegelt.

Eine ähnliche Tendenz findet auch Baumann et al. (2007) in zwei vergleichenden Telefonumfragen von 2001 und 2004, wobei eine Abnahme der sozialen Distanz gegenüber an Schizophrenie Erkrankten in sechs deutschen Großstädten belegt wurde. Diese Veränderung wurde zum Teil als Effekt verschiedener, in den jeweils befragten Städten realisierter, Anti-Stigma Kampagnen gesehen. Der Autor führt diesen Effekt allerdings nicht allein auf die durchgeführten Kampagnen, sondern zum Teil auf Verzerrung durch sozial erwünschte Antworten, Außeneffekte wie z.B. eine positivere Darstellung in den Medien und auch methodische Fehler der Studie zurück (Baumann et al. 2007).

Verschiedene Anti-Stigma Projekte, wie das 1996 von der Weltgesundheitsorganisation WHO gegründete „open the doors“ Projekt, zielen aktiv darauf ab, gegen die Ausgrenzung psychisch Kranker vorzugehen. In Deutschland existieren Vereinigungen und Projekte wie beispielsweise das „Aktionsbündnis seelische Gesundheit“ der DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik & Nervenheilkunde), Basta, Irrsinnig Menschlich, Irremenschlich u.a., die sich den Abbau von Vorurteilen zum Ziel gesetzt haben. Insgesamt habe die Zahl der Antistigma-Projekte in den letzten Jahren in Deutschland zugenommen, allerdings fehlen weitgehend wissenschaftliche Untersuchungen über deren Effekte. Hier bestehe Nachholbedarf (Wundsam-Gollwitzer 2009).

4.2.4 Symptome bzw. Krankheitsbilder des Patienten im Jahresvergleich

2009 kommen Wahn und Halluzinationen als Symptome in den Witzen seltener vor als 1974 (von 22% in 1974 vs. 16% in 2009). Hingegen werden Neurosen und Komplexe häufiger genannt (2% in 1974, 6% in 2009). Die Witzgruppe, in denen keine konkreten Symptome des Patienten erkennbar sind, ist von 47% auf 56% gestiegen. Das Thema affektive Störungen ist von 1% auf 0% Nennungen gesunken (1974 wurden in zwei Witzen affektive Störungen gefunden, 2009 hingegen nur in einem einzigen). Ebenso sind die Nennungshäufigkeiten von Angst und Zwang von 2% auf 1% gesunken.

Die sinkenden Häufigkeiten von affektiven Störungen und Angststörungen in den Witzen entsprechen nicht den beobachteten epidemiologischen Entwicklungstrends: Einer großen internationalen Studie der Cross-National Collaborative Group (1992) zufolge, ist die Lebenszeitprävalenz der Major Depression für Geburtskohorten seit 1905 bis 1955 angestiegen (Cross National Collaborative Group 1992). Auch für Angststörungen findet Twenge (2000) zwischen 1952 und 1993 ansteigende Zahlen in den USA.

Im deutschen Ärzteblatt wird 2008 anhand epidemiologischer Untersuchungen, Krankenkassendaten und Daten von Rentenversicherungsträgern auf eine Zunahme vor allem von depressiven Störungen hingewiesen (Bühren et al. 2008). Einer Extrapolation der WHO und Harvard School of Public Health zufolge, wird erwartet, dass 2020 die Major Depression die zweithäufigste aller Krankheitsursachen darstellt (in Lopez und Murray 1998).

Allerdings sind diese Beobachtungen zur Prävalenzentwicklung nicht unumstritten. So stellt Richter (2008) in einem systematischen Literaturüberblick fest, dass für Veränderungen der Prävalenz verschiedener psychischer Störungen im Zeitverlauf, in verschiedenen existierenden Studien, kein einheitlicher Trend festzustellen sei. Einige Studien zeigen einen Anstieg, andere einen Rückgang und wieder andere eine Stagnation. Der Autor findet keine Indikatoren, welche die Hypothese über einen Anstieg psychischer Krankheiten stützen, eher sei die Prävalenz psychiatrischer Störungen annähernd konstant geblieben. Hingegen

sei es dazu gekommen, dass die Wahrnehmung hinsichtlich psychischer Krankheiten angestiegen ist (Richter 2008).

Es existiert zudem die Hypothese, dass normale Befindlichkeiten zunehmend als psychische Diagnosen klassifiziert würden (Horwitz und Wakefield 2007). Auch einer Komorbiditätsstudie aus den USA zufolge, ist die Prävalenz psychischer Störungen zwischen 1990 und 2001 nicht gestiegen, wohl aber die Therapiehäufigkeit psychischer Störungen (Kessler et al. 2005).

Der Jahresvergleich zeigt im Witzmaterial sinkende Häufigkeiten der affektiven Störungen und Angsterkrankungen. Interpretiert man dies als Ausdruck der Themenrelevanz in der Öffentlichkeit, spricht dies nicht für eine steigende Wahrnehmung dieser Symptome innerhalb der Gesellschaft, zumindest wird diese nicht in den Witzen ausgedrückt.

Die Themenhäufigkeit des Wahns ist in Witzen zwar rückläufig, jedoch mit 16% Nennungen in 2009 nach wie vor überrepräsentiert, sofern man den Wahn behelfsweise vergleichend der Lebenszeitprävalenz der Schizophrenie, von etwa 1% weltweit, gegenüberstellt (Gaebel und Wölwer 2010, Grambow 2009).

4.2.5 Therapieformen im Vergleich 1974 und 2009

Im Jahresvergleich 1974 zu 2009 ist das Vorkommen einer Therapie in den Witzen von 10% auf 16% gestiegen. Die Nennungen für die Psychoanalyse („Couch“) haben von 8% auf 30% und die Nennungen für „unspezifische Psychotherapie“ und Verhaltenstherapie zusammen haben von 4% auf 11% in den untersuchten Witzen zugenommen. Medikamente hingegen wurden 2009 im Vergleich zu 1974 seltener genannt (17% vs. 4%).

In der epidemiologischen Gegenüberstellung zeigt sich ebenfalls ein Trend steigender Therapiehäufigkeiten psychischer Störungen in den USA (von 20% in 1990 auf 33% 2001, Kessler et al. 2005). Diese Entwicklung zeigt sich gleichfalls in Österreich, wo die Aufwendungen der Krankenversicherungsträger für Psychotherapie im Zeitraum zwischen 2004 und 2007 um 21,8% angestiegen sind (Hagleitner und Eggerth 2009).

Eine Zunahme zeigt sich jedoch auch in der medikamentösen Versorgung mit Psychopharmaka. Für das Jahr 2010 meldet die deutsche Barmer GEK einen Anstieg der Ausgabevolumina für Psycholeptika sowie Psychoanaleptika von jeweils 6-7% im Vergleich zum Vorjahr. In der Rangliste aller Arzneimittelaufwendungen standen sowohl an neunter als auch an elfter Stelle ein Neuroleptikum (Glaeske und Schicktanz 2011).

Die gesellschaftliche Akzeptanz sowohl von Psychopharmaka als auch von Psychotherapie ist von 1990 auf 2001 gestiegen. 2001 wurde von 83% der Befragten eine Psychotherapie für das Krankheitsbild Schizophrenie akzeptiert, 57% waren in diesem Fall mit der Anwendung von Psychopharmaka einverstanden. 1990 sprachen sich hingegen nur 68% für eine Psychotherapie und 31% für Medikamente aus (Angermeyer und Matschinger 2005).

In der Gesellschaft scheinen psychiatrische Themen und psychische Probleme generell in der heutigen Zeit offener diskutiert zu werden. Zahlreiche Prominente outen sich, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen oder verarbeiten Lebenskrisen in Büchern. Lediglich um einige Beispiele zu nennen, bekannte sich der Skispringer Sven Hannawald 2004 zur Krankheit Burnout. In der Biographie über Sebastian Deisler „Zurück ins Leben- die Geschichte eines Fußballspielers“ (Michael Rosentritt, 2009) werden die psychischen Leiden des FC-Bayern- und Nationalmannschaftsspieler thematisiert. Die Kommunikationswissenschaftlerin Miriam Meckel schreibt über ihre seelischen Leiden in ihrem Buch „Brief an mein Leben- Erfahrungen mit einem Burnout“ (2010). „Burnout“ ist zwar keine psychiatrische Diagnose nach der ICD-10-GM Klassifizierung (DIMDI 2015), wird aber dennoch dem psychiatrischen Themenkomplex zugeordnet und zeigt in Medien eine gewisse Präsenz. Der Kinofilm „A Beautiful Mind“ (2001) von Ron Howard, in welchem die Lebensgeschichte des Mathematikers John Forbes Nash skizziert wird, beschreibt die Wahnvorstellungen des Wissenschaftlers vor allem aus dessen Sicht. Die Eröffnung der Perspektive des Betroffenen ermöglicht dem Zuschauer einen Einblick ins Leben und das hiermit verbundene Leid und kann zur Reduktion von Stigmata beitragen.

Die in Witzen angestiegene Themenhäufigkeit der Psychotherapie entspricht einem Trend steigender Therapiehäufigkeiten in der Bevölkerung. Darüber hinaus wird das Thema psychiatrische Probleme u.a. in Literatur und Film teilweise offen thematisiert. Eine zunehmende gesellschaftliche Präsenz der Thematik könnte sich hier in den Witzen abbilden. Für die medikamentöse Therapieform gilt dies jedoch nicht.

4.3 Mögliche Motive der Beliebtheit von Psychiater- und „Irrenwitzen“

Unbeantwortet blieb bisher die Frage, warum gerade die Berufsgruppen der Psychiater, Psychologen und Therapeuten sowie psychiatrische Patienten eine beliebte Zielgruppe von Witzen darzustellen scheinen.

Welche Ursachen könnten der Tatsache zugrunde liegen, dass bestimmte Themeninhalte wie beispielsweise der Wahn oder die Couch in den Witzen häufiger vorkommen als andere?

Warum wird trotz einiger Verbesserungstendenzen im Witzvergleich 1974 zu 2009 weiterhin das Bild eines inkompetenten PPT vermittelt?

Was könnte eine Ursache für das hartnäckige Weiterbestehen besonders negativer Bilder, wie das völlig aussichtslos dargestellte Therapieergebnis sein?

Diese Fragen werden im folgenden Abschnitt diskutiert. Zunächst wird aufgezeigt, dass die Anzahl kursierender Psychiaterwitze höher zu sein scheint, als Witze über andere beispielhaft ausgewählte Zielgruppen. Im Anschluss werden Erklärungsansätze für die Beliebtheit bestimmter Witzinhalte skizziert.

Psychiater und „Irre“ sind beliebte Zielscheiben in Witzen

Die Anzahl der Witze über Psychiater und „Irre“ ist im Vergleich zu anderen Witzzielgruppen auffallend hoch. Eine Stichwortsuche über die Internetsuchmaschine „Google“ liefert für das Suchwort „Psychiaterwitz“ 114.000 Trefferlinks, für „Psychologenwitz“ sind es 1.560 Treffer, für „Irrenwitz“ 15.700. Andere beispielhaft ausgewählte Facharztgruppen scheinen weniger beliebte Witzziel-

scheiben zu sein: Die Stichwörter „Chirurgenwitz“ liefern 1.720 Trefferlinks, „Pathologenwitz“ 521 und „Neurologenwitz“ lediglich 59 Trefferlinks. Die Recherche außerhalb des ärztlichen Umfeldes, beispielsweise nach „Beamtenwitz“ (42.500 Treffer), „Anwaltwitz“ (1.710 Treffer) oder „Blondinenwitz“ (57.000 Trefferlink) liefern maximal die Hälfte an Trefferhäufigkeiten im Vergleich zu den Psychiaterwitzen (<https://www.google.de>, Stand: 27.10.2013).

Betrachtet man diese Häufigkeiten als Indikator für die Beliebtheit verschiedener Witzzielgruppen, scheinen Psychiaterwitze besonders beliebt zu sein.

4.3.1 Humor als Umgangsform mit Angst und als Abwehrmechanismus

Humor und Witz können als Umgangsformen dienen, in der Öffentlichkeit bestehende Ängste gegenüber Psychiatern, psychisch Kranken sowie Psychopharmaka zu reduzieren.

Im Folgenden werden diverse Studien vorgestellt, die in der Gesellschaft herrschende Ängste in den genannten Bereichen aufzeigen. Desweiteren weisen verschiedene Untersuchungen darauf hin, dass durch Humor eine Angstreduktion erfolgen kann. Das Erzählen von Witzen bzw. Lachen über Witze zu psychiatrischen Themen, könnte zu einer Entlastung und Angstreduktion führen. Diese positive Wirkung könnte zur Beliebtheit von Witzen über den psychiatrischen Themenkomplex beitragen.

4.3.1.1 Angst vor dem Psychiater

Gegenüber dem Psychiater herrscht vor allem die Angst, der Psychiater könne „mit Röntgenblick“ in den Patienten hineinschauen und persönliche Grenzen überschreiten oder Macht auf diesen ausüben (Sydow 2007, Sydow und Reimer 1998, Sydow 1998).

In der Gegenwart eines Psychiaters, auch beim Kennenlernen in privatem Rahmen, fühlen sich Menschen durchschaut und analysiert (Romppel 1999).

Amerikanische Studenten befürchten teilweise, dass Psychiater und Psychologen Gedanken lesen können (8% für Psychiater; 3% für Psychologen; Tallent 1959, Befragung unter 143 US amerikanischen Studenten).

Die Überzeugung, dass Psychologen „andere Menschen durchschauen“ möchten, findet unter Lesern der Zeitschrift „Psychologie Heute“ ebenfalls hohe Zustimmung (Nuber 1987, S.56; Befragung unter 1794 Lesern).

Der folgende Beispielwitz enthält die Thematik des „in andere Menschen Hineinschauens“:

Psychologen-Ehepaar nach dem Sex: „Also, für dich war's ja ganz toll, aber wie war's denn für mich?“

Auch die Angst sich ausgeliefert zu fühlen, wird von Perr (1973) als Witzmotiv gegenüber bestimmten Berufsgruppen, u.a. Ärzten, identifiziert. Die Häufigkeit von Witzen über bestimmte Gruppen steige mit der Höhe der empfundenen Abhängigkeit gegenüber diesen, wobei Ärzte und Anwälte besonders häufige Zielscheiben sind (Perr 1973).

4.3.1.2 Angst vor psychiatrischen Medikamenten und vor psychiatrischer Therapie

Neben den Bedenken gegenüber Psychiatern und Psychologen herrschen zudem auch Ängste vor psychiatrischen Medikamenten: 42% von 2176 befragten Deutschen geben Ängste vor einem Kontrollverlust aufgrund von Psychopharmaka an (Benkert et al. 1997).

Der Beispielwitz über das Medikament Ritalin könnte eventuell ein Ausdruck von Ängsten in der Öffentlichkeit vor Eingriffen in die Persönlichkeit durch Psychopharmaka sein.

Therapeut: „Ritalin macht gleichgültig!“

Patient: „Ist mir scheißegal!“

Insgesamt 32 Witze beinhalten die Thematik der Entlassung eines Patienten aus einer psychiatrischen Klinik. Die Häufigkeit kann ein Hinweis darauf sein, dass dieses Thema durchaus Interesse in der Öffentlichkeit weckt. Ängste

könnten davor bestehen (fälschlicherweise) in eine (geschlossene) Abteilung einer psychiatrischen Klinik eingewiesen zu werden und nicht mehr selbstbestimmt über das Verlassen der Klinik entscheiden zu können. Der folgende Beispielwitz könnte auf die Verarbeitung solcher Ängste hindeuten, wobei in diesem Fall inkompetente und unrealistische Entscheidungskriterien für eine Entlassung als angsteinflößend wahrgenommen werden könnten oder als willkürlich erscheinen könnten:

Beispielwitz:

An diesem Tag steht die Entlassung von drei Irren an, aber der Oberarzt will überprüfen, ob diese überhaupt schon raus dürfen. Also fragt er den ersten, wie viel ist 3 mal 7. „27“, antwortet dieser. „Tut mir leid, aber Sie müssen doch noch bei uns bleiben!“, sagt der Oberarzt. Die gleiche Frage stellt er nun dem zweiten, und dieser antwortet: „20“. „Nah dran, aber Sie werden wir auch noch hier behalten müssen.“ Der dritte Patient sagt „21“. „Stimmt!“, sagt der Oberarzt, „Sie dürfen gehen. Aber sagen Sie mal, wie haben sie das gerechnet?“ Darauf sagt der Patient: „Ich habe einfach 100 minus 979 gerechnet!“

4.3.1.3 Angst vor dem „Irren“

Psychiatrische Patienten können Ängste bei Anderen auslösen und werden als aggressiv und gefährlich wahrgenommen. Relevante Studien hierzu wurden bereits weiter oben dargestellt (Fresán et al. 2010, Crisp et al. 2005, Angermeyer und Matschinger 2005, Angermeyer und Matschinger 2003). Peters und Peters (1974) differenzieren gegenüber psychiatrischen Patienten drei Angstformen: Zum einen die Angst vor direkter physischer Gewalt des „Irren“, die Angst vor der Unberechenbarkeit des „Irren“ und besonders die Angst vor dem selbst „irre“ werden. Das Lächerlich machen eines „Irren“ stellt, nach Peters und Peters einen Mechanismus dar, der die unbewusste Angst vor dem selbst „irre“ werden reduziert oder aufhebt und so das Ich stärkt (Peters und Peters 1974, S. 69).

Ein gewalttätiger Patient wird in folgendem Witz beschrieben:

Eine Frau schickt ihren Mann zum Psychiater, weil der immer sagt: „Ich bin ein Kannibale.“ Als der Mann zurück kommt fragt ihn seine Frau: „Na, wie war der Arzt?“ – „Lecker!“

4.3.1.4 Angstreduktion durch Humor

Wie bereits postuliert, könnte das Scherzen und Witze machen über die beschriebenen Angst einflößenden Aspekte, diese Ängste reduzieren. Verschiedene Untersuchungen liefern Hinweise darauf, dass Humor der Angstreduktion dienen kann:

Beispielsweise kann Humor zu einer höheren Angstreduktion führen als Musik hören oder ein Fitnessstraining (Szabo et al. 2005). Unter amerikanischen Studenten berichtet die Gruppe, die ihren Sinn für Humor höher einschätzt, über weniger Stress und Angst als eine Vergleichsgruppe mit weniger Sinn für Humor, wobei die gleiche Anzahl von Alltagsproblemen in beiden Gruppen erfasst wurde. Zudem nutzt die Gruppe mit höherem Sinn für Humor nach Eigenangaben eher positive Bewältigungsmechanismen im Umgang mit Stress, wie beispielsweise eine vermehrte Problemdistanzierung, Selbstkontrolle oder positive Neubewertung und zeigt seltener Vermeidungsverhalten (Abel 2002). Ein höherer Sinn für Humor stellt auch nach Ford et al. 2004 einen Bewältigungsmechanismus gegen Angst dar und erhöht die Leistungsfähigkeit. Ford et al. zeigen, dass Frauen mit höherem Sinn für Humor eine bessere Bewältigung von Angst bzw. Stress gelingt und diese besser in einem standardisierten Mathematiktest abschneiden, als Frauen mit weniger Sinn für Humor und mehr Angst. Der untersuchte Stressor hierbei war die eigene Überzeugung der Frauen, dass Frauen schlechter in Mathematik seien (Ford et al. 2004). Die Verknüpfung von Humor und Angst zeigen auch Doris und Fierman 1956 in einer Untersuchung, in der eine amerikanische Studentengruppe mit weniger Angst Cartoons in der Gesamtschau als witziger einstufte als eine Vergleichsgruppe mit mehr Angst (Doris und Fierman 1956). Pathologische Angst bei psychiatrischen Patienten jedoch beeinträchtigt die Humorwahrnehmung und das Verständnis von humorvollen Comics (Levine und Redlich 1960), so dass davon ausgegangen werden kann, dass bei dieser Patientengruppe keine Angstreduktion durch Humor (zum

Teil aufgrund mangelnden Humorverständnisses) stattfindet (Levine und Redlich 1960).

4.3.1.5 Humor als Abwehrmechanismus

Sigmund Freud sieht im Humor eine Umgangsform mit Angst bzw. unlustbesetzten Themen, worauf bereits in der Einleitung eingegangen wurde. Der Humor ist nach Freud der höchste aller Abwehrmechanismen (als solche definiert Freud psychische Korrelate des Fluchtreflexes sowie einen automatischen Regulierungsmechanismus mit der Aufgabe, Unlust zu verhindern, Freud 1912, S.204). Der Humor, so Freud, „verschmäht es, den mit dem peinlichen Affekt verknüpften Vorstellungsinhalt der bewussten Aufmerksamkeit zu entziehen, wie es die Verdrängung tut, und überwindet somit den Abwehrautomatismus;“ hierdurch wird die Unlust in Lust umgewandelt (Freud 1912, S.204 f.).

Peters und Peters (1974) lehnen sich dieser Vorstellung an und sehen im „Irrenwitz“ einen Abwehrmechanismus des Ichs gegen Angst und Aggression und gleichzeitig eine Möglichkeit, durch das Lächerlich machen, dem Ich eine reale Konfrontation mit dem „Irrsein“ zu ermöglichen (Peters und Peters 1974, S.72).

Zusammenfassend weisen verschiedene Studien darauf hin, dass einerseits zahlreiche Ängste gegenüber psychiatrisch Kranken, den Berufsgruppen der Psychiater und Psychologen sowie gegenüber Psychopharmaka bestehen und auf der anderen Seite Hinweise dafür existieren, dass Humor und Witz bestehende Ängste, Stress und Unlust reduzieren können.

Das Scherzen und Witze-Machen über den psychiatrischen Themenkomplex und die hierdurch verspürte Angstreduktion und Entlastung können eine mögliche Ursache für die Vielzahl existierender Psychiaterwitze darstellen.

Diese These findet sich auch bei anderen Autoren. Watson beobachtet beispielsweise, dass Humor, im speziellen Galgenhumor, im medizinischen Umfeld als Bewältigungsform beim Umgang mit schwierigen Themenbereichen wie Leid und Tod genutzt wird (Watson 2011). Ähnliche Meinung vertritt Davies, der im Humor eine Bewältigungsstrategie sieht, um mit Gefahrensituationen und unangenehmen Situationen besser zu Recht zu kommen (Davies 2005). Ebenso äußern sich Peters und Peters, nach denen der „Irrenwitz“ „der Bewältigung

und Verarbeitung des Phänomens Irresein“ diene (Peters und Peters 1974, S.67).

4.3.2 Exkurs: Gezielte Anwendung von Humor

Der Effekt, dass Humor dazu dienen kann, Stresssituationen besser zu bewältigen, wird teilweise gezielt genutzt und ist Forschungsgegenstand der Wissenschaft: Beispielsweise wurde untersucht, inwiefern mit Hilfe eines speziellen Trainingsprogrammes die Humorfähigkeit gezielt gefördert werden kann, um diese, im nächsten Schritt, auch in Stresssituationen anwenden zu können (McGhee 2012, S.197). Titze untersucht Effekte von Lachgruppen, beispielsweise Lachyoga und Humordrama. Er beschreibt hierzu eine kontroverse Studienlage, da verschiedene Studien zu Lachyoga eine Reduktion untersuchter Stressparameter zeigen, andere Studien wiederum durch Lachen keinen gesundheitsfördernden Effekt beschreiben (Titze 2012). Inwieweit Humor zur Genesung psychiatrischer Krankheitsbilder beitragen kann, wurde von Falkenberg untersucht. In einem mit sechs depressiven, stationären Patienten durchgeführten Humor-Trainingsprogramm konnte bei den Teilnehmern eine signifikante Verbesserung der aktuellen Stimmungslage (keine Langzeitverbesserung), sowie eine Zunahme der Heiterkeit ebenso wie eine Abnahme der Ernsthaftigkeit festgestellt werden. Allerdings veränderte sich der Schweregrad der Depression durch das Training nicht (Falkenberg 2012). Norrick und Spit (2006) widmen sich dem entwaffnenden Einsatz von Humor in Konfliktgesprächen. Ebenso ist Humor Gegenstand von Beobachtungen, um beispielsweise im Managementprozess Mitarbeiter zu beeinflussen, zu motivieren und deren Kreativität zu erhöhen. Eine einheitliche Studienlage der Ergebnisse durch den Einsatz von Humor existiert jedoch nicht (Wood et al. 2011).

4.3.3 Der Witz als Möglichkeit sozial unerwünschte Gedanken in gemilderter Form vorzutragen

„Was man ernst meint, sagt man am besten im Spaß.“

Wilhelm Busch (Melzer o.J.)

Durch einen Scherz ist eine probeweise Äußerung des Gesagten möglich. Man eröffnet „ein Fenster der Möglichkeiten, einen inneren Raum des Ausprobierens“, dies bietet „die Option, das Geäußerte auch wieder [...] zu relativieren“ (Wild 2012, S.54). Kotthoff äußert sich ebenfalls entsprechend und betont darüber hinaus, dass die Verbindung aus Lästern und Scherzen vorgibt, dass „man die Vorgänge leicht nimmt, sich distanzieren kann, sozusagen darüber steht.“ (Kotthoff 1998, S.33).

Das Vortragen eigener Ressentiments anhand eines Witzes wird auch durch die Tatsache erleichtert, dass ein Witz keinen Autor hat, sondern anonym ist.

Folgender Witz könnte mit einem nicht sozial erwünschten Themeninhalt interpretiert werden:

„Herr Doktor, meine Frau glaubt, sie sei ein Auto. Was soll ich machen?“ „Wie alt ist sie denn?“ – „54.“ – „Verschrotten!“

Eine mögliche Interpretation der Thematik sind Liebesbeziehungen zwischen zwei Partnern sehr unterschiedlichen Alters. Denkbar wäre der versteckte Wunsch des Psychiaters nach einer (deutlich) jüngeren Frau. Dieser in der Gesellschaft eventuell als unangemessen empfundene Wunsch kann hier frei in Form eines Witzes geäußert werden, ohne die Konsequenz gesellschaftlicher Sanktionen.

Auch andere Autoren beobachten den Witz als Abweichung und Verstoß gegen gesellschaftliche Normen (Lindenhorst 2009, S.2). In Form eines Witzes können die Normverstöße frei geäußert werden. Ferner können aggressive Tendenzen der Zielperson gegenüber, durch den Witz frei ausgedrückt werden, wobei diese Aggressionen zugleich dadurch überwunden werden können (Peters und Peters 1974, S. 73).

Der Witz kann desweiteren einen freieren Umgang mit unangenehmen Gefühlen wie Scham ermöglichen:

Eine Studie nach Benkert et al. (1997) zeigt, dass kein offener Umgang mit psychiatrischen Themen stattfindet. Es besteht eine geringe Bereitschaft psychiatrische Erkrankungen zu diskutieren, wenn überhaupt, dann nur in der Familie und im engen Freundeskreis. Hingegen werden kardiovaskuläre Erkrankungen und Diabetes mit vergleichsweise höherer Bereitschaft im Bekanntenkreis besprochen (Benkert et al. 1997, Befragung in Deutschland).

Der Witz kann hier die Möglichkeit bieten, diese schambesetzten und belastenden Themen in scherzhafter, anonymer und distanzierter Form zu äußern.

Humor kann zudem dazu dienen, brisante Themen, eigene Einstellungen und Konflikte auszudrücken oder aufzuzeigen: „[...] humor can reflect social attitudes or areas of social conflict.“ (Perr 1973). Rückschlüsse auf Persönlichkeitseigenschaften anhand der Vorlieben für bestimmte Witzarten sind beispielsweise in Form des 3WD Tests nach Ruch ebenfalls Gegenstand der Forschung (Ruch 1992, Ruch 2008-2011).

4.3.4 Der Witz als Mittel zur Ausgrenzung des „Irren“ und als Ausdrucksform eines sozialen Distanz-Wunsches

Peters und Peters erörtern als Motiv des „Irrenwitzes“ das Bedürfnis, den psychiatrischen Patienten als „total anders“ darzustellen und diesen auszugrenzen (Peters und Peters 1974). In der britischen Bevölkerung finden Crisp et al. (2005) tatsächlich die Einstellung, dass psychisch Kranke als „anders“ gelten bzw. sich anders fühlen (Crisp et al. 2005).

Das in den Witzen gefundene, negative und vorurteilsbehaftete Patientenbild, kann diese Ausgrenzung des psychiatrischen Patienten unterstützen. Die überzogen negative Darstellung des Patienten ermöglicht sowohl dem Erzähler des Witzes als auch dem über den Witz lachenden Zuhörer die Andersartigkeit des „Irren“ zu betonen.

Allerdings ist relativierend zu erwähnen, dass der „Patient mit gesundem Menschenverstand“ als dritthäufigstes Patientenbild in den untersuchten Witzen diese Ausgrenzung wiederum einschränkt und Gemeinsamkeiten mit dem „Ge-

sunden“ aufzeigt. Dies könnte ein Ausdruck ambivalenter Gefühle gegenüber dem Patienten sein.

Desweiteren könnten „Irren-“ und Psychiaterwitze auch den Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen ausdrücken. Link (1999) belegt in einer Erhebung unter 1444 US Amerikanern den Wunsch der Befragten nach hoher sozialer Distanz gegenüber psychiatrischen Patienten (Link 1999).

Durch Humor und „Witze machen“ über diese Zielgruppen kann der Autor des Witzes und der über den Witz lachende Zuhörer den Abstand zu diesen Gruppen herstellen und betonen.

4.3.5 Der Witz als Ausdrucksform der Enttäuschung und ambivalenter Gefühle

Als mögliches Witzmotiv speziell der Witze über Psychiater vermuten Peters und Peters (1974) eine Enttäuschung der Patienten bzw. Bevölkerung über den Psychiater. Ursache seien die hohen Erwartungen in die Hilfe des Psychiaters und dessen Rollenzuweisung als Übervater. Die „Erkenntnis, dass es sich bei den Analytikern um normale Menschen mit den üblichen Fehlern handelt“ (Peters und Peters 1974, S.86), die zudem ihre Tätigkeit zum Gelderwerb ausüben und Distanz zum Patienten wahren, rufe zwangsläufig eine tiefe Enttäuschung hervor. Diese Enttäuschung finde in Witzen ihren Ausdruck (Peters und Peters 1974, S.86).

Sydow stützt mit ihren Recherchen die These der hohen Hilfserwartungen an Therapeuten in der Kennenlern-Situation eines Therapeuten im privaten Rahmen, wo gegenüber diesem eine „quasitherapeutische Hilfserwartung“ bestehe (Sydow 2007).

Speziell das in der Witzeanalyse gefundene, als erfolglos dargestellte Therapieergebnis, könnte die Angst und Enttäuschung ausdrücken, dass der Psychiater eventuell nicht zu helfen vermag.

Witze können darüber hinaus ambivalenten Gefühlen gegenüber Psychiatern Ausdruck verleihen. Im Ergebnisteil wurde gezeigt, dass in 62%-68% der Witze ein zweifelhaft oder nicht kompetentes Verhalten der Psychiater beschrieben

wird und in 60% der Witze der Psychiater mit negativen Eigenschaften wie „zynisch/ sarkastisch“, „geldgierig“, „selbst krank“ und sein Therapieergebnis als erfolglos dargestellt wird. Auf der anderen Seite jedoch werden dem Psychiater auch positive Eigenschaften wie Verständnis und ein gesunder Menschenverstand zugeschrieben. Diese auch von Peters und Peters (1974, S.82) beschriebene Gefühlsambivalenz gegenüber den Psychiatern kann in den Witzen Ausdruck finden und verarbeitet werden.

4.3.6 Der Witz als Medium der Selbstkatharsis für Therapeuten

Im Kapitel Humortheorien wurde unter anderem die Theorie der Spannungsabfuhr sowie der Katharsis vorgestellt. Witze, die eigene Schwächen und Fehler zum Inhalt haben, können dem Psychiater dabei helfen eigene Fehler, Ängste oder Belastungen im Hinblick seiner Berufsausübung zu thematisieren und mithilfe von Humor belastende Aspekte zu relativieren.

In der Auswertung der untersuchten Witze wird gefunden, dass ein bestimmter „Couch“-Witz sehr beliebt zu sein scheint. Insgesamt wird er sechs mal in verschiedenen oder gleichen Varianten in der Sammlung gefunden:

Patient zum Psychiater: „Ach, Herr Doktor, bitte, bitte, geben sie mir doch ein Küsschen!“

Psychiater: „Nein, das geht nicht. Eigentlich dürfte ich gar nicht mit Ihnen auf der Couch liegen.“

Dieser Witz thematisiert ein Tabuthema in der Psychotherapie. Sexueller Kontakt zwischen Therapeut und Patient ist seit 1998 nach dem Strafgesetzbuch §174c, „Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses“, strafbar (Strafgesetzbuch §174c). Diese Thematik ist in der Psychotherapie durchaus von Relevanz. Bühring äußert im Ärzteblatt, dass die internationale Literatur davon ausgeht, dass mindestens zehn Prozent der Therapeuten/innen im Laufe ihrer Berufstätigkeit sexuelle Beziehungen mit Patienten eingehen (Bühring 2003).

Witze könnten dazu dienen, zum einen Tabuthemen zu thematisieren, zum anderen die evtl. damit einhergehenden Selbstvorwürfe seitens des Therapeuten zu reduzieren.

Auch andere Schwächen des Therapeuten können durch Witze humorvoll angesprochen werden. Beispielsweise thematisiert ein Witz, der in verschiedenen Variationen dreimal in der Sammlung vorkommt, das Ermüden beim Zuhören in therapeutischen Gesprächen:

Sagt einer zum Anderen: „Ach, Sie sind Psychotherapeut? Ist das nicht sehr anstrengend, den ganzen Tag anderen Menschen bei der Schilderung ihrer Sorgen und Probleme zuzuhören?“ Worauf der Therapeut antwortet: „Ach, wissen Sie, wer hört schon zu!“

Zwei Psychiater treffen sich abends nach der Praxis. „Wie machen Sie das nur, Herr Kollege“, fragt der Jüngere, der sehr gestresst und nervös wirkt, „so erholt und ruhig hier zu sitzen, wenn Sie von morgens bis spät abends den Problemen ihrer Patienten zuhören müssen?“– „Wie?“ wundert sich der ältere Kollege, „Zuhören...?“

Peters und Peters identifizieren ebenfalls diesen Witzinhalt unter Analytikern als beliebt und formulieren, dass das Zuhören von Psychiatern tatsächlich als ermüdend empfunden werden kann, was in der Regel Selbstvorwürfe bei diesen erzeuge. Durch Thematisierung dieser Unzulänglichkeit im Witz ergebe sich eine Entlastung für den Psychiater (Peters und Peters 1974, S. 82).

Demnach können Witze dazu dienen über sich selbst zu lachen, sich Erleichterung zu verschaffen und über eigene Schwächen, Fehler und Ängste hinwegzusehen.

Ein Zitat von Hermann Hesse, scheint hierzu passend: „...aller höhere Humor fängt damit an, dass man die eigene Person nicht mehr ernst nimmt“ (Hesse, 1974, S.227).

4.3.7 Attraktivität von Bizarrem als Witzthemen

Ein weiteres Motiv für das häufige Vorkommen von „Irren-“ und Psychiaterwitzen könnte die Attraktivität bizarrer Themeninhalte sein. Themen, die als besonders merkwürdig, befremdend und seltsam wahrgenommen werden, könnten besonders „lohnenswert“ erscheinen, um in Witzen zur Sprache gebracht zu werden. Die Witze können eine Möglichkeit darstellen, diese als bizarr wahrgenommen Inhalte zu thematisieren.

Hierfür spricht, dass einige Themen in den Witzen im Vergleich zu epidemiologischen Daten deutlich überrepräsentiert sind. 20% der Witze beinhalten beispielsweise Wahnsymptome oder Halluzinationen, welche teilweise als besonders befremdlich dargestellt werden. Gedanken des Patienten er sei ein Huhn, der Verzehr von Kaffeetassen, die Ansicht ein Auto zu sein, sind fremdartig erscheinende Überzeugungen, die eventuell durch ihre absonderliche und befremdliche Wirkung als Witzthema durchaus attraktiv sind. Auch die „Couch“, als Symbol der Psychoanalyse, ist ein weit überrepräsentiertes Bild in den Witzen, was als Therapieform ebenfalls befremdliche Vorstellungen in der Bevölkerung auslösen könnte.

Folgende Witze schildern Patienten mit sonderbaren „Problemen“:

Sitzt ein Patient auf der Couch. Psychologe: „Was führt Sie zu mir?“

Patient: „Herr Doktor, Herr Doktor. Um meinen Kopf schwirren lauter Schmetterlinge!“ (wedelt dabei fürchterlich mit den Armen)

Psychologe: (ärgerlich mit abwehrenden Bewegungen) „...na und? ...aber doch nicht alle zu mir!“

Kommt eine Frau zum Psychiater. „Herr Doktor, Herr Doktor - ich glaube mein Mann ist verrückt! Jeden Morgen beim Frühstück isst er die Kaffeetasse auf und lässt nur den Henkel übrig.“ Sagt der Arzt: „So ein Irrer, wo der Henkel doch das Beste ist!“

Die Vorstellung nicht vorhandene Dinge zu sehen, in diesem Fall Schmetterlinge, mag dabei auf Außenstehende durchaus absonderlich wirken. Auch die Vorstellung, dass eine Person Kaffeetassen verspeist, kann durchaus merkwürdig und eigentümlich anmuten. Zusätzlich thematisieren beide Witze noch den PPT mit eigenem „Tick“, was die Absurdität der Situation in den Witzen noch verstärkt. Die Beliebtheit über diese seltsam wirkenden Situationen zu scherzen, kann dazu beitragen, in spaßhafter Weise mit diesem bizarren Verhalten umzugehen und dieses emotional zu verarbeiten.

Lütz, Chefarzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Autor des Buches „Irre! Wir behandeln die Falschen“, äußert sich zur Dämonisierung von psychischen Krankheiten ebenfalls entsprechend, dass es wohl „das Fremde, das Unheimliche, das Unverständliche, das viele mit psychischen Störungen verbinden“ sei, das die Menschen abstößt (Lütz 2012).

Bevorzugte Witzinhalte könnten auch in irgendeiner Weise „interessante“, den Erzähler oder Adressat selbst tangierende Themen beinhalten. Diese Anschauung findet sich auch in der Literatur, wobei nach Levine und Redlich (1960) ein wichtiger Faktor für das Empfinden, ob etwas als witzig angesehen wird, der „emotional impact“, das emotionale Interesse am Witzthema darstellt. Lindenhorst äußert sich ebenfalls entsprechend: „Das Thema des Witzes ist das Aktuelle, die Realität, das was die Welt und den einzelnen Menschen beschäftigt“ (Lindenhorst 2009, S.1).

4.3.8 Soziale Funktion von Humor

Humor und Witz erfüllen auch soziale Funktionen und sind von Bedeutung für die zwischenmenschliche Interaktion. So dient Humor der Herstellung von Vertrauen, Solidarität und Gruppenzusammengehörigkeit zwischen Individuen einer Gruppe, speziell unter schwierigen oder gefährlichen Umständen (Davies 2005).

Neben der Stärkung der Gruppensolidarität kann Humor als Medium der Kommunikation und Interaktion vorhandene Verhaltensmuster einer Gruppe bestärken. Mittels humorvollen Umgangs können Übereinstimmungen gefunden, eine

Gruppenkonformität erreicht werden und die soziale Distanz untereinander verringert werden. Gegenüber anderen Gruppen besteht durch den Humor die Möglichkeit, eine ablehnende und abgrenzende Haltung einzunehmen (Martineau 1972, Davis 1961). Mit der sozialen Funktion der Komik beschäftigen sich auch Fine (1983) und Chapman (1976). Auch am Arbeitsplatz kann Humor als Mittel der Sozialisierung und zugleich als Bewältigungsstrategie dienen (Chun Nam Mak et al. 2012).

Demgemäß kann das gegenseitige Erzählen von „Irren-“ und Psychiaterwitzen eine „gleiche Wellenlänge“ signalisieren und eine Solidarisierung innerhalb einer Gruppe, beispielsweise der „nicht Betroffenen“, erfolgen. Diese sozialisierende Funktion gilt selbstverständlich nicht nur für „Irren-“ und Psychiaterwitze sondern auch für andere Zielgruppen. Voraussetzung dafür, dass Erzähler und Adressat den Witz als sozialisierendes Medium nutzen können, dürfte aber sein, dass sich keiner der Beiden selbst betroffen fühlt und sich Beide vom Inhalt des Witzes distanzieren können.

4.3.9 Witz als Lustgewinn nach Freud und der tendenzlose Witz

Bereits skizziert wurden auch die Thesen Sigmund Freuds zu Witz und Humor, wonach diese zu einem seelischen Lustgewinn beitragen. Wie in der Einleitung dargestellt, unterscheidet Freud den tendenziösen Witz mit feindseliger Absicht (Aggression oder Abwehr) und obszöner Absicht vom tendenzlosen (=harmlosen) Witz, welcher dem Selbstzweck dient (Freud 1912, S.81).

So kann der „Irren-“ und Psychiaterwitz auch tendenzloser, harmloser Natur sein und einfach nur dem Selbstzweck dienen. Es müssen nicht zwangsläufig „tiefere“ Ursachen für das Erzählen von Witzen zugrunde liegen. Erheiterung, Spaß am Spielerischen, Freude am Scherz können „einfache“ Gründe für das Erzählen von Witzen sein.

Nicht zuletzt kann wohl so mancher selbst aus eigener Erfahrung schöpfen, dass Witze machen und (gemeinsames) Lachen befreiend wirken, Spaß machen, Freude bringen und die Stimmung heben kann, einfach der Freude willen, als Ausdruck von Heiterkeit und Leichtigkeit.

4.4 Exkurs: Image anderer Berufsgruppen in Witzen

Psychiater und Patienten haben zwar in den Witzen ein negatives Image, jedoch sind nicht nur Psychiater oder Patienten, sondern auch zahlreiche andere (Berufs-) Gruppen Zielobjekte von Witzen:

Eine Suche über die Internetsuchmaschine „Google“ mit dem Stichwort „Anwaltwitz“ zeigt 1710 Treffer (<https://www.google.de>, 27.10.2013). Das Bild von Juristen in Witzen war ebenfalls schon Gegenstand von Studien und ist ebenso nicht besonders schmeichelhaft- ganz im Gegenteil: Anwälte gelten in Witzen als schlechte Menschen, schwer zu verstehen, überteuert bezüglich des Honorars und als Lügner (Galanter 2002, Galanter 1998). Perr identifiziert 1973 in 66 Witzen über Anwälte zu 48% schlechte moralische Absichten seitens des Anwaltes (Unehrlichkeit, Habgier). Im Vergleich hierzu schneiden nach seiner Betrachtung von 67 Arztwitzen diese nur in 10% der Witze als habgierig und unehrlich ab, in 24% als inkompetent und erteilen in 13% einen unangemessenen Ratschlag (Perr 1973).

Andere Witzzielgruppen sind Ingenieure (Dreier 2003), Frauen, Männer oder Blondinen, wobei Letztere häufig als dumm dargestellt werden (Hinz 2003).

Selbst in den „Irrenwitzen“ kommen neben den Psychiatern noch andere Berufsgruppen vor, die ebenfalls als Zielscheibe dienen und im Witz schlecht wegkommen. Folgender Beispielwitz illustriert dies:

Die Polizei fährt ihre Runde auf der Autobahn. Auf einmal sieht sie auf dem Sicherheitsstreifen ein Auto stehen, dessen Fahrer kräftig in das Auspuffrohr bläst. Beide Polizisten steigen aus. Fragt der eine den Mann: „Was bitte tun sie da?“ Der Mann: „Ich habe eine Delle in der Beifahrertür und versuche sie nun durch Druckluft raus zu bekommen!“ Der Polizist zu seinem Kollegen: „Ein Irrer. Komm, lass uns fahren.“ Eine ganze Weile später fängt der anderer Polizist an zu lachen und meint: „Wirklich ein Irrer! Dieser Idiot bläst und bläst, dabei hat er vergessen, das Seitenfenster zu schließen.“

Neben dem als „dumm“ dargestellten „Irren“ wird hier auch der Polizist zur Zielscheibe und als „dumm und begriffsstutzig“ gezeigt.

Interessant ist zudem das Vorkommen eines Witzes in einer als „Irrenwitze“ angelegten Sammlung von Peters und Peters (1974), der nicht direkt von „Irren“, sondern von Differenzen zwischen Frankfurtern und Oberhessen handelt:

„Schorsch und Philipp werden in Frankfurt nicht müde, die himmelragenden Stahlbauten zu bewundern. Schließlich fragen sie einen des Wegs daherkommenden Frankfurter: „Woas ias doas do fer e barewarisch Haus?“ „Ei“, erwidert der Frankfurter, der die Fragenden am Dialekt als Oberhessen erkennt, „ei, des is des Narrenhaus fer die owerhessische Bauern!“ „Des huenn mr uhs gleich gedoocht, daß der Wolkekratzer die Franforder zu klaa's!“ (Peters und Peters 1974, S.130)

In diesem Rahmen wird deutlich, dass viele verschiedene Gruppen als Zielscheiben in Witzen dienen. Diese Tatsache wiederum relativiert das in den Witzen teilweise negative Bild der PPT und der Patienten und spricht dafür, dass es zum Teil auch die Aufgabe des Witzes ist, ein Zielobjekt lächerlich zu machen.

Im Zuge der Witzerecherche wurde zudem eine interessante Beobachtung gemacht: Gleiche Witzinhalte wurden teilweise mit anderen Witz-Zielgruppen auch außerhalb der Psychiatrie wieder gefunden. Durch das Vertauschen des einleitenden Wortes „ein Irre“ gegen eine andere Zielscheibe, sei es ein Bauarbeiter, ein Beamter, eine Blondine o.a. kann oft der gleiche Witzinhalt mit anderem Richtungspunkt verwendet werden.

Diese Beobachtung legt die Vermutung nahe, dass es nicht allein Ziel des Witzes ist, konkret den Psychiater oder Patienten ins schlechte Licht zu rücken, sondern auch zum Lachen und Scherzen dienen soll, in gewissen Grenzen irrelevant, auf welche Zielgruppe der Witz gerichtet ist, solange der Adressat, der durch das Erzählen des Witzes zum Lachen gebracht werden soll, sich nicht selbst angegriffen fühlt.

4.5 Limitationen und methodische Einschränkungen

4.5.1 Kategorisierung des Untersuchungsmaterials

Die Methodik der durchgeführten Untersuchung weist einige Einschränkungen auf. Eine Einschränkung ergibt sich durch die Definition der einzelnen Kategorien für die Beurteilung des Bildes von Psychiater oder Patient. Durch die in dieser Studie getroffene Vorauswahl an möglichen Antwortkategorien (bspw. Bild Psychiater: geldgierig, zynisch, hilf nicht weiter etc.) war die Einteilung des Witzbildes bereits in gewisse Bahnen gelenkt. Dieser Unzulänglichkeit wurde entgegen gewirkt, indem anhand einer offenen Stichwortsammlung wiederkehrende weitere vermittelte Bilder gesammelt und in die Kategorienauswahl mit aufgenommen wurden.

Eine andere Problematik der Untersuchung liegt in der subjektiven Wahrnehmung der Witze. Die Einteilungen in die Kategorien Geschlecht, Alter, Vorkommen von Patient/ Psychiater/ Therapeut/ Psychologe, Vorkommen einer Therapie waren objektiv festzulegen, hingegen unterliegt die Einteilung in die Kategorien Kompetenz der PPT, Bild der PPT, Bild des Patienten und die Perspektive des Witzes einer subjektiven Wahrnehmung der Witze. Um die Reliabilität zu erhöhen, wurden die ersten 100 Witze zwischen der Autorin und der Betreuerin der Studie, Prof. B. Wild, vergleichend abgestimmt und ein Grundkonsens für die Witzeinteilung festgelegt.

Dennoch gab es häufig, in Abhängigkeit der subjektiven Wahrnehmung der Witze, verschiedene Einteilungsmöglichkeiten und es konnten jeweils Argumente für die Zuordnung in unterschiedliche Kategorien gefunden werden. Diese subjektive Auffassung und Kategorisierung der Witze kann vielleicht auch verständlicher werden, wenn man bedenkt, welche Vielzahl von Gehirnarealen für die Witzarbeit notwendig ist (Wild 2010). Humor ist zudem eine höchst individuelle Angelegenheit. Was eine Person zu einem bestimmten Zeitpunkt witzig findet, hängt von vielen Faktoren ab.

Um diese dargestellte Problematik zu veranschaulichen, werden im Folgenden einige Beispielwitze vorgestellt, die eine Einteilung in verschiedene Kategorien zulassen:

Beispiel 1:

Ein Mann beim Psychiater: „Herr Doktor, ich glaube ich bin ein Auto. Brumm, brumm, brumm...“

Der Arzt: „Machen Sie das nochmal.“ – Patient: „Brumm, brumm, brumm..“ – „Ich glaube Ihr Vergaser ist verstopft!“

Die Kompetenz des Psychiaters wurde hier als „nicht kompetent“ gewertet und zudem als vermitteltes Bild des Psychiaters „Irrsein färbt (auf den Psychiater) ab“ ausgewählt. Hier wäre ebenso als andere oder weitere Kategorisierung möglich, der „Arzt zeigt eine sarkastische Haltung“, und macht sich über seinen Patienten lustig, indem er dessen Wahnthema aufgreift und bestätigt. Für den Patienten wurde das Bild „die Störung des Patienten wird als witzig empfunden“ gewählt, denn der Hauptinhalt des Witzes wird hier durch den Themeninhalt bestimmt, dass der Patient denkt, er sei ein Auto. Das Symptom des Patienten wurde als Wahn gewertet.

Beispiel 2:

Kommt ein Patient zum Psychoanalytiker und klagt:

„Herr Doktor helfen Sie mir, ich habe die Zwangsvorstellung, ich sei ein Hund.“

„Na beruhigen Sie sich erst einmal, und legen Sie sich hier auf die Couch.“

„Ich darf doch nicht auf die Couch.“

Der Witzbaustein ist hier die Überzeugung des Patienten, er sei ein Hund, was als witzig empfunden werden kann und so in die Kategorie „Störung des Patienten ist der Witz“ eingeordnet wurde. Denkbar wäre jedoch auch die Einteilung in die Kategorie „Keine Krankheitseinsicht/ Patient denkt er sei normal“, da die Schlussfolgerung des Patienten, er dürfe nicht auf die Couch, nur aus der Überzeugung heraus zustande kommt, er sei ein Hund.

Beispiel 3:

„Mitten in der Nacht läutet jemand am Tor der Irrenanstalt. Ärgerlich kommt der Pförtner im Nachthemd ans Fenster. „Was fällt Ihnen denn ein, hier mitten in

der Nacht zu klingeln! Sind sie wohl verrückt?“ „Natürlich“ ruft der Mann vor dem Tor. „Deshalb komme ich ja!“.

Hier kann man dem Patienten einen „gesunden Menschenverstand“ zuordnen, wenn man davon ausgeht, er erkennt, dass er Hilfe braucht. Andererseits könnte man, unter Berücksichtigung des häufig negativ besetzten Bildes der psychiatrischen Kliniken und der Tatsache, dass es sich um einen Witz handelt, dieses Verhalten auch als sehr eigentümlich oder „dumm“ bewerten, da sich die Person selbst in die Psychiatrie „einweist“.

Die genannten Beispielwitze verdeutlichen die Schwierigkeit der Zuordnung zu einer bestimmten Kategorie. Witze enthalten verschiedene Nuancen und können von unterschiedlichen Hörern jeweils anders wahrgenommen und interpretiert werden. Dies führt zu einer subjektiven Komponente bei der Einteilung in eine bestimmte Kategorie.

Witze, als literarische Ausdrucksform, lassen sich zudem schwer in ein Schema drängen. Dieses Problem umgehen beispielsweise Peters und Peters, indem sie in ihrem Buch „Irre und Psychiater - Struktur und Soziologie des Irrenwitzes“ (1974), Witze weniger kategorisieren als vielmehr Einzelne analysieren und interpretieren.

Um die Subjektivität der Einteilung weiter zu reduzieren, wäre es denkbar, dass in einer weiteren Studie die Gesamtzahl der Witze durch eine höhere Anzahl verschiedene Personen beurteilt wird.

4.5.2 Auswahl des Untersuchungsmaterials

Beim Erstellen der Witzesammlung für diese Studie wurden auch sich wiederholende Witze aufgenommen. Dieses Vorgehen hatte zum Ziel, besonders beliebte Inhalte entsprechend zu gewichten sowie auch die verschiedenen Varianten einzelner Witze zu berücksichtigen. Der weiter oben bereits genannte „Couch“-Witz kommt beispielsweise in der Version vor, dass entweder ein Psychiater, ein Psychotherapeut oder ein Psychoanalytiker mit seiner Patientin auf der Couch liegt und entweder ein Küsschen oder Hand halten durch die Patientin eingefordert wird.

Die Schlussfolgerung, dass für die Sammlung häufig gefundene Witze sehr beliebt sind, ist eine Mutmaßung. Denkbar sind auch andere Gründe, wie beispielsweise Eigenheiten der elektronischen Datenrecherche via Internet mittels der Suchmaschine „Google“. Kriterien, die über die Anzeige bestimmter Trefferlinks und die Darstellung der Treffer in einer bestimmten Reihenfolge im Internet entscheiden, könnten hier eine Rolle spielen.

Weiterhin sind die gefundenen Ergebnisse der Studie zunächst nur für die in der Studie herangezogenen Witze gültig und beschreiben das Bild, welches in diesen Witzen von PPT und Patienten transportiert wird. Eine Übertragung auf weitere existierende Witze ist nur eingeschränkt möglich. Auch die Annahme, dass häufig auftauchende Bilder in Witzen Themen abbilden, die in der Gesellschaft entweder als witzig empfunden werden oder in irgendeiner Weise die Öffentlichkeit beschäftigen, ist eine Vermutung. Jedoch findet sich diese Ansicht auch bei anderen Autoren (Lindenhorst 2009, Perr 1973, Levine und Redlich 1960).

Für die Gegenüberstellung der Witzesammlungen aus 1974 von Peters und Peters mit der Internetsammlung aus 2009 gelten folgende Einschränkungen: Peters und Peters haben 1974 die Witze nach subjektiven Kriterien ausgewählt und zusammengestellt. Für deren Auswahl spielen nicht bekannte Kriterien eine Rolle, möglicherweise wurden besonders aussagekräftige Witze hinsichtlich des Patientenbildes bevorzugt oder die Witzesammlung durch die Vorlieben der Autoren beeinflusst, was somit auch Einfluss auf die Ergebnisse der Auswertung dieser Witze hat.

Trotz verschiedener methodischer Herausforderungen der Untersuchung kann dennoch eine Tendenz zum Bild von Psychiatern und Patienten in den Witzen erkannt werden.

Weiterhin sind auch die oben dargestellten Motivationen für die Verbreitung der Psychiater- und „Irrenwitze“ nicht erschöpfend dargestellt und erheben keinen

Anspruch auf Vollständigkeit. Dennoch dürfte die Darstellung einige bedeutsame Motive berücksichtigen.

4.6 Konklusion und Ausblick

In der Diskussion werden die Ergebnisse der Witzeanalyse anderen wissenschaftlichen Erhebungen, öffentlichen Meinungsstudien und epidemiologischen Daten gegenüber gestellt. Hierbei wird deutlich, dass insgesamt im Witz ein tendenziell negatives und klischeehaftes Bild des psychiatrischen Themenkomplexes entsteht. Es zeigt sich, dass hingegen das Bild in der Öffentlichkeit teilweise positiver erscheint, wenngleich auch einige negative Bilder aus den Witzen in Meinungsumfragen gefunden werden können. Auch weichen die Bilder in den Witzen von epidemiologischen Beobachtungen ab. Die aussichtslose Darstellung des Therapieergebnisses in den Witzen ist besonders auffällig, in der Öffentlichkeit scheint die psychiatrische Therapie mehr Akzeptanz zu finden. In der vergleichenden Betrachtung der Witze von 1974 und 2009 finden sich teilweise positive Tendenzen hinsichtlich der Kompetenzzuschreibung der PPT, teilweise ist die Darstellung 2009 jedoch auch epidemiologischen Daten gegenüber häufiger oder weiterhin von diesen weit entfernt.

Die verschiedenen oben aufgezeigten Motivationen wie Angstreduktion, freie Äußerung sozial nicht akzeptierter Gedanken, Ausdruck von Enttäuschung, Attraktivität von Bizarrem, Verwendung des Witzes zur eigenen Entlastung und alle weiteren oben dargestellten Aspekte, bieten Erklärungsansätze für die Beliebtheit der Psychiater- und „Irrenwitze“ sowie für die in der Witzeanalyse gefundenen Bilder. Die genannten Motive stellen eine Annäherung an das Thema dar und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Unter der Prämisse, dass sich in den Witzen auch partiell in der Gesellschaft bestehende Vorurteile im Sinn eines „Körnchen Wahrheit“ spiegeln, wäre es sinnvoll, Maßnahmen zum Abbau bestehender Vorurteile und herrschender Ängste in der Öffentlichkeit zu ergreifen. Dies ist beispielsweise im Rahmen von Aufklärungsarbeit und Antistigma-Projekten möglich. Auch die Literatur und an-

dere Medien sowie Bekenntnisse von in der Öffentlichkeit stehenden Persönlichkeiten zu ihren psychischen Erkrankungen, können hier einen Beitrag leisten.

In der Einleitung wurden verschiedene Untersuchungen genannt, die beschreiben, dass das vorherrschende Bild von Psychiatern und Psychiatrie in der Gesellschaft Einfluss auf die Bereitschaft psychisch Kranker nimmt, entsprechende Hilfe in Anspruch zu nehmen. Zudem beeinflussen Stigmata über psychisch Kranke das Selbstwertgefühl betroffener Patienten negativ und können deren Genesung beeinträchtigen. Vorurteile über die Psychiatrie beeinflussen auch Studenten, das Berufsziel Psychiater anzustreben. Diese Einflussnahme eines negativen Bildes der Psychiatrie spricht ebenfalls dafür, dass Maßnahmen zur Reduktion von bestehenden Vorurteilen erstrebenswert sind.

In dieser Arbeit wurde gezielt das Bild von Psychiatern und „Irren“ in Witzen untersucht. Für weitere Arbeiten könnten eine Beobachtung über Veränderungen von Witzinhalten und Themen, über die Psychiatrie hinausgehend, im Zeitverlauf oder auch vergleichende Betrachtungen von Witzthemen in verschiedenen Ländern, interessante Themenstellungen bieten. Über welche Witzinhalte wurde früher gelacht, welche Witzthemen sind heute präsent und worüber wird wohl in Zukunft gelacht werden?

Untersuchungen zum Thema Humor und Witze müssen sich nicht allein auf Ursachenforschung und Erklärungsansätze beschränken. Das Thema Humor bietet viele weitere lohnenswerte Betrachtungspunkte. Insbesondere wird auch in der Wissenschaft die gezielte Anwendung von Humor verstärkt beleuchtet und bietet sicher noch zahlreiche mögliche Forschungsansätze über gewinnbringende Anwendungen von Humor und Witz. Es bleibt spannend, wie sich das Forschungsfeld entwickeln wird und welche weiteren Erkenntnisse künftig zu diesem Thema zur Verfügung stehen werden.

Demnach besteht sicher auch die Möglichkeit über die Zukunft zu spekulieren und zu debattieren...

Ein Pferd und ein Esel geraten in Streit darüber, wer von ihnen höher einzuschätzen sei. Das Pferd ist stolz auf seine Vergangenheit. Der Esel jedoch ist stolz auf seine Zukunft und erwidert: „Die Technik wird das Pferd überholen, Esel wird es aber immer geben!“

Demgemäß wird es hoffentlich nicht nur Esel sondern auch Witze und Humor immer geben.

5 Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit war es, das in Witzen transportierte Bild von Psychiatern, Psychologen und Psychotherapeuten (PPT) sowie von psychiatrischen Patienten zu untersuchen. Als Grundlage der Analyse dienten insgesamt 556 Witze mit psychiatrischen Inhalten, welche mittels Internetrecherche über die Suchmaschine „Google“ sowie aus einer Sammlung von Peters und Peters (1974) und Trenkle (1994) zusammengestellt wurden. Das Untersuchungsmaterial wurde anhand zuvor definierter Kriterien im Programm Microsoft Excel kategorisiert und ausgewertet.

Das Verhalten des Psychiaters wird im Großteil der Witze (62%) als inkompetent bzw. zweifelhaft kompetent gewertet, in etwa einem Viertel der Witze (24%) kann das Verhalten des Psychiaters als kompetent angesehen werden. Ebenso werden die PPT in der Vielzahl der Witze mit negativen Eigenschaften beschrieben. Eine zynische oder sarkastische Haltung seitens der PPT sowie der selbst „irre“ Psychiater („Irrsein färbt ab“) sind die häufigsten Bilder. In Meinungsstudien zur Einstellung der Öffentlichkeit fällt das Image der PPT positiver aus, jedoch finden sich Parallelen zu den Witzinhalten wie „Irrsein färbt ab“ und „verständnisvolles Verhalten“.

Der Patient wird in den Witzen vorherrschend negativ beschrieben. „Dummheit des Patienten“, „lächerlich erscheinende Krankheitssymptome“ und der Patient mit gesundem Menschenverstand, als einziges positives gefundenes Adjektiv, sind die häufigsten vermittelten Bilder. Auch beim Patientenbild finden sich Parallelen zwischen den Witzen und in öffentlichen Meinungsstudien abgefragten Vorurteilen der Bevölkerung und zwar Gefährlichkeit des Patienten, Unheilbarkeit und Lächerlichkeit der Krankheitssymptome.

Diese im Witz und in Studien zur öffentlichen Einstellung der Gesellschaft gefundenen parallelen Bilder, können einen Hinweis darstellen, dass der Witz dazu dienen könnte, sozial nicht erwünschte Inhalte kaschiert in humorvoller Wei-

se vorzutragen. Frei nach dem Zitat von Wilhelm Busch: „Was man ernst meint, sagt man am besten im Spaß.“ (Melzer, a.a.O.)

Das Krankheitssymptom Wahn ist im Vergleich zu epidemiologischen Zahlen überrepräsentiert und wird möglicherweise aufgrund seiner bizarren und befremdlichen Wirkung als geeignetes Witzthema angesehen. Die Therapieform Psychoanalyse/ „Couch“ (30%) findet sich in den Witzen ebenfalls überrepräsentiert im Vergleich zu epidemiologischen Zahlen, wobei die Couch als geeignetes Symbol für die psychiatrische Therapie in Witzen erachtet werden könnte. Die Geschlechterverteilung in den Witzen zeigt eine stereotype und realitätsferne Darstellung des Psychiaters sowie des Patienten als männlich.

Herausragend negativ wird in den Witzen das Therapieergebnis dargestellt, das in 99% der Fälle als nicht erfolgreich oder zweifelhaft bewertet wird, wohingegen in der Öffentlichkeit laut Umfragen vor allem die Psychotherapie durchaus akzeptiert ist.

Möglicherweise kann durch Witze zum psychiatrischen Themenkomplex, aufgrund der negativen und stereotypen Darstellungsweise, eine Reduktion von diesbezüglich bestehenden Ängsten, die in Studien zur gesellschaftlichen Einstellung gezeigt werden, stattfinden. Andere denkbare Ursachen der negativen Witzbilder sind der Ausdruck sozialer Distanzwünsche der Öffentlichkeit oder wie bereits erwähnt die Möglichkeit, sozial unerwünschte Inhalte in freier Form im Witz zu äußern.

Teilweise ist der „Irrenwitz“ nur dadurch gekennzeichnet, dass das Wort „Irre“ zwar die Zielscheibe benennt, sonst aber weder psychiatrische Krankheiten noch ein psychiatrisches Umfeld im Witz erwähnt werden, so dass die Zielpersonen in diesen Witzen teilweise substituierbar sind. Dadurch werden die negativen Darstellungen relativiert, schließlich ist es auch Aufgabe des Mediums Witz zum Lachen zu reizen und eine überzogen negative und unvoreilhaft Darstellung der (beliebigen) Zielgruppe vereinfacht das „Lächerlich machen“.

Abschließend bleibt zu betonen, dass das teils negative und symbolbehaftete Bild der Psychiatrie in den Witzen nicht überinterpretiert werden sollte. Ein Witz bleibt ein Witz und darin angesprochene Stigmata und Kritik an den Berufsgruppen der PPT und den Patienten sollten möglichst mit einer Portion Humor betrachtet werden.

Denn wie schon Hermann Hesse wusste:

„...aller höhere Humor fängt damit an, dass man die eigene Person nicht mehr ernst nimmt.“

(Hesse, a.a.O.)

6 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wer kommt im Witz vor? - Gesamte Witzesammlung	30
Abbildung 2: Geschlechterverteilung bei PPT und Patienten	31
Abbildung 3: Kompetenzprofil Psychiater, Psychologe und Therapeut prozentual	33
Abbildung 4: Negative Beschreibungen der PPT	35
Abbildung 5: Positive Beschreibungen der PPT	36
Abbildung 6: Patientenbild in Psychiater- und „Irrenwitzen“ gemeinsam	38
Abbildung 7: Patientenbild getrennt nach Witzart.....	39
Abbildung 8: Patientenbild für die Symptome Wahn, Neurose, diverse Symptome	41
Abbildung 9: Symptome Patient	42
Abbildung 10: Symptome Patient getrennt nach Psychiater- und „Irrenwitzen“	44
Abbildung 11: Therapieform	45
Abbildung 12: Perspektive des Witzes	47
Abbildung 13: Vorkommen ausgewählter Themen.....	48
Abbildung 14: Kompetenzprofil der PPT 1974 versus 2009 prozentual	50

7 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Transportiertes Bild des Psychiaters/ Psychologen/ Therapeuten...	24
Tabelle 2: Transportiertes Bild des Patienten.....	25
Tabelle 3: Alter der PPT und Patienten.....	32
Tabelle 4: Kompetenzprofil Psychiater, Psychologe und Therapeut absolut....	33
Tabelle 5: Witzkategorie.....	48
Tabelle 6: Häufigkeiten vorkommender PPT und Patienten - Witzesammlung 1974 versus 2009.....	49
Tabelle 7: Kompetenzprofil der PPT 1974 versus 2009 absolut.....	50
Tabelle 8: Patientenbild 1974 versus 2009	51
Tabelle 9: Symptome Patient 1974 versus 2009.....	51
Tabelle 10: Therapieform 1974 versus 2009.....	52
Tabelle 11: Häufigkeiten (absolut) verschiedener Witzvariationen.....	53

8 Literaturverzeichnis

Abel M (2002) Humor, stress and coping strategies. *Humor* 2002; 15: 265-281.

Adriaensen K, Pieters G, De Lepeleire J (2011) Stigmatisation of psychiatric patients by general practitioners and medical students: a review of the literature. *Tijdschr Psychiatr.* 2011. 53(12): 885-94.

Angermeyer MC, Dietrich S (2006) Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand*, Mar 2006, Vol. 113 Issue 3: 163-179.

Angermeyer MC, Matschinger H (1999) Lay beliefs about mental disorders: a comparison between the western and the eastern parts of Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1999, 34 (5): 275-281.

Angermeyer MC, Matschinger H (2003) Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, Sept. 2003, 38(9): 526-534.

Angermeyer MC, Matschinger H (2005) Have there been any changes in the public's attitudes towards psychiatric treatment? Results from representative population surveys in Germany in the years 1990 and 2001. *Acta Psychiatr Scand* 111: 68–73.

Apter JM (1989) *Reversal Theory: Motivation, Emotion and Personality*. Routledge, London, New York.

Apter JM, Smith KCP (1977) Humor and the Theory of Psychological Reversals. In: Chapman AJ, Foot HC: *It's a funny thing, humour*. Pergamon Press, Oxford, New York, Toronto, Sydney, Paris, Frankfurt, S. 95-100.

Aristoteles (2008) *Poetik*. Flashar H (Hrsg.): *Aristoteles Werke in deutscher Übersetzung*, Band 5, *Poetik*. Übersetzt und erläutert von Schmitt A, Akademie Verlag GmbH, Berlin.

Attardo S (1994) *Linguistic theories of humor*. Mouton de Gruyter, Berlin, New York.

Attardo S (1996) Humor. In: Verschueren J, Östmann JO, Blommaert J, Bulcaen C: *Handbook of pragmatics*. John Benjamins Pub Co.

Attardo S, Raskin V (1991) Skript theory revis(it)ed: joke similarity and joke representation model. In: *Humor: International Journal of Humor Research*, Vol 4 (3-4): 293-347.

Balon R, Franchini GR, Freeman, Freeman PS, Hassenfeld IN, Keshavan MS, Yoder E (1999) Medical students' attitudes and views of psychiatry, 15 years later. *Academic Psychiatry* 23: 30-36.

Baumann A, Zäske H, Decker P, Klosterkötter J, Maier W, Möller HJ, Gaebel B (2007) Veränderungen in der sozialen Distanz der Bevölkerung gegenüber schizophren Erkrankten in 6 deutschen Großstädten. Ergebnisse einer repräsentativen Telefonbefragung 2001 und 2004. *Der Nervenarzt*, 78(7): 787-795.

Benkert O, Graf-Morgenstern M, Hillert A, Sandmann J, Ehmig S, Weissbecker H, Kepplinger H, Sobota K (1997) Public opinion on psychotropic drugs: An analysis of the factors influencing acceptance or rejection. *J Nerv Ment Dis* 1997,185: 151–158.

Bergson H (1972) *Das Lachen - Ein Essay über die Bedeutung des Komischen*. Verlags AG Die Arche, Zürich.

Berlyne DE (1960) *Conflict, arousal, and curiosity*. McGraw-Hill Book Company, Inc., New York, Toronto, London.

Berlyne DE (1972) Humor and its Kin. In: Goldstein JH, McGhee PE (Hrsg.) *The Psychology of Humor- Theoretical Perspectives and Empirical Issues*. Academic Press, New York, London. S. 43-60.

Bibliographisches Institut GmbH (2014) Dudenverlag, Duden URL: http://www.duden.de/rechtschreibung/Humor_Stimmung_Frohsinn, Stand: 05.02.2015, URL: <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/witz>, Stand: 05.02.2015.

Bremer BA, Foxx RM, Lee M, Lykins D, Mintz VR, Stine E (2001) Potential clients' beliefs about the relative Competency and caring of psychologists: Implications for the profession. *J Clin Psychol*, Dec 2001, 57(12): 1479-1488.

Bühren A, Voderholzer U, Schulte M (2008) Psychische Erkrankungen. Alle Fachgebiete sind gefordert. *Deutsches Ärzteblatt*, PP 7, Mai 2008, S.207.

Bühring P (2003) Grenzverletzungen in der Psychotherapie. Tabuisierung fördert die Täter. *Deutsches Ärzteblatt*, Jan 2003, S.18.

Bundesärztekammer (2010) *Ärztliche Versorgung. Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2010*. Berlin. URL: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/taetigkeit2010_03.pdf. Stand: 10.2.2012.

Burghofer K (2000) *Das Image von Psychologen bei Medizinern*. Inaugural-Dissertation. Philosophische Fakultät II der Universität Regensburg. Regensburg 2000.

Chapman AJ (1976) Social aspects of humorous laughter. In: Chapman AJ, Foot HC (Hrsg.) Humour and laughter. Theory, research and applications. London, New York, Sydney, Toronto: John Wiley & Sons, S. 155-186.

Chapman AJ (1983) Humor and laughter in social Interaction and some Implications for humor research. In: McGhee PE, Goldstein JH (Hrsg.) Handbook of humor research, Volume I, Basic Issues. New York, Berlin, Heidelberg, Tokio: 135-157.

Chapman AJ, Foot HC (Hrsg.) (1976) Humour and laughter. Theory, research and applications. John Wiley & Sons, London, New York, Sydney, Toronto.

Chun Nam Mak B, Liu Y, Deneen CC (2012) Humor in the workplace: A regulating and coping mechanism in socialization. *Discourse & Communication* 6(2): 163–179.

Crisp AH, Gelder MG, Goddard E, Meltzer H. (2005) Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*. 2005 Jun, 4(2):106-13.

Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ (2000) Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry*. 2000 Jul, 177: 4-7.

Cross-National Collaborative Group (1992) The changing rate of major depression: Cross-national comparisons. *Journal of the American Medical Association*; 268: 3098-3105.

Corrigan PW, Rüsch N (2002) Mental illness stereotypes and clinical care: Do people avoid treatment because of stigma? *Psychiatric Rehabilitation Skills* 6(3): 312-334.

Damjanović A, Vuković O, Jovanović AA, Jašović-Gašić M (2009) Psychiatry and movies (Review article). *Psychiatria Danubina*, Vol. 21(2): 230–235.

Darwin C (2000) *Der Ausdruck der Gemütsbewegungen bei dem Menschen und den Tieren*. Kritische Ed. Einl., Nachw. und Komm. von Ekman P, Übers. von Victor J, Enderwitz C und U; Eichborn, Frankfurt am Main.

Davies C (2005) *Jokes and groups*. The Institute for Cultural Research. Antony Rowe Ltd. Eastbourne. URL: <http://www.i-c-r.org.uk/publications/monographarchive/Monograph47.pdf>, Stand: 01.05.2012.

Davis JA (1961) Compositional effects, role systems and the survival of small discussion groups. *The Public Opinion Quarterly*, 25(4): 574-584.

DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2015) ICD-10-GM Version 2015- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme- 10. Revision- German

Modification- Version 2015, URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2015/index.htm>, Stand 08.02.2015.

Doris J, Fierman E (1956) Humor and anxiety. *J Abnorm Psychol.*, Vol 53(1): 59-62.

Dreier M (2003) Wiederkehrende Muster in Witzen. *Visionen*. Dez/Januar 02/03, S.21-23, URL: <http://www.vis.ethz.ch/de/visionen/pdfs>. Stand: 22.2.2012.

Duchowny MS (1983) Pathological disorders of laughter. In: McGhee PE, Goldstein JH (Hrsg.) *Handbook of humor research. Volume II, Applied studies*. Springer Verlag, New York, Berlin, Heidelberg, Tokio: 89-108.

Ehrle RA, Johnson BG (1961) Psychologists and cartoonists. *Am Psychol*, 16. Issue 11: 693–695.

Eysenck HJ (1942) The Appreciation of Humour: An Experimental and Theoretical Study. *Br J Psychol. General Section*, 32(4): 295-309.

Eysenck HJ (1943) An Experimental Analysis of Five Tests of "Appreciation of Humor. *Educational and Psychological Measurement* 3: 190-217.

Falkenberg I (2012) Humortraining mit psychiatrischen Patienten. In: Wild B (Hrsg.) *Humor in Psychiatrie und Psychotherapie*. Schattauer Stuttgart.

Fine GA (1983) Sociological approaches to the study of humor. In: McGhee PE, Goldstein JH (Hrsg.) *Handbook of humor research, Volume I, Basic Issues*. Springer Verlag, New York, Berlin, Heidelberg, Tokio: 159-181.

Fond G, Capdevielle D (2011) Psychiatry has to take care of its image on-screen. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2011;13(5).

Ford TE, Ferguson MA, Brooks JL, Hagadone KM (2004) Coping sense of humor reduces effects of stereotype threat on women's math performance. *Pers Soc Psychol Bull*; 30: 643-653.

Franz M, Dilo K, Schepank H, Reister G (1993) Warum „Nein“ zur Psychotherapie? *Psychother Psychos Med Psychol* 43: 278–28.

Fresán A, Robles-García R, de Benito L, Saracco R, Escamilla R (2010) Development and psychometric properties of a brief instrument to measure the stigma of aggressiveness in schizophrenia. *Actas Esp Psiquiatr*. Nov/Dec 2010. 38(6): 340-344.

Freud S (1912) *Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten*. 2. Aufl. Franz Deuticke, Leipzig, Wien.

Gaebel W, Wölwer W (2010) Schizophrenie. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.) Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 50, Berlin 2010.

Galanter M (1998) The faces of mistrust: The images of lawyers in public opinion, jokes and political discourse. *University of Cincinnati Law Review* 66(3): 805–845.

Galanter M (2002) Changing legal consciousness in America in the view from the joke corpus. *Cardozo Law Review* 23(6): 2223–2240.

Gharaibeh NM (2005) The psychiatrist's image in commercially available American movies. In: *Acta Psychiatr Scand*, 111. Blackwell Munksgaard: 309-319.

Glaeske G, Schicktanz C (2011) BARMER GEK Arzneimittelreport 2011. BARMER GEK (Hrsg.) Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 8. Asgard-Verlag, St. Augustin.

Grambow H (2009) Psychotische Ersterkrankungen. Möglichkeiten der Behandlung und Vermeidung von Chronifizierung. Diplomica Verlag GmbH, Hamburg.

Grotjahn M (1974) Vom Sinn des Lachens. Psychoanalytische Betrachtungen über den Witz, das Komische und den Humor. Kindler Verlag GmbH, München.

Haberfellner EM, Voracek M (2004) Die Kompetenzen psychosozialer Professionen aus Patientensicht. *Psychother Psychosom Med Psychol* 54: 155–160.

Hagleitner J, Eggerth A (2009) Versorgung mit Psychotherapie und Psychopharmaka. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich ÖBIG, Wien 2009.

Hellinger M, Bierbach C (1993) Eine Sprache für beide Geschlechter, Richtlinien für einen nicht-sexistischen Sprachgebrauch. Mit einem Vorwort von Irmela Neu-Altenheimer. Deutsche UNESCO-Kommission (Hrsg.) Bonn.

Hesse H (1974) *Der Steppenwolf*, Suhrkamp Verlag GmbH, URL: <http://books.google.de/books?hl=de&id=lwpmAAAAMAAJ&focus=searchwithinvolume&q=h%C3%B6here+humor>, Stand: 05.02.2015.

Hilgenberg D (2004) Lachen ist nicht nur lustig - Die soziale und kulturelle Funktion von Komik. Südwestrundfunk, SWR2 Wissen, 19. Mai 2004
URL: http://www.michael-titze.de/content/de/radio_tv/radio_tv_023.html, Stand: 10.12.2009.

Hinz A (2003) Frauen- und Männerbilder in Witzen. Eine qualitative Inhaltsanalyse. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 34(1): 37-45.

Hobbes T (2007) Der Leviathan. Nach der ersten dt. Übers. vollst. neu überarb. von Kilian K. Anaconda Verlag GmbH, Köln.

Holzinger A, Matschinger H, Drexler V, Angermeyer MC (2010) „Was denken Sie was ein Psychiater macht? ... Und was denken Sie macht ein Psychotherapeut?“. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung bei der Wiener Bevölkerung. Psychiat Prax 2010; 37(7): 329-334.

Horwitz AV, Wakefield JC (2007) The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder. Oxford: Oxford University Press.

Institut für Demoskopie Allensbach (2011) Ärzte weiterhin vorn- Pfarrer verlieren deutlich an Ansehen. Allensbacher Berufsprestige- Skala 2011, Allensbach am Bodensee. URL: http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsdocs/prd_1102.pdf Stand: 20.2.2012.

Jörg M, Fegert (Hrsg.) (2012) Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. 2. Aufl. Berlin, Springer Verlag, New York, Berlin, Heidelberg, Tokio.

Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, Wang P, Wells KB, Zaslavsky AM (2005) Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. N Engl J Med 2005; 352: 2515-2523.

Koestler A (1966) Der Göttliche Funke. Der schöpferische Akt in Kunst und Wissenschaft. 1.Aufl. Scherz Verlag, Bern, München.

Kotthoff H (1998) Spaß verstehen: Zur Pragmatik von konversationellem Humor. Max-Niemayer Verlag, Tübingen 1998.

Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W (2002) Public attitude to compulsory admission of mentally ill people. Acta Psychiatr Scand. 2002 May;105(5): 385-389.

Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W (2005) Einstellung der Allgemeinbevölkerung gegenüber Psychotherapie, Neuropsychiatrie, 19(2): 59–64.

Lauer W (1974) Humor als Ethos – Eine moralpsychologische Untersuchung. Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien.

Levine J, Redlich FC (1960) Intellectual and emotional factors in the appreciation of humor. J Gen Psychol., 62: 25-35.

Lindenhorst S (2009) Der Witz als Abweichung von der Normalität. Wissenschaftlicher Aufsatz. Grin Verlag.

Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA (1999) Public Conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness and social distance. *Am J Public Health*, Sep 1999, 89(9): 1328-1333.

Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC (2001) Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness. *Psychiatr Serv* 2001, 52: 1621–1626.

Lopez A, Murray C (1998) The global burden of disease, 1990–2020. *Nat Med*, Nov.1998, 4(11): 1241-1243.

Lütz M (2012) "Wir dämonisieren, was uns unheimlich ist". *Ärzte Zeitung*, 06.02.2012, *Ärzte Zeitung Verlags-GmbH*;
URL: <http://www.aerztezeitung.de/panorama/article/803747/wir-daemonisieren-uns-unheimlich.html>, Stand: 02.06.2012.

Martineau WH (1972) A Model of the social functions of humor. In: Goldstein JH, McGhee PE (Hrsg.) (1972) *The Psychology of Humor. Theoretical perspectives and empirical issues*. Academic Press, New York, London.

McDonald A, Walter G (2001) The portray of ECT in American movies. *J ECT*. 2001 Dec;17(4): 264-274.

McGhee PE (1971) Development of the humor response. A review of the literature. In: Deese J (Ed.): *Psychological Bulletin* 76: 328-348.

McGhee PE (2012) Humor als Copingstrategie. Das 7-Humor-Habits-Trainingsprogramm 7HHP. In: Wild B. (Hrsg.) (2012) *Humor in Psychiatrie und Psychotherapie*. Schattauer, Stuttgart.

Meckel M (2010) *Brief an mein Leben: Erfahrungen mit einem Burnout*, Rowohlt Verlag, Reinbek

Melzer G (o.J.) Zitate, *Zitate-Online.de*, URL: http://www.zitate-online.de/literatur_zitate/allgemein/1819/was-man-ernst-meint-sagt-man-am-besten-im-spass.html, Stand: 05.02.2015.

Monahan J (1992) Mental disorder and violent behavior. Perceptions and evidence. *Am Psychol*, Vol 47(4): 511-521.

Morgan G (2006) Why people are reluctant to see a psychiatrist. *Psychiatr Bull* 30: 346–347.

Nuber U (1987) Psychologie heute. Ergebnisse einer Leserumfrage. *Psychologie heute*, 14 (7): 52-57.

Nunnally J, Kittross J M (1958) Public attitudes toward mental health professions. *Am Psychol*, Vol 13(10): 589-594.

Norrick NR, Spit A (2006) Entwaffnend komisch - Der Einsatz von Humor als Deeskalationsstrategie in Konfliktgesprächen. *magazin forschung* 1/2006, S.14-21.

Perr IN (1973) The World of Humor, medicine, psychiatry and the law. *J. Psychiatry & L.* 493: 493-498, URL: <http://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/jpsych1&div=54&id=&page=>, Stand: 20.2.2012.

Peters UH, Peters J (1974) *Irre und Psychiater. Struktur und Soziologie des Irrenwitzes.* Kindler Verlag GmbH, München.

Richardson P, Handal P (1995) The public's perception of psychotherapy and counseling. Differential views on the effectiveness of psychologists, psychiatrists and other providers. *J Contemp Psychother* 25: 367–385.

Richter D (2008) Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. In: Abderhalden C, Needham I, Schulz M, Schoppmann S, Stefan H (Hrsg) (2008). *Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery.* Ibicura Unterostendorf, S.351-362.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2011): *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie. „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“.* Berlin 2011

Romppel M (1999) Das Internet und die Psychologie: Eine Befragung im World Wide Web zum Image der Psychologie. In: Rietz I, Kliche T, Wahl S (Hrsg.) *Das Image der Psychologie. Empirie und Perspektiven zur Fachentwicklung.* Pabst, Lengerich, S.65–86.

Rosentritt M (2009) *Sebastian Deisler - Zurück ins Leben. Die Geschichte eines Fußballspielers,* Edel Verlag, Hamburg.

Rothbart MK (1973) Laughter in young children. *Psychol Bull* 80 (3): 247-256.

Ruch W (1992) Assessment of Appreciation of Humor. Studies With the 3 WD Humor Test. In: Butcher JN, Spielberger CD (Hrsg.) *Advances in Personality Assessment (Vol.9),* Lawrence Erlbaum Associates. Hillsdale, New Jersey: 27-75.

Ruch W (1993) Die Emotion Erheiterung: Eine Übersicht über den Forschungsgegenstand. In: Montada L (Hrsg.), *Bericht über den 38. Kongress der DGfPs in Trier 1992.* Hogrefe, Göttingen: 277-285.

Ruch W (1998) *The Sense of humor. Exploration of a personality characteristic.* Mouton de Gruyter, Berlin, New York.

Ruch W (2001) The Perception of humor. In: Kaszniak A (Ed.) Emotion, qualia, and the consciousness. World Scientific Publishing, Singapore, NJ, London: 410- 425.

Ruch W (2008-2011) Humor appreciation and personality: The 3 WD studies. URL: <http://www.research-projects.uzh.ch/p12221.htm>, Stand: 05.02.2015.

Schmidt-Hidding W (1963) Europäische Schlüsselwörter. Wortvergleichende und wortgeschichtliche Studien, Band 1, Humor und Witz. Max Hueber Verlag, München.

Schopenhauer A (1888) Die Welt als Wille und Vorstellung. In: Lütkehaus L (Hrsg.): Arthur Schopenhauers Werke in fünf Bänden. Bd.1. Haffmans Verlag AG, Zürich.

Schulz H, Barghaan D, Harfst T, Koch U (2008) Psychotherapeutische Versorgung. Robert Koch Institut; Statistisches Bundesamt (Hrsg.) Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41, Berlin.

Schütz K-O (1963) Witz und Humor. In: Schmidt-Hidding W: Europäische Schlüsselwörter. Wortvergleichende und wortgeschichtliche Studien, Band 1, Humor und Witz. Max Hueber Verlag, München: 174-244.

Schweizer WR (1964) Der Witz. Francke Verlag, Bern, München.

Sonnenmoser M (2008) Image von Psychotherapeuten. Das „Psycho“-Stereotyp ist männlich. In Ärzteblatt.de, PP7, Ausgabe März 2008: 112. URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/59299/Image-von-Psychotherapeuten-Das-Psycho-Stereotyp-ist-maennlich>, Stand: 07.02.2015

Spencer H (1860) The Physiology of laughter. [First published in Macmillan's Magazine for March 1860.] In: (Spencer H) Essays: Scientific, Political, and Speculative. 1891, Vol. 2, Library Ed. Williams and Norgate, London.

Strafgesetzbuch, Neugefasst durch Bekanntmachung v. 13.11.1998 (BGBl. I S. 3322); zuletzt geändert durch Art. 8 des Gesetzes vom 08.04.2013 mit Wirkung v. 02.05.2013; URL: <http://www.stgb.de/174c.html>, Stand: 05.01.2015.

Strebel B, Obladen M, Lehmann E, Gaebel W (2000) Einstellungen von Studierenden der Medizin zur Psychiatrie. Eine Untersuchung mit einer in das Deutsche übersetzten, erweiterten Version des ATP-30. Nervenarzt 2000, 71: 205–212.

Suls JM (1972) A Two-Stage model for the appreciation of jokes and cartoons. An information-processing analysis. In: Goldstein JH, McGhee PE. The psychology of humor. Theoretical perspectives and empirical issues. Academic Press New York, London: 81-100.

Suls JM (1983) Cognitive process in humor appreciation. In: McGhee PE, Goldstein JH (Hrsg.) Handbook of humor research, Volume I, Basic Issues. Springer Verlag, New York, Berlin, Heidelberg, Tokio: 39-57.

Sydow K von (1998) Typisch Psycho?. *Psychologie Heute*, 25 (12): 64-69.

Sydow K von (2007) Das Image von Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiatern in der Öffentlichkeit, Ein systematischer Forschungsüberblick. In: *Psychotherapeut*, Vol. 52 (5): 322-333.

Sydow K von, Henning T, Reimer C (1998a) Stereotypes of psychotherapists. A content-analytical study of medical and psychology students. *Int J Psychother* 3: 165–182.

Sydow K von, Reimer C (1998) Attitudes towards psychotherapists, psychologists, psychiatrists, and psychoanalysts. A meta-content-analysis of 60 studies published between 1948 and 1995. *Am J Psychother* 52: 463–488.

Sydow K von, Reimer C (1999) Die Öffentlichkeit und Die „Psychos“: Empirische Daten über das Public Image einer Gattung. In: Rietz I, Kliche T, Wahl S (Hrsg) *Das Image der Psychologie: Empirie und Perspektiven zur Fachentwicklung*. Pabst, Lengerich: 131–147.

Sydow K von, Weber A, Reimer C (1998b) „Psychos“ in den Medien: Eine Analyse der Titelbilder von acht deutschen Zeitschriften aus dem Zeitraum von 1947 bis 1995. *Psychotherapeut* 43: 80–91.

Szabo A, Ainsworth SE, Danks PK (2005) Experimental comparison of the psychological benefits of aerobic exercise, humor, and music. *Humor* 2005; 18: 235-246.

Szykiersky D, Raviv A (1995) The image of the psychotherapist in literature. *Am J Psychother* 49: 405–415.

Tallent N (1959) The public's concepts of psychologists and psychiatrists: A problem in differentiation. *J Gen Physiol*, 61: 281-285.

Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M (2009) Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia. A cross-sectional survey. *The Lancet*, Jan 31;373 (9661): 408-415.

Titze M (2012) Wie therapeutisch sind Lachgruppen. In Wild B (Hrsg.) *Humor in Psychiatrie und Psychotherapie*. Schattauer, Stuttgart.

Trenkle B (1994) *Das HaHandbuch der Psychotherapie: Witze - ganz im Ernst*. 1.Aufl. Carl-Auer-Systeme, Verl. und Verl.-Buchh., Heidelberg.

Twenge JM (2000) The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993. *J Pers Soc Psychol*,79 (6): 1007-1021.

Walter G (1992) The psychiatrist in American cartoons, 1941-1990. *Acta Psychiatr Scand* 85: 167–172.

Watson K (2011): Gallows humor in medicine. *Hastings Center Report*, Sept 2011, Vol. 41 (5): 37-45.

Webb AR, Speer JR (1986) Prototype of a profession: Psychology's public image. *Professional Psychology: Research and Practice*, Jg. 17(1), Feb, 1986: 5-9.

Wild B (2010) Humor und Gehirn. Neurobiologische Aspekte. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(1): 31-35.

Wild B (Hrsg.) (2012) Humor in Psychiatrie und Psychotherapie. Neurobiologie-Methoden- Praxis. Mit einem Geleitwort von Otto F.Kernberg. Schattauer GmbH, Stuttgart.

Wittchen H-U, Jacobi F, Klose M, Ryl L (2010) Depressive Erkrankungen. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.) *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Heft 51, Berlin 2010.

Wood RE, Beckmann N, Rossiter JR (2011) Management humor. Asset or liability? *Organizational Psychology Review*, Nov. 2011, Vol. 1 (4): 316-338.

Wood W, Jones M, Benjamin LT (1986) Surveying psychology's public image. *Am Psychol*, Sep 1986, Vol 41(9): 947-953.

Wundsam-Gollwitzer K (2009) *Anti-Stigma Projekte in der Psychiatrie*. GRIN Verlag, 2009.

9 Erklärung zum Eigenanteil der Dissertationsschrift

Die Konzeption der Studie erfolgte in Zusammenarbeit mit Frau Prof. Dr. Barbara Wild, Leiterin der Studiengruppe Kognitive Neuropsychiatrie an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen.

Sämtliche Datenerhebung und Auswertung wurde eigenständig durch mich durchgeführt. Für die Kategorisierung der ersten hundert Witze wurde im Anschluss an meine eigene Datenauswertung eine Abstimmung mit der Betreuerin der Studie, Frau Prof. Dr. Barbara Wild, vorgenommen.

Ich versichere, das Manuskript selbständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Tübingen, 06.03.2015

Danksagung

Mein Dank geht an Frau Prof. Dr. Wild für die Betreuung der Studie, die gute Zusammenarbeit, die Literatur- und Korrekturvorschläge und die Unterstützung für diese Arbeit.

Danke auch an meine Eltern, die mir diesen Weg ermöglicht haben und vielen Dank an diejenigen, die mich auf diesem Weg begleitet haben.