Fachhochschule Kärnten
Psychotherapeutisches Propädeutikum

# Humor und Lebenszufriedenheit – eine quantitative Studie zum Unterschied und Zusammenhang dieser Faktoren bei Psychotherapeut*innen

Katrin Strasser

## 1 Kurzfassung

Das Ziel dieser Arbeit war es, Unterschiede und Zusammenhänge von Humor und Lebenszufriedenheit von Psychotherapeut*innen zu untersuchen. Mit Hilfe des Fragebogens zur temporalen Lebenszufriedenheit (FTL), nach Ulrich Trautwein (2004b), und dem Humor-Disposition-Test (HDT), nach Jürgen Grimm (2010), konnten Humorstil, Humorfähigkeit, Humorkontrolle sowie die retrospektive, gegenwärtige und prospektive Lebenszufriedenheit erfasst werden. Insgesamt 54 (N) Psychotherapeut*innen nahmen freiwillig und ohne Entschädigung an der Studie teil. Die Fragebögen wurden per E-Mail und persönlich an Praxisgemeinschaften, Ausbildungsstätten und Institutionen versendet und ausgegeben. Während zwischen den verschiedenen Therapieschulen kein Unterschied in der Humorfähigkeit zu erkennen ist, lässt sich jedoch eine geschlechtsspezifische Unterscheidung bezüglich der aktiven Verwendung der verschiedenen Humorarten feststellen. Auch Unterschiede in Humor und Lebenszufriedenheit zwischen den psychotherapeutischen Grundorientierungen konnten erkannt werden. Weiters konnte eine positiv signifikante Korrelation zwischen Humor und Lebenszufriedenheit festgestellt werden. Umso humorvoller Psychotherapeut*innen sind, umso lebenszufriedener sind diese und vice versa.

# 2 Abstract

The aim of this work was to examine differences and connections between humor and life satisfaction of psychotherapists. With the help of the questionnaire on temporal life satisfaction (FTL), according to Ulrich Trautwein (2004b), and the humor-disposition test (HUD), according to Jürgen Grimm (2010), humor style, humor ability, humor control as well as retrospective, present and prospective life satisfaction are recorded. A total of 54 (N) psychotherapists participated in the study voluntarily and without compensation. The questionnaires were sent and handed out by e-mail and personally to practice communities, training centers and institutions. While there is no discernible difference in the humor ability between the different therapy schools, a gender-specific distinction can be established regarding the active use of the different types of humor. Differences in humor and life satisfaction between the psychotherapeutic basic orientations could also be recognized. Furthermore, a positively significant correlation between humor and life satisfaction could be determined. The more humorous psychotherapists are, the more satisfied they are with life and vice versa.

# 3 Einleitung

Humor begegnet uns jeden Tag in den unterschiedlichsten Situationen und Formen. Mit Humor haben sich schon viele große Denker*innen und Vertreter*innen unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen, wie Sigmund Freud (1992) oder Rod A. Martin (1996), beschäftigt. Humorforschung wurde in den letzten Jahrzehnten immer populärer, jedoch gibt es noch immer unerforschte Fragestellungen.

Humor leistet auch in der Psychotherapie wertvolle Dienste im Kontaktaufbau mit misstrauischen, traumatisierten oder depressiven Patient*innen (Fabian, 2015). Daher stellt sich die Frage, wie humorvoll und zufrieden Psychotherapeut*innen selbst sind. In dieser Masterthesis werden die Zusamenhänge und Unterschiede von Humor und Lebenszufriedenheit von Psychotherapeut*innen der verschiedenen Therapieschulen, welche gemäß §17 Abs. 5 des Psychotzerapiegesetzes in die Psychotherapeutenliste des Bundesministeriums eigetragen sind, untersucht.

**Fragestellung 1:**

**H1: Es besteht ein Unterschied in der Humorfähigkeit zwischen alten und neuen Therapieschulen. Die Psychotherapeut*innen der neueren Therapieschulen sind humorvoller.**

Obwohl „Der Humor" (Freud, 1927) bereits ein älteres Thema in der Psychotherapie ist, wird davon ausgegangen, dass Psychotherapeut*innen in jüngeren Schulen humorvoller sind. Historisch gesehen galt der Gebrauch von Humor im psychotherapeutischen Setting nicht immer als angebracht (Fabian, 2015).

**Fragestellung 2**

**Hypothese 1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen Humor und Lebenszufriedenheit bei Psychotherapeut*innen. Umso humorvoller die Psychotherapeut*innen, umso lebenszufriedener sind diese und vice versa.**

Humor wirkt sich auf Kommunikationssituationen und Beziehungen massiv aus (Grimm, 2014). Zwei Variablen, die in der Psychotherapie von großer Bedeutung sind und sich auf den Therapieerfolg auswirken. Deshalb wird davon ausgegangen, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen Humor und

Lebenszufriedenheit von Psychotherapeut*innen gibt, da beide als positive Emotion gelten. Hierbei werden die Humorfähigkeit und die gegenwärtige Lebenszufriedenheit beleuchtet.

**Fragestellung 3:**

**H1: Im Vergleich der vier psychotherapeutischen Grundorientierungen findet man wesentliche Unterschiede in Humor und Lebenszufriedenheit von Psychotherapeut*innen.**

Da sich die inhaltliche Ausrichtung der vier Grundorientierungen der Psychotherapie teilweise deutlich unterscheiden, wird davon ausgegangen, dass die Psychotherapeut*innen auch einen unterschiedlichen Bezug zu Humor und Lebenszufriedenheit haben.

**Fragestellung 4:**

**H1: Es gibt signifikante Unterschiede bei den Geschlechtern in der aktiven Verwendung der Humorarten.**

Aus der Literatur geht hervor, dass Frauen historisch gesehen wesentlich zurückhaltender in der Verwendung von Humor sind. Aus diesem Grund wird angenommen, dass sich hier ein deutlicher Unterschied in der aktiven Verwendung der unterschiedlichen Humorarten ergibt.

> Die Frau in Psychotherapie: „Küssen Sie mich."
> Der Therapeut: „Nach der strengen analytischen Regel dürfte ich eigentlich nicht mal neben Ihnen liegen." (Propach, 2021)

Im ersten Teil dieser Masterarbeit wurde die zugrundeliegende Theorie zusammengefasst. Im ersten Kapitel „Psychotherapie" wird genauer auf die Psychotherapie, deren Ausbildung, Abgrenzung zu anderen Hilfsangeboten und den unterschiedlichen Orientierungen eingegangen. Wichtig war es, den Gründungszeitraum jedes Psychotherapieverfahrens herauszufiltern, da dies ein zentraler Punkt zur Überprüfung einer der Hypothesen war. Im zweiten Kapitel „Psychotherapie und Humor" wird die Anwendung von Humor in der Psychotherapie genauer beleuchtet. Im darauffolgenden Kapitel „Humor" wird auf die Definition, den Unterschied zwischen den Geschlechtern in Bezug auf Humor, die unterschiedlichen Arten und Stile von Humor und der Humorfähigkeit sowie der

Humorkontrolle eingegangen. Abschließend wird im letzten Kapitel des Theorieteils das Thema Lebenszufriedenheit genauer beleuchtet. Im zweiten Teil dieser Masterthesis werden das Studiendesign, die Teilnehmer*innen, die Materialien, die Vorgehensweise und die Art der Analyse vorgestellt. Darauf folgt der Ergebnisteil und abschließend die Diskussion, in der erfasst wird, ob die Hypothesen durch die Forschungsergebnisse gestützt werden. Auch auf Stärken und Einschränkungen der Studie wird im letzten Kapitel eingegangen. Um die Inhalte dieses doch sehr „ernsten" Themas ein wenig aufzulockern und anschaulicher zu machen, wurde diese Masterarbeit mit Wortwitzen versehen.

> „Wenn beim Lesen eines Buchs über Humor zu viel gelacht wird, ist es ein schlechtes Buch. Wenn überhaupt nicht gelacht wird, ist es ein noch schlechteres." (Fabian, 2015)

# 4 Theorie

In diesem Abschnitt der Masterthesis wird zunächst auf die Erläuterungen und Begriffserklärungen der Psychotherapie, des Humors und der Lebenszufriedenheit eingegangen sowie die Bedeutung des Humors für Psychotheurapeut*innen. In den Unterkapiteln wird ein genauerer Umriss des theoretischen Hintergrunds gegeben.

## 4.1 Psychotherapie

Die Psychotherapie ist mittlerweile unverzichtbarer Bestandteil der Gesundheitsversorgung in Österreich (Kierein & Sagl, 2003). In nachfolgenden Unterkapiteln wird die Psychotherapie und deren unterschiedliche Orientierungen erläutert.

### 4.1.1 Was ist Psychotherapie?

Psychotherapie ist eine gesetzlich geregelte Ausbildung und gilt als Heilverfahren im Gesundheitsbereich. Durch wissenschaftliche Methoden soll ein gelingenderes Leben erarbeitet und erreicht werden. Entlastung und Hilfe gibt die Psychotherapie bei der Bewältigung von psychischen, psychosomatischen oder psychosozialen Symptomen. Ziel ist es, Verhaltensstörungen und Leidenszustände zu mildern oder zu beseitigen, um persönliche Weiterentwicklung zu fördern und zu ermöglichen. Durch eine wissenschaftlich fundierte und von fachlich qualifizierten Personen begleitete Ausbildung unterscheidet sich die Psychotherapie von der Esoterik, spirituellen oder religiösen Seminaren und Fortbildungswochenenden (Jansky-Denk, Sagl, & Weiss, 2014). Psychotherapie vermindert Symptome, verändert gestörtes

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/07/strasser-humor-und-lebenszufriedenheit-avm-publications-2022-07-11.pdf

Verhalten, bearbeitet Konflikte und hilft bei der Entwicklung der Persönlichkeit. Aus diesem Grund benötigt jede psychotherapeutische Methode eine Ätiologie, Persönlichkeits- und Entwicklungstheorie, eigene Therapietheorien bezüglich des Prozesses, der Therapiebeziehung, der Technik und der Methodik, sowie einer zugrundeliegenden anthropologischen Annahme. Durch Psychotherapieforschung werden Methoden hinterfragt, belegt und weiterentwickelt. Die Psychotherapie hat sich aus unterschiedlichen Wissenschaften zu einer eigenständigen Disziplin entwickelt. Ihre Wurzeln liegen in der Psychologie, Medizin, Pädagogik und einigen mehr (Stumm & Pritz, 2000).
Die Ausbildung zum/zur Psychotherapeuten*in bis hin zu den Voraussetzungen zur Ausübung sind im Psychotherapiegesetz (PthG) verankert: zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie müssen das Psychotherapeutische Propädeutikum (allgemeiner Teil) sowie im Anschluss darauf das Fachspezifikum (besonderer Teil) absolviert worden sein und nachgewiesen werden können.

### 4.1.2 Orientierungen der Psychotherapie

Psychotherapie wird in vier Grundorientierungen unterteilt, die wiederum aus den verschiedenen Verfahren bestehen. Dieses Kapitel zeigt einen kurzen Überblick über Orientierungen und deren Verfahren auf. Alle Orientierungen bzw. Methoden sind eine Hilfestellung zu einem gelingenderen Leben.

> Ein Mensch fragt: „Wo geht es hier zum Bahnhof?"
> Es antwortet…
> …der Gesprächstherapeut: „Sie wissen nicht, wo der Bahnhof ist und das macht Sie nicht nur traurig, sondern auch ein Stück weit wütend."
> …der Tiefenpsychologe: „Sie wollen verreisen?"
> …der Psychoanalytiker: „Sie meinen dieses lange dunkle Gebäude, wo die Züge immer rein und raus, rein und raus… fahren?"
> …der Gestalttherapeut: „Du, lass das voll zu, dass Du zum Bahnhof willst."
> …der Verhaltenstherapeut: „Heben Sie den rechten Fuß, schieben Sie ihn vor, setzen Sie ihn jetzt auf. Sehr gut. Hier haben Sie ein Bonbon."
> …der systemische Familientherapeut: „Was glauben Sie, denkt Ihre Schwester, was Ihre Eltern fühlen, wenn die hören, dass Sie zum Bahnhof wollen?"
> …der Kurzzeittherapeut: „Stellen Sie sich vor: plötzlich geschieht ein Wunder und Sie sind schon am Bahnhof. Was ist anders dadurch?"
> …der Psychodramatherapeut: „Zum Bahnhof. Fein. Das spielen wir mal durch. Geben Sie mir Ihren Hut, ich gebe Ihnen meine Jacke und dann…"
> …der NLP-ler: „Schließen Sie die Augen, stellen Sie sich vor: eine Blume am Rande eines Weges…"

…der humanistische Psychotherapeut: „Wenn Du da wirklich hinwillst, wirst Du den Weg auch finden." (Propach, 2021)

#### 4.1.2.1 Psychodynamische Orientierung

Die Psychodynamische Orientierung unterteilt sich in die Gruppe der Psychoanalytischen und Tiefenpsychologisch fundierten Verfahren und ihre verschiedenen Methoden. Der Schwerpunkt der Psychodynamischen Orientierung liegt auf dem Unbewussten und dem Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomen (Kierein & Sagl, 2003). Die Psychoanalyse, begründet um 1900 von Sigmund Freud, entwickelte sich von der Behandlung hysterischer und psychoneurotischer Symptome von Patient*innen zur umfassenden Theorie über Menschen mit einer detaillierten Vorstellung der Funktionsweise der menschlichen Psyche und einer triebtheoretischen Entwicklungspsychologie. Im Fokus der menschlichen Psyche stehen hierbei die unbewussten seelischen Konflikte und die kindliche Sexualität. Die psychoanalytischen sowie die tiefenpsychologischen Methoden sind der Psychoanalyse abgeleitet. Die tiefenpsychologische Psychotherapie, als ein Oberbegriff einer eigenen Verfahrensgruppe, wurde erst 1967 als solche eingeführt. Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie unterscheidet sich zur analytischen durch den Einbezug von kognitiven, edukativen, suggestiven, imaginativen und störungsspezifischen Techniken (Wöller & Kruse, 2015). Zu den Psychoanalytischen Verfahren zählen die Analytische Psychologie (AP), die Gruppenpsychoanalyse (GP), die Individualpsychologie (IP), die Psychoanalyse (PA) und die Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie (PoP) (Kierein & Sagl, 2003).

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." (Propach, 2021)

Die Analytische Psychologie (AP) ist das Werk von Carl Gustav Jung (1875-1961), einem Schweizer Psychiater. Er begründete seine Theorie 1915 nach dem Bruch mit Sigmund Freud. Die Psyche wird in der Analytischen Psychologie als dynamische Mischung aus unbewussten und bewussten gesunden sowie krankhaften Teilen angesehen, die in der Kindheit entstanden sind. Psychisches und psychosomatisches Leiden werden durch die Psychotherapie hervorgebracht, aufgesucht, miteinander ertragen und bearbeitet, um persönliches Wachstum zu fördern (Jung,

1946). Trigant Burrow (1875-1950) gilt als Gründervater der Gruppenpsychoanalyse (GP). Er legte die Grundpfeiler und die Basis für die Gruppenpsychoanalyse in seinen ersten veröffentlichten Aufsätzen 1925-1928. Sein Interesse galt dem Zusammenhang der individuellen psychischen Dynamik mit der damit verbundenen gesamtgesellschaftlichen Strukturierung. Damit hat er die Öffnung der dyadischen Psychoanalyse in ein Gruppensetting geschaffen (Sandner, 2013). Als zweitälteste Psychotherapieschule ging durch den Arzt Alfred Adler (1870-1937) die Individualpsychologie (IP) hervor. Sie erfuhr ihren Ursprung in den 1920er Jahren und beinhaltet das Deuten und Bewusstmachen von unbewusstem und bewusstem psychischem Erleben (Brunner & Titze, 1995). Als Begründer der Psychoanalyse (PA) gilt der Arzt Sigmund Freud (1856-1939). Die Psychoanalyse befasst sich mit unbewussten Motiven des menschlichen Verhaltens und der Entstehung von psychischen und psychosomatischen Störungen sowie deren Aufrechterhaltung und wurde Ende des 19. Jahrhundert entwickelt (Freud, 1926). Auch die Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie (PoP) fand ihre Anfänge in der klassischen Psychoanalyse und dem analytischen Wissen nach Sigmund Freud. Ihre wichtigsten Inhalte sind die Beziehung als Interaktion sowie die Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik (Kierein & Sagl, 2003).

Autogene Psychotherapie (ATP), Daseinsanalyse (DA), Dynamische Gruppenpsychotherapie (DG), Hypnosepsychotherapie (HY), Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP), Konzentrative Bewegungstherapie (KBT) und Transaktionsanalytische Psychotherapie (TA) werden der Tiefenpsychologisch fundierten Orientierung zugeordnet (Kierein & Sagl, 2003). Autogene Psychotherapie (ATP) besteht seit 1926 und wurde von Johannes Heinrich Schultz entwickelt. In den Psychotherapiesitzungen der Autogenen Psychotherapie laufen sogenannte intrapsychische Rückstellungsmechanismen ab, die einen gesunden Zustand des/der Patienten*in wiederherstellt. Der Ursprung der Daseinsanalyse (DA) geht vom Philosophen Martin Heidegger (1889-1976) aus. Ludwig Binswanger (1881-1966) gilt als der Begründer der daseinsanalytischen Psychiatrie, der von der Arbeit Heideggers beeinflusst war. Erst 1970 wurde die Schweizerische Gesellschaft für Daseinsanalyse gegründet (Stumm & Pritz, 2000). In den 1950er Jahren wurde die Dynamische Gruppenpsychotherapie (DG) vom Psychiater Raoul Schindler (1923-2014) entwickelt. Diese gilt als ganzheitliches Verfahren und bedient sich gruppenbezogener und -dynamischer Methoden unter Einbezug von tiefen- und sozialpsychologischen

Denkmodellen. Der Psychiater Milton Hyland Erickson (1901-1980) prägte die Hypnosetherapie (HY) maßgeblich. Obwohl die Hypnosetherapie erst sehr spät als Psychotherapieverfahren anerkannt wurde, lässt sich ihre Entstehung auf die frühen 1940er Jahre zurückführen. Hierbei wird das Unbewusste nicht nur als unterdrückter Bereich von Konflikten angesehen, sondern als Ressourcenquelle (Kierein & Sagl, 2003). Ein weiteres tiefenpsychologisches Verfahren stellt die Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP) dar. Sie wurde vom Psychiater Hanscarl Leuner (1919-1996) 1954 vorgestellt. Imaginative Prozesse spielen in der Katathym Imaginativen Psychotherapie eine zentrale Rolle wobei das Bildhafte durch dessen Symbolcharakter eine vermittelnde Funktion zwischen unbewusstem und bewusstem Erleben einnimmt (Leuner, 1994). Die Konzentrative Bewegungstherapie (KBT) wurde 1958 von Helmuth Stolze (1917-2004) erstmals vorgestellt. Dieses Therapieverfahren arbeitet mit dem eigenen Körperbild in der bewussten Selbst- und Fremdwahrnehmung im Hier und Jetzt unter Einbezug der individuellen Lebensgeschichte (Stumm & Pritz, 2000). Eric Berne (1910-1970) entwickelte in den frühen 1960er Jahren die Transaktionsanalytische Psychotherapie (TA). Das Basiskonzept bilden die Ich-Zustände, Eltern-Ich, Erwachsenen-Ich und Kind-Ich, welche durch sichtbare und beobachtbare Interaktionsmuster Rückschlüsse auf die Funktion der Ich-Zustände und dem intrapsychischen Geschehen erlauben (Berne, 1981).

#### 4.1.2.2 Humanistische Orientierung

Diese Orientierung wird in die Methoden der Existenzanalyse (E), Existenzanalyse und Logotherapie (EL), Gestalttheoretische Psychotherapie (GTP), Integrative Gestalttherapie (IG), Integrative Therapie (IT), Klientenzentrierte Psychotherapie (KP), Personzentrierte Psychotherapie (PP) und Psychodrama (PD) unterteilt. Der Schwerpunkt liegt hier auf der Existenzphilosophie und der Humanistischen Psychologie (Kierein & Sagl, 2003).

In klarer Abgrenzung zu Freuds Psychoanalyse und Adlers Individualpsychologie begründete Viktor Emil Frankl (1905-1997) die Existenzanalyse (E) sowie die Existenzanalyse und Logotherapie (EL) zwischen 1926 und 1933. Diese psychotherapeutischen Richtungen sind auf eine Welt der Werte orientierte Existenz-Analyse und verfolgen das therapeutische Ziel der Sinnfindung („logos"=Sinn) (Frankl V. E., 1994). Die Gestalttheoretische Psychotherapie (GTP) wurde von Hans-Jürgen Walter (*1944) um 1979 begründet und entstammt dem gestalttherapeutischen

Verfahren nach Perls. In dieser Therapierichtung geht es darum sich auf die Erlebniswelt von Patient*innen vorbehaltlos einzulassen und ihnen zu der Fähigkeit zu verhelfen eigene Bedürfnisse äußern zu können (Walter, 1994). Das Ehepaar Fritz (1893-1970) und Laura (1905-1990) Perls und Paul Goodman (1911-1972) entwickelten in den 1940er Jahren die Integrative Gestalttherapie (IG). Diese beinhaltet einen integrativen Ansatz mit unterschiedlichen Elementen der Psychoanalyse, der Gestaltpsychologie, des Existentialismus, der Körperpsychotherapie, des *Sensory Awareness*, des Theaters, des *Modern Dance*, sozialkritische Konzepte und östliche Psychologien. Mitte der 1960er Jahre begründete Hilarion Gottfried Petzold (*1944) die Integrative Therapie (IT) und erarbeitete dadurch erstmals ein wissenssoziologisch angelegtes, systemisch strukturiertes und offenes Therapiesystem (Stumm & Pritz, 2000). Die Klientenzentrierte Psychotherapie (KP) sowie auch die Personzentrierte Psychotherapie (PP) wurden in den 1940er Jahren von Carl R. Rogers (1902-1987) begründet. Der/Die Psychotherapeut*in, als kongruente Bezugsperson, begegnet Klient*innen empathisch und bedingungsfrei, um angstfrei innere und äußere Blockaden und Inkongruenzen bearbeiten zu können und Veränderungen zu ermöglichen (Rogers, 1983). In den 1920er Jahren entwickelte Jakob Levy Moreno (1889-1974) das Psychodrama (PD) als Therapiemethode. Im Mittelpunkt stehen hierbei szenische und spielerische Darstellungen und die damit verbundene Einbeziehung und Aufarbeitung vom im Spiel Erlebtem (Moreno, 1988).

#### 4.1.2.3 Systemische Orientierung

In der Systemischen Orientierung liegt der Schwerpunkt auf Systemtheorien und dem Konstruktivismus. Zu den Methoden zählen die Neuro-Linguistische Psychotherapie (NLPt) und die Systemische Familientherapie (SF) (Kierein & Sagl, 2003). Die Neuro-Linguistische Psychotherapie (NLPt) setzt sich aus fünf Theorien und einer Grundannahme nach William James (1842-1910) zusammen: also der Annahme der sinnesspezifischen Repräsentationssysteme und Persönlichkeitsteile als Grundlage der Informationsverarbeitung und subjektiven Erlebens; durch die allgemeine Bedeutungslehre nach Alfred Korzybski (1879-1950) und die darauf aufbauende Transformationsgrammatik von Noam Chomsky (*1928); der Kybernetik von der Theorie des Geistes nach Gregory Bateson (1904-1980); der sozial-kognitiven Lerntheorie nach Albert Bandura (1925-2021); der Annahme über die grundsätzliche Zielorientierung des menschlichen Handelns von George Armitage

Miller (1920-2012) und der Grundannahme der Existenz funktional autonomer Persönlichkeitsanteilen mit bewussten und unbewussten Prozesskomponenten nach Friedrich Salomon Perls (1893-1970), Virginia Satir (1916-1988) und Milton Hyland Erickson (1901-1980). Das Curriculum für diese Ausbildung besteht seit 1986 und die Neuro-Linguistische Psychotherapie ist seit 2007 in Österreich anerkannt (Stumm & Pritz, 2000). Die Systemische Familientherapie entwickelte sich in den 1950er Jahren und ist auf den Psychiater Natham Ward Ackerman (1908-1971) zurückzuführen. Soziale Phänomene als Konstruktion der Wirklichkeit gilt als Gegenstand der Systemischen Familientherapie (Brandl-Nebehay, Rauscher-Gföhler, & Kleibel-Arbeithuber, 1998).

#### 4.1.2.4 Verhaltenstherapeutische Orientierung

Die Verhaltenstherapie (VT) als Methode soll dabei helfen angelernte psychische Probleme durch Anwendung von Lernprinzipien wieder abzulegen. Der Schwerpunkt liegt hierbei bei der empirischen Verhaltenspsychologie (Kierein & Sagl, 2003).

Die Wurzeln der Verhaltenstherapie als lerntheoretisches Konzept sind in den 1950er Jahren in England, Südafrika und den USA zu finden. Durch die „kognitive und affektive Wende" in den 1960er Jahren wurden die Theorien der Verhaltenstherapie zu einem umfassenderen Systemansatz mit multifaktoriellen Theorien. Symptome psychischer Störungen werden gezielt behandelt und erweitern somit die Handlungsfähigkeit von Patient*innen (Schorr, 1984).

## 4.2 Psychotherapie und Humor

Der Gebrauch von Humor im psychotherapeutischen Setting gilt heute als legitim, jedoch gehen die Meinungen bezüglich Indikation, Wirkung, Art, Zeitpunkt und Gefahr der Verwendung von Humor weit auseinander. In den letzten Jahren stieg die Zahl an Artikeln, Büchern und wissenschaftlichen Arbeiten zur Anwendung und Wirkung von Humor in der Psychotherapie und dieser nimmt somit einen wichtigen Stellenwert, vor allem in der Behandlung von Bindungsstörungen, ein. Humor schafft Abstand zur eigenen Pathologie, zur eigenen Person, den eigenen Schwächen und den eigenen Eigentümlichkeiten (Fabian, 2015). Humor als Phänomen der therapeutischen Arbeit kann den Zugang zu einer kreativen Symptomannahme bzw. -bearbeitung ermöglichen (Titze, 2002). So meint beispielsweise Viktor Frankl (1977), dass schamhaft besetzte und unterdrückte Körperäußerungen (z.B. Erröten oder Stottern) zwanglos wahrgenommen,

angenommen und übertrieben dargestellt werden sollten, um diese Symptome als Äußerung des Lebensdesigns gutzuheißen.

> „Selbstzweifel, Ängste und Depressionen können die natürliche Lebensfreude ersticken, so dass das Leben häufig als qualvolle Mühsal erlebt wird. Humor kann Mittel und Wege erschließen, die aus diesem Dilemma herausführen. Und zwar einfach deshalb, weil es für den Humor keine einseitigen Zwänge, keine unumstößlichen Regeln oder ehernen Gesetze gibt. Das Wesen des Humors ist in einem Freiheitsanspruch begründet, der sich über alle Zwänge hinwegsetzt. Das starre Reglement konventioneller Normen (…) wird „bedenkenlos" aufgeweicht, so dass aus der starren „Pflicht" eine spielerische „Kür" wird (…)." (Titze, 2002)

Humorvolle Menschen sind eher in der Lage Konflikte durch Perspektivenwechsel zu relativieren und begünstigen dadurch eine bessere Prognose in der Psychotherapie. Humor schafft Vertrauen und verbindet, wenn dieser gutartig eingesetzt wird, andernfalls kann er schädlich und traumatisierend sein. Bei Menschen, die traumatisierende Erlebnisse im Zusammenhang mit Humor in der Kindheit erlebt haben, ist der Einsatz von Humor im therapeutischen Setting mit Vorsicht zu verwenden, andernfalls kann es zum Widerstand gegenüber der Psychotherapie kommen (Fabian, 2015).

> „Der Sinn für Humor ist eine wertvolle Ressource, eine Begabung, die auch die Prognose einer Therapie verbessern kann. Außerdem ist Lachen lustvoll. Das gemeinsame Lachen schafft Kontakt. Besonders bei misstrauischen, paranoiden, ängstlichen, depressiven, psychosomatischen oder schwer traumatisierten Patienten, die aufgrund ihrer Lebenserfahrung Kontakt vermeiden oder sogar als „gefährlich" empfinden, leistet der Humor wertvolle Dienste (…)." (Fabian, 2015)

Humorlosigkeit wird immer als pathologisch angesehen und wird als Symptom einer Depression oder gestörter Kontaktfähigkeit angesehen. Der nonverbale (Komik durch Körpersprache) konstruktive Humor kann von den meisten psychisch beeinträchtigten und frühgestörten Menschen verstanden werden. Somit kann auch der nonverbale Humor eine therapeutische Wirkung, wie die Förderung von Beziehung und Vertrauen, erzielen. Bei der Verwendung von (verbalen) Witzen in der Psychotherapie, ist zu beachten, dass diese konstruktiv bleiben und eine konkretistische Denkstörung von Patient*innen nicht überfordert. Dabei gilt es, die Lebensgeschichte von Patient*innen zu berücksichtigen, denn oft stellt sich die Sprache der Kindheit von frühgestörten Patient*innen als verletztes Gebiet dar. Befand sich die Kommunikation im Wiederspruch zur Emotion (Doublebind-Kommunikation),

war diese ausschließlich funktional ohne jegliche Emotionsregung oder handelte es sich in der Kindheit um eine rein aggressive Art der Kommunikation (zynisch, verletzend, spöttisch), kann ein verbaler Witz den/die Patient*in überfordern und eine paranoische Abwehr auslösen. Bei der Verwendung von Humor in der Psychotherapie ist also zu beachten, dass dieser differenziert und in Abhängigkeit von Art des Humors, Diagnosen und Stabilität der Arbeitsbeziehung zwischen Patient*innen und Psychotherapeut*innen eingesetzt werden soll. Jedoch müssen auch die Gefahren, wie Verführung, Verschleierung der Aggression oder der Rivalität, von dem in der Psychotherapie angewandten Humor bewusst bleiben (Fabian, 2015).

> „Eine wichtige Qualität des Therapeuten: er muß verspielt sein, playfulness besitzen, frei sein von moralischem Denken, frei von psychiatrischem Kategoriendenken; er muß fähig sein, frei und ganzheitlich konzeptionell zu denken und auch danach leben, einen Lebensstil besitzen." (Ammon, 1984)

Anders als bei der Selbstironie, sollten unerfahrene Psychotherapeut*innen ironische Bemerkungen sowie Witze im Zusammenhang mit bindungs- oder schwergestörten Patient*innen unterlassen. Selbstironie ist jedenfalls erlaubt und zeugt von innerer Reife und kritischem Abstand zu sich selbst und erfüllt gleichzeitig eine Vorbildfunktion für Patient*innen. Denn der/die humorvolle und unkonventionelle Psychotherapeut*in steht stellvertretend für alle Kontaktpersonen, welche dem Kind als positive Identifikationsfigur bereitgestanden hat. Psychotherapie wirkt unter anderem durch unbewusste Identifikation. Aus diesem Grund ist es für die Therapieeffizienz und die eigene Weiterentwicklung von Vorteil, wenn der/die Psychotherapeut*in eine positive, humorvolle und kreative Lebenseinstellung besitzt (Fabian, 2015).
Die Hauptmerkmale der Provokativen Therapie bzw. des Provokativen Stils nach Frank Farrelly sind Humor und Herausforderungen. Durch humorvoll überspitzte Übertreibungen und paradoxe Interventionen werden selbstschädigende Anteile aufgezeigt und provoziert. Mit dem Ziel die eingenommene Opferhaltung abzulegen und Verantwortung für das eigene Leben wieder zu übernehmen. Wichtig dabei sind eine wohlwollende Grundhaltung des/der Psychotherapeuten*in und die Annahme der Sprache von Klient*innen (Höfner & Farrelly, 2001). Beispielsweise wird in der Hypnosetherapie mit humorvollen inneren Bildern gearbeitet, die sowohl einen Perspektivenwechsel als auch eine Umdeutung von subjektiven Problematiken bewirken kann. Mit liebevollem Humor können gemeinsame Lösungsgeschichten entwickelt

werden und schaffen damit Distanz zu problematischem Verhalten, wie die Geschichte von der Journalistin und Peter Hain zeigt: Die Journalistin leidet unter einer ausgeprägten Hundephobie, welche sie im alltäglichen Leben, vor allem am Heimweg, einschränkt und sie bisher mit Vermeidung oder Medikamenten kaum Verbesserung erzielt habe. Peter Hain erklärt ihr, dass es vor allem für Hunde in den letzten Jahren sehr schwierig geworden sei, Menschen Angst einzujagen und diese deswegen bereits vermehrt unter Minderwertigkeitsgefühlen und Identitätskrisen leiden. Aus diesem Grund sei die Angst der Journalistin wie eine Therapie für die Hunde und es sei fraglich, ob sie den Einsatz für das Wohlbefinden der Hunde nun aufgeben wolle und schlägt ihr vor, die Angst den Hunden gegenüber einfach zu spielen, somit sei allen geholfen. Die Angst der Journalistin habe sich durch diese humorvolle Intervention im Laufe der Zeit stetig verbessert. Im Gebrauch von therapeutischem Humor geht es also nicht darum Klient*innen mit Witzen zu unterhalten, sondern das psychologische Potential von Humor zu entwickeln und nutzbar zu machen, um eingefahrene Denk- und Verhaltensmuster zu unterbrechen. Auf Seiten des/der Psychotherapeuten*in wird in der Arbeit mit Humor die Bereitschaft vorausgesetzt, die eigene Position und Rolle aus humorvoller Distanz beleuchten und relativieren zu können. Humor ist eine empathische Fähigkeit und Haltung (Hain, 2012).

## 4.3 Humor

Da es keine einheitliche Definition von Humor in der Literatur und Wissenschaft gibt, wird im nachfolgenden Kapitel versucht unterschiedliche Ansätze von großen Denker*innen und Anhänger*innen unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen zum Thema Humor zu erläutern.

> „Kennen Sie den Unterschied zwischen einem Neurotiker, einem Psychotiker und einem Psychiater?
> Der Neurotiker baut Luftschlösser, der Psychotiker wohnt darin und der Psychiater kassiert die Miete!" (Propach, 2021)

### 4.3.1 Was ist Humor?

Der Sinn für Humor ist laut Egon Fabian (2015) „die Fähigkeit, auf komische Situationen mit (hörbarem oder stummen) Lachen zu reagieren – oder solche

Situationen selbst herzustellen. Ob die komischen Situationen real oder imaginär sind, spielt dabei keine Rolle."

Humor ist ein Coping Mechanismus für den Umgang mit ungünstigen Umständen und somit wird Humor immer wieder als eine einzigartige Kraft beschrieben (Vaillant, 1980). Humor, als kognitive und emotionale Fähigkeit, kann durch die Aspekte des Verstehens, der Wertschätzung, des Ausdrucks oder der Schaffung unterschieden werden. Das Verstehen bzw. das Humorverständnis bezieht sich auf die Tatsache, dass manche Menschen bezüglich deren Intellekts oder emotionalen Verständnisses die Bedeutung von Witzen nicht erfassen können. Unter dem Humorausdruck versteht man die qualitative oder quantitative Reaktion von Menschen auf humorvolle Reize: lautes oder leises Lachen, mit und ohne Vokalisierung oder Gesichtsreaktionen, mit wenig oder mehr Muskelsystembeteiligung. Hierbei könnten Introversions- oder Extraversionscharakteristika für die Ausdruckskraft von Humor verantwortlich sein (Hehl & Ruch, 1985). Das Lachen dient verschiedenen sozialen Funktionen: Vermittlung von emotionalen Informationen, entkrampft unangenehme Gesprächssituationen, kann jedoch auch verletzend (wie eine Waffe) eingesetzt werden, wird auch als strafendes Erziehungsmittel, also als soziales Regulativ für Menschen, die sich nicht an das gesellschaftliche Regelsystem halten, verwendet (Lachen als Disziplinarstrafe) aber kann auch zwischenmenschliche Bindungen festigen (Titze & Kühn, 2010).

Einen weiteren Aspekt stellt das Schaffen von Humor dar. Damit ist die Fähigkeit neutrale Situationen in einen lustigen Kontext zu verwandeln gemeint. Die Wertschätzung von Humor bezieht sich auf das eigene Erleben von Heiterkeit und Fröhlichkeit durch Humor und in der Vielfalt von Humorkategorien, die genossen werden können (Hehl & Ruch, 1985).

> „Humor ist die Begabung eines Menschen, der Unzulänglichkeit der Welt und der Menschen, den alltäglichen Schwierigkeiten und Missgeschicken mit heiterer Gelassenheit zu begegnen." (Adler, 1927)

Der Humor gilt für Jürgen Grimm (2014) als transformative Kraft, die sich auf soziale Beziehungen sowie auf Kommunikationssituationen massiv auswirkt. Weiters durchbricht Humor, aufgrund eines Verwirrspiels zwischen Gemeintem und Gesagtem, die üblichen sozialen Regeln. Humor ist wahrscheinlich das komplexeste Kommunikationsphänomen, da seine soziale und semantische Transformationsleistung schwer zu durchschauen und zu steuern ist. Denn der Humor selbst

ist das Produkt einer Transformation von Missgeschicken und -ständen und wirkt umgekehrt transformierend auf seine Basis zurück, in dem er diese ins Gegenteil verkehrt oder negative Zustände oder Aversionen durch Lachen in annehmbare Gegebenheiten verwandelt. Ein Beispiel dafür, erwähnt Jürgen Grimm (2014), sei laut Michail Bachtin (1965) der europäische Karneval, der die gesellschaftliche Ordnung kurzzeitig auf den Kopf gestellt, um diese Hierarchie für die restliche Zeit zu stabilisieren.
Für Jörg Räwel (2005) ist Humor ein Abwehrmechanismus mit dem eine psychische Belastung durch ernste Themenbereiche umgangen werden kann.

### 4.3.2 Humor und Geschlecht

Mittlerweile gut nachgewiesen ist, dass Menschen Humor anders bewerten, einschätzen, werten, betreiben und nicht das selbe witzig finden. Was für den Einen Humor bedeutet und besonders lustig erscheint, muss nicht gleichzeitig für Andere die selbe Bedeutung haben. Diese Differenzen treten auch geschlechtsspezifisch auf. Noch in den 1950er Jahren war die Darbietung von Witzen in gemischter Gesellschaft für Frauen untersagt bzw. nicht der Etikette entsprechend angebracht. Jedoch durften die Damen ein lautes Lachen erklingen lassen, sobald der Tischherr einen Witz erzählte. Dies hielt sich bis zu den 1980er Jahren, in denen öffentlicher, offensiver Humor von Frauen als wenig damenhaft und unfein galt. Vor allem die Verwendung sexueller Witze war historisch ein Tabu für Frauen. Der Unterschied zwischen der männlichen und der weiblichen Scherzkommunikation war groß. Vor allem Witze wurden vorwiegend von Männern erzählt. Mittlerweile verzeichnet sich hier ein Wandel. In den 1990er Jahren wurde die Scherzinitiative, in unterschiedlichen Kontexten, von Frauen bzw. Mädchen auffälliger. Durch die immer fortschreitendere Emanzipation der Frau sinkt auch die Hemmschwelle sich öffentlich auf humoristisches Terrain zu begeben (Kotthoff, 2004). Eine Behauptung Sigmund Freuds war, dass sich ausschließlich Männer dem sexuellen Humor auf Kosten der Frauen bedienen, da diesen der Genuss dieser Humorart fremd sei (Freud, 1992). Es konnte jedoch beobachtet werden, dass ältere Damen an derben sexuellen Witzen Gefallen finden, um der gesellschaftlichen Zuschreibung von sexuellem Desinteresse zu widersprechen (Kotthoff, 2004).

### 4.3.3 Humorfähigkeit

Damit Humor ermöglicht werden kann, müssen Humordispositionen vorhanden sein und für die Humorpraktiker*innen das Wissen bestehen, wo Gruppen oder Individuen die Grenzen des Humors ziehen. Da jedoch Humor vor allem sehr subjektiv und vielseitig ist, ist dieser schwer zu vereinheitlichen (Grimm, 2014). Hier stellt sich die Frage, wer lacht wann, mit wem, weshalb oder warum nicht?

Humor besteht unter anderem aus einer Inklusions- und Exklusionsdimension, welche entweder Gemeinschaft stiftet oder Individuen bzw. Gruppen zum Inhalt des Witzes macht. Es benötigt diese Art von Ausgrenzung, um die Stabilität und das positive Selbstkonzept der Gruppe oder des Individuums zu sichern. Im Humor-Dispositions-Test (HDT) (Grimm, 2010) werden Neigungen bezüglich Überlegenheitslachen, humoristischen Exklusion, der Inklusionsgrad und die Universalität von Humor bestimmt. Unter Humorfähigkeit versteht man die Lachdisposition bei eigenen oder fremden Missgeschicken. Aus ersterem lässt sich die Fähigkeit zu kathartisch-befreienden Selbstbehandlungen schließen und aus zweiterem ergibt sich das Maß für Humorfähigkeit in Nähebeziehungen (Grimm, 2014). Der Humor-Dispositions-Test dient zur Überprüfung und Testung der Hypothesen und Fragestellungen bzgl. des Humors.

Freude, Glück und Stolz, hier als Heiterkeit zusammengefasst, als positive *primäre Emotionen*, sind rein affektiv und werden unmittelbar empfunden, wobei diese erst im Nachhinein (*sekundäre Emotionen*) kognitiv strukturiert bzw. gedanklich bewertet werden können. Beispielsweise empfindet man nach einem Missgeschick, über welches gelacht wird, Scham. Primäre und sekundäre Emotionen können also euphorisch oder dysphorisch erlebt und bewertet werden. Heiterkeit, als positive Emotion, wird als persönlichkeitsspezifische Disposition gesehen und wirkt sich wie folgt auf das Individuum aus: optimistische Grundeinstellung auch in herausfordernden Lebensereignissen, größere Frustrationstoleranz in negativen Situationen, höhere Resilienz, Alltägliches aus einer „komischen" bzw. unkonventionellen Perspektive zu sehen, kognitive Flexibilität, hohe soziale Kompetenz, kommunikative Attraktivität und der Ausschüttung von Endorphinen und entzündungs- sowie stresshemmenden Hormonen zur Aktivierung von physischen Ressourcen und somit zur besseren Immunabwehr. Jedoch gibt es Menschen, die von einer Gelotophobie betroffen sind. Diese haben nie gelernt, dass das Lachen eine affektiv positive Bedeutung hat und dieses als Mitvoraussetzung für eine von Freude und Heiterkeit geprägte Lebenshaltung zu nutzen. Weiters wird das Lachen als eine

Bedrohung des Selbstwerts und als ausschließlich negativ empfunden. Die ständige Angst vor dem Spott rührt aus wiederholten und intensiven herabsetzenden Erlebnissen durch das „Ausgelacht werden" im Laufe der eigenen Sozialisation. Gelotophobiker*innen fehlt es im Erscheinungsbild an Lebendigkeit und Lebensfreude (Titze & Kühn, 2010).
Humorvolle Menschen besitzen die Fähigkeit in ihren Entscheidungen und Lösungsstrategien flexibel und erfinderisch zu sein, sie suchen nicht nach der vollkommenen Lösung, dies wäre ihnen zu einseitig. Somit kann Humor als eine andere Art des Handelns und Denkens definiert werden, die den Menschen zu unterschiedlichsten Problemlösungen führen und die Annahme zur Unvollkommenheit akzeptieren kann. Der Schlüssel zu Humor liegt in der bewusst gewollten Einfältigkeit durch Reduktion der Erwachsenenvernunft (Titze, 2002).

### 4.3.4 Humorstil

Der Humorstil wird in vier Dimensionen unterteilt: Lachen in der sozialen Hierarchie, Lachen in sozialen Gruppen, Grad der Universalität und Humorgeschmack. Lachen in der sozialen Hierarchie kategorisiert sich in karnevaleskes Lachen (bottom-up) und dem Überlegenheitslachen (top-down). Humor wird auch, beispielsweise in Konkurrenzsituationen, für aggressive Auseinandersetzungen instrumentalisiert, um das eigene Ich in ein besseres Licht zu rücken. Aber es lässt sich durch den Humorstil nicht nur auf Aggression, sondern auch auf Humanismus sowie Sozialität schließen (Grimm, 2014). Das Lachen kann zu einer destruktiven Waffe werden und Menschen ausgrenzen, wenn es als Herabsetzen und Entwerten, anstatt zur Vermittlung von Freude verwendet wird. Es hat somit zwei Seiten: einerseits verbindet das Lachen (kohäsiv) miteinander und andererseits vermag es, andere sozial auszuschließen und Schamgefühl zu verursachen, welches dadurch deren Selbstwert massiv beeinträchtigt. Oft scheint das Lachen in seiner sozialen Funktion einander gegen Dritte zu verbünden, wobei hingegen das gemeinsame Lachen die Identifikation mit der Bezugsgruppe fördert, soziale Grenzen fixiert und emotionale Nähe in der Gruppe herstellt. Das soziale Lachen birgt jedoch auch eine ethische Gefahr, wenn der Missmut im Lachen zu Zynismus führt und dieser ausschließlich von Ironie und Sarkasmus geprägt ist und überhandnimmt und damit eine Form von eigener Lebensverzweiflung andeutet (Titze & Kühn, 2010).

### 4.3.5 Humorkontrolle

Humor bedarf einer Kontrolle, welche individuell und kulturell variieren. Humorzurückhaltung passiert, wenn es die gesellschaftliche Rücksichtnahme verlangt oder die Autoritätsangst untersagt, über das Missgeschick eines anderen zu lachen. Dies meint eine Top-down-Vermeidung von Humor aus sozialer Verantwortlichkeit oder eine bottom-up-Vermeidung als Verzicht einer Autoritätskonfrontation. Je nach individuellen oder kulturellen Wertvorstellungen werden die Grenzen von Humor gezogen. Je nach Wertehorizont kann das Lachen über die Eltern, Tote, Kranke oder Staatsoberhäupter nicht erwünscht sein (Grimm, 2014).

### 4.3.6 Arten des Humors

McCullough und Taylor (1993) unterteilen in ihrer Studie fünf Humorarten: warmen, inkongruenten, aggressiven, sexuellen Humor und den Wortwitz. Warmer Humor soll Mitgefühl hervorrufen, wohingegen aggressiver Humor provakativ und auf moralisch verwerflichere Themen aufmerksam machen soll. Der inkongruente Humor bezeichnet einen Widerspruch in sich, der entschlüsselt werden muss und der Wortwitz ist dadurch gekennzeichnet, dass er immer einen Funken Wahrheit enthält.

> 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 einen Kreis und fragt wieder: „Und 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?" (Propach, 2021)

#### 4.3.6.1 Ironie

Ironie bezeichnet eine paradoxe Grenzüberschreitung zwischen rationalem Ernst und komischem Unernst. Das verbal Ausgedrückte wird in seinem Sinngehalt relativiert und verkehrt (Titze & Kühn, 2010). Laut Jörg Räwel (2005) versteht man unter dem Ironiebegriff den rhetorischen Widerspruch zwischen Gesagtem und Gemeintem. Das Gesprochene muss reflektiert werden und beispielsweise weisen Stimmlage oder Mimik auf diese Unstimmigkeit hin. Ironie ermöglicht Kommunikation auf indirekte und direkte Weise. Durch indirekte Weise lässt sich

eine Präferenz auf die Wahrheit rückschließen, während durch die direkte Art der Gegensinn des Gesagtem entsteht.
Ironie wird einerseits als zweischneidig, hinterhältig subtil, bissig und böse, andererseits aber auch als gütig, selbstironisch und sanft beschrieben. Sie benutzt das Paradoxon, indem sie Lob verwendet, um Geringschätzung oder Kritik zu signalisieren. Ironie beansprucht die Fähigkeit der verbalen Differenzierung und des abstrakt-konzeptionellen Denkens. Menschen, deren konkretistisches Denken gestört ist, beispielsweise Menschen mit psychotischer oder psychosomatischer Struktur sowie Kinder, erleben Ironie als verletzend (Fabian, 2015).

Beispiel:
Zwei Kollegen sitzen im Büro. Einer von beiden war den ganzen Tag unproduktiv, sein Kollege sieht ihn an und sagt: „Überanstreng dich nicht!" (schreiben.net, 2021)

#### 4.3.6.2 Sarkasmus

Sarkasmus hingegen wird oft synonym mit Ironie verwendet. Dieser unterscheidet sich jedoch von der Ironie durch seinen Hohn und Spott anderen Gegenüber und wird der Informationsvermittlung zugewiesen. Anders als die Ironie wird der Sarkasmus als fremdreferenziell bezeichnet. Der Sarkasmus kann auf direkte oder mit Hilfe der Ironie auf indirekte Weise gebraucht werden. Sarkasmus wird als humoristisch-kritische Kommunikationsform verwendet (Räwel, 2005). Nach Egon Fabian (2015) ist bösartige Ironie und Sarkasmus destruktiv verformter Humor und Ausdruck von Aggression und dem Fehlen von innerer Distanz. Diese Arten von Humor wirken kontaktzerstörend, beleidigend und verletzend.

Beispiel:
„Die Hose gab es wohl nicht mehr in deiner Größe?" (schreiben.net, 2021)

#### 4.3.6.3 Satire

Anders als bei der Ironie, setzt sich die Satire mit der Vermittlung der Unwahrheit bzw. des Falschen auseinander und steht daher in enger Verbindung zu Moral und Ethik. Die Strategie der Satire ist es nicht erkennen zu lassen, ob das Gesprochene wahr oder falsch ist und somit wird verhindert, dass die ausgeübte Kritik wiederum kritisiert wird (Räwel, 2005).

Beispiel:

„Hier eine Liste aller Dinge, die mit Leopardenmuster gut aussehen: Leoparden." (schreiben.net, 2021)

#### 4.3.6.4 Schwarzer Humor

Für den schwarzen Humor gelten keine moralischen Grenzen, da er sich mit tabuisierten Themen, wie Gewalt, Krankheit oder Tod, auseinandersetzt. Dieser überschreitet einerseits moralische Grenzen, macht durch dieses Überschreiten jedoch auf Missstände aufmerksam, wodurch Schwarzer Humor unter moralischem Aspekt handelt (Räwel, 2005).

Beispiel:
„Welches Tier hat vier Beine und einen Arm? – Ein Pitbull auf dem Kinderspielplatz." (schreiben.net, 2021)

#### 4.3.6.5 Witz

Der Witz als hoch komplexe verbale Humorform ist kulturellen Einflüssen sowie der Primärgruppe unterworfen. Dieser kann konstruktive sowie destruktive Formen annehmen und setzt den Sinn für Humor im Allgemeinen und gewisse Vertrautheit mit der Kultur und der Finesse der abstrakten Sprache und Subtilität voraus. Das Hauptcharakteristika des Witzes beinhalten konzeptionelles und konkretistisches Denken (Fabian, 2015).

Beispiel:
„Früher habe ich nie verstanden, warum es Andreaskreuz heißt. Heute weiß ich es. Es signalisiert: HALT STOPP! Danke an RTL2." (schreiben.net, 2021)

Wie in den vergangenen Kapiteln beschrieben, kann Humor positive Auswirkungen im sozialen Kontext und Beziehungen sowie Inklusion fördern. Ein weiterer positiver Aspekt menschlichen Wohlbefindens stellt die Lebenszufriedenheit dar.

## 4.4 Was ist Lebenszufriedenheit?

Eine einheitliche Definition von Lebenszufriedenheit geht aus der Literatur nicht hervor, jedoch wird klarer, dass der Schwerpunkt der Forschung weg von Krankheit und negativen Assoziationen hin zu der Frage der Steigerung und des Erhalts bzw. Definition von Lebensqualität und -zufriedenheit geht.
Eine klare Differenzierung trifft Mayring (1991, S. 51-52) in seinem „Vier-Faktoren-Ansatz" zum subjektiven Wohlbefinden: Freiheit von subjektiver Belastung als negativen Befindungsfaktor, Freude als positiven kurzfristigen

Faktor, Glück als positiven langfristigen Faktor und Zufriedenheit als den kognitiven Faktor zum menschlichen Wohlbefinden.
Maderthaner (1998) spricht von Zufriedenheit als Ergebnis eines vor allem kognitiv bewerteten Lebensumstandes bzw. einer Zusammenfassung mehrerer Zufriedenheiten, wie beispielsweise Partnerschaft, Arbeit, Freizeit, usw. Zufriedenheitsbeurteilungen sind laut Maderthaner (1997) stärker rational begründbar und argumentativ nachvollziehbar, da sie ein Ergebnis geistiger Kalkulation darstellen und durch drei Urteilsheuristiken beeinflusst werden: das habituelle Wohlbefinden wird von einer Person abhängig von kognitiv positiv oder negativ abgespeicherten Erlebnissen eingestuft (Verfügbarkeitsheuristik); gleicht die eigene Lebenssituation der Vorstellung von repräsentativem Glück, wird das eigene Leben umso positiver eingestuft (Repräsentativitätsheuristik) und dem Vergleich des eigenen Lebens mit der Lebenssituation bekannter oder nahestehender Personen beeinflusst das eigene Erleben von Zufriedenheit (Ankerheuristik). Weiters besteht der Einfluss für die Bewertung der Zufriedenheit mit dem eigenen Leben darin, ob die Lebensorientierung des Menschen auf die Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft ausgerichtet ist.
Wohlbefinden wird auch als subjektives Erfahren von Vergnügen bei gleichzeitiger Abwesenheit von Leid und Kummer betrachtet (Trautwein, 2004a).
Glatzer & Zapf (1984, S. 234) definieren Lebenszufriedenheit folgender maßen:

> „Die Zufriedenheit mit dem Leben „alles in allem" stellt eine übergreifende Bewertung des individuellen Wohlbefindens dar, die zu erklären die Wohlfahrtsforschung herausgefordert ist. Es ist naheliegend, die Lebenszufriedenheit als Zusammenfassung der Zufriedenheiten in den einzelnen Lebensbereichen aufzufassen; sie wäre demzufolge eine Art Bilanz der Zufriedenheit mit der Familie, dem Beruf, dem Lebensstandard und den anderen Bereichszufriedenheiten." (Glatzer & Zapf, 1984)

Um bei einer Abfrage zur Lebenszufriedenheit von Menschen Unklarheiten in Bezug auf Pauschalbeurteilungen zu vermeiden, müssen einzelne Lebensaspekte (Privatleben, Arbeit, Partnerschaft, usw.) abgefragt werden. Interne Bedürfnisse, welche zum Wohlbefinden des Menschen beitragen, können wie folgt kategorisiert werden: Vitalbedürfnisse, wie beispielsweise Essen, Trinken und Sexualität; Individualbedürfnisse, wie Autonomie, Sicherheit, Leistung, usw. und Sozialbedürfnisse wie Liebe, Partizipation und Anerkennung. Somit ist erkennbar, dass das Befinden sowohl von persönlichen (internen) als auch von sozialen, ökonomischen und ökologischen (externen) Faktoren abhängig ist (Maderthaner, 1997).

„Chuck Norris befand sich letztens in einer Polizeikontrolle. Er war generell zufrieden mit dem Zustand des Streifenwagens und der Polizisten. Die Beamten durften die Fahrt fortsetzen." (Schlechte Witze, 2021)

# 5 Empirie

In diesem Teil der Masterthesis wird das Design der Studie, die Studienteilnehmer*innen, die Materialien, das Vorgehen, die Analyse der erhobenen Daten und die Ergebnisse präsentiert. Abschließend werden die Ergebnisse mit den Forschungsfragen und Hypothesen verglichen und interpretiert. Weiters werden Konsequenzen der Befunde sowie die Stärken und Einschränkungen der Studie beschrieben.

## 5.1 Quantitative Forschung

Diese Forschung wurde quantitativ mittels Verteilung und Aussendung von Fragebögen durchgeführt. Erhoben wurden die Ergebnisse mit dem Humor-Dispositions-Test (HDT) von Jürgen Grimm (2010) und dem Fragebogen zur temporalen Lebenszufriedenheit (FTL) von Ulrich Trautwein (2004). Zusätzlich zu den standardisierten Fragebögen wurden einige deskriptive Fragen zu Geschlecht, Therapieschule und Methodengruppe, Alter und den Berufsjahren gestellt. Die deskriptiven Fragen, der HDT und der FTL wurden in ein gemeinsames Dokument eingefügt und mit der Einwilligungs- und Datenschutzerklärung an eingetragene Psychotherapeut*innen im Papier und Stift Stil elektronisch ausgesendet und persönlich ausgegeben. Die Beteiligung an dieser Umfrage war freiwillig und wurde nicht entschädigt.

### 5.1.1 Untersuchungsmethode

Zwei standardisierte Fragebögen, deskriptive Fragen zur eigenen Person, Ziel und Zweck der Befragung sowie Datenschutz- und Einwilligungserklärung wurden zu einem gemeinsamen Dokument zusammengefügt. Anfangs wurde auf das Ziel und den Zweck der Befragung hingewiesen bevor Daten zur eigenen Person abgefragt wurden. Hierbei handelte es sich um Fragen zum Geschlecht, des Alters, den bereits absolvierten Praxisjahren, der eigenen Therapierichtung sowie der eigenen Methodengruppe der Psychotherapeut*innen. Es wurde auch darauf hingewiesen, dass die Anonymität gewährleistet wird, die ausgefüllten Fragebögen nicht durch

https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/07/strasser-humor-und-lebenszufriedenheit-avm-publications-2022-07-11.pdf

Dritte eingesehen werden und ein Widerrufsrecht besteht. Der Text und die zusammengeführten Fragebögen sind im Anhang zu finden. Eine Aufwandsentschädigung erhielten die Stichprobenteilnehmer*innen nicht.

Wie bereits erwähnt wurde die Studie mit zwei standardisierten Fragebögen und deskriptiven Fragen durchgeführt. Der Humor-Dispositions-Test (HDT) nach Jürgen Grimm (2010) wurde im Rahmen des Sozialwissenschaftlichen Forums im Fakultätszentrum für Methoden in Wien entwickelt. Dieser Test besteht aus den Hauptdimensionen des Humorstils, der Humorfähigkeit und der Humorkontrolle im Kontext des Lachens im sozialen Raum. Als Kernstück wird die Dimension des Humorstils beschrieben, welcher sich auf die Exklusionstendenz, die Superioritätsneigung, den Humorgeschmack und die Universalität des Humors als Subdimensionen bezieht und stellt den ersten Abschnitt des Fragebogens dar. Mittels Indexbildungen in der Auswertung konnte somit beispielsweise die Tendenz zu derbem oder feinsinnigem Humor ermittelt werden.

Durch die Humorfähigkeit wird die Humoranwendung in Alltagssituationen zwischen den differenten Grenzen des Humors erfasst. Diese besteht aus den Subdimensionen des personenabhängigen Humors bei Fremdbetroffenheit und des situationsabhängigen Humors bei eigener Betroffenheit. Auch hier kann durch Indexbildungen beispielsweise eine Tendenz zu Peinlichkeitstypen bei eigenen Missgeschicken erhoben werden. Weiters wird die Humorkontrolle und ihre Zielsetzung beleuchtet. Humorzurückhaltung bei Fremdbetroffenheit, Funktionen der Humorkontrolle und prinzipielle Grenzen des Humor ergeben die Subdimensionen der Humorkontrolle. Auch hierbei kann durch Indexbildungen die Tendenz der eigenen Humorkontrolle nach oben oder unten sowie deren Funktion als sozial verantwortliche Humorvermeidung oder eben dieser als Verzicht auf Herrschaftskonfrontation erstellt werden. Der Humor-Dispositions-Test (HDT) wurde in Verbindung mit dem Fragebogen zur temporalen Lebenszufriedenheit (FTL) ausgesendet und ausgegeben.

Letzterer erfasst mit vier analogen Items und in drei reliablen Subskalen die kognitive Bewertung der retrospektiven, gegenwärtigen und prospektiven Lebenszufriedenheit. In allen drei Subskalen konnten die Items mit „Trifft überhaupt nicht zu", „Trifft weniger zu", „Trifft eher zu" und „Trifft völlig zu" beantwortet werden. Dies ermöglichte den Psychotherapeut*innen ihre Antworten in den zutreffenden Intensitäten zu geben. Die Fragestellungen bezogen sich auf

die Lebenszufriedenheit vor dem Wechsel in das Berufs- oder Studieumsleben, die Gegenwart und eine Einschätzung für die zukünftige Lebenszufriedenheit.
Bei beiden standardisierten Fragebögen sind eine gerade Anzahl an Antwortmöglichkeiten vorgegeben, um eine Tendenz zur Mitte zu erschweren. Somit mussten sich die Psychotherapeut*innen entscheiden, ob ihre Antworten eher oberhalb oder unterhalb der Skalenmitte liegen.
Die Fragebögen wurden als PDF-Datei mittels E-Mail versand und persönlich ausgegeben mit der Bitte um Weiterleitung an eingetragene Psychotherapeut*innen und Rücksendung. Die ausgesandten E-Mails gingen an Ausbildungsstätten für Psychotherapeut*innen in ganz Österreich, österreichweite intra- und extramurale sozialpsychiatrische Institutionen und Einrichtungen, psychotherapeutische Fort- und Weiterbildungseinrichtungen in Österreich und österreichweite psychotherapeutische Praxisgemeinschaften. Weiters wurden die Fragebögen persönlich an Praxisgemeinschaften und niedergelassene Psychotherapeut*innen ausgegeben.

### 5.1.2 Stichprobe

Für diese Studie konnten 54 (N) eingetragene Psychotherapeut*innen gewonnen werden. Die Einschlusskriterien waren die abgeschlossene Psychotherapieausbildung und die damit verbundene Eintragung in die Psychotherapeutenliste, unabhängig ob diese in freier Praxis oder im institutionellen Kontext arbeiteten. Wichtig in der Befragung war auch das Geschlecht, das Alter sowie die bereits absolvierten Praxisjahre. Auch die Therapierichtung und die Methodengruppe wurden abgefragt, um aufgestellte Hypothesen der Masterarbeit bearbeiten zu können. Erreicht wurden die Studienteilnehmer*innen per E-Mail über Ausbildungsstätten, Praxisgemeinschaften, Fort- und Weiterbildungsstätten und sozialpsychiatrische Institutionen oder persönlich. Drei Bundesländer wurden abgefahren, um persönlich Fragebögen an niedergelassene Psychotherapeut*innen und Praxisgemeinschaften auszugeben. Jeder Fragebogen, wie bereits erwähnt, enthielt den Zweck und das Ziel der Befragung sowie die Einwilligungs- und Datenschutzerklärung.

### 5.1.3 Vorgehen

Als erstes wurde die schriftliche Erlaubnis zur Verwendung der beiden standardisierten Fragebögen mittels E-Mail eingeholt. Diese wurden danach in ein gemeinsames Dokument eingefügt und mit deskriptiven Fragen zur Person vervollständigt. Weiters wurde dem Dokument die Aufklärung über Datenschutz, Einwilligung, Widerrufsrecht, meine Kontaktdaten und Sinn sowie Zweck der Befragung beigefügt. Da bereits die Ein- bzw. Ausschlusskriterien für die Teilnahme zur Studie feststanden, wurde das Dokument per E-Mail ausgesandt, um mit einem Schneeballsystem so viele Psychotherapeut*innen wie möglich zu erreichen. Somit war ich auf die Hilfe und Bereitschaft der Leiter*innen, den Fragebogen an eingetragene Psychotherapeut*innen weiterzuleiten, stark angewiesen. Auch persönlich wurden Fragebögen an Praxisgemeinschaften und Institutionen ausgegeben.
Nach Erhalt der ausgefüllten Fragebögen wurden diese bereinigt und in die Statistiksoftware IBM SPSS Statistics 27 eingegeben.

### 5.1.4 Analyse

Zuerst wurden die erhobenen Daten bereinigt und danach die vorhandenen Items als Variablen in die Statistiksoftware eingetragen, um Ergebnisse berechnen und grafisch darstellen zu können. Diese werden im nachfolgenden Kapitel dargestellt, interpretiert und abschließend, im letzten Kapitel, diskutiert. Die Datenanalyse wurde mittels der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics 27 ausgewertet. Das Statistical Package for the Social Sciences, abgekürzt SPSS, ist das gebräuchlichste Statistikpaket mit dessen Hilfe Daten gespeichert, aufbereitet und analysiert werden können (Dempster & Hanna, 2019).

## 5.2 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung grafisch dargestellt und beschrieben.

### 5.2.1 Ergebnisse zu Untersuchungspersonen

In nachfolgender Abbildung 1 wird die geschlechtsspezifische Aufteilung angezeigt. Die 54 Studienteilnehmer*innen teilen sich in 26 männliche und 28 weibliche Psychotherapeut*innen auf. Daraus ergibt sich eine prozentuale Aufteilung von 48,15 Prozent männliche und 51,85 Prozent weibliche Studienteilnehmer*innen. Obwohl weitere Auswahlmöglichkeiten, wie „divers", „inter", „trans", „andere Identität",

„offen", und „kein Eintrag" angegeben werden konnten, wurden ausschließlich die Möglichkeiten „männlich" und „weiblich" gewählt.

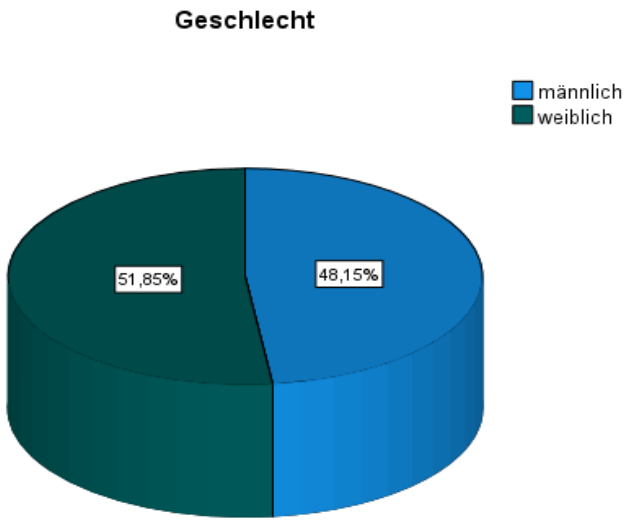


*Abbildung 1: Häufigkeiten Geschlecht*

Weiters wurde das Alter der Psychotherapeut*innen abgefragt. Die Antwortmöglichkeiten bestanden aus Kategorien, die in der nachfolgenden Abbildung 2 ersichtlich sind. Den größten Anteil bilden hier die 36- bis 40-jährigen Psychotherapeut*innen, mit 22,22 Prozent, gefolgt von den 41- bis 45-jährigen Psychotherapeut*innen, mit 18,52 Prozent. Den geringsten Anteil, mit 3,70%, bilden die 25- bis 30-Jährigen. Wie aus der Abbildung 2 ersichtlich, ist die Anteilnahme von 56- bis 60-jährigen und den über 60-jährigen Psychotherapeut*innen, mit 11,11 Prozent, gleich groß. 12,96 Prozent liegen im Alter von 46 bis 50 Jahren und 14,81 Prozent zwischen 51 und 55 Jahren. Die zweit kleinste Gruppe mit 5,56 Prozent bilden die 31- bis 35-jährigen Psychotherapeut*innen.

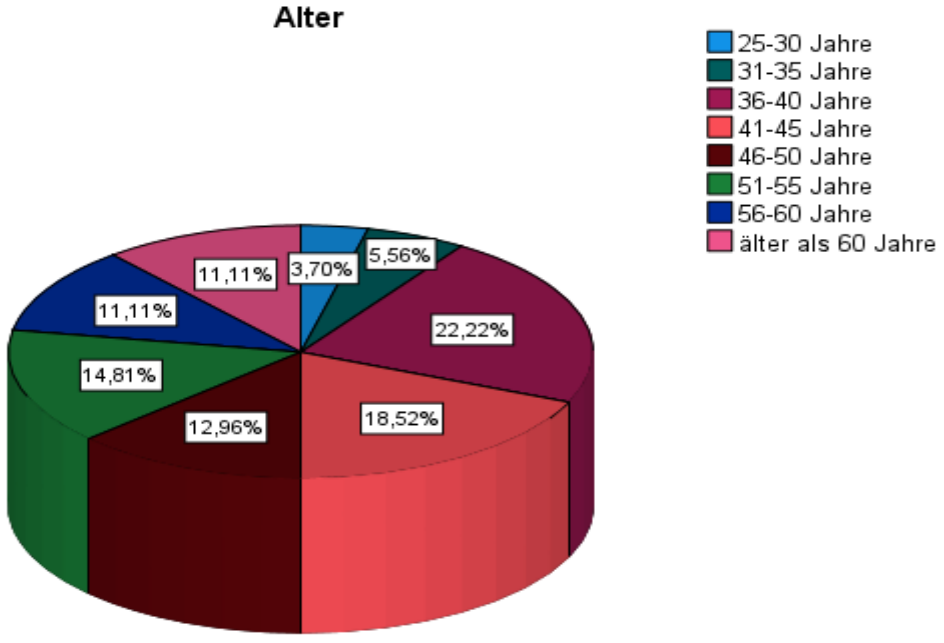


*Abbildung 2: Häufigkeiten Alter*

Weiters wurde auch die Anzahl der bereits geleisteten Praxisjahre der Studienteilnehmer*innen abgefragt. Nachfolgend, in Abbildung 3, wird die genaue Aufteilung grafisch dargestellt.

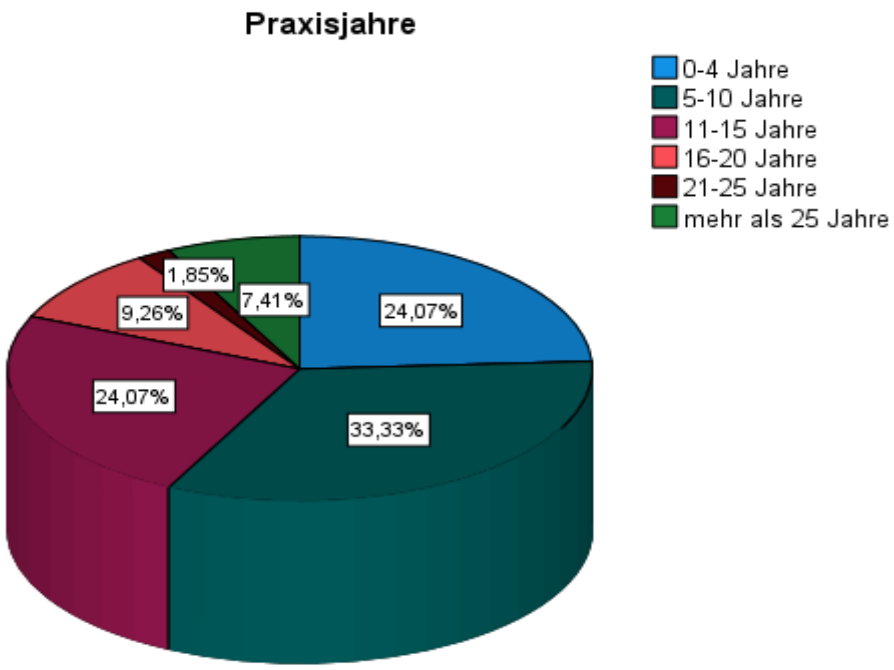


*Abbildung 3: Häufigkeiten Praxisjahre 1*

Mit 33,33 Prozent gaben die Studienteilnehmer*innen an, 5 bis 10 Praxisjahre absolviert zu haben und bilden damit prozentual die größte Kategorie. Die Kategorien

0 bis 4 Praxisjahre und 11 bis 15 Praxisjahre sind mit 24,07 Prozent gleichgestellt. Danach folgt mit 9,26 Prozent die Kategorie der 16 bis 20 absolvierten Praxisjahre und mit 7,41 Prozent die Kategorie der mehr als 25 Jahren Praxiserfahrung. Den geringsten Anteil, wie in Abbildung 3 ersichtlich, bilden die 21 bis 25 durchgeführten Praxisjahre.

**Praxisjahre**

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|---|---|---|---|---|---|
| Gültig | 0-4 Jahre | 13 | 24,1 | 24,1 | 24,1 |
| | 5-10 Jahre | 18 | 33,3 | 33,3 | 57,4 |
| | 11-15 Jahre | 13 | 24,1 | 24,1 | 81,5 |
| | 16-20 Jahre | 5 | 9,3 | 9,3 | 90,7 |
| | 21-25 Jahre | 1 | 1,9 | 1,9 | 92,6 |
| | mehr als 25 Jahre | 4 | 7,4 | 7,4 | 100,0 |
| | Gesamt | 54 | 100,0 | 100,0 | |

*Abbildung 4: Häufigkeiten Praxisjahre 2*

Um besser veranschaulichen zu können, um wie viele Personen es sich in den einzelnen Kategorien handelt, dient Abbildung 4. Daraus ergeht, dass von insgesamt 54 Psychotherapeut*innen achtzehn Personen bereits 5 bis 10 Praxisjahre und jeweils dreizehn Personen 0 bis 4 und 11 bis 15 Praxisjahre hinter sich haben. 16 bis 20 Praxisjahre haben fünf Psychotherapeut*innen und mehr als 25 Jahre haben vier Psychotherapeut*innen bereits absolviert. Nur eine Person hat 21 bis 25 Praxisjahre angegeben.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Befragung zur Person war die Therapierichtung bzw. Grundorientierung sowie auch die Methodengruppe, in der die teilnehmenden Psychotherapeut*innen ausgebildet sind. Nachfolgend werden diese Angaben und Ergebnisse dargestellt und beschrieben.

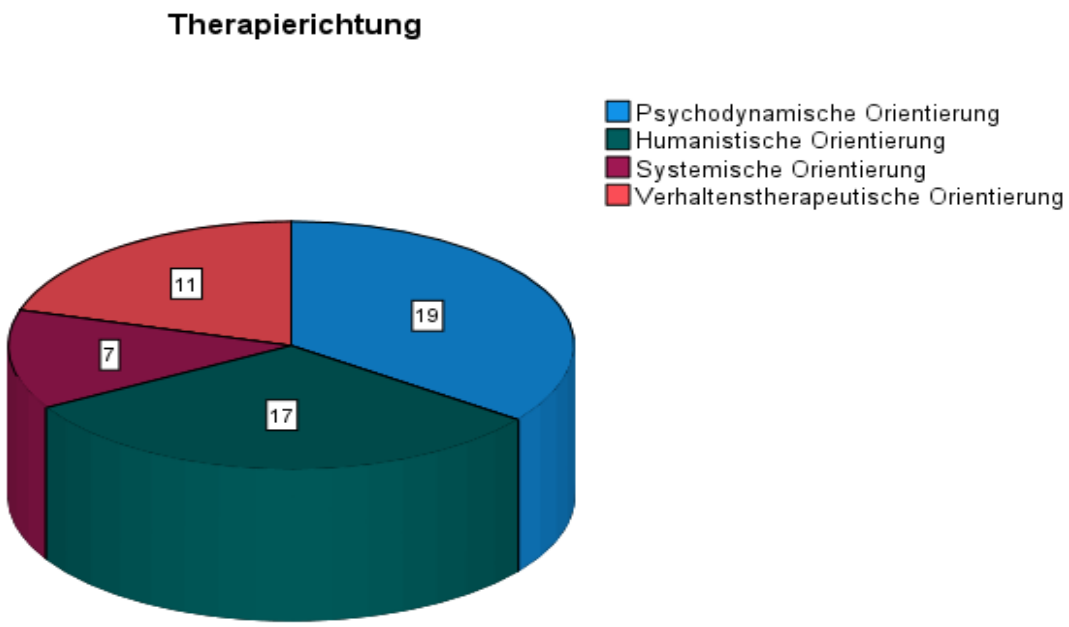


*Abbildung 5: Häufigkeiten Therapierichtung*

Am stärksten vertreten, mit neunzehn Personen, ist die Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung, dicht gefolgt von der Humanistischen Orientierung mit insgesamt siebzehn Personen. Die Verhaltenstherapeutische Orientierung ist hier mit elf Personen vertreten. Den kleinsten Anteil bildet die Systemische Orientierung mit insgesamt sieben teilnehmenden Personen.

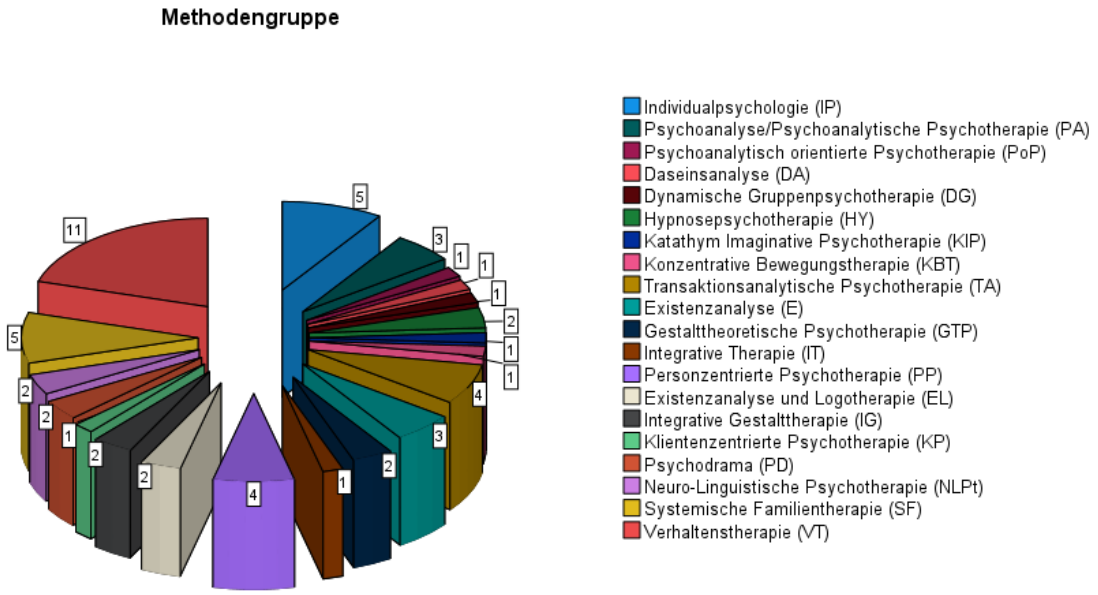


*Abbildung 6: Häufigkeiten Methodengruppe*

Von den dreiundzwanzig in Österreich anerkannten Methodengruppen sind insgesamt zwanzig Methoden vertreten. Fehlend sind die Analytische Psychologie (AP), die Gruppenpsychoanalyse (GP) und die Autogene Psychotherapie (ATP). In der Ergebnisbewertung der einzelnen Methodengruppen bildet die Verhaltenstherapie (VT) die größte Beteiligung an der Studie mit elf Personen. Jeweils fünf Personen gehören der Individualpsychologie (IP) und der Systemischen Familientherapie (SF) an. Die Transaktionsanalytische Psychotherapie (TA) und die Personzentrierte Psychotherapie (PP) sind mit jeweils vier Personen vertreten. Drei Vertreter*innen der Psychoanalyse (PA) und auch drei Vertreter*innen der Existenzanalyse (E) haben an dieser Studie teilgenommen. Mit jeweils zwei Personen sind die Hypnosepsychotherapie (HY), die Gestalttheoretische Psychotherapie (GTP), die Existenzanalyse und Logotherapie (EL), die Integrative Gestalttherapie (IG), Psychodrama (PD) sowie die Neuro-Linguistische Psychotherapie (NLPt) vertreten. Von der Psychoanalytisch orientierten Psychotherapie (PoP), der Daseinsanalyse (DA), der Dynamischen Gruppenpsychotherapie (DG), der Katathym Imaginativen Psychotherapie (KIP), der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT), der Integrativen Therapie (IT) und der Klientenzentrierten Psychotherapie (KP) hat jeweils eine Person an der Umfrage teilgenommen.

### 5.2.2 Ergebnisse zu Humor und Lebenszufriedenheit

In diesem Unterkapitel werden die Ergebnisse zu den Fragestellungen und Hypothesen grafisch dargestellt und beschrieben.

**Fragestellung 1**

**H1: Es besteht ein Unterschied in der Humorfähigkeit zwischen alten und neuen Therapieschulen. Die Psychotherapeut*innen der neueren Therapieschulen sind humorvoller.**

Die Psychotherapieschulen wurden in die Kategorien „alt" und „neu" eingeteilt. Dabei fielen folgende 12 Therapieschulen in die Kategorie „alt": die Psychoanalyse (PA), die Individualpsychologie (IP), die Analytische Psychologie (AP), das Psychodrama (PD), die Hypnosepsychotherapie (HY), die Gruppenpsychoanalyse (GP), die Autogene Psychotherapie (ATP), die Existenzanalyse (E) sowie die Existenzanalyse und Logotherapie (EL), die Klientenzentrierte Psychotherapie (KP) sowie die Personzentrierte Psychotherapie (PP) und die Integrative Therapie (IT). Unter der Kategorie „neu" sind die Dynamische Gruppenpsychotherapie (DG), die Systemische Familientherapie (SF), die Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie (PoP), die Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP), die Transaktionsanalytische Psychotherapie (TA), die Integrative Gestalttherapie (IG), die Verhaltenstherapie (VT), die Konzentrative Bewegungstherapie (KBT), die Daseinsanalyse (DA), die Gestalttheoretische Psychotherapie (GTP) und die Neuro-Linguistische Psychotherapie (NLPt) vertreten.

**Gruppenstatistiken**

| | Therapieschulen | N | Mittelwert | Standardabweichung | Standardfehler des Mittelwertes |
|---|---|---|---|---|---|
| Humor | alt | 23 | 3,15 | ,898 | ,187 |
| | neu | 31 | 3,68 | 1,319 | ,237 |

*Abbildung 7: alte und neue Therapieschulen1*

Wie in Abbildung 7 ersichtlich ist, befinden sich somit dreiundzwanzig Psychotherapeut*innen in der Kategorie „alt" und einunddreißig Psychotherapeut*innen in der Kategorie „neu". Diese beiden Kategorien wurden mit der Humorfähigkeit in Verbindung gebracht. **Aus der Abbildung 8 geht hervor, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen neuen bzw. alten Therapieschulen bzgl. des Humors gibt**. Der Signifikanzwert liegt hierbei über .05 (p=.099).

**Test bei unabhängigen Stichproben**

| | | Levene-Test der Varianzgleichheit | | t-Test für die Mittelwertgleichheit | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | 95% Konfidenzintervall der Differenz | |
| | | F | Sig. | T | df | Sig. (2-seitig) | Mittlere Differenz | Standardfehlerdifferenz | Unterer Wert | Oberer Wert |
| Humor | Varianzen sind gleich | 2,864 | ,097 | -1,682 | 52 | ,099 | -,537 | ,319 | -1,177 | ,104 |
| | Varianzen sind nicht gleich | | | -1,778 | 51,683 | ,081 | -,537 | ,302 | -1,143 | ,069 |

*Abbildung 8: alte und neue Therapieschulen2*

**Effektgrößen bei unabhängigen Stichproben**

| | | Standardisierer[a] | Punktschätzung | 95% Konfidenzintervall | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Unterer Wert | Oberer Wert |
| Humor | Cohen's d | 1,159 | -,463 | -1,007 | ,086 |
| | Hedges' Korrektur | 1,176 | -,456 | -,993 | ,085 |
| | Glass' Delta | 1,319 | -,407 | -,953 | ,145 |

*Abbildung 9: Effektgröße Humor und Therapieschulen*

Unter Anbetracht der Effektstärke zeigt sich dieser Unterschied klein ausgebildet (d=-.463).

## Fragestellung 2

**H1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen Humor und Lebenszufriedenheit bei Psychotherapeut*innen. Umso humorvoller die Psychotherapeut*innen, umso lebenszufriedener sind diese und vice versa.**

Aus Abbildung 10 geht hervor, dass die Mittelwerte von Humor und Lebenszufriedenheit sich kaum unterscheiden. Als Wert für den Humor wurde die Humorfähigkeit herangezogen und mit der Lebenszufriedenheit der Gegenwart in Verbindung gebracht.

**Deskriptive Statistiken**

| | Mittelwert | Std.-Abweichung | N |
|---|---|---|---|
| Humor | 3,45 | 1,179 | 54 |
| Lebenszufriedenheit | 3,48 | ,475 | 54 |

*Abbildung 10: Humor und Lebenszufriedenheit*

**Korrelationen**

| | | Humor | Lebenszufriedenheit |
|---|---|---|---|
| Humor | Pearson-Korrelation | 1 | ,379** |
| | Sig. (2-seitig) | | ,005 |
| | N | 54 | 54 |
| Lebenszufriedenheit | Pearson-Korrelation | ,379** | 1 |
| | Sig. (2-seitig) | ,005 | |
| | N | 54 | 54 |

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*Abbildung 11: Korrelation Humor und Lebenszufriedenheit*

Ersichtlich wird in Abbildung 11, dass zwischen Humor und Lebenszufriedenheit der Psychotherapeut*innen allgemein eine positive und nicht zufällige Korrelation besteht (p=.005). **Daraus schließt sich: Umso humorvoller die Psychotherapeut*innen sind, desto höher ist hier auch ihre Lebenszufriedenheit und umgekehrt.**

**Fragestellung 3**

**H1: Im Vergleich der vier psychotherapeutischen Grundorientierungen findet man wesentliche Unterschiede in Humor und Lebenszufriedenheit von Psychotherapeut*innen.**

Für diese Fragestellung werden die vier unterschiedlichen Orientierungen der Psychotherapie mittels einzelner t-Tests miteinander verglichen.

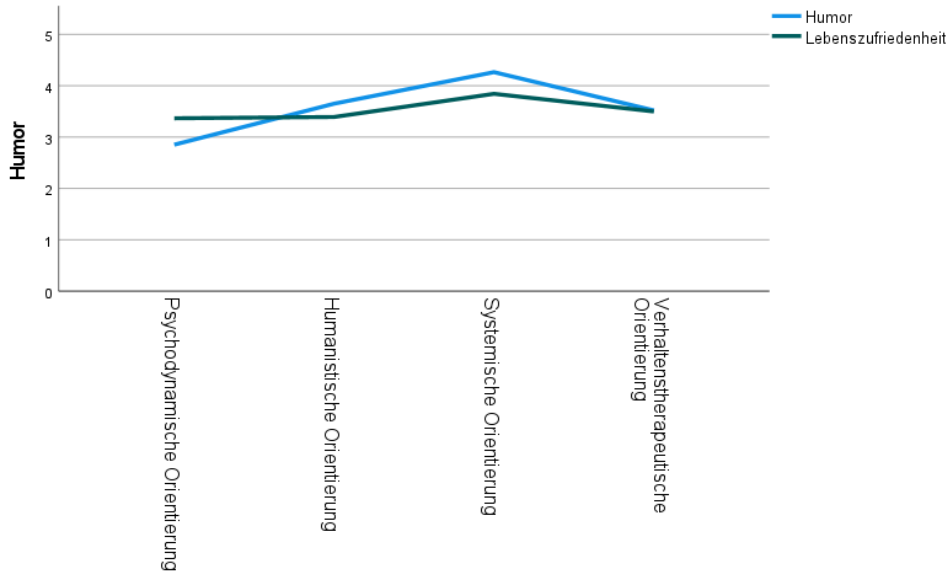


*Abbildung 12: Vergleich Lebenszufriedenheit und Humor je Therapierichtung*

In Abbildung 12 werden die Lebenszufriedenheit und der Humor für alle Orientierungen angezeigt. Nachfolgend werden diese einzeln miteinander verglichen.

**Gruppenstatistiken**

| | Therapierichtung | N | Mittelwert | Standardabweichung | Standardfehler des Mittelwertes |
|---|---|---|---|---|---|
| Humor | Psychodynamische Orientierung | 17 | 2,85 | 1,172 | ,284 |
| | Humanistische Orientierung | 14 | 3,65 | 1,087 | ,290 |
| Lebenszufriedenheit | Psychodynamische Orientierung | 17 | 3,37 | ,425 | ,103 |
| | Humanistische Orientierung | 14 | 3,39 | ,424 | ,113 |

**Test bei unabhängigen Stichproben**

| | | Levene-Test der Varianzgleichheit | | t-Test für die Mittelwertgleichheit | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | 95% Konfidenzintervall der Differenz | |
| | | F | Sig. | T | df | Sig. (2-seitig) | Mittlere Differenz | Standardfehlerdifferenz | Unterer Wert | Oberer Wert |
| Humor | Varianzen sind gleich | 1,064 | ,311 | -1,951 | 29 | ,061 | -,799 | ,410 | -1,636 | ,039 |
| | Varianzen sind nicht gleich | | | -1,965 | 28,552 | ,059 | -,799 | ,406 | -1,631 | ,033 |
| Lebenszufriedenheit | Varianzen sind gleich | ,208 | ,652 | -,165 | 29 | ,870 | -,025 | ,153 | -,339 | ,288 |
| | Varianzen sind nicht gleich | | | -,165 | 27,890 | ,870 | -,025 | ,153 | -,339 | ,289 |

*Abbildung 13: Vergleich Psychodynamische und Humanistische Orientierung*

Wie das Ergebnis aus Abbildung 13 zeigt, unterscheiden sich die Psychodynamische Orientierung und die Humanistische Orientierung weder in Humor noch in der gegenwärtigen Lebenszufriedenheit signifikant (p>.05).

**Effektgrößen bei unabhängigen Stichproben**

| | | Standardisierer[a] | Punktschätzung | 95% Konfidenzintervall | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Unterer Wert | Oberer Wert |
| Humor | Cohen's d | 1,135 | -,704 | -1,428 | ,032 |
| | Hedges' Korrektur | 1,165 | -,686 | -1,391 | ,031 |
| | Glass' Delta | 1,087 | -,735 | -1,484 | ,038 |
| Lebenszufriedenheit | Cohen's d | ,425 | -,059 | -,766 | ,649 |
| | Hedges' Korrektur | ,436 | -,058 | -,746 | ,632 |
| | Glass' Delta | ,424 | -,059 | -,766 | ,649 |

*Abbildung 14: Effektgrößen Unterschied Psychodynamische und Humanistische Orientierung*

Unter Anbetracht der Effektstärken zeigt sich der Unterschied bei Humor mittelstark (d=-.704) ausgebildet und bei Lebenszufriedenheit nicht vorhanden (d=-.059).

**Gruppenstatistiken**

| | Therapierichtung | N | Mittelwert | Standardabweichung | Standardfehler des Mittelwertes |
|---|---|---|---|---|---|
| Humor | Psychodynamische Orientierung | 17 | 2,85 | 1,172 | ,284 |
| | Systemische Orientierung | 8 | 4,27 | 1,117 | ,395 |
| Lebenszufriedenheit | Psychodynamische Orientierung | 17 | 3,37 | ,425 | ,103 |
| | Systemische Orientierung | 8 | 3,84 | ,229 | ,081 |

**Test bei unabhängigen Stichproben**

| | | Levene-Test der Varianzgleichheit | | t-Test für die Mittelwertgleichheit | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | 95% Konfidenzintervall der Differenz | |
| | | F | Sig. | T | df | Sig. (2-seitig) | Mittlere Differenz | Standardfehlerdifferenz | Unterer Wert | Oberer Wert |
| Humor | Varianzen sind gleich | ,054 | ,818 | -2,851 | 23 | ,009 | -1,413 | ,496 | -2,438 | -,388 |
| | Varianzen sind nicht gleich | | | -2,903 | 14,442 | ,011 | -1,413 | ,487 | -2,453 | -,372 |
| Lebenszufriedenheit | Varianzen sind gleich | 4,516 | ,045 | -2,951 | 23 | ,007 | -,476 | ,161 | -,810 | -,142 |
| | Varianzen sind nicht gleich | | | -3,632 | 22,369 | ,001 | -,476 | ,131 | -,748 | -,205 |

*Abbildung 15: Vergleich Psychodynamische und Systemische Orientierung*

Im Vergleich der Psychodynamiker*innen mit den Systemiker*innen zeigt sich hingegen ein signifikanter Unterschied sowohl im Humor als auch bei der gegenwärtigen Lebenszufriedenheit ($p<.05$). Systemische Therapeut*innen zeigen sich hierbei als humorvoller und lebenszufriedener.

**Effektgrößen bei unabhängigen Stichproben**

| | | Standardisierer[a] | Punktschätzung | 95% Konfidenzintervall | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Unterer Wert | Oberer Wert |
| Humor | Cohen's d | 1,156 | -1,222 | -2,122 | -,300 |
| | Hedges' Korrektur | 1,195 | -1,182 | -2,052 | -,290 |
| | Glass' Delta | 1,117 | -1,265 | -2,300 | -,176 |
| Lebenszufriedenheit | Cohen's d | ,376 | -1,265 | -2,169 | -,338 |
| | Hedges' Korrektur | ,389 | -1,223 | -2,098 | -,327 |
| | Glass' Delta | ,229 | -2,079 | -3,410 | -,696 |

*Abbildung 16: Effektgrößen Unterschied Psychodynamische und Systemische Orientierung*

Unter Anbetracht der Effektstärken zeigt sich dieser Unterschied bei Humor (d=-1.222) und Lebenszufriedenheit (d=-1.265) stark ausgebildet.

**Gruppenstatistiken**

| | Therapierichtung | N | Mittelwert | Standardabweichung | Standardfehler des Mittelwertes |
|---|---|---|---|---|---|
| Humor | Psychodynamische Orientierung | 17 | 2,85 | 1,172 | ,284 |
| | Verhaltenstherapeutische Orientierung | 15 | 3,52 | 1,056 | ,273 |
| Lebenszufriedenheit | Psychodynamische Orientierung | 17 | 3,37 | ,425 | ,103 |
| | Verhaltenstherapeutische Orientierung | 15 | 3,50 | ,598 | ,154 |

**Test bei unabhängigen Stichproben**

| | | Levene-Test der Varianzgleichheit | | t-Test für die Mittelwertgleichheit | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | 95% Konfidenzintervall der Differenz | |
| | | F | Sig. | T | df | Sig. (2-seitig) | Mittlere Differenz | Standardfehlerdifferenz | Unterer Wert | Oberer Wert |
| Humor | Varianzen sind gleich | ,439 | ,513 | -1,684 | 30 | ,102 | -,668 | ,397 | -1,478 | ,142 |
| | Varianzen sind nicht gleich | | | -1,696 | 29,982 | ,100 | -,668 | ,394 | -1,472 | ,137 |
| Lebenszufriedenheit | Varianzen sind gleich | 5,061 | ,032 | -,729 | 30 | ,472 | -,132 | ,182 | -,503 | ,239 |
| | Varianzen sind nicht gleich | | | -,713 | 24,937 | ,482 | -,132 | ,186 | -,515 | ,250 |

*Abbildung 17: Vergleich Psychodynamische und Verhaltenstherapeutische Orientierung*

Im Vergleich zur Verhaltenstherapeutischen Orientierung zeigt sich in Abbildung 17 kein signifikanter Unterschied in Humor und Lebenszufriedenheit zu der Psychodynamischen Orientierung (p>.05).

**Effektgrößen bei unabhängigen Stichproben**

| | | Standardisierer[a] | Punktschätzung | 95% Konfidenzintervall | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Unterer Wert | Oberer Wert |
| Humor | Cohen's d | 1,119 | -,597 | -1,302 | ,118 |
| | Hedges' Korrektur | 1,148 | -,582 | -1,269 | ,115 |
| | Glass' Delta | 1,056 | -,633 | -1,355 | ,109 |
| Lebenszufriedenheit | Cohen's d | ,513 | -,258 | -,953 | ,441 |
| | Hedges' Korrektur | ,526 | -,252 | -,929 | ,430 |
| | Glass' Delta | ,598 | -,221 | -,917 | ,481 |

*Abbildung 18: Effektgrößen Unterschied Psychodynamische und Verhaltenstherapeutische Orientierung*

Unter Anbetracht der Effektstärke zeigt sich dieser Unterschied bei Humor (d=-.597) mittelstark und bei Lebenszufriedenheit (d=-.258) klein ausgebildet.

**Gruppenstatistiken**

| | Therapierichtung | N | Mittelwert | Standardabweichung | Standardfehler des Mittelwertes |
|---|---|---|---|---|---|
| Humor | Humanistische Orientierung | 14 | 3,65 | 1,087 | ,290 |
| | Systemische Orientierung | 8 | 4,27 | 1,117 | ,395 |
| Lebenszufriedenheit | Humanistische Orientierung | 14 | 3,39 | ,424 | ,113 |
| | Systemische Orientierung | 8 | 3,84 | ,229 | ,081 |

**Test bei unabhängigen Stichproben**

| | | Levene-Test der Varianzgleichheit | | t-Test für die Mittelwertgleichheit | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | 95% Konfidenzintervall der Differenz | |
| | | F | Sig. | T | df | Sig. (2-seitig) | Mittlere Differenz | Standardfehlerdifferenz | Unterer Wert | Oberer Wert |
| Humor | Varianzen sind gleich | ,403 | ,533 | -1,262 | 20 | ,221 | -,614 | ,486 | -1,628 | ,401 |
| | Varianzen sind nicht gleich | | | -1,252 | 14,358 | ,230 | -,614 | ,490 | -1,663 | ,435 |
| Lebenszufriedenheit | Varianzen sind gleich | 1,696 | ,208 | -2,766 | 20 | ,012 | -,451 | ,163 | -,791 | -,111 |
| | Varianzen sind nicht gleich | | | -3,236 | 19,987 | ,004 | -,451 | ,139 | -,742 | -,160 |

*Abbildung 19: Vergleich Humanistische und Systemische Orientierung*

In Abbildung 19 wird ersichtlich, dass sich die Humanistische Orientierung zur Systemischen Orientierung in der Lebenszufriedenheit unterscheidet ($p<.05$), jedoch nicht im Humor ($p>.05$).

**Effektgrößen bei unabhängigen Stichproben**

| | | Standardisierer[a] | Punktschätzung | 95% Konfidenzintervall | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Unterer Wert | Oberer Wert |
| Humor | Cohen's d | 1,097 | -,559 | -1,438 | ,333 |
| | Hedges' Korrektur | 1,141 | -,538 | -1,384 | ,320 |
| | Glass' Delta | 1,117 | -,550 | -1,446 | ,381 |
| Lebenszufriedenheit | Cohen's d | ,368 | -1,226 | -2,160 | -,266 |
| | Hedges' Korrektur | ,382 | -1,179 | -2,078 | -,256 |
| | Glass' Delta | ,229 | -1,969 | -3,273 | -,609 |

*Abbildung 20: Effektgrößen Unterschied Humanistische und Systemische Orientierung*

Unter Anbetracht der Effektstärken zeigt sich der Unterschied bei Humor ($d=-.559$) mittelstark und bei Lebenszufriedenheit ($d=-1.226$) stark ausgebildet.

**Gruppenstatistiken**

| | Therapierichtung | N | Mittelwert | Standardabweichung | Standardfehler des Mittelwertes |
|---|---|---|---|---|---|
| Humor | Humanistische Orientierung | 14 | 3,65 | 1,087 | ,290 |
| | Verhaltenstherapeutische Orientierung | 15 | 3,52 | 1,056 | ,273 |
| Lebenszufriedenheit | Humanistische Orientierung | 14 | 3,39 | ,424 | ,113 |
| | Verhaltenstherapeutische Orientierung | 15 | 3,50 | ,598 | ,154 |

**Test bei unabhängigen Stichproben**

| | | Levene-Test der Varianzgleichheit | | t-Test für die Mittelwertgleichheit | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | 95% Konfidenzintervall der Differenz | |
| | | F | Sig. | T | df | Sig. (2-seitig) | Mittlere Differenz | Standardfehlerdifferenz | Unterer Wert | Oberer Wert |
| Humor | Varianzen sind gleich | ,200 | ,658 | ,329 | 27 | ,745 | ,131 | ,398 | -,685 | ,947 |
| | Varianzen sind nicht gleich | | | ,329 | 26,730 | ,745 | ,131 | ,398 | -,687 | ,949 |
| Lebenszufriedenheit | Varianzen sind gleich | 5,399 | ,028 | -,553 | 27 | ,585 | -,107 | ,194 | -,505 | ,290 |
| | Varianzen sind nicht gleich | | | -,560 | 25,266 | ,581 | -,107 | ,191 | -,501 | ,287 |

*Abbildung 21: Vergleich Humanistische und Verhaltenstherapeutische Orientierung*

Weder in Humor noch in Lebenszufriedenheit unterscheidet sich die Humanistische Orientierung zur Verhaltenstherapeutischen Orientierung signifikant (p>.05).

**Effektgrößen bei unabhängigen Stichproben**

| | | Standardisierer[a] | Punktschätzung | 95% Konfidenzintervall | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Unterer Wert | Oberer Wert |
| Humor | Cohen's d | 1,071 | ,122 | -,608 | ,850 |
| | Hedges' Korrektur | 1,102 | ,119 | -,591 | ,826 |
| | Glass' Delta | 1,056 | ,124 | -,608 | ,852 |
| Lebenszufriedenheit | Cohen's d | ,521 | -,206 | -,934 | ,527 |
| | Hedges' Korrektur | ,536 | -,200 | -,908 | ,512 |
| | Glass' Delta | ,598 | -,179 | -,907 | ,555 |

*Abbildung 22: Effektgröße Unterschied Humanistische und Verhaltenstherapeutische Orientierung*

Unter Anbetracht der Effektstärke zeigt sich dieser Unterschied bei Humor (d=.122) als nicht vorhanden und bei Lebenszufriedenheit (d=-.206) klein ausgebildet.

**Gruppenstatistiken**

| | Therapierichtung | N | Mittelwert | Standardabweichung | Standardfehler des Mittelwertes |
|---|---|---|---|---|---|
| Humor | Systemische Orientierung | 8 | 4,27 | 1,117 | ,395 |
| | Verhaltenstherapeutische Orientierung | 15 | 3,52 | 1,056 | ,273 |
| Lebenszufriedenheit | Systemische Orientierung | 8 | 3,84 | ,229 | ,081 |
| | Verhaltenstherapeutische Orientierung | 15 | 3,50 | ,598 | ,154 |

**Test bei unabhängigen Stichproben**

| | | Levene-Test der Varianzgleichheit | | t-Test für die Mittelwertgleichheit | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | 95% Konfidenzintervall der Differenz | |
| | | F | Sig. | T | df | Sig. (2-seitig) | Mittlere Differenz | Standardfehlerdifferenz | Unterer Wert | Oberer Wert |
| Humor | Varianzen sind gleich | ,108 | ,746 | 1,580 | 21 | ,129 | ,745 | ,471 | -,235 | 1,725 |
| | Varianzen sind nicht gleich | | | 1,552 | 13,703 | ,143 | ,745 | ,480 | -,286 | 1,776 |
| Lebenszufriedenheit | Varianzen sind gleich | 15,740 | ,001 | 1,553 | 21 | ,135 | ,344 | ,221 | -,117 | ,804 |
| | Varianzen sind nicht gleich | | | 1,973 | 19,773 | ,063 | ,344 | ,174 | -,020 | ,708 |

*Abbildung 23: Vergleich Systemische und Verhaltenstherapeutische Orientierung*

Auch im Vergleich der Systemischen Orientierung zur Verhaltenstherapeutischen Orientierung lässt sich kein signifikanter Unterschied in Humor und Lebenszufriedenheit verzeichnen (p>.05).

**Effektgrößen bei unabhängigen Stichproben**

| | | Standardisierer[a] | Punktschätzung | 95% Konfidenzintervall | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Unterer Wert | Oberer Wert |
| Humor | Cohen's d | 1,076 | ,692 | -,199 | 1,567 |
| | Hedges' Korrektur | 1,117 | ,667 | -,192 | 1,510 |
| | Glass' Delta | 1,056 | ,706 | -,202 | 1,590 |
| Lebenszufriedenheit | Cohen's d | ,506 | ,680 | -,210 | 1,554 |
| | Hedges' Korrektur | ,525 | ,655 | -,202 | 1,498 |
| | Glass' Delta | ,598 | ,575 | -,318 | 1,449 |

*Abbildung 24: Effektgröße Unterschied Systemische und Verhaltenstherapeutische Orientierung*

Unter Anbetracht der Effektstärke zeigt sich der Unterschied bei Humor (d=.692) und bei Lebenszufriedenheit (d=.680) mittelstark ausgebildet.

**Zusammengefasst steht fest, dass bezüglich des Humors lediglich ein signifikanter Unterschied zwischen der Psychodynamischen und der Systemischen Ausrichtung besteht, nicht aber zwischen den anderen Therapierichtungen.**

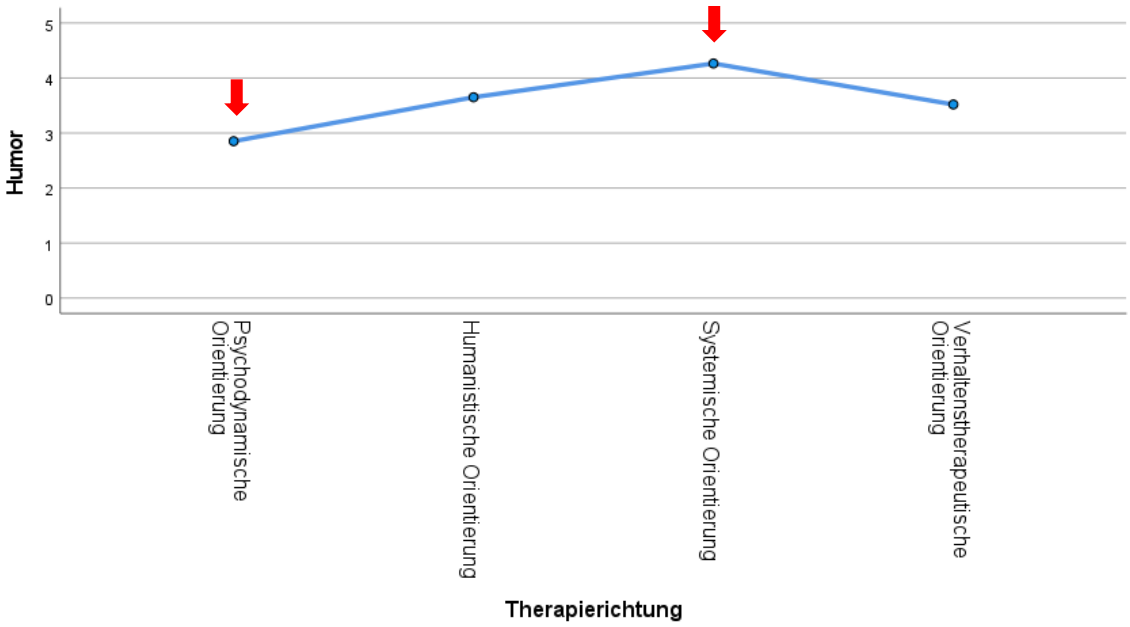


*Abbildung 25: Zusammenfassung Therapierichtungen und Humor*

**Bei der Lebenszufriedenheit zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Humanistischen und der Systemischen Orientierung sowie der Psychodynamischen und der Systemischen Orientierung. Alle anderen Therapierichtungen unterscheiden sich nicht signifikant.**

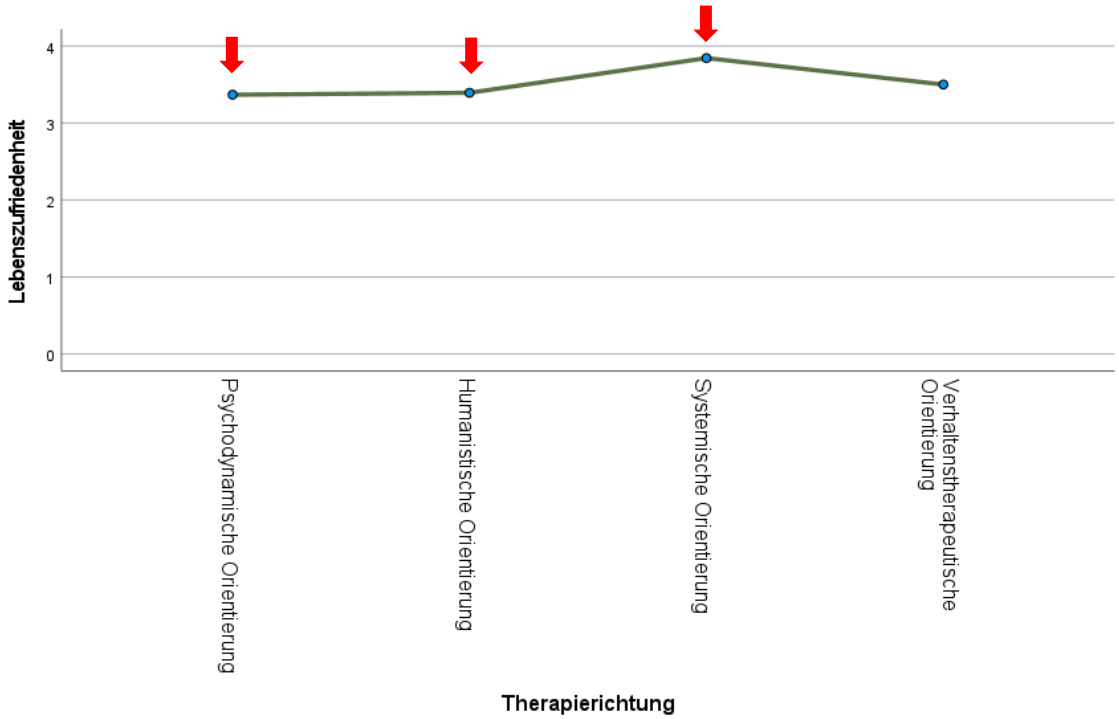


*Abbildung 26: Zusammenfassung Therapierichtungen und Lebenszufriedenheit*

**Fragestellung 4**

**H1: Es gibt signifikante Unterschiede bei den Geschlechtern in der aktiven Verwendung der Humorarten.**

Psychotherapeut*innen wurden auf die Unterschiede in der aktiven Verwendung der verschiedenen Humorarten untersucht. Insgesamt sind dies 26 (N) Psychotherapeuten und 28 (N) Psychotherapeutinnen. Hierfür wurden die Variablen des Geschlechts und der aktiven Verwendung von Humorarten miteinander verglichen.

**Gruppenstatistiken**

| | Geschlecht | N | Mittelwert | Standardabweichung | Standardfehler des Mittelwertes |
|---|---|---|---|---|---|
| Vulgäre Witze/Zoten mit sexuellen Anspielungen | männlich | 26 | 3,04 | 1,280 | ,251 |
| | weiblich | 28 | 2,39 | 2,043 | ,386 |
| Hintergründige Witze mit Doppelsinn und nachfolgendem Aha-Erlebnis | männlich | 26 | 4,81 | 1,132 | ,222 |
| | weiblich | 28 | 4,21 | 1,500 | ,283 |
| Spott und Häme über andere Leute | männlich | 26 | 1,92 | ,891 | ,175 |
| | weiblich | 28 | 2,11 | 1,548 | ,292 |
| Schwarzer Humor bei Themen wie Tod und Krankheit | männlich | 26 | 4,04 | 1,509 | ,296 |
| | weiblich | 28 | 3,36 | 1,890 | ,357 |
| Ironische Redeweisen, um andere aufs Glatteis zu führen | männlich | 26 | 4,58 | ,987 | ,194 |
| | weiblich | 28 | 3,64 | 2,022 | ,382 |

*Abbildung 27: Mittelwerte Geschlecht und Humorarten*

In Abbildung 27 sind die Mittelwerte im Vergleich des Geschlechts und der aktiven Verwendung der Humorarten ersichtlich. Nachfolgende Grafik zeigt den signifikanten Unterschied:

**Test bei unabhängigen Stichproben**

| | | Levene-Test der Varianzgleichheit | | t-Test für die Mittelwertgleichheit | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | 95% Konfidenzintervall der Differenz | |
| | | F | Sig. | T | df | Sig. (2-seitig) | Mittlere Differenz | Standardfehlerdifferenz | Unterer Wert | Oberer Wert |
| Vulgäre Witze/Zoten mit sexuellen Anspielungen | Varianzen sind gleich | 8,673 | ,005 | 1,379 | 52 | ,174 | ,646 | ,468 | -,294 | 1,585 |
| | Varianzen sind nicht gleich | | | 1,402 | 45,813 | ,168 | ,646 | ,461 | -,281 | 1,573 |
| Hintergründige Witze mit Doppelsinn und nachfolgendem Aha-Erlebnis | Varianzen sind gleich | 2,907 | ,094 | 1,631 | 52 | ,109 | ,593 | ,364 | -,136 | 1,323 |
| | Varianzen sind nicht gleich | | | 1,648 | 49,980 | ,106 | ,593 | ,360 | -,130 | 1,316 |
| Spott und Häme über andere Leute | Varianzen sind gleich | 5,454 | ,023 | -,530 | 52 | ,598 | -,184 | ,347 | -,881 | ,513 |
| | Varianzen sind nicht gleich | | | -,540 | 43,699 | ,592 | -,184 | ,341 | -,871 | ,503 |
| Schwarzer Humor bei Themen wie Tod und Krankheit | Varianzen sind gleich | 4,025 | ,050 | 1,457 | 52 | ,151 | ,681 | ,468 | -,257 | 1,620 |
| | Varianzen sind nicht gleich | | | 1,469 | 50,898 | ,148 | ,681 | ,464 | -,250 | 1,613 |
| Ironische Redeweisen, um andere aufs Glatteis zu führen | Varianzen sind gleich | 31,706 | ,000 | 2,130 | 52 | ,038 | ,934 | ,438 | ,054 | 1,814 |
| | Varianzen sind nicht gleich | | | 2,180 | 39,796 | ,035 | ,934 | ,428 | ,068 | 1,800 |

*Abbildung 28: Vergleich Geschlecht und Humorarten*

**Hieraus wird ersichtlich, dass sich Psychotherapeut*innen ausschließlich in der Verwendung von ironischen Redeweisen, um andere aufs Glatteis zu führen, signifikant unterscheiden (p<.05). Psychotherapeuten verwenden mehr ironische Redeweisen als Psychotherapeutinnen.**

**Effektgrößen bei unabhängigen Stichproben**

| | | Standardisierer[a] | Punktschätzung | 95% Konfidenzintervall | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Unterer Wert | Oberer Wert |
| Vulgäre Witze/Zoten mit sexuellen Anspielungen | Cohen's d | 1,719 | ,376 | -,165 | ,912 |
| | Hedges' Korrektur | 1,744 | ,370 | -,162 | ,899 |
| | Glass' Delta | 2,043 | ,316 | -,227 | ,854 |
| Hintergründige Witze mit Doppelsinn und nachfolgendem Aha-Erlebnis | Cohen's d | 1,336 | ,444 | -,098 | ,983 |
| | Hedges' Korrektur | 1,355 | ,438 | -,097 | ,969 |
| | Glass' Delta | 1,500 | ,396 | -,152 | ,936 |
| Spott und Häme über andere Leute | Cohen's d | 1,275 | -,144 | -,678 | ,391 |
| | Hedges' Korrektur | 1,294 | -,142 | -,668 | ,385 |
| | Glass' Delta | 1,548 | -,119 | -,653 | ,417 |
| Schwarzer Humor bei Themen wie Tod und Krankheit | Cohen's d | 1,718 | ,397 | -,144 | ,934 |
| | Hedges' Korrektur | 1,743 | ,391 | -,142 | ,920 |
| | Glass' Delta | 1,890 | ,361 | -,185 | ,900 |
| Ironische Redeweisen, um andere aufs Glatteis zu führen | Cohen's d | 1,610 | ,580 | ,032 | 1,123 |
| | Hedges' Korrektur | 1,634 | ,572 | ,032 | 1,107 |
| | Glass' Delta | 2,022 | ,462 | -,090 | 1,006 |

*Abbildung 29: Effektgrößen Humorarten und Geschlecht*

Unter Anbetracht der Effektstärke zeigt sich dieser Unterschied mittelstark ausgebildet (d=.580).

## 5.3 Diskussion

Nachdem die Ergebnisse im vorangegangenen Kapitel dargestellt wurden, können diese anschließend mit der Literatur in Zusammenhang gebracht und diskutiert werden, um die Fragestellungen bzw. Hypothesen zu überprüfen zu können.

### 5.3.1 Ziel und Zweck

Humor und Lebenszufriedenheit wurde in den letzten Jahrzehnten immer mehr Bedeutung beigemessen und Aufmerksamkeit geschenkt. Die positive Auswirkung von Humor und Zufriedenheit wurde durch unterschiedliche wissenschaftliche Disziplinen erforscht. Auch in der Psychotherapie lässt sich die Forschung bzgl. des Gebrauchs von Humor bis ins 19. Jahrhundert zurückverfolgen. Der Schwerpunkt von Forschungsintentionen liegt nunmehr nicht auf Krankheit und negativen Assoziationen, sondern auf den Erhalt von Gesundheit, der Prävention und der Verbesserung der Lebenszufriedenheit. Es zeigt sich, dass sich Humor positiv auf die Arbeitsbeziehung und somit auf den Therapieerfolg auswirkt. Mit diesem Hintergrundwissen stellte sich die Frage, wie humorvoll und zufrieden Psychotherapeut*innen sind.
Das Ziel dieser Masterthesis war es, Unterschiede und Zusammenhänge von Humor und Lebenszufriedenheiten der Psychotherapeut*innen, der unterschiedlichen Therapieschulen sowie dem Unterschied der aktiven Verwendung der Humorarten zwischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Dazu werden anschließend alle Fragestellungen bzw. Hypothesen einzeln in Verbindung mit der Literatur und den Ergebnissen besprochen.

### 5.3.2 Überprüfung der Hypothesen

In diesem Kapitel werden die Hypothesen und Fragestellungen mit den Ergebnissen und der Literatur in Verbindung gebracht und überprüft.

**Fragestellung 1**

**H1: Es besteht ein Unterschied in der Humorfähigkeit zwischen alten und neuen Therapieschulen. Die Psychotherapeut*innen der neueren Therapieschulen sind humorvoller.**

Der Gebrauch von Humor im Psychotherapiesetting gilt als angebracht und die Wirkung auf die Arbeitsbeziehung als positiv, dies war historisch gesehen jedoch

nicht immer so. Während Humor für manche eine positive transformative Kraft ist, ist sie für andere ein Abwehrmechanismus, durch welchen unangenehme Themen umgangen werden können. Die Humorverwendung hat mittlerweile einen wichtigen Stellenwert für Beziehung und Vertrauen in der Psychotherapie eingenommen. Hier wird von der Verwendung von gutartigem und konstruktivem Humor ausgegangen. Um Humor einsetzen zu können, müssen Humordispositionen vorhanden sein und auch das Wissen bestehen, wo die Grenzen von Humor liegen. Durch die Fähigkeit Humor einsetzen zu können, können flexiblere Lösungsstrategien gefunden und die eigene Unvollkommenheit akzeptiert werden.
Untersucht wurde die Humorfähigkeit von Psychotherapeut*innen (N 54) der unterschiedlichen Therapieschulen, welche in die Kategorien „alt" und „neu" eingeteilt wurden. Im Vergleich dieser beiden Kategorien konnte kein signifikanter Unterschied (p=.099) festgestellt werden.

**Somit wird die Alternativhypothese (H1) verworfen.**

*H0: Es besteht kein signifikanter Unterschied in der Humorfähigkeit zwischen alten und neuen Therapieschulen. Die Psychotherapeut*innen der neueren Therapieschulen sind nicht humorvoller.*

**Fragestellung 2**
**H1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen Humor und Lebenszufriedenheit bei Psychotherapeut*innen. Umso humorvoller die Psychotherapeut*innen, umso lebenszufriedener sind diese (und vice versa).**

Humor gilt als einzigartige und transformative Kraft, um mit ungünstigen Situationen umgehen zu können. Humor und Heiterkeit gelten als positive Emotionen und wirken sich durch eine optimistische Grundeinstellung, größerer Frustrationstoleranz, höherer Resilienz, kognitive Flexibilität, hohe soziale Kompetenz und bessere Immunabwehr auf Menschen aus. Vor allem das Lachen besitzt eine affektiv positive Bedeutung und gilt als Mitvoraussetzung für eine positive Lebenshaltung. Auch Zufriedenheit gilt als ein Faktor zum menschlichen Wohlbefinden. Hier stellt sich die Frage, ob die beiden Variablen, Humor und Lebenszufriedenheit, in einem Zusammenhang stehen.

Untersucht wurden die Humorfähigkeit und die gegenwärtige Lebenszufriedenheit der Psychotherapeut*innen (N 54). Aus den Ergebnissen lässt sich schließen, dass eine signifikant positive Korrelation besteht (p=.005). Somit besteht kein zufälliger Zusammenhang zwischen Humor und Lebenszufriedenheit.

**Die Alternativhypothese (H1) wird aus diesem Grund angenommen.**

**Fragestellung 3**

**H1: Im Vergleich der Psychotherapieschulen findet man wesentliche Unterschiede in Humor und Lebenszufriedenheit von Psychotherapeut*innen.**

Inhaltlich unterscheiden sich die die vier Therapieschulen in ihrer Ausrichtung voneinander. Aus diesem Grund wird auch davon ausgegangen, dass sich die Psychotherapeut*innen der unterschiedlichen Schulen in Bezug auf Humor und Lebenszufriedenheit voneinander unterscheiden. Miteinander verglichen wurden die Psychotherapeut*innen der Psychodynamischen, der Humanistischen, der Systemischen und Verhaltenstherapeutischen Orientierung.
Wie aus den Ergebnissen hervorgeht, unterscheiden sich im Humor ausschließlich die Psychodynamische Orientierung zur Systemischen Orientierung signifikant (p=.009). Daraus ergeht, dass die Psychotherapeut*innen der Systemischen Orientierung humorvoller sind. Weiters ergibt sich ein signifikanter Unterschied in der Lebenszufriedenheit der Humanistischen zur Systemischen Orientierung (p=.012) und der Psychodynamischen zur Systemischen Orientierung (p=.001). In beiden Fällen erweisen sich die Psychotherapeut*innen der Systemischen Orientierung als lebenszufriedener.

**Somit wird die Alternativhypothese (H1) angenommen.**

**Fragestellung 4**

**H1: Es gibt signifikante Unterschiede bei den Geschlechtern in der aktiven Verwendung der Humorarten.**

Es gibt geschlechtsspezifische Differenzen bezüglich der Bewertung, Einschätzung und Verwendung von Humor. Während sich der Gebrauch von Humor für Frauen

historisch gesehen als erschwert herausgestellt hat, konnten Männer diesen allzeit öffentlich verwenden. Jedoch lässt sich durch die fortschreitende Emanzipation ein Aufholen von öffentlichem Humorgebrauch durch Frauen verzeichnen. Somit stellte sich die Frage nach den Unterschieden des aktiven Humorgebrauchs zwischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Hierfür wurden die Variablen des Geschlechts und der aktiven Verwendung von Humorarten miteinander verglichen. Die unterschiedlichen Humorarten, welche untersucht wurden, sind: Vulgäre Witze und Zoten mit sexuellen Anspielungen, Hintergründige Witze mit Doppelsinn und nachfolgendem Aha-Erlebnis, Spott und Häme über andere Leute, Schwarzer Humor bei Themen wie Tod und Krankheit und ironische Redeweisen, um andere aufs Glatteis zu führen.
Aus den Ergebnissen wird ersichtlich, dass es einen signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschied in der aktiven Verwendung von ironischen Redeweisen, um andere aufs Glatteis zu führen, gibt (p=.035). Psychotherapeuten verwenden diese Humorart häufiger als Psychotherapeutinnen.

**Somit kann die Alternativhypothese (H1) angenommen werden.**

### 5.3.3 Interpretation

Die Bedeutung des Humors für die Psychotherapie lässt sich durch die Vielzahl von Literatur bereits ableiten. Historisch gesehen, war der Gebrauch von Humor in der Psychotherapie nicht immer erwünscht und auch bis heute gehen die Meinungen bzgl. Wirkung, Gefahr und Indikation weit auseinander. Aus dieser Studie lässt sich schließen, dass es keinen Unterschied zwischen der Humorfähigkeit von Psychotherapeut*innen in den unterschiedlichen Methodengruppen der Therapieschulen gibt. Egal ob sich diese in neueren oder älteren Verfahrensgruppen befinden. Dies ist womöglich auf die Vielzahl von Forschungen bzgl. des Gebrauchs von Humor in der Psychotherapie und den damit verbundenen Fortbildungen zurückzuführen. Es wird davon ausgegangen, dass der von Psychotherapeut*innen angewandte Humor, konstruktiv und gutartig, unabhängig vom Alter der jeweiligen Methodengruppe verwendet wird. Jedoch lassen sich Unterschiede zwischen den vier Grundorientierungen im Bezug auf Humor und Lebenszufriedenheit verzeichnen. Dies mag der inhaltlichen Ausrichtung geschuldet sein sowie der individuellen Grundeinstellung zu Humor und der subjektiven Bewertung der eigenen Lebenszufriedenheit. Unumstritten ist, dass sich Humor positiv auf das Immunsystem,

die Resilienz und die kognitive Flexibilität auswirkt und damit eine heitere und zufriedene Lebenshaltung fördert sowie zum eigenen Wohlbefinden beiträgt. Somit beeinflusst der eigene Humor die jeweilige gegenwärtige Lebenszufriedenheit und umgekehrt. Dies wird auch in den Ergebnissen dieser Studie sichtbar.
Durch die fortschreitende Emanzipation ist der öffentliche Gebrauch von Humor für Frauen kein Tabu mehr. Auch bei Psychotherapeutinnen wird dies ersichtlich. Ausschließlich bei der Verwendung von ironischen Redeweisen gibt es noch einen Unterschied zu den Psychotherapeuten. Ironie, in dieser Studie als hinterhältig, bissig und böse auf Kosten anderer, wird von Psychotherapeutinnen weniger genutzt als von ihren männlichen Kollegen. Andere Menschen durch ironische Redeweisen aufs Glatteis zu führen, liegt Frauen ferner als Männern. Vermutlich wollen Frauen selbst auch nicht aufs Glatteis geführt werden und verwenden aus diesem Grund weniger ironische Redeweisen und sind vorsichtiger im Umgang mit destruktivem Humor. Sowie auch Spott und Häme über andere Menschen kaum von Psychotherapeut*innen verwendet wird, im Gegensatz zu hintergründigen Witzen mit Doppelsinn und nachfolgendem Aha-Erlebnis. Auch Schwarzer Humor wird geschlechtsunabhängig oft verwendet. Offen bleibt, ob Psychotherapeut*innen die jeweiligen Humorarten ausschließlich privat oder auch in laufenden Psychotherapieeinheiten verwenden.
Konstruktiver und mit Bedacht eingesetzter Humor fördert unser physisches und psychisches Wohlbefinden und Zufriedenheit. Er vermag außerdem Vertrauen und Beziehungen zu fördern und somit ist der Einsatz von Humor auch ein wichtiger Bestandteil der Psychotherapie und verhilft auch dazu, sich selbst zu hinterfragen und oft notwendige Perspektivenwechsel einnehmen zu können.

### 5.3.4 Konsequenzen und Einschränkungen

Wie jede einmalige Testung, ist auch dies eine Momentaufnahme der subjektiven und genau in diesem Moment empfundenen Lebenszufriedenheit und Einstellung zu Humor. Für weitere Studien wäre eine breit angelegte Längsschnittstudie angebracht.
Auch die Wahl der Papier-Stift-Methodik ist im Nachhinein gesehen eine sehr umständliche Methode und könnte durch eine Online-Umfrage ersetzt werden. Dadurch würde auch die Anonymität bei der Rücksendung der Fragebögen besser gewährleistet werden können und stellt einen geringeren zeitlichen Aufwand dar.

# 6 Literaturverzeichnis


Abele, A., & Becker, P. (Hrsg.). (1991). *Wohlbefinden. Theorie - Empirie - Diagnostik.* Weinheim: Juventa.

Adler, A. (1927). *Menschenkenntnis.* (J. Rüedi, Hrsg.) Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

Ammon, G. (1984). Die Unerreichten - Zur Behandlungsproblematik des Urnaziß mus. *Dynamische Psychiatrie. Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse*, S. 145-164.

Bachtin, M. (1965). *Literatur und Karneval.* Frankfurt am Main.

Berne, E. (1981). *Transactional analysis in psychotherapy.* New York: Grove Press.

Brandl-Nebehay, A., Rauscher-Gföhler, B., & Kleibel-Arbeithuber, J. (Hrsg.). (1998). *Systemische Familientherapie. Grundlagen, Methoden und aktuelle Trends.* Wien: Facultas.

Brunner, R., & Titze, M. (Hrsg.). (1995). *Wörterbuch der Individualpsychologie. 2. Aufl.* München: Reinhardt.

Dempster, M., & Hanna, D. (2019). *Statistik und Forschungsmethoden für Psychologen und Sozialwissenschaftler für Dummies.* Weinheim: WILEY-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA.

Fabian, E. (2015). *Humor und seine Bedeutung für die Psychotherapie.* Gießen: Psychosozial-Verlag.

Frankl, V. E. (1977). *Logotherapie und Existenzanalyse.* München: Piper.

Frankl, V. E. (1994). *Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten. Neuaufl.* Berlin: Quintessenz.

Freud, S. (1926). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse.* Leipzig: Offizin Haag-Drugulin AG.

Freud, S. (1992). *Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten.* Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuchverlag.

Glatzer, W., & Zapf, W. (1984). Lebensqualität in der Bundesrepublik. Frankfurt: Campus Verlag.

Grimm, J. (2010). *The Humor-Disposition Test (HUD). - Methodenforum der Universität Wien: MF-Working Paper 2010/02.*

Grimm, J. (2014). Lachen im sozialen Kontext. Konstruktion und Evaluation des Humor-Dispositions-Tests. *medien & zeit*, S. 13-24.

Hain, P. (2012). *Entlassung auf Bewährung. Hypnosystemisches Arbeiten mit humorvollen Bildern.* Zürich.

Höfner, E., & Farrelly, F. (2001). Der Provokative Stil bei depressiven Störungen. Oder: Humor und Herausforderung in der Psychotherapie. *PiD - Psychotherapie im Dialog*(2(4)), S. 450-456.

Jung, C. G. (1946). *Analytische Psychologie und Erziehung.* Zürich: Rascher Verlag.

Kotthoff, H. (2004). *Lachkulturen heute. Humor in Gesprächen.* Stuttgart: Hochschule der Medien.

Kryspin-Exner, I. (Hrsg.). (1998). *Klinische Psychologie. Postgraduale Aus- und Weiterbildung.* Wien: WUV.

Leuner, H. (1994). *Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie. 3. Aufl.* Bern: Hans Huber.

Maderthaner, R. (1997). Wohlbefinden und Lebensqualität. *Psychologie in Österreich (Themenschwerpunkt: Umweltpsychologie)*, S. 17, 2, 62-65.

Maderthaner, R. (1998). Wohlbefinden, Lebensqualität und Umwelt. In I. Kryspin-Exner, B. Lueger-Schuster, & G. Weber (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie - Postgraduelle Aus- und Weiterbildung* (S. 483-508). Wien: WUV / Universitätsverlag.

Martin, R. A. (1996). The situational humor response questionnaire (SHRQ) and coping humor scale (CHS): A decade of research findings. *Humor 9-3/4*, 251-272.

Mayring, P. A. (1991). Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens. In A. Abele, & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie - Empirie - Diagnostik* (S. 51-70). Weinheim: Juventa.

McCullough, L. S., & Taylor, R. K. (1993). Humor in American, British and German Ads. *Industrial Marketing Management, 22/1*, S. 17-28.

Moreno, J. L. (1988). *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. 3. Aufl.* Stuttgart: Thieme.

Räwel, J. (2005). *Humor als Kommunikationsmedium.* Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
Rogers, C. R. (1983). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie.* Frankfurt/Main: Fischer Verlag.
Sandner, D. (2013). *Die Gruppe und das Unbewusste.* Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
Schorr, A. (1984). *Die Verhaltenstherapie. Ihre Geschichte von den Anfängen bis zur Gegenwart.* Weinheim: Beltz.
Stumm, G., & Pritz, A. (Hrsg.). (2000). *Wörterbuch der Psychotherapie.* Wien: Springer-Verlag.
Titze, M. (2002). Humor und Alter. (G. Schöpfer, & G. Stessel, Hrsg.) *Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft für Wirtschafts- und Sozialgeschichte*, S. 39-69.
Titze, M., & Kühn, R. (2010). *Lachen zwischen Freude und Scham. Eine psychologisch-phänomenologische Analyse zum Verständnis der "Gelotophobie".* Würzburg: Königshausen-Neumann.
Trautwein, U. (2004a). Die temporalen Facetten der Lebenszufriedenheit: Eine deutsche Adaption der Skala von Pavot, Diener und Suh (1998). *Diagnostica, 50, Heft 4*, S. 182-192.
Trautwein, U. (2004b). *Fragebogen zur temporalen Lebenszufriedenheit (FTL) eine deutsche Adaption der Temporal Satisfaction with Life Scale von Pavot, Diener und Suh (1998).*
Vaillant, G. (1980). *Lebensläufe.* Reinbek: Rowohlt.
Walter, H.-J. (1994). *Gestalttheorie und Psychotherapie. Zur integrativen Anwendung zeitgenössischer Therapieformen. 3., erw. Aufl.* Opladen: Westdeutscher Verlag.
Wöller, W., & Kruse, J. (Hrsg.). (2015). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden.* Stuttgart: Schattauer GmbH.

# 7 Internetquellen

Freud, S. (1927). *textlog: Freud-Psychoanalyse: Der Humor.* Abgerufen am 17. November 2021 von https://www.textlog.de/freud-psychoanalyse-humor.html
Hehl, F.-J., & Ruch, W. (27. Februar 1985). The location of sense of humor within comprehensive personality spaces: An exploratory study. *Personality and Individual Differences, 6*, S. 703-715. doi:https://doi.org/10.1016/0191-8869(85)90081-9
Jansky-Denk, G., Sagl, M., & Weiss, S. (17. Juni 2014). *Sozialministerium.* (BMSGPK, Hrsg.) Von https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Berufe-A-bis-Z/Psychotherapeutin,-Psychotherapeut.html abgerufen
Kierein, M., & Sagl, M. (24. Juni 2003). *Sozialministerium.* (BMSGPK, Hrsg.) Von https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Berufe-A-bis-Z/Psychotherapeutin,-Psychotherapeut.html abgerufen
Propach, F. (2021). *Pro Psychotherapie e.V.* Von https://www.therapie.de/psyche/info/ratgeber/humor/ abgerufen
*Schlechte Witze*. (2021). Von https://schlechtewitze.com/zufriedenheit abgerufen
*schreiben.net*. (2021). Von https://www.schreiben.net/artikel/schwarzer-humor-2667/ abgerufen
*schreiben.net*. (2021). Von https://www.schreiben.net/artikel/sarkasmus-5770/ abgerufen
*schreiben.net*. (2021). Von https://www.schreiben.net/artikel/ironie-3588/ abgerufen
*schreiben.net*. (2021). Von https://www.schreiben.net/artikel/satire-9834/ abgerufen
*schreiben.net*. (2021). Von https://www.schreiben.net/artikel/gute-witze-2572/ abgerufen

# 8 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Häufigkeiten Geschlecht ... 26
Abbildung 2: Häufigkeiten Alter ... 27
Abbildung 3: Häufigkeiten Praxisjahre 1 ... 27
Abbildung 4: Häufigkeiten Praxisjahre 2 ... 28
Abbildung 5: Häufigkeiten Therapierichtung ... 29
Abbildung 6: Häufigkeiten Methodengruppe ... 30
Abbildung 7: alte und neue Therapieschulen1 ... 31
Abbildung 8: alte und neue Therapieschulen2 ... 32
Abbildung 9: Effektgröße Humor und Therapieschulen ... 32
Abbildung 10: Humor und Lebenszufriedenheit ... 32
Abbildung 11: Korrelation Humor und Lebenszufriedenheit ... 33
Abbildung 12: Vergleich Lebenszufriedenheit und Humor je Therapierichtung ... 33
Abbildung 13: Vergleich Psychodynamische und Humanistische Orientierung ... 34
Abbildung 14: Effektgrößen Unterschied Psychodynamische und Humanistische Orientierung ... 34
Abbildung 15: Vergleich Psychodynamische und Systemische Orientierung ... 35
Abbildung 16: Effektgrößen Unterschied Psychodynamische und Systemische Orientierung ... 35
Abbildung 17: Vergleich Psychodynamische und Verhaltenstherapeutische Orientierung ... 36
Abbildung 18: Effektgrößen Unterschied Psychodynamische und Verhaltenstherapeutische Orientierung ... 36
Abbildung 19: Vergleich Humanistische und Systemische Orientierung ... 37
Abbildung 20: Effektgrößen Unterschied Humanistische und Systemische Orientierung 37
Abbildung 21: Vergleich Humanistische und Verhaltenstherapeutische Orientierung ... 38
Abbildung 22: Effektgröße Unterschied Humanistische und Verhaltenstherapeutische Orientierung ... 38
Abbildung 23: Vergleich Systemische und Verhaltenstherapeutische Orientierung ... 39
Abbildung 24: Effektgröße Unterschied Systemische und Verhaltenstherapeutische Orientierung ... 39
Abbildung 25: Zusammenfassung Therapierichtungen und Humor ... 40
Abbildung 26: Zusammenfassung Therapierichtungen und Lebenszufriedenheit ... 40
Abbildung 27: Mittelwerte Geschlecht und Humorarten ... 41
Abbildung 28: Vergleich Geschlecht und Humorarten ... 42
Abbildung 29: Effektgrößen Humorarten und Geschlecht ... 42

**Erstbetreuerin:** Mag.ª Anna Werksnies
**Zweitbetreuer:** Univ. Doz. Dr. Gerald Gatterer

**Anschrift der Verfasserin:**

Katrin Strasser, MSc
Klammstraße 6/6, 8160 WEIZ
katrin_strasser@gmx.at
0680 20 55 228