

Tinkara TUŠEK

Humor v psihoterapiji – raziskave in primeri dobre prakse

*Humour in Psychotherapy –
research and cases of good practice*

POVZETEK

Raziskave so vedno pomemben spremljevalec teoretičnih konceptov. Tako je prvi del članka namenjen povzemanju različnih raziskav iz področja uporabe terapevtskega humorja v kontekstu psihoterapije. Rezultati raziskav so različni: določene raziskave podpirajo idejo pozitivnega učinka rabe terapevtskega humorja, spet druge ne prepoznajo, da bi terapevtski humor vplival na proces v terapiji in tretje opozarjajo na potencialno škodljivost (predvsem neprimerno rabljenega) terapevtskega humorja. V drugem delu članka predstavim primere dobre prakse uporabe terapevtskega humorja, in sicer na treh ravneh dela, delo s posameznikom, delo z družino in delo s skupino. Izbrani primeri prikazujejo različne načine, kako lahko terapevtski humor implementiramo v psihoterapevtski proces ter poudari različne možne pozitivne izide rabe terapevtskega humorja.

KLJUČNE BESEDE

Terapevtski humor, raziskave, primeri dobre prakse

SHORT ABSTRACT

Research always goes hand in hand with theoretical concepts. Therefore, the first part of this article summarizes a number of different researches about the use of therapeutic humour in psychotherapy. The results are various: some research says that therapeutic humour has a positive impact on the psychotherapeutic process, other research says that humour has no impact on psychotherapy, while a third group of researches warns that humour, which is used inappropriately, can be harmful for the client. In the second part of this article cases of good practice on three different levels (individual, couple/family, group therapy) are considered. These cases show different ways in which therapeutic humour can be used in the psychotherapeutic process and highlights a variety of positive outcomes.

KEY WORDS

Therapeutic humour, research, cases of good practice

Extended abstract

The focus of my previous article, which was published in an earlier edition of *Kairos*, was on the theory of humour in psychotherapy. In this article my intention is to go a step further and introduce research which evaluates humour in psychotherapy and then to present cases of good practice on three different levels – working with an individual, couple/family and group.

1. Researches about Therapeutic Humour

In table 1. I have reviewed important researches about the use of humour in psychotherapy. My intention is to support the theoretical concepts which were talked about in my previous article and which are used in this article for analyzing cases of good practice. At the same time, I want to point out that therapeutic humour has its limitations and deficiencies.

Table 1. A review of important research about the use of humour in psychotherapy

| Author | Sample | Measurement | Results |
|--------------------------------------|---|---|---|
| Eliezer, Witztumand colleagues | 12 patients with chronic schizophrenia who had been hospitalized for at least eight years | a psychiatric rating scale | significant improvements in functioning in most of the patients |
| Rosenheim and Golan | unknown number of adults who were currently in outpatient psychotherapy | clients were presented with a series of audio recordings of therapy sessions in which the therapists either did or did not use humour | the non-humorous interventions were rated as being significantly more effective and were more strongly preferred by the clients |
| Rosenheim, Tecucianu and Dimitrovsky | unknown number of schizophrenic patients in the early stages of remission from an acute psychotic episode | clients were presented with a series of audio recordings of therapy sessions in which the therapists either did or did not use humour | the non-humorous interventions were rated as being significantly more effective and were more strongly preferred by the clients |

| | | | |
|------------------------|---|---|--|
| <p>Foster and Reid</p> | <p>unknown number of university students</p> | <p>university students were asked to rate one of three videotapes of counselling sessions containing no humour, facilitative (empathic and supportive) humour, or nonfacilitative (mildly derisive or distracting) humour initiated by the counsellor</p> | <p>Non-facilitative humour might have an adverse effect on some aspects of treatment, but facilitative humour does not seem to show any greater therapeutic benefits compared to no humour at all</p> |
| <p>Kilinger</p> | <p>unknown number of clients and therapists from two different university counselling centres</p> | <p>analysis of 85 tape recordings of therapy sessions</p> | <ul style="list-style-type: none"> - no differences were found in the overall frequency of humour initiated by novice versus more experienced therapists or during early versus later therapy sessions. - humorous therapist statements did not seem to produce any greater benefits than did the non-humorous control statements; on the contrary, those humorous comments that elicited laughter in clients were actually judged to produce significantly less client exploration and understanding as compared to non-humorous - about 20 percent of the humour instances could be categorized as aggressive (superiority or ridicule); this typically led to a shift away from the current topic of discussion and an interruption of client self-exploration |

| | | | |
|-----------------------------|--|--|---|
| Peterson and Pollio | Members of one group therapy | analysis of 5 tape recordings of group therapy | <p>- over 75 percent of the humour generated by group members was negatively targeted toward another group member or someone outside the group</p> <p>- seven percent involved positive remarks of any sort.</p> <p>- laughter in response to humour directed at another group member led to a significant reduction in therapeutic effectiveness; appeared to be a means of diverting group discussion away from the current topic of conversation</p> <p>- laughter at humour targeting generalized others outside the group led to an increase in effectiveness; seemed to be a method of offering support and promoting group feeling</p> |
| Megdell | unknown number of clients and therapists from two alcoholism treatment centres | videotapes of the sessions were reviewed by the counsellor and the client separately | findings suggest a potential benefit of humour, but only when it is enjoyed by both the client and the therapist together |
| Gervaise, Mahrer and Markow | 75 clients and 15 therapists | analysis of 280 hours of audiotaped sessions | there are therapists statements which challenge strong laughter with the clients |

| | | | |
|-----------|--|-------------------------------------|---|
| Killinger | unknown number of therapists and clients | analysis of 85 video-taped sessions | <ul style="list-style-type: none"> - there is no significant differences in humour frequency related to therapist experience, the level of maturity as well as developmental and environmental influences are more important; - humour is effectively used to convey ideas or intention into therapy - it is possible that the form the communication takes may not be as important as the way it is delivered |
|-----------|--|-------------------------------------|---|

Some research confirms the positive effects of therapeutic humour in psychotherapy, other research says that humour is not an important part of the process while a third group of researches warns that humour, which is used inappropriately, can be harmful for the client-therapist relationship and for the process itself. My personal opinion is that the question of the successful use of humour in psychotherapy is very complex. What is now needed is therefore further research with new methodology. A first step towards encouraging such new research could be that therapists who are using humour in their everyday practice start systematically noting their cases.

2. Cases of good practice using therapeutic humour and their analysis

2.1. Therapeutic humour in individual psychotherapy

Redirecting the client from the perspective of helplessness to the perspective of »owning« his power

This case was presented by Farrelly (1987).

Client: (seriously and sincerely): Boy, you have really helped me.

Therapist: That's a fact!

Client: I'll never forget you.

Therapist: (laconically) You ought not to. Of course I'll forget you, but then I'm much more memorable than you are and you're just another client. Yeah, I've definitely done an incredible job considering (therapist gestures toward the client) the poor material I've had to work with. Ninety-five percent of the credit goes to me.

Client: (taken aback, protesting) Well Frank, I think I did 95% and you did 5%.

Therapist: That's the trouble in this clinical field. You just work and slave with people and give, give, give! That's the kind of thing...they're just a bunch of glory hoppers, these clients. (Therapist suddenly covers his face with his hands, and »sobs uncontrollably«.)

The therapist while praising himself and the work he has done with the client at the same time devalued his client's effort and by doing that, he helped the client to defend and highlight his role in the process. When the client started to protest, the therapist still used humour and staged disappointment over his clients who never give him compliments although he is giving and giving and giving all the time. The therapist emphasized humour and started sobbing uncontrollably. Farrelly used paradox to help the client to change his perspective from thinking that the therapist did everything to awareness that the client did most of the work.

2.2. Therapeutic humour in couple/family therapy

Reframing – giving a different attribution to the situation

This case was presented by Lusterman (1994).

A young couple in their early thirties entered therapy because of marital problems. He was a rather demanding and perfectionist partner, although he felt that he was very empathic and supportive. His approach to the marriage was very serious, while she stolidly resisted his pleas for lengthy conversations about their relationship, where it was going, why it wasn't better than it was, and so forth. The more he pursued her with requests for heart-to-heart talks, the more she would distance herself. He felt extremely put-upon, because he believed he was trying so hard to make things work, and she so frequently rebuffed him. I asked if I had ever told them about Moish.

»Moish was a good and God-fearing man. His religion demanded that he pray three times a day, but Moish prayed constantly. Moish did many good deeds. Nonetheless, tragedy continually dogged him. His business failed, the dog died, he got boils, and developed a bad case of gas. One day he cried out to the Lord. »What is it with you? I do nothing but good deeds. I think only of others. You ask me to pray three times a day, and I pray constantly. What is wrong? « The voice of the Lord replied loud and clear. »Moish, you »noodge« (harass) me too much. «

The therapist told the couple a story, with a humorous ending when God says to Moish that he is harassing him too much with constant prayer. As a listener or a reader you don't expect an answer like that. After listening to the story the couple gained a new perspective on their relationship – he recognized himself in Moish and she recognized herself in the role of God. Their perception of reality became more constructive and they both agreed that it is more important for them to focus on the good things in their marriage instead of focusing on what is missing.

2.3. Therapeutic humour in group therapy

Decreasing the tension in a relationship, reframing, strengthening group cohesion

This case was presented by Satowa(1994).

Jane is an extremely moody borderline patient. The members of the group are often scared of her moods. She had been feeling extremely positive during the least few group sessions, but this time she sat in a fetal position with her legs up and did not respond to the group. The therapist chose to let it go and let the group deal with it. After 20 minutes, John asked her what was going on. She said she didn't want to be there. The group went off in other directions, ignoring her. Then, 15 minutes before the end of the session,

Jane jumped up and said, »Okay, I will tell everyone what’s wrong with me.« Everyone started to laugh. Jane laughed along with the rest of the group.

In this case we can see two different perspectives of how humour and laughter works. The first perspective is that group laughter represents release of tension in the relationship group – Jane and John – Jane. John was very angry with Jane because he asked her how she is and she responded inappropriately. The second perspective goes a little deeper. The therapist knew that Jane came from a family in which she was treated as very fragile. There was an over emphasis on her unhappiness. There was no humour in that house. Jane’s mother responded to Jane’s moodiness by responding to her as if she were a troubled, crazy person. By leaving her alone, the therapist and the group were saying: »We’re not so worried about you. You’re not so crazy.« And by doing that, they let her know that they are not taking her moodiness so seriously. When they all laughed, Jane experienced it as their saying she isn’t so sick and crazy and bad and she realized the absurdity of her own behaviour. She also realized that she does not have to be taken so seriously and that she’s not so fragile. An important outcome of this situation was also an increase in group cohesion – every time a group solves a problem and group laughter is present, the group cohesion rises.

Conclusion

I have to emphasize that although we have numerous researches about humour in psychotherapy, a lot more systematic researching is needed if we want to scientifically support this concept. With cases of good practice on all three levels of working with clients (individual, couple/family, group) I wanted to show that humour works no matter on what level we are working. When analyzing the cases, I did not notice any specific use of humour on different levels. On the other hand, wider theoretical context and the number of clients have an impact on the way we use humour in the process. From the cases of good practice, we can also see that the effects of humour are very much like other concepts already existing in psychotherapy. Therapeutic humour can be one of the options where, in cooperation with the client and the use of humour, we get the result we want. In my opinion the introduction of therapeutic humour into the theory and practice of psychotherapy would be an important step forward.

Uvod

Predhodni članek z naslovom »Humor v psihoterapiji«, ki je bil objavljen v prejšnji številki Kairosa, je služil predvsem postavitvi teoretičnega temelja za razumevanje koncepta terapevtskega humorja, zato da lahko v tem prispevku stopim korak naprej in namenim več pozornosti raziskavam terapevtskega humorja in predstavitvi kliničnih primerov njegove rabe na treh ravneh dela – s posameznikom, z družino in s skupino.

1 raziskave o terapevtskem humorju

V nadaljevanju sledi pregled raziskav, ki so jih izvedli različni avtorji v različnih časovnih obdobjih. Namen predstavitve raziskav je podkrepitev določenih teoretičnih konceptov, ki sem jih nizala v prejšnjem prispevku in ki jih v nadaljevanju uporabljam pri razlagi kliničnih primerov rabe terapevtskega humorja, hkrati pa je moj namen opozoriti tudi na omejitve in pomanjkljivosti rabe humorja v terapiji.

Eliezer Witztum in kolegi (1999 po Martin 2007) so opisali raziskavo uporabe paradoksa in drugih humornih načinov ravnanja pri zdravljenju prividov in slušnih halucinacij pri 12 pacientih, ki so trpeli za shizofrenijo in so bili hospitalizirani več kot osem let. Po številnih neuspešnih pristopih je terapevt v individualni in skupinski terapiji začel uporabljati humorni pristop. To je vključevalo razumevajoče šaljive komentarje z namenom trivializirati halucinacije pacientov, poudarjati ironijo in absurdnost njihovih simptomov skozi igrivo pretiravanje in tako tudi spodbuditi paciente, naj teh humornih vložkov ne jemljejo preveč resno. Po treh mesecih humorne terapije so s pomočjo izoblikovane psihiatrične skale izvedli evalvacijo in ugotovili znatno izboljšanje funkcioniranja večine pacientov. Na pozitiven vpliv humorja pri delu z ljudmi, ki imajo diagnosticirano shizofrenijo, opozarja tudi Branko Bokun (1982), ki v svoji knjigi *Humor is Our Best Medicine* govori o tem, da morajo psihiatri pri duševnih bolnikih nujno uporabljati humor, če želijo uspeti.

Rezultati naslednjega sklopa raziskav, ki jih je povzel Martin (2007), niso obetavni, kar se tiče uporabe humorja v terapevtskem procesu. Eden od možnih pristopov k raziskovanju učinkovitosti humorja v terapiji je, da prosimo sodelujoče v raziskavi, naj ocenijo uspešnost in učinkovitost terapije, v kateri se uporablja humor, in terapije, v kateri humor ni prisoten. Raziskava, ki sta jo izvedla Rosenheim in Golan (1986), je zajemala posameznike, ki so bili takrat vključeni v ambulantno psihoterapevtsko zdravljenje. Predstavili so jim videoposnetke terapij, kjer je terapevt med delom uporabljal humor ali pa ne. Po ogledu so prosili udeležene, naj ocenijo, kako razumevajoč in pripravljen pomagati je bil posamezni terapevt ter s katerim terapevtom bi sami raje sodelovali. Rezultati so bili precej drugačni od pričakovanih, saj se je izkazalo, da ljudje doživljajo nehumorne načine ravnanja terapevta kot veliko učinkovitejše in bi se večina raje odločila za tovrstno terapijo kot pa za terapijo, v kateri terapevt uporablja humor. Do podobnih ugotovitev so z enako metodologijo prišli tudi Rosenheim, Tecucianu in Dimitrovsky (1989). Razlika je bila samo v skupini ljudi, ki so predstavljali vzorec, saj je šlo za paciente s shizofrenijo v zgodnji fazi umirjanja akutne psihotične epizode. V tem kontekstu pa sta Foster in Reid (1983) izvedla še eno raziskavo, ki je zajemala univerzitetne študente. Študenti so si ogledali tri različne posnetke; na prvem je bil posnetek terapije, ki ni vsebovala humorja, na drugem posnetku je bila terapija, kjer je terapevt uporabljal

empatičen humor, ki je izražal podporo, na tretjem posnetku pa je terapevt uporabljal rahlo moteč in posmehljiv humor. Rezultati so pokazali, da so študentje ocenili, da je svetovalec bolj dostopen in sposoben vzpostaviti dober odnos s klientom v primerih, ko sploh ne uporablja humorja ali pa ga uporablja na empatičen način, kot pa pri terapiji, kjer je prisoten rahlo moteč in posmehljiv humor. Zanimivo je, da so rezultati pokazali, da opazovalci med prvim in drugim videoposnetkom niso zaznali nobene razlike v učinkovitosti, kot da empatičen humor nanje ne bi imel nobenega vpliva. Še bolj presenetljiv pa je rezultat, ki kaže, da študentje niso zaznali nobene razlike med tremi pristopi, kar zadeva terapevtovo sposobnost pomagati klientu doseči boljše razumevanje samega sebe. Po mnenju avtorjev torej ta raziskava nakazuje, da ima lahko neprimeren humor nasprotno učinke od zelenih in da empatičen humor nima nobenih večjih terapevtskih učinkov v primerjavi s terapijo, kjer humor ni prisoten. Po mojem mnenju pa je v takem primeru ključen tudi kak drug dejavnik, ki vpliva na samo učinkovitost terapevtskega humorja, npr. odnosni kontekst, osebnost terapevta, osebnost klienta.

Killingerjeva (1987) je skupaj s kolegi strokovnjaki z analizo 85 videoposnetkov raziskovala vplive humornih intervencij terapevta na potek terapevtskega procesa. Raziskavo je izvedla v dveh univerzitetnih centrih, kjer so sodelovali različni terapevti in klienti. Njene ugotovitve so bile:

- ni opazila razlik v pogostosti uporabe humorja v terapiji med terapevti začetniki in njihovimi bolj izkušenimi kolegi;
- terapevti so humor uporabljali enako pogosto v začetku terapije kot v nadaljnjih srečanjih;
- humorne izjave terapevtov niso imele pozitivnega vpliva na potek terapije, celo nasprotno, saj je bilo ocenjeno, da humorne izjave terapevta, ki so pri klientu vzbudile smeh, dejansko povzročijo znatno manjše raziskovanje pri klientu samem in manjši občutek razumevanja s strani terapevta kot v primeru nehumornih izjav;
- okrog dvajset odstotkov humorja, ki so ga uporabljali terapevti, je bilo označenega kot agresiven humor (izražanje lastne večvrednosti in posmehovanja), kar je pri klientih seveda povzročilo razburjenje in jih motilo pri raziskovanju sebe.

Raziskava Petersona in Pollia (1982, v Martin, 2007) je bila precej podobna, le da se je osredotočila na opazovanje skupinske terapije. Raziskovalca sta analizirala pet srečanj iste skupine in ugotovila, da je bilo 75 odstotkov humorja, ki se je pojavil v skupini, negativno nastrojenega proti enemu izmed članov skupine ali pa proti nekemu zunaj skupine. Samo sedem odstotkov humorja je vsebovalo pozitivne opazke v katerem koli smislu. Peterson in Pollio sta ugotovila, da je humor, ki je negativen in naslovljen na enega izmed članov terapevtske skupine, škodljiv za skupinsko dinamiko in povzroči, da je skupina kot taka manj učinkovita. Na drugi strani pa je negativen humor, ki je bil usmerjen na nekoga zunaj skupine, pozitivno vplival na skupinsko terapijo, saj je povečal njeno učinkovitost. Kvalitativna analiza je tudi pokazala, da je humor, usmerjen na nekoga iz skupine, služil kot sredstvo za odmik skupine od trenutne teme, medtem ko je bil humor, usmerjen na nekoga zunaj skupine, metoda nudenja opore med člani in tudi ustvarjanja občutka pripadnosti skupini.

Naslednja raziskava je potekala v dveh centrih, namenjenih zdravljenju alkoholizma (Megdell, 1984, v Martin, 2007). Raziskovalec je preučeval povezavo med terapevtovo

uporabo humorja in občutki privlačnosti oziroma všečnosti terapevta s strani klienta. Po terapevtskem srečanju, ki so ga snemali, so povabili klienta in terapevta, da si vsak posebej ogledata posnetek. Med gledanjem posnetka je klient dobil navodilo, naj sproti ocenjuje svoje občutke do terapevta, ko je ta uporabil različne humorne intervencije. Na podlagi takega merjenja so ugotovili, da je klient čutil večjo simpatijo do terapevta v trenutkih humorja, ki so se obema zdeli smešni. Kadar je bila situacija smešna samo enemu od njiju, pa je v klientu vzbudila občutke manjše naklonjenosti do terapevta. Te ugotovitve torej kažejo na pozitiven vpliv humorja na terapevtski proces, vendar samo v primeru, da gre za njuno skupno doživljanje nečesa kot humornega. Lefcourt (2003) je zbral rezultate raziskav, ki ugotavljajo, kakšna je predvsem povezava med humorjem in stresom. Te raziskave se sicer ne nanašajo direktno na uporabo humorja v terapevtskem procesu, ampak nam dajejo širši okvir dinamike humorja in stresa, ki so mu izpostavljeni ljudje, ki prihajajo v terapevtsko razmerje.

Lefcourt se je v svojih zgodnjih raziskavah oprl na Freudovo razumevanje humorja – ljudje z dobrim smislom za humor lahko jemljejo sebe in svoje izkušnje veliko manj resno kot tisti, ki imajo slab smisel za humor. Da bi raziskal to tezo, sta skupaj z Martinom (1984) oblikovala dve skali, ki merita humor – Situational Humor Response Questionnaire (SHRQ) in Coping Humor Scale (CHS). Pri SHRQ so ljudi spraševali, kako pogosto in kako intenzivno se na situacijo, ki je lahko tako moteča kot tudi zabavna, odzovejo s humorjem, smehom, veseljem. S tem vprašalnikom so torej želeli raziskati, s katerimi čustvi in na kakšen način se ljudje odzivajo na posamezne situacije ter koliko jim pri tem pomaga humor. Pri CHS pa so ljudi spraševali po tem, kako pogosto uporabljajo humor z namenom, da bi vplivali na spremembo težkih okoliščin, v katerih se znajdejo. Ta vprašalnik se razlikuje od SHRQ po tem, da je neposredno osredotočen na aktivno spremembo stresne situacije, in ne na vpliv doživljajsko negativnih čustev, ki se ob tem porajajo. Na podlagi teh dveh vprašalnikov so izvedli več raziskav. V prvi so prišli do ugotovitve, da višje rezultate ko je posameznik dosegel na posameznem vprašalniku o humorju, manj težav je imel pri spopadanju s stresnimi življenjskimi okoliščinami. Višji dosežki na posameznih vprašalnikih so bili povezani tudi s tem, da ljudje sebe niso ocenjevali kot depresivne in razdražljive ne glede na pogostost in intenzivnost stresa, ki so ga bili deležni. Tej raziskavi sta sledili še dve, ki sta želeli razširiti ugotovitve. Porterfield (1987, v Martin, 2007) je s pomočjo obeh vprašalnikov želel ugotoviti, ali je mogoče napovedati čustvene reakcije na stres. V nasprotju z Lefcourtovo raziskavo je ugotovil, da visoka stopnja humorja sicer nakazuje manjšo prisotnost depresije, vendar pa ne obstaja nobena povezava med humorjem in stresom, ki bi lahko posledično napovedovala depresijo. Nezu, Nezu in Blissett (1988, v Martin, 2007) so izvedli še eno raziskavo in kot merski instrument uporabili prej omenjena vprašalnika. V svoji raziskavi so želeli ugotoviti, ali ima humor funkcijo blažilca stresa v razmerjih med življenjem, stresom, depresijo in anksioznostjo. Njihova ugotovitev je bila, da se stopnja depresije zviša s stresom predvsem pri tistih, ki so dosegli nizko število točk pri CHS ali SHRQ. Osebe, ki so na vprašalnikih o humorju dosegle visoko število točk, pa so imele manjša nihanja v stopnji stresa in so bile manj depresivne kot tiste z nižjim dosežkom na vprašalnikih o humorju.

Lefcourt povzema, da ne glede na raziskave vloga humorja kot blažilca stresa ni povsem jasna, saj se rezultati raziskav na nekaterih točkah izključujejo, vendar pa sam meni (na podlagi določenih raziskav), da humor igra vlogo blažilca stresa, in sicer, da obstaja pozitivna korelacija med humorjem in aktivno ter konfrontativno tehniko spo-

prijemanja s stresom ter negativna korelacija med humorjem in izogibanjem ter zanikanjem problema.

Raziskava, ki so jo izvedli Gervaise, Mahrer in Markow (1994), se je osredotočila na klienta, ki med terapevtskim procesom izkusi močan, iskren smeh. Pred samo izvedbo raziskave so na podlagi literature izoblikovali osem kategorij terapevtskih izjav, katerih rezultat naj bi bil močan, srčen smeh klienta. Kategorije so bile: direktno medosebno tveganje; definirano tvegano vedenje klienta ali drugega; smešna razlaga oziroma opis klienta; navodilo, da izrazi čustveno nabito vedenje s povečano intenziteto; terapevtovo modeliranje tveganega vedenja klienta; tvegati biti druga oseba ali entiteta; navdušeno zadovoljstvo nad tveganim vedenjem; usmerjeno tvegano vedenje proti terapevtu; druge izjave, ki ne spadajo v nobeno izmed kategorij. Na podlagi teh kategorij so osnovali hipotezo, da obstajajo določene terapevtske izjave, ki v klientu vzbudijo močan smeh. Raziskavo so izvedli tako, da so analizirali 280 ur snemanih terapij s 15 različnimi terapevti in 75 različnimi klienti. Ključno pri tej raziskavi je bilo, da se je hipoteza potrdila – da določene terapevtske izjave v klientu vzbudijo močan smeh, medtem ko se v drugih situacijah smeh sploh ne pojavi ali pa je prisoten v milejši obliki. Izmed teh osmih kategorij jih je zlasti izstopalo pet (definirano tvegano vedenje klienta ali drugega; smešna razlaga oziroma opis klienta; terapevtovo modeliranje tveganega vedenja klienta; navdušeno zadovoljstvo nad tveganim vedenjem; usmerjeno tvegano vedenje proti terapevtu), ki so skoraj vedno v klientu vzbudile takojšen močan smeh. Mahrer in Gervaise (1994) navajata razloge za silen smeh in proti njemu v terapevtskem procesu. Močan smeh v terapiji ni zaželen, ker gre lahko za resno motnjo pri klientu, lahko je izraz nevarnega nezavednega procesa ali pa služi kot obrambni mehanizem izogibanja notranjim in zunanjim grožnjam in konfliktom. Kot že omenjeno, pa je lahko silen smeh terapevtsko dobrodošel iz štirih razlogov. Prvi je ta, da lahko s pomočjo močnega smeha pride do pozitivnega premika v klientovem razumevanju sebe in pogleda nase. Nekateri terapevtski pristopi obravnavajo močan klientov smeh kot izraz dragocenega ali optimalnega stanja klienta, za katero so značilni svoboda, odprtost, energija, sprejemanje, zavedanje in notranja harmonija. Tretji razlog je, da je tovrsten smeh odraz pozitivnega odnosa med terapevtom in klientom, saj so ob tem običajno prisotni tudi občutki topline, intimnosti, sprejemanja in čustvenega zblizanja med obema sodelujočima. In zadnji razlog, ki zagovarja pozitivne vidike močnega smeha, je, da gre pri tem za dobrodošlega in zaželenega pokazatelja terapevtske spremembe v samem procesu pomoči.

Killingerjeva (1976 po Killinger, 1987) se je po prebiranju Kubijeve (1994) kritike uporabe humorja v terapevtskem procesu odločila, da s svojim doktorskim delom razjasni, ali je uporaba terapevtskega humorja koristen koncept ali pa vpliva destruktivno in zavira proces pomoči. V svoji raziskavi se je osredotočila predvsem na začetne in kasnejše stopnje terapevtskega procesa in na razlike med terapevti začetniki in terapevti, ki so imeli za seboj že veliko izkušenj terapevtskega dela. Raziskava je potekala tako, da so zbrali podatke s snemanjem 85 terapevtskih srečanj. V teh srečanjih so poiskali humorne situacije (katerih rezultat je bil smeh ali pa do smeha ni prišlo) in naključno izbrali nekaj kontrolnih nehumornih situacij. Te so potem identificirali, izločili, kodirali in analizirali. Humorne izjave so uvrstili v določeno kategorijo humornih tehnik, ki sta jih razvila Landis in Ross (1933 po Killinger, 1987), in jih še dodatno ocenili na podlagi Koestlerjevega (1974 po Killinger, 1987) instrumenta ocenjevanja humorja. Ključne ugotovitve te raziskave so bile:

- ni pomembnih razlik v frekvenci humorja v povezavi z izkušnostjo terapevta, bolj pomembni so faktorji zrelosti terapevta ter razvojni in okoljski pogoji;
- ni pomembnih razlik v pogostosti uporabe med začetnimi in nadaljevalnimi stopnjami procesa pomoči;
- humor je učinkovit način za vpeljevanje idej in namenov v terapijo;
- obstaja verjetnost, da je bolj kot oblika komunikacije pomemben način, kako kaj povemo.

Tabela 1. Pregled pomembnejših raziskav uporabe humorja v psihoterapiji

| Avtor | Vzorec | Način merjenja | Rezultati |
|-------------------------------------|---|--|---|
| Eliezer Witztum in kolegi | 12 pacientov, ki so trpeli za shizofrenijo in so bili hospitalizirani več kot osem let. | Izoblikovali so posebno psihiatrično skalo. | Znatno izboljšanje funkcioniranja večine pacientov. |
| Rosenheim in Golan | Neznano število posameznikov, ki so bili vključeni v ambulantno psihoterapevtsko zdravljenje. | Klienti so si ogledali videoposnetke terapij, kjer je terapevt pri delu uporabljal humor ali pa ne. | Ljudje doživljajo nehumorne načine ravnanja terapevta kot veliko bolj učinkovite. |
| Rosenheim, Tecucianu in Dimitrovsky | Neznano število pacientov s shizofrenijo v zgodnji fazi umirjanja akutne psihotične epizode. | Klienti so si ogledali videoposnetke terapij, kjer je terapevt pri delu uporabljal humor ali pa ne. | Ljudje doživljajo nehumorne načine ravnanja terapevta kot veliko bolj učinkovite. |
| Foster in Reid | Neznano število univerzitetnih študentov. | Klienti so si ogledali tri različne posnetke; na prvem je bil posnetek terapije, ki ni vsebovala humorja, na drugem posnetku je terapevt uporabljal empatičen humor, ki je izražal podporo, na tretjem posnetku pa je terapevt uporabljal rahlo moteč in posmehljiv humor. | Neprimeren humor ima lahko nasprotno učinke od zelenih; empatičen humor nima nobenih večjih terapevtskih učinkov v primerjavi s terapijo, kjer humor ni prisoten. |

| | | | |
|-----------|--|------------------------------------|---|
| Killinger | Neznano število terapevtov in klientov iz dveh univerzitetnih centrov. | Analiza 85 videoposnetkov terapij. | <ul style="list-style-type: none"> - Ni razlik v pogostosti uporabe humorja v terapiji med terapevti začetniki in bolj izkušenimi kolegi; - humorne izjave terapevtov niso imele pozitivnega vpliva na potek terapije, celo nasprotno, saj so ocenili, da tiste izjave terapevta, ki so pri klientu vzbudile smeh, povzročijo znatno manjše raziskovanje pri klientu samem in manjši občutek razumevanja s strani terapevta kot v primeru nehumornih izjav; - okrog dvajset odstotkov humorja, ki so ga uporabljali terapevti, je bilo označenega kot agresiven humor (izražanje lastne večvrednosti in posmehovanje), kar je pri klientih povzročilo razburjenje in jih motilo pri raziskovanju sebe. |
|-----------|--|------------------------------------|---|

| | | | |
|----------------------------|--|--|---|
| Peterson in Pollio | Člani skupinske terapije. | Analiza 5 videoposnetov skupinske terapije. | <ul style="list-style-type: none"> - 75 odstotkov humorja, ki se je pojavil v skupini, je bilo negativno nastrojenega proti enemu izmed članov skupine ali pa proti nekomu zunaj skupine; - 7 odstotkov humorja je vsebovalo pozitivne opazke; - humor, ki je negativen in naslovljen na enega izmed članov terapevtske skupine, je škodljiv za skupinsko dinamiko in povzroči, da je skupina kot taka manj učinkovita; tak humor služi kot sredstvo za odmik od skupine od trenutne teme; - negativen humor, ki je usmerjen na nekoga zunaj skupine, pa je pozitivno vplival na skupinsko terapijo, saj je povečal njeno učinkovitost; deluje kot metoda nudenja opore med člani in ustvarjanja občutka pripadnosti skupini. |
| Megdell | Neznano število terapevtov in klientov iz dveh centrov za zdravljenje alkoholizma. | Klient in terapevt sta vsak posebej pogledala posnetek terapije. | Humor ima pozitiven vpliv na terapevtski proces, ampak samo v primeru, da gre za trenutke humorja, katerih del sta tako klient kot terapevt. |
| Gervaize, Mahrer in Markow | 75 klientov in 15 različnih terapevtov. | Analiza 280 ur snemanj terapij. | Določene terapevtske izjave vzbudijo v klientu močan smeh. |

| | | | |
|-----------|---|----------------------------|---|
| Killinger | Neznano število klientov in terapevtov. | Analiza 85 videoposnetkov. | <ul style="list-style-type: none"> - ni pomembnih razlik v frekvenci humorja v povezavi z izkušnostjo terapevta, bolj pomembni so faktorji zrelosti terapevta ter razvojni in okoljski pogoji; - ni pomembnih razlik v pogostosti uporabe med začetnim in nadaljevalnimi fazami procesa pomoči; - humor je učinkovit način za vpeljevanje idej in namenov v terapijo; - obstaja verjetnost, da oblika komunikacije ni toliko pomembna, kot je način, kako kaj povemo. |
|-----------|---|----------------------------|---|

Nekatere raziskave potrjujejo pozitivne učinke terapevtskega humorja v procesu terapije, druge terapevtskega humorja ne prepoznavajo kot ključni element terapije in spet tretje opozarjajo na to, da je lahko – predvsem nepravilno uporabljen – terapevtski humor celo škodljiv za sam odnos in terapevtski proces. Sama menim, da je tema uspešne rabe humorja za namene pomoči zelo kompleksna in zahteva dodatno, inventivno raziskovanje tudi z metodologijo, s katero za zdaj še ne razpolagamo ali jo še razvijamo. Prvi možen korak, ki bi spodbudil raziskave na področju rabe humorja v terapiji, bi bil, da bi terapevti, ki v svoji praksi uporabljajo humor, začeli primere dobre prakse sistematično beležiti.

2 prikaz in analiza praktičnih primerov dobre prakse rabe humorja v terapiji

V prikazu in analizi primerov dobre prakse bom zajela tri ravni dela, in sicer delo s posameznikom, z družino in s skupino, s čimer želim prikazati, da se je v teh primerih uporaba terapevtskega humorja izkazala kot učinkovita na vseh treh ravneh dela. Skozi primere bom poskušala poiskati povezavo med uporabo terapevtskega humorja in njegovimi pozitivnimi učinki na proces dela, ki se pojavljajo. Pozitivni učinki terapevtskega humorja, ki so me zanimali v primerih dobre prakse, pa so naslednji:

- preusmerjanje klienta iz pozicije nemoči v pozicijo moči,
- vzpostavljanje zaupanja in kakovostnega delovnega odnosa med klientom in terapevtom,
- preokvirjanje – pripisovanje drugačnega predznaka situaciji,
- dojetje absurdnosti lastnega vedenja in vzpostavljanje konstruktivnih vzorcev vedenja,
- sproščanje napetosti v odnosu,
- povečanje kohezivnosti skupine,
- zmanjšanje napetosti, ko problem ali obravnavana tema predstavlja zgolj vir strahu in napetosti.

2.1 Humor pri delu s posameznikom

Preusmerjanje klienta iz položaja nemoči v položaj moči

Primer povzemam po Farrellyju (1987).

Klient (resno in iskreno): »Joj, si mi pa zares pomagal.«

Terapevt: »To je dejstvo!«

Klient: »Nikoli te ne bom pozabil.«

Terapevt (jedrnato): »Bolje, da ne. Jaz tebe seveda bom, mene pa si človek seveda hitreje in bolje zapomni kot tebe, poleg tega pa si pač samo še en klient. Ja, vsekakor sem opravil veliko delo glede na [pokaže na klienta] reven material, s katerim sem moral delati. Petindevetdeset odstotkov zaslug gre meni.«

Klient (ugovarja): »No, Frank, mislim, da sem jaz naredil petindevetdeset odstotkov dela in ti preostalih pet.«

Terapevt: »To je problem na področju psihoterapije. Samo delam in delam in garam in garam in dajem in dajem ljudem! Tako je to ... Ti klienti so sami sebičneži.« (Pokrije si obraz z rokami in »nekontrolirano ihti«.)

S tem, ko je terapevt povelečeval sebe in lastno delo ter zmanjševal vrednost vloženega napora klienta, je privedel klienta do tega, da se je začel zagovarjati in poudarjati svojo vlogo pri nastalem napredku. Ko je klient začel ugovarjati terapevtu, je ta še vedno nadaljeval s humornim pristopom, saj je odigral razočaranje nad klienti, ki nikoli ne pohvalijo njega, ki kot terapevt samo daje in daje in daje. Za konec pa je začel še ihteti, s čimer je še podkrepil humorno situacijo. Farrelly je torej s humornim paradoksalnim pristopom spremenil klientovo perspektivo iz tega, da je terapevt zaslužen za njegove zelene spremembe, v zavedanje, da je dejansko klient tisti, ki je opravil večino dela.

Vzpostavljanje zaupanja in kakovostnega delovnega odnosa

Primer povzemam po Farrellyju (1987).

Klientka je terapevtka, ki je pred kratkim izgubila dva klienta, saj sta naredila samomor.

Terapevt (se dotika njenega kolena in glasno in nonšalantno reče): »Torej, Fireda, v čem je problem?«

Klientka (s tresočim glasom): »Hm ... V zadnjih treh tednih ... [zajame sapo] ... sta dva moja klienta naredila samomor, in kot njuna terapevtka sem za to ... odgovorna.«

Terapevt (brez čustev): »Ja.«

Klientka (se bojuje z bolečino): »Zadnja dva dneva imam cmok [glas se ji zlomi] v grlu.« (Hlastno nadaljuje.) »V petek sem šla na drug ... [se ustavi in poskuša obvladati svoja čustva, glasno zajame zrak] in, uh [počaka, hitro zajame zrak], nisem povedala klientovi mami [glas se ji spet močno zatrese], da mi je žal ...« (Dolg premor; na meji solza se nasmehne, dvigne roke, obrne dlani navzgor in jih spusti, da ji nemočno padejo v naročje, ter nadaljuje s pridušenim glasom, ki pa je hkrati tudi bolj vesel in samozavesten.) »To je to.«

Terapevt (ohranja miren očesni stik in nenadoma z rahlo neprijaznim tonom reče): »Torej si ju ubila.«

Klientka (osupla, zmedena, se začne silovito smejeti z zategnjenim glasom): »O, sranje!« (Sope in se smeji.) »Give me a break!« (Joče in se obenem smeje.) »Mislim, hudiča!« (Še naprej se smeji z zateglim glasom.)

Terapevt (počasi in jedrnato): »Torej, Give me a break!. Mislim, Fireda, za božjo voljo ...«

Klientka (sunkovito diha, presenečena in v smehu): »Oh! Sran...«

Terapevt (zdolgočasno nadaljuje): »Očitno je tvoja terapija kot cianid.«

Klientka (se še bolj smeji): »Ohhh! ...«

Terapevt (nonšalantno zaključí): »Za božjo voljo!«

Klientka se še naprej silovito smeji.

Terapevt (»nedolžno«): »Hm?«

Že od samega začetka in skozi celoten primer terapevt uporablja humoren pristop, ki ga lahko zaznamo skozi barvo in glasnost ter dinamiko glasu (brez čustev, zdolgočasno ...).

Uporaba terapevtskega humorja pride še posebej očitno do izraza, ko terapevt reče, da je pač ona ubila ta dva klienta, in s tem izrazi klientkine misli ter posledično v njej sproži smeh, ker se je zavedla absurdnosti svojega samoobtoževanja. Poleg tega je s tem, ko je na glas izrekel njene misli, dosegel, da je klientka začutila, da jo terapevt razume na globlji ravni. S tem sta klientka in terapevt vzpostavila globljo raven razumevanja in zaupanja, ki sta potrebna za kakovosten delovni odnos. V nadaljevanju se za humorno izkaže tudi besedna igra »Give me a break!« – klientka uporabi to besedno zvezo, medtem ko sama delno doživlja svoj (živčni) zlom (»break«), in Farrelly to seveda takoj uporabi, da še stopnjuje humor. Reče ji, da je njena terapija očitno cianid, s katerim zastruplja ljudi, kar pri klientki povzroči, da se še bolj zave absurdnosti svojega samoobtoževanja in se začne silovito smejati. Na koncu primera pa terapevt z zaigrano nedolžnostjo in z vedenjem, kakor da ne ve, kaj se pravzaprav dogaja, ublaži intenzivno dogajanje.

2.2 Uporaba humorja pri delu z družino

Preokvirjanje – pripisovanje drugačnega predznaka situaciji

Primer povzeman po Lustermanu (1994).

Mlad par je prihajal na terapijo zaradi težav v zakonu. On je bil perfekcionista in precej zahtevna oseba, čeprav je samega sebe opisoval kot zelo empatičnega in vedno v oporo partnerki. Zakon je jemal zelo resno in je zato želel pri partnerki neprestano preverjati, kako njuna zveza stoji, kam gre, zakaj ni boljša in podobno, kar je njegovo ženo zelo motilo. Bolj ko je pritiskal nanjo z večurnimi pogovori, bolj se je oddaljevala od njega. On se je počutil zelo odrinjenega, ker je verjel, da se zares trudi, da bi stvari tekle tako, kot morajo, ona pa ga je vse pogosteje zavračala. Lusterman jima je na tem mestu povedal zgodbo:

»Moish je bil dober in bogaboječ človek. Njegova vera je od njega zahtevala, da moli trikrat na dan, ampak Moish je molil neprestano. Opravil je mnoga dobra dela. Kljub vsemu temu pa so se mu neprestano dogajale slabe stvari. Propadlo mu je podjetje, pes mu je poginil, po celem telesu so se mu naredil turi in imel je težave s prebavo. Nekega dne se je potožil bogu: »Kaj je s teboj? Sama dobra dela delam. Samo na druge mislim. Prosiš me, naj molim trikrat na dan, ampak jaz molim neprestano. Kaj je narobe?« Bog mu jasno in glasno odgovori: »Moish, preveč me nadleguješ.«

Par je bil nad zgodbo navdušen.

Terapevt je vpeljal humorno zgodbo, ki je svoj humorni predznak pridobila z zadnjo vrstico, ko bog Moishu reče, da ga s svojo nenehno molitvijo preveč nadleguje, saj kot bralec ali poslušalec zgodbe zagotovo ne pričakujemo takega odgovora. Skozi to zgodbo sta partnerja dobila povsem nov pogled na situacijo

v svojem zakonu, saj se je partner prepoznal v Moishu, partnerka pa v liku boga, in tako je prišlo do preokvirjanja tako pri enem kot pri drugem. Tako je njuno doživljanje realnosti postalo veliko bolj konstruktivno in oba sta se strinjala, da se bosta bolj osredotočila na to, kaj je nemu in drugemu v njunem zakonu všeč, kot pa na to, kaj vse v njunem zakonu manjka.

Dojemanje absurdnosti lastnega vedenja, vzpostavljanje konstruktivnih vzorcev vedenja

Primer povzemam po Madanesovi (1987).

V terapijo je prišla ženska, ki je imela težave s kompulzivnim bruhanjem, saj je že sedemnajst let trpela za bulimijo. Rezultat njene bolezni je bil, da je ostala brez vseh zob, imela je mnoge somatske težave ter leta in leta neuspešnih terapij za sabo. Terapevtka je povedala klientki in njeni družini, da je pravzaprav vse, kar dela, to, da zametava hrano, pri čemer jo najprej v želodcu delno predela, potem pa jo vrže v stranišče. Terapevtka je predlagala, naj namesto tega hrano najprej zmečka z rokami in jo potem vrže v stranišče. Tako njeno telo ne bo trpelo, saj trebuhu ne bo treba opravljati nikakršnega dela. Naloge družine pa je bila, da priskrbi hrano in nadzoruje celoten proces. Klientka in člani njene družine so upoštevali navodila in kmalu na srečanjih poročali, da je kompulzivno bruhanje postopoma prenehalo.

Terapevtka je sprva namerno podcenjevala sicer kompleksen problem, da bi s paradoksalnim pristopom pomagala klientki. S tem, ko je poenostavljeno razložila, kaj klientka v resnici dela s hrano, in ji dala navodilo, naj hrano zmelje z rokami in jo vrže v stranišče, je terapevtka uporabila humorni paradoks. Vrhunec humorja in paradoksalnega pristopa pa bila vključitev preostalih družinskih članov, ki so morali priskrbeti hrano in nadzorovati celoten proces, da ne bi klientka slučajno česa zaužila. Terapevtka je poročala, da je s tem pristopom klientka postopoma dojela absurdnost svojega vedenja, postopoma prenehala bruhati in začela vzpostavljati konstruktivne vzorce vedenja.

2.3 Uporaba humorja pri delu s skupinami

Sproščanje napetosti v odnosu, preokvirjanje, povečevanje kohezivnosti skupine
Primer povzemam po Satowi (1994).

Jane je bila skrajno muhasta klientka z mejnostno osebnostno motnjo. Drugi člani skupine so se pogosto bali njenega vedenja oziroma njenih reakcij. Na zadnjih nekaj srečanjih se je v skupini počutila izjemno dobro, na to srečanje pa je prišla nerazpoložena. Po prihodu se je usedla v fetalno pozicijo z dvignjenimi nogami in ni ničesar rekla niti se ni odzivala. Terapevtka se je odločila, da jo bo pustila pri miru in jo prepustila skupini, da poskuša z njo vzpostaviti stik. Po dvajsetih minutah srečanja je John vprašal Jane, kaj se dogaja z njo. Odgovorila mu je, da ne želi biti na skupini. Po tem dogodku so člani začeli ignorirati Jane in so načenjali druge teme. Petnajst minut pred koncem pa je Jane skočila s stola in rekla: »V redu, bom vsem povedala, kaj je narobe z menoj.« Celotna skupina se je začela smejati, vključno z Johnom in Jane.

Pri tem primeru gre za dve različni perspektivi delovanja humorja oziroma smeha. Prva je ta, da je ta skupinski smeh predstavljal sprostitelj napetosti v odnosu med skupino in Jane ter še posebej med Johnom in Jane, saj je bil John najbolj

jezen nanjo, ker jo je povprašal po počutju, ona pa ga je na neprimeren način zavrnila. Druga perspektiva pa gre nekoliko globlje. Terapevtka je vedela, da Jane prihaja iz družine, kjer so jo vsi dojemali kot zelo krhko, in na splošno je v družini prevladovala žalost, humor praktično ni bil prisoten. Janina mama je Janino muhasto vedenje pripisovala njeni norosti. S tem pa, ko je terapevtka pustila Jane popolnoma pri miru in samo s seboj, ji je hkrati s skupino dala vedeti, da vedo, da ona ni tako nora, in da niso tako zelo zaskrbljeni zaradi nje. S tem dejanjem so ji dali vedeti, da njenega muhastega vedenja ne jemljejo tako zelo resno. Ko pa so se vsi v skupini začeli smejati in se jim je tudi sama pridružila, je lahko uvidela svoje absurdno vedenje ter tako dobila izkušnjo, da ni tako bolna, nora ali slaba. Začutila je tudi, da ni treba, da jo drugi jemljejo tako smrtno resno, in da tudi ni tako zelo krhka, kakor ji je govorila družina.

Stranski produkt celotnega dogajanja, ki pa vsekakor ni zanemarljiv, je bila povečana skupinska kohezivnost, saj se ta z vsakim skupinsko rešenim problemom in skupinskim smehom povečuje.

Zmanjševanje napetosti v skupini, ki nastane zaradi določene teme, preokvirjanje Primer povzemam po Richmanu (2003).

Skupino so sestavljali starejši posamezniki, ki niso bili vključeni v bolnišnično zdravljenje. Temi skupine sta bili pozabljanje in demenca, ki je za vse člane predstavljala vir strahu. Petinsedemdesetletnik je postal zelo razburjen zaradi svojih vse pogostejših spodrseljavev v spominu. Potem pa se je spomnil zgodbe, ki jo je slišal od nekega zdravnika, ki je predaval na temo staranja. »Trije znaki kažejo, da se človek stara. Prvi je ta, da posamezniku začne pešati spomin. Hm, hm, drugih dveh se pa ne spomnim.« Vsi v skupini so se začeli smejati tej zgodbi.

Zgodba, ki jo je povedal eden izmed članov skupine, je predstavljala vir humorja, saj je položena v usta zdravnika, ki predava o starosti in o znakih staranja. S tem, ko pove, da je prvi znak staranja pešanje spomina, in se potem drugih dveh ne spomni, ustvari humorno situacijo, saj s tem potrjuje pravilo staranja.

S šalo oziroma humorno zgodbo je skupina zmanjšala napetost, ki je bila prisotna zaradi pogovora o temi, ki so se je vsi člani skupine bali. Poleg tega pa so s to zgodbo dobili drugačen pogled na problem – demenca in pozabljanje nista bila več samo vir strahu in anksioznosti, ampak tudi vir humorja in smeha.

Zaključek

Vsekakor je pomembno poudariti, da je kljub številnim raziskavam, ki jih navajam v prvem delu prispevka, potrebno še veliko sistematičnega raziskovalnega dela na področju uporabe humorja v terapevtske namene, da bomo lahko znanstveno podkrepili ta koncept.

S predstavitvijo uporabe humorja s terapevtskim učinkom na treh ravneh dela, s posameznikom, družino in skupino, sem želela prikazati, da je učinkovitost humorja opazna na vseh treh ravneh dela. Pri analiziranju primerov dobre prakse nisem opazila specifične uporabe terapevtskega humorja za posamezno raven, ampak se je uporaba koncepta prilagajala širšemu teoretskemu kontekstu in številu udeleženih v procesu dela. Na podlagi primerov dobre prakse je mogoče razbrati, da se učinki, ki jih prinaša

terapevtski humor, strokovno v veliki meri prekrivajo z že obstoječimi koncepti v psihoterapiji. Terapevtski humor lahko dejansko predstavlja enega izmed načinov, kako skupaj s klientom in vpeljavo humorja na drugačen način pridemo do želenih izidov. Uvedba terapevtskega humorja v teorijo in prakso psihoterapije bi bila po mojem mnenju vsekakor pomembna pridobitev.

References

- Bokun, Branko. 1982. *Humor is our best Medicine*. London: samozaložba.
- Farrelly, Frank, Lynch, Michael. 1987. Humor in Provocative Therapy. V: William F. Fry, Waleed A. Salameh (ur.). *Handbook of Humor and Psychotherapy: Advances in the Clinical Use of Humor*. Sarasota: Professional Resource Exchange Inc.: 81–106.
- Gervaise, Patricia A., Mahrer, Alvin R., Markow, Richard. 1994. Therapeutic Laughter: What Therapists Do to Promote Strong Laughter in Patients. V: Herbert Streaan (ur.). *The Use of Humor in Psychotherapy*. Northvale: Jason Aronson Inc.: 199–208.
- Gervaise, Patricia A., Mahrer, Alvin R. 1994. What Strong Laughter in Psychotherapy Is and How It Works. V: Herbert Streaan (ur.). *The Use of Humor in Psychotherapy*. Northvale: Jason Aronson Inc.: 209–222.
- Killinger, Barbara. 1987. Humor in Psychotherapy: A Shift to a New Perspective. V: William F. Fry, Waleed A. Salameh (ur.). *Handbook of Humor and Psychotherapy: Advances in the Clinical Use of Humor*. Sarasota: Professional Resource Exchange Inc.: 21–40.
- Kubie, Lawrence S. 1994. The Destructive Potential of Humor in Psychotherapy. V: Herbert Streaan (ur.). *The Use of Humor in Psychotherapy*. Northvale: Jason Aronson Inc.: 95–104.
- Lefcourt, Herbert M. 2003. Humor as a Moderator of Life Stress in Adults. V: Charles E. Schaefer (ur.). *Play Therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons: 144–165.
- Lusterman, Don-David. 1994. Humor as Metaphor. V: Herbert Streaan (ur.). *The Use of Humor in Psychotherapy*. Northvale: Jason Aronson Inc.: 167–171.
- Madanes, Cloe. 1987. Humor in Strategic Family Therapy. V: William F. Fry, Waleed A. Salameh (ur.). *Handbook of Humor and Psychotherapy: Advances in the Clinical Use of Humor*. Sarasota: Professional Resource Exchange Inc.: 241–264.
- Martin, Rod A. 2007. *The psychology of Humor: An Integrative Approach*. San Diego: Elsevier Academic Press.
- Richman, Joseph. 2003. Therapeutic Humor with the Depressed and Suicidal Elderly. V: Charles E. Schaefer (ur.). *Play Therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons: 166–192.
- Satow, Roberta. 1994. Classical, Object Relations, and Self Psychological Perspectives on Humor. V: Herbert Streaan (ur.). *The Use of Humor in Psychotherapy*. Northvale: Jason Aronson Inc.: 189–193.
-