MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Humor als therapeutisches Mittel - Eine empirische Untersuchung“

verfasst von / submitted by

Marlene Faschingbauer, BSc

gemeinsam mit / in collaboration with

Mag. Teresa Mussuros, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2017 / Vienna, 2017

Studienkennzahl lt. Studienblatt / degree programme code as it appears on the student record sheet:	A 066840
Studienrichtung lt. Studienblatt / degree programme as it appears on the student record sheet:	Psychologie
Betreut von / Supervisor:	Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter

Inhaltsverzeichnis

Einleitung und theoretischer Hintergrund **(T. Mussuros)** 2
Definitionen von Humor 4
Komponenten von Humor 5
Psychische Störungen und Humor 6
Affektive Störungen und Humor 7
Schizophrenie und Humor 8
Angststörungen und Humor 9
Persönlichkeitsstörungen und Humor 10
„Humorfähigkeiten trainieren"- die Intervention **(T. Mussuros)** 11
Überblick über die Trainingseinheiten **(T.Mussuros)** 13
Untersuchte Konstrukte (Outcome Variablen) **(M.Faschingbauer)** 15
Stressbewältigung mit Humor **(M.Faschingbauer)** 15
Heiterkeit, Ernsthaftigkeit, Schlechte Laune **(M.Faschingbauer)** 17
Subjektives Wohlbefinden **(M.Faschingbauer)** 18
Depressive, Angst- und Zwangsymptomatik **(M.Faschingbauer)** 19
Gelotophobie als Kontrollvariable **(M.Faschingbauer)** 20
Methodik **(T. Mussuros)** 23
Untersuchungsdesign 23
Untersuchungsdurchführung 24
Stichprobe 24
Ein- und Ausschlusskriterien 24
Rekrutierung 25
Untersuchungsinstrumente 26
Soziodemographische Daten 26
Coping Humor Scale (Martin & Lefcourt, 1983) 26
Habituelle subjektive Wohlbefindensskala (Dalbert, 1992) 27
State-Trait Heiterkeitsinventar (Ruch, Köhler & Van Thriel, 1996) 27
State-Trait-Angst-Depressionsinventar (Laux et al., 2013). 28
ICD 10 Symptom Rating (Tritt et al., 2008) 28

Geloph-15 (Ruch & Proyer, 2008) 29
Feedback 29
Fragestelluneng und Hypothesen 30
Evaluationsfragestellungen 30
Gelotophobie als Kontrollvariable 37
Bewertung des Humortrainings 41
Statistische Auswertung 42
Ergebnisdarstellung **(M.Faschingbauer & T. Mussuros)** 43
Stichprobenbeschreibung **(T.Mussuros)** 43
Rekrutierung 43
Geschlecht, Alter und Nationalität 45
Höchster erlangter Bildungsabschluss 45
Hauptdiagnose 46
Nebendiagnose 47
Reliabilitäten (Cronbach's Alpha) **(T.Mussuros)** 48
Habituelle subjektive Wohlbefindensskala (Dalbert, 1992) 48
State-Trait Heiterkeitsinventar (Ruch et al., 1996) 48
Coping Humor Scale (Martin & Lefcourt, 1983) 49
State-Trait-Angst-Depressionsinventar (Laux et al., 2013) 49
ICD 10 Symptom Rating (Tritt et al., 2008) 50
Geloph – 15 (Ruch & Proyer, 2008) 50
Überprüfung der Fragestellungen und Hypothesen **(M.Faschingbauer)** 51
Unterschiede bezüglich des subjektiven Wohlbefindens zwischen Experimental- und Kontrollgruppe zwischen T1 und T2 sowie innerhalb der Experimentalgruppe 51
Unterschiede bezüglich Heiterkeit, Ernsthaftigkeit und Schlechter Laune zwischen Experimental- und Kontrollgruppe zwischen T1 und T2 sowie innerhalb der Experimentalgruppe 54
Unterschiede bezüglich der Fähigkeit Humor als Copingstrategie einzusetzen zwischen Experimental- und Kontrollgruppe zwischen T1 und T2 sowie innerhalb der Experimentalgruppe 57
Unterschiede bezüglich Ängstlichkeit und Depressivität zwischen Experimental- und Kontrollgruppe zwischen T1 und T2 sowie innerhalb der Experimentalgruppe 59
Unterschiede bezüglich der Effekte auf die Stärke der psychischen Symptome zwischen Experimental- und Kontrollgruppe zwischen T1 und T2, sowie innerhalb der Experimentalgruppe 62

Stabilität der Ergebnisse 6 Wochen nach Ende der Intervention bezüglich des subjektiven Wohlbefindens 65
Stabilität der Ergebnisse sechs Wochen nach Ende der Intervention bezüglich Heiterkeit, Ernsthaftigkeit und Schlechte Laune 67
Stabilität der Ergebnisse sechs Wochen nach Ende der Intervention bezüglich der Fähigkeit Humor als Stressbewältigung zu verwenden 68
Stabilität der Ergebnisse sechs Wochen nach Ende der Intervention bezüglich Ängstlichkeit und Depressivität 69
Stabilität der Ergebnisse sechs Wochen nach Ende der Intervention bezüglich der Stärke der psychischen Symptomatik 71
Der Einfluss von Gelotophobie auf die Ergebnisse innerhalb der Experimentalgruppe zwischen den Erhebungszeitpunkten T1 und T2 72
Feedback der TeilnehmerInnen **(T. Mussuros)** 91
Diskussion **(M.Faschingbauer & T. Mussuros)** 98
Stressbewältigung und Humor 99
Heiterkeit, Ernsthaftigkeit, Schlechte Laune und Humor 100
Subjektives Wohlbefinden und Humor 101
Ausmaß der psychischen Symptomatik und Humor 101
Einfluss von Gelotophobie 102
Reflexion des Humortrainings 103
Aufgetretene Probleme 104
Limitationen 104
Implikationen 105
Literaturverzeichnis 106
Anhang 116
Abstract 116
Abstract 117
Anhang A – Aushänge und Informed Consent 118
Anhang B – Instrumente 125
Anhang C - Trainingsmaterial 137
Anhang D – Offenes Feedback 154
Einverständniserklärung 155

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen ein herzliches Dankeschön ausprechen, die mich bei der Erstellung der Masterarbeit tatkräftig unterstützt haben und mir mit Rat und Tat zur Seite standen.

Außerdem möchte ich mich bei Herrn Univ.-Prof. Dr. Laireiter und Nektaria Tagalidou, MSc für die Betreuung meiner Masterarbeit sowie deren fachkundigen Rat und deren Hilfsbereitschaft bedanken.

Besonderen Dank gilt meiner Familie und meinen Freunden, besonders meinen Eltern Helfried und Renate sowie Martin, Barbara, Sophie, Nadine, Kathi, Agnes, Anna, Anna, Hannah, Sandra, Ines und Teresa für ihre moralische und motivierende Unterstützung während der Erstellung der Masterarbeit.

I. Theoretischer Teil

Einleitung und theoretischer Hintergrund

In unserer Gesellschaft gibt es mittlerweile Trainings für fast alle Bereiche des Lebens: Entspannungstrainings, Kognitive Trainings, Soziale Kompetenztrainings, Genusstrainings oder Achtsamkeitstrainings, um nur ein paar Beispiele zu nennen. Warum sollte Humor dann nicht trainiert werden? Grundlegend für diese Überlegung ist die Frage, ob der Sinn für Humor überhaupt trainiert werden kann. Humor ist laut Falkenberg, McGhee, und Wild (2013) keine Eigenschaft, die man hat oder nicht, sondern kann sich genauso, wie zum Beispiel die Sprachfähigkeit, über die Lebensspanne entwickeln. Man könnte dies zu dem Begriff der „Humorerfahrung" zusammenfassen, die jeder Mensch im Laufe seines Lebens sammelt. Humortrainings können dabei helfen, die eigene „Humorerfahrung" zu beleuchten und im Zuge dessen neue Humorvorlieben zu entdecken.

Bisher wurden sehr unterschiedliche Humor-Trainingsprogramme mit verschiedenen Schwerpunkten und meist für gesunde Personen entwickelt. Falkenberg et al. (2013) geben hierzu einen guten Überblick über die bereits vorhandene Literatur:

Ziv (1988) hat zum Beispiel untersucht, ob Humortraining die didaktischen Fähigkeiten von Hochschulprofessoren verbessert. Verglichen wurden zwei Gruppen von Unterrichtsmethoden. In einer der Gruppen beinhaltete der Unterrichtsstoff humorvolle Elemente wie zum Beispiel Witze oder Cartoons. In der Kontrollgruppe wurden hingegen keine humorvollen Elemente verwendet. Die Autoren fanden heraus, dass die Gruppe mit der Humorbedingung bei der Abschlussprüfung des Seminars bessere Leistungen erbrachten als die Kontrollgruppe.

Nevo et al. (1998) entwickelten ein Trainingsprogramm zur Förderung von unterschiedlichen Verhaltensaspekten des Sinns für Humor. Es stellte sich heraus, dass sich sowohl in der Eigen- als auch in der Fremdbeurteilung zum Sinn für Humor und Humorproduktion nach dem Training eine signifikante Zunahme der Humorproduktion und der allgemeinen Wertschätzung gegenüber Humor zeigte.

Das 8 Stufen-Trainingsprogramm (mittlerweile heißt es das „sieben Stufen Programm der Humorgewohnheiten") von McGhee (1994, 2010) wurde vor allem entwickelt, um Stress im Alltag durch Humor besser bewältigen zu können.

Die acht Stufen des Programms beziehen sich auf verschiedene Themen und Übungen rund um Humor, die den Umgang mit Alltagsproblemen erleichtern sollen.

Sassenrath (2001) validierte das Programm von McGhee (1994) im Rahmen ihrer Diplomarbeit der Psychologie „Humor und Lachen als Stressbewältigungsstrategie“ mit 80 TeilnehmerInnen aus Deutschland, Österreich und Luxemburg. Es gab zwei Versuchsgruppen und zwei Kontrollgruppen zu jeweils 20 Personen. Eine Versuchsgruppe bekam das komplette Training während die andere nur den theoretischen Teil absolvierte. Vor und nach der Intervention sowie bei einer Follow-up-Messung nach zwölf Wochen wurden Messinstrumente zu Sinn für Humor, Stressbewältigung mit Humor und positive sowie negative Befindlichkeit vorgelegt. Beide Versuchsgruppen zeigten im Gegensatz zu den Kontrollgruppen deutliche Verbesserungen auf den Skalen Sinn für Humor, Stressbewältigung mit Humor und positive sowie negative Befindlichkeit. Die deutlichste Verbesserung fand sich in der Versuchsgruppe, die das komplette Training gegenüber der Gruppe, die nur den theoretischen Teil absolvierte. Die praktische Umsetzung der erlernten Theorie zeigt sich demnach als sehr wichtiger Faktor für die Wirksamkeit des Trainings. Auch Rusch und Stolz (2009) führten das Humortraining von McGhee (1994) durch und fanden in der ersten Versuchsgruppe eine Zunahme des Sinnes für Humor.

Damit Humorfähigkeit trainiert und verbessert werden kann, sollte daher eine Kombination aus theoretischer Informationsvermittlung und praktischen Übungen gewählt werden (Falkenberg et al., 2013). Leider gibt es zu den bisher entwickelten Humortrainingsprogrammen, zur Wirksamkeit und den Methoden noch wenig wissenschaftliche Evaluationen (Falkenberg et al., 2013). Wenn man aber die bisher erwähnten Befunde in Betracht zieht, dann scheint Humor definitiv eine positive Wirkung auf gesunde Menschen zu haben. Warum sollte man das Training dann nicht auch in einem Setting mit Menschen mit psychischer Störung durchführen? Empirische Untersuchungen, die die positive Wirkung von therapeutischen Humorgruppen auf Menschen mit schweren psychischen Störungen untersucht, gibt es außerdem bisher kaum (Gelkopf, 2011). Das Ziel dieser Studie ist es daher, einen Bezug zwischen Humor und Wohlbefinden, Heiterkeit sowie Stressbewältigung bei Personen mit psychischen Störungen herzustellen. Außerdem soll ein allgemeiner Effekt auf die Befindlichkeit der KlientInnen untersucht werden sowie die Auswirkungen von Humor auf Ängstlichkeit und Depressivität. Die Daten werden im Rahmen eines achtwöchigen Humorseminares erhoben. Es sollen 54

Personen an der Studie teilnehmen, die unter affektiven Störungen, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen und Angststörungen leiden.

Bevor näher auf die Humorintervention, Methodik und Ergebnisse der Studie eingegangen wird, findet sich in den nächsten Kapiteln ein Überblick über grundlegende Definitionen und Funktionen von Humor; ebenso wird der Zusammenhang zwischen Humor und psychischen Störungen näher betrachtet.

Definitionen von Humor

Humor ist ein wesentlicher Bestandteil unseres menschlichen Verhaltens und allgegenwärtig. Der Begriff wird sehr vielseitig verwendet und ist oft ein Oberbegriff für sehr viele unterschiedliche Phänomene (Robinson, 2002). In der Wissenschaft gibt es verschiedene Versuche, das Konstrukt Humor zu erfassen und es ist nicht immer einfach, eine klare Abgrenzung zu anderen Begrifflichkeiten wie zum Beispiel Witz oder Fröhlichkeit zu finden (Hirsch, Junglas, Konradt & Jonitz, 2010).

Die Definition von Ruch (1998) und McGhee (2010), die Humor als "ein Bündel komplexer Verhaltensweisen, die sich einerseits aus bestimmten überdauernden Charaktereigenschaften und andererseits aus der aktuellen Stimmung und Situation ergeben", (Falkenberg et al., 2013, S. 4) beschreibt, wird in dieser Studie als Arbeitsdefinition verwendet. Humor kann sich demnach, wie bereits erwähnt, genauso entwickeln wie auch andere Fähigkeiten, die wir im Laufe unseres Lebens erlernen und kann somit auch trainiert werden. Andererseits kann Humor auch ein fester Bestandteil von Charaktereigenschaften sein, die zwar vorhanden sind, aber erst aktiviert werden müssen (Falkenberg et al., 2013). Humor soll in diesem Zusammenhang als ein Bestandteil von Kommunikation gesehen werden, der von den Beteiligten als komisch wahrgenommen wird und diese zum Lachen bringt. Außerdem kann Humor als eine Form der Lebensanschauung betrachtet werden, die es ermöglicht, auch die Absurditäten des Lebens annehmen zu können. (Robinson, 2002).

Zusammenfassend kann Humor als Kommunikationselement (Falkenberg et al., 2013), soziales Phänomen (Martin & Kuiper, 1999), Bewältigungsmechanismus (Sass, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) und als positiv-optimistischer Bewältigungsstil

(Robinson, 2002) betrachtet werden. Er hat eine psychologische und eine soziale Funktion und kann auf eine positive und konstruktive Art eingesetzt werden. In Konfliktsituationen zum Beispiel kann durch eine humorvolle Bemerkung eine Eskalation verhindert oder zumindest entschärft werden (Falkenberg et al., 2013).

Humor zeigt sich außerdem in sehr vielfältigen Verhaltensweisen: Witze werden erzählt, spontane Komik im Alltagsleben entsteht (lustige Gesten, Mimik oder ironische Bemerkungen) und Menschen reagieren humorvoll auf lustige überraschende Situationen. Humorvolle Ausdrucksformen finden sich nicht nur im Alltagsleben, sondern sind auch die Basis für Humor in Filmen, Theaterstücken, Büchern oder Zeitschriften (Falkenberg et al., 2013).

Komponenten von Humor

McGhee (2010) und Falkenberg et al. (2013) beschreiben fünf wichtige Komponenten des Humors. Humor als *sozialer Faktor* dient der Bewältigung von Konflikten und der Stärkung sozialer Bindungen. Das Wissen, wann eine humorvolle Interaktion angemessen ist und wann sie nicht berechtigt ist, wird ebenso als wichtig erachtet. Martin und Kuiper (1999) führten dazu eine Studie durch, die zeigen sollte, ob es eine soziale Komponente von Humor gibt. 80 Personen mussten ein Lachtagebuch führen und notieren, wann und über was sie gelacht haben, wer das Lachen initiiert hat und ob noch jemand dabei war. Durchschnittlich fanden 17 bis 18 Mal Lachen am Tag statt, davon ungefähr 56 % spontan, 64 % wurden von anderen initiiert, bei circa 88 % waren andere Menschen anwesend (Faltermeier, 2013). Die AutoreInnen kamen daher zu dem Ergebnis, dass der soziale Anteil an Humor definitiv eine wichtige Komponente ist. Ein weiterer Faktor ist der *intellektuelle/kognitive Faktor* von Humor. Er bezeichnet die Fähigkeit, eine humorvolle Atmosphäre zu erzeugen, beispielsweise mit Wortspielen. Um Humor zu verarbeiten, müssen zunächst Informationen aufgenommen, gedanklich geordnet und mit bisherigen Erfahrungen verbunden werden. Studien zum Thema Humorverarbeitung fassen zusammen, dass Humor meist dann entsteht, wenn man etwas hört oder sieht, das nicht erwartet wurde und nicht mit einem früheren Ereignis zusammenpasst, sowie nicht zu ernst oder zu wichtig genommen wird (Faltermeier, 2013).

Gervais und Wilson (2005), zit. nach Faltermeier, 2013) bezeichnen dies als „nicht ernste, soziale Inkongruenz“ (S. 399). Der *emotionale Faktor* umfasst die Fähigkeit, über sich selbst lachen zu können, sowie die Fähigkeit, Humor als Bewältigungsstrategie in stressreichen Situationen einzusetzen. Humor und Lachen beeinflusst maßgeblich die Stimmung und geht einher mit positiven Emotionen. Szabo, Ainsworth und Danks (2005) untersuchten den Zusammenhang zwischen Sport, Musik hören, Ansehen einer lustigen Comedy-Serie bzw. Stillsitzen (Kontrollgruppe) und psychologischen Auswirkungen. Es zeigte sich, dass der Stimmungsschwankungswert am meisten beim Ansehen der lustigen Serie abfiel. Mobbs, Greicius, Abdel-Azim, Menon und Reis (2003) führten des Weiteren eine Studie durch, bei der lustige Cartoons betrachtet wurden und die mittels fMRI die Hirnaktivität gemessen haben. Es zeigte sich unter anderem im Striatum, dem Thalamus, dem Hypothalamus und der Amygdala eine erhöhte Aktivität. Dies sind alles Teile des limbischen Systems, welches eine große Rolle bei der Trieb- und Affektsteuerung spielt. Je lustiger die Personen waren, desto mehr Aktivität konnte festgestellt werden. Humor trägt demnach einen großen Teil dazu bei, dass man sich gut fühlt (Faltermeier, 2013). Der *expressive Faktor* beschreibt die Fähigkeit, Erheiterung auszudrücken; dies wird wiederum als Maß für die allgemeine Fähigkeit, Emotionen auszudrücken, gesehen. Humor als *Innere Einstellung* meint sowohl im täglichen Leben als auch unter Belastungen Humor wahrzunehmen und dies als Grundlage für Bewältigungsstrategien nutzen zu können (Falkenberg, et al., 2013). Die Hauptfunktion des Humortrainings bezieht sich demnach darauf, Humor als Bewältigungsstrategie zu fördern und zu entwickeln.

Psychische Störungen und Humor

Warum sollte Humor bei Menschen mit psychischen Störungen trainiert werden?

In der wissenschaftlichen Literatur gibt es immer wieder Hinweise auf die positiven Effekte von Humortrainings, besonders bei Menschen mit Depressionen (Hirsch, Junglas, Konradt & Jonitz, 2009), aber auch in Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen, wie zum Beispiel Schizophrenie (Gelkopf & Sigal, 1994, 1995) oder Angststörungen (Falkenberg et al., 2013).

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über relevante Störungsbilder gegeben und anhand von früheren Befunden erläutert, welche positiven Effekte Humor auf psychische Störungen haben kann und welche negativen Einflüsse eine psychische Erkrankung auf den Sinn für Humor haben kann.

Affektive Störungen und Humor

Depressive Symptome wie Schwierigkeiten, positive Gefühle zu empfinden und anhaltende Gefühle wie Traurigkeit und Hilflosigkeit erschweren es Personen, erheitert zu werden. Auch kognitive und soziale Defizite werden immer wieder in Zusammenhang mit der Schwierigkeit, humorvolle Stimuli wahrzunehmen gesehen. In Folge dessen werden Witze oft abgelehnt oder negativ bewertet (Falkenberg et al., 2013). Außerdem zeigt sich, dass häufiger maladaptive Humorstile, wie zum Beispiel selbstentwertender oder aggressiver Humor (Chen & Martin, 2007; Uekermann, Channon, Lehmkämper, Abdel-Hamid, Vollmoeller & Daum, 2008) eingesetzt werden. Falkenberg et al. (2013) zeigen auf, dass Humor auch seltener als Bewältigungsstrategie eingesetzt wird.

Eine weitere Erkenntnis, die von Falkenberg et al. (2013) gezeigt werden konnte, ist, dass bei Personen mit depressiven Störungen die Fähigkeit, sich in andere hineinzuversetzen, oft nicht gegeben ist, welche aber für das Verstehen und Erleben von Witzen wichtig ist. Hirsch et al. (2009) konnten allerdings in einer Interventionsstudie bei älteren Personen mit Depressionen zeigen, dass ein Humortraining bei Personen mit mittelschwerer bis schwerer depressiver Symptomatik zu deutlichen Verbesserungen von Heiterkeit und Lebenszufriedenheit führte sowie zu einer Abnahme von schlechter Laune und Ernsthaftigkeit. Hirsch et al. (2010) untersuchten weiter den Einfluss einer psychotherapeutischen Humorgruppe auf alte Menschen mit einer Depression und konnten signifikante Ergebnisse für die positive Wirkung der Humorgruppe auf Resilienz und Lebenszufriedenheit finden. Bei der Subgruppe mit mindestens mittelschweren bzw. schweren Depressionen zeigten sich zudem nur bei der Experimentalgruppe signifikante Verbesserungen in Bezug auf Heiterkeit, Ernst, schlechte Laune und eine deutliche Zunahme der Lebenszufriedenheit. Falkenberg, Buchkremer, Bartels und Wild (2011) führten weiter eine Humorgruppe mit sechs PatientInnen mit einer Major Depression durch. Nach acht Wochen Training konnte eine kurzfristige Verbesserung der Stimmung

beobachtet werden und die PatientInnen fühlten sich besser in der Lage, Humor als Bewältigungsstrategie zu nutzen. Faltermeier (2013) evaluierte in ihrer Doktorarbeit die deutsche Version des 8-Stufen-Programms von McGhee (2010) als Pilotstudie. Untersucht wurde, inwiefern Alter, Geschlecht und grundlegende Eigenschaften „Ernst", „Heiterkeit" und „Schlechte Laune" eine Rolle bei Bewältigungsstrategien spielen und replizierte die Studie von Falkenberg et al. (2011) mit vier Gruppen mit gesunden Menschen und einer Gruppe depressiver PatientInnen. Die Gruppe mit den depressiven PatientInnen konnte nicht in die Auswertung miteinbezogen werden, da die Ausfallsquote zu hoch war. Dennoch konnte die Hypothese bestätigt werden, dass das Humortraining bei gesunden Menschen einen positiven Effekt hat. Humor wird demnach mehr als Stressbewältigungsstrategie eingesetzt und auch in Bezug auf Heiterkeit zeigten sich Verbesserungen (Faltermeier, 2013).

Aus den bisherigen Befunden geht also deutlich hervor, dass ein Humortraining sehr wohl auch einen positiven Einfluss auf Menschen mit Depressionen haben kann. Menschen mit depressiver Symptomatik stellen daher eine wichtige Zielgruppe für die Durchführung des Trainings dar.

Schizophrenie und Humor

Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis bringen ausgeprägte Defizite in grundlegenden psychologischen Funktionen wie Aufmerksamkeit, Wahrnehmung und kognitive Verarbeitungsprozesse mit sich (Roder, Brenner & Kienzle, 2002; Polimeni, 2010). Außerdem erschweren eine gering ausgeprägte Sozialkompetenz und kognitive Defizite, wie zum Beispiel Denkstörungen, die Humorverarbeitung (Gelkopf, Gonen, Kurs, Melamed & Bleich, 2006). Durch formale Denkstörungen können witzige Bemerkungen oder Wortspiele oft nicht verstanden werden. Daraus folgend können auch Witze häufig nicht verstanden werden. Hinzu kommt, dass bei ca. einem Drittel der Personen mit schizophrenen Erkrankungen häufig depressive Störungen als Zweitdiagnose (Roder, Brenner & Kienzle, 2002) festgestellt wurden, was die Erheiterung wiederum erschwert. Das affektive Erleben ist in der Mimik von Personen mit schizophrenen Störungen oft nicht sichtbar, die innere Wahrnehmung von Emotionen kann aber sehr lebhaft sein (Falkenberg et al., 2013). Dennoch gibt es Befunde, die dafür sprechen, dass

Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis von Humortrainings- bzw. Humorinterventionen profitieren.

In einer Studie von Gelkopf et al. (2006) profitierten PatientInnen von lustigen Filmen, die ihnen einmal täglich über eine Zeitspanne von drei Monaten gezeigt wurden. Es wurden im Gegensatz zur Kontrollgruppe sowohl in der Psychopathologie als auch in sozialen Fähigkeiten Verbesserungen verzeichnet. Falkenberg et al. (2007) fanden außerdem heraus, dass PatientInnen mit Schizophrenie genauso häufig wie die Kontrollgruppe mit gesunden Menschen, Humor als Bewältigungsstrategie nutzten. Gelkopf, Sigal und Kramer (1994) untersuchten ebenfalls die therapeutische Wirkung von Humor zur Verbesserung der Sozialkompetenz bei Menschen mit chronischer Schizophrenie in einem psychiatrischen Krankenhaus. Der Experimentalgruppe wurden viermal täglich über einen Zeitraum von vier Monaten lustige Videos gezeigt. Die Ergebnisse zeigten unter anderem signifikante Verbesserungen in der therapeutischen Beziehung zwischen den PatientInnen und dem Klinikpersonal. Cai,Yu, Rong und Zhong (2014) führten eine Pilotstudie durch, dessen Ziel es war, die möglichen therapeutischen Effekte eines 10-Session-Humor-Interventionsprogramms zur Verbesserung der Rehabilitationsergebnisse und der Auswirkungen der Intervention auf den Sinn für Humor bei PatientInnen mit Schizophrenie zu untersuchen. 30 Personen mit diagnostizierter Schizophrenie wurden zufällig entweder der Interventionsgruppe (Humor Skill Training) oder der Kontrollgruppe (Handarbeit) zugeordnet. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass Humortrainings einen positiven Einfluss auf Menschen mit Schizophrenie haben. PatientInnen in der Humorgruppe erlebten eine signifikante Reduktion der negativen Symptome und Depression/Ängstlichkeit. Die Studie zeigte außerdem, dass Humor-Training ein Mittel zur Förderung der Bewältigungsfähigkeit für Schizophrenie-PatientInnen sein kann. Menschen mit Schizophrenie können also durchaus von Humorinterventionen profitieren und Komik und Erheiterung schätzen.

Angststörungen und Humor

Falkenberg et al., (2013) beschreiben Angst und Erheiterung als gegensätzliche Emotionen: „ Wer lacht, kann nicht gleichzeitig stocksteif vor Angst sein“ (S. 12). Aus diesem Grund kann die positive Emotion Erheiterung zumindest über einen kurzen

Zeitraum hinweg Ängstlichkeit reduzieren. Szabo et al., (2005) führten dazu eine Studie mit gesunden Frauen durch, bei denen ein zwanzigminütiges lustiges Video zu einer stärkeren Verringerung der Angst führte als zum Beispiel Musikhören.

Außerdem kommt beim Einsatz von Humor der Mechanismus der kognitiven Distraktion zur Wirkung. Die mentale Kapazität, die zum Verstehen eines Witzes benötigt wird, kann nicht mehr für ängstliches Grübeln genutzt werden (Strick, Holland, van Baaren & van Knippenberg, 2009; Falkenberg, 2013). Allerdings können Witze wiederrum auch Angst verursachen. In einer Studie von Janes und Olson (2000) zeigten die TeilnehmerInnen mehr Angst vor Fehlern wenn sie zuvor Witze hörten, in denen Dritte entwertet wurden. Es kommt daher auch auf die Art von Humor an, welche Emotion erzeugt wird.

Dennoch können Situationen mit Humor neu strukturiert werden bzw. von einem anderen Blickwinkel betrachtet werden. Ventis, Higbee und Murdock (2001) zeigten, dass bei PatientInnen mit Spinnenphobie beim Betrachten von humorvollen Stimuli die Angst gleich stark reduziert wurde wie mit klassischer Desensibilisierung. Natürlich kommt es sehr darauf an, wie stark die Angst ausgeprägt ist. Bei zu großer Angst ist auch durch Humor nur schwer eine Reduktion möglich (Falkenberg, et al., 2013). Selbst wenn der Effekt nur kurzzeitig ist, so ist es dennoch interessant zu untersuchen, ob sich durch das Humortraining etwas in der Angstsymptomatik verändert.

Persönlichkeitsstörungen und Humor

Persönlichkeitsstörungen wurden bisher im Zusammenhang mit Humor kaum untersucht. Faust (2001) beschreibt, dass Personen mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen häufiger boshaften Humor einsetzen, während Personen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung Witze mit Gewalt und Drohungen als erheiternd empfinden. Allgemein wurde festgestellt, dass Humor und die humorvolle Betrachtungsweise von Dingen in der Therapie von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen angespannte Beziehungen zwischen TherapeutIn und PatientIn oft verbessern und auflockern können.

„Humorfähigkeiten trainieren“- die Intervention

Wie bereits erwähnt, hilft Humor den Umgang mit schwierigen Situationen zu erleichtern, negative Emotionen zu regulieren und neue Wege für bislang ungelöste Probleme zu finden. In der zukünftigen therapeutischen Versorgung könnte daher gezielt darauf geachtet werden, Humor einzusetzen um das Wohlbefinden von Menschen mit psychischen Störungen zu verbessern (Falkenberg et al., 2013). Ziel des Humortrainings ist es daher, Humor als Bewältigungsmechanismus bei Menschen mit psychischen Störungen zu fördern und ein Verständnis für Humor als Charaktereigenschaft zu vermitteln. Die Wirkung von Humortrainings kann auf sehr unterschiedliche Theorien und Aspekte zurück geführt werden.

In Zusammenhang mit psychotherapeutischen Verfahren sind Humortrainings insbesondere Ressourcenorientiert, da sie den Sinn für Humor als oft vernachlässigte Ressource, im Sinne eines protektiven Faktors, aktivieren sollen. Außerdem sind Humortrainings auch immer mit Spaß und Freude verbunden und diese positiv-emotionalen Aspekte sollen zur Stimmungsregulation genutzt werden und haben Gemeinsamkeiten mit euthymen Therapieverfahren (Falkenberg et al., 2013). Es gibt zudem einige Studien die sich mit Humor zur Emotionsregulation beschäftigt haben (z.B.Samson & Gross (2012).

Eine weitere Form der therapeutischen Einflussnahme ist auch, durch Humor Widerstände gegen selbstschädigendes Verhalten zu entwickeln (Robinson, 2000).

Humor und Lachen haben außerdem auch positive Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit. Sätze wie „Lachen ist gesund!“ und „Lachen ist die beste Medizin!“ kommen im deutschen Sprachgebrauch sehr häufig zur Anwendung. Vor allem das Immunsystem und das Herz- Kreislaufsystem können durch Humor und Lachen gestärkt werden (Falkenberg, et al., 2013). Weitere Wirkmechanismen von Humor werden in Kapitel „Stressbewältigung mit Humor“ näher erläutert.

Welche Humortrainings mit gesunden und Menschen mit psychischen Störungen bereits durchgeführt wurden, wurde bereits in den vorherigen Abschnitten behandelt. Dieses Kapitel gibt nun einen Überblick über das 8-wöchige Training „Humorfähigkeiten trainieren“, das im Rahmen dieser Studie mit Menschen mit psychischen Störungen durchgeführt wurde. Zudem werden die untersuchten Konstrukte näher beschrieben.

Das Training basiert auf dem Humortraining „7 Humor Habits Program“ von McGhee (2010), für die Durchführung der acht Einheiten wurde allerdings zum besseren Verständnis das deutschsprachige Manual von Falkenberg, McGhee und Wild (2013) verwendet. Die Inhalte der Einheiten wurden teilweise aus organisatorischen und praktischen Gründen durch weitere Übungen ergänzt. Das Manual basiert auf fundierten psychologischen und neurobiologischen Erkenntnissen und hat bereits Anwendung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich gefunden (Falkenberg et al., 2013).

Der Aufbau des Trainings von McGhee (2010) ist in unterschiedliche Themenbereiche unterteilt. In den ersten vier Sitzungen gibt es eine Einführung zu Humor dessen Bedeutung und Funktion sowie individueller Sinn für Humor und Lachen. Sitzung fünf beschäftigt sich mit alltäglichem Humor und Komik in Alltagssituationen. In Sitzungen sechs und sieben stehen Bewältigungsstrategien im Mittelpunkt, besonders in Bezug auf Stressreduktion (Falkenberg, et al., 2013). Besonders wichtige Elemente sind für McGhee das spielerische Miteinander zu unterstützen, Humor im Alltag wahrzunehmen und Humor auch zur Konfliktbewältigung einzusetzen. Die Abläufe folgen einer festgelegten Struktur: zunächst gibt es eine Auflockerungsübung, um es den TeilnehmerInnen zu ermöglichen sich zu entspannen und sich an die anderen TeilnehmerInnen zu gewöhnen. Danach folgt eine Wiederholung der letzten Einheit und es werden offene Fragen beantwortet, bevor das Thema der aktuellen Einheit besprochen wird und es zu Themen bezogenen Diskussionen kommt. Wichtig ist hier, dass die TeilnehmerInnen ihre eigenen Erfahrungen miteinbringen können. Auch sollten die TeilnehmerInnen die Möglichkeit haben, das Erlernte selbstständig anwenden zu können. Die Einheiten enden schließlich immer mit einem Abschlussspiel (Falkenberg, et. al, 2013).

Die Effektivität des Trainings sollte laut McGhee mit der Intensität mit der man sich den Aufgaben widmet steigen und das Training ist so gestaltet, dass man bestimmte Übungen weglassen und andere vertiefen kann (Faltermeier, 2013).

Jede Einheit des Trainings „Humorfähigkeiten trainieren“ richtet sich strukturell nach dem Buch von Falkenberg et. al. (2013). Zu Beginn gibt es eine Auflockerungsübung, die jede Einheit variiert, damit die TeilnehmerInnen in eine entspannte und spielerische Stimmung kommen. Danach gibt es eine kurze Zusammenfassung der letzten Stunde und es können offene Fragen bzw. Anliegen geklärt werden. Außerdem können Hausaufgaben besprochen werden. Im Anschluss daran wird das Thema der aktuellen Einheit, im

Rahmen eines theoretischen Vortrags, von den TrainingsleiterInnen eingeführt und anschließend werden in der Gruppe Basisinformationen erarbeitet und diskutiert. Alle TeilnehmerInnen sollten die Möglichkeit haben, sich konstruktiv in die Diskussion einzubringen. Als Hilfestellung werden Handouts mit den wichtigsten Inhalten ausgeteilt und alle TeilnehmerInnen bekommen eine Mappe und Materialien (Stifte, Karteikarten, Papier), um relevante Inhalte für die spätere selbstständige Anwendung des Erlernten zu notieren. Den TeilnehmerInnen steht zudem in jeder Einheit lustiges Material zur freien Entnahme zur Verfügung, wie zum Beispiel Clownnasen und – brillen, Stofftiere, Witzbücher und Videos.

Die Räumlichkeiten an den vier Standorten (Schwechat, Bruck/Leitha, Gänserndorf und Mistelbach) bieten ausreichend große Gruppenräume, um Übungen durchzuführen, die genug Bewegungsfreiheit erfordern. Die vorgestellten Aufgaben und Übungen dienen zur Einübung der vorgestellten Technik, um diese auch selbstständig zuhause wiederholen zu können. Die Materialien können natürlich von den TeilnehmerInnen jeder Zeit ergänzt werden. Der nächste Abschnitt gibt einen detaillierten Überblick über die Trainingseinheiten und deren Inhalte.

Überblick über die Trainingseinheiten

1. Einheit: Sinn für Humor hat jeder – ich auch!
2. Einheit: Ernsthaftigkeit im Endstadium? Der Wert einer spielerischen Haltung
3. Einheit: Witze erzählen und lachen
4. Einheit: Mit Worten spielen und Humor entstehen lassen
5. Einheit: Alltäglicher Humor
6. Einheit: Über sich selbst lachen lernen
7. Einheit: In Stresssituationen den Humor nicht verlieren

Die *erste Einheit* beginnt mit einer Vorstellrunde der TrainingsleiterInnen und der TeilnehmerInnen. Jede Person nennt ihren Namen und erzählt kurz, warum sie sich für die Teilnahme an der Humorgruppe entschieden hat. Im Anschluss daran werden die Fragebögen ausgeteilt und die ProbandInnen-Codes erklärt. Jede Person bekommt ein Kuvert, um den persönlichen Code darauf zu vermerken. Außerdem unterschreiben alle

TeilehmerInnen eine Einverständniserklärung (siehe Anhang) und haben anschließend Zeit, den Fragebogen auszufüllen. Danach geben die TrainingsleiterInnen einen kurzen Überblick über die Themen der Einheiten und geben den groben Ablauf über die Dauer, Termine, Pausen und regelmäßige Anwesenheit bekannt. Um ein harmonisches Miteinander zu gewährleisten, werden im nächsten Schritt gemeinsame Gruppenregeln erarbeitet. Diese umfassen zum Beispiel einen respektvollen Umgang miteinander, die anderen Personen ausreden zu lassen und keine Informationen der Gruppe an Dritte weiterzugeben. Im Anschluss werden die Ziele des Trainings und die Erwartungen der TeilnehmerInnen besprochen.

Die Inhalte der *zweiten Einheit* beschäftigen sich mit den Themen, warum Sinn für Humor wichtig ist und was es überhaupt bedeutet, Sinn für Humor zu haben.

Es wird auf die Schwierigkeit eingegangen, Humor zu definieren und auch negative Aspekte des Humors behandelt (z. B. Rassismus, Sarkasmus, Verletzung von anderen durch Humor).

In der *dritten Einheit* geht es darum, welche körperlichen und emotionalen Veränderungen durch Lachen entstehen können. Kann die Stimmung durch häufigeres und intensiveres Lachen verbessert werden? Zudem wird der Zusammenhang zwischen Humor, Lachen und Gesundheit diskutiert. Warum wird Lachen immer als die beste Medizin beschrieben? Zudem werden Informationen zu den Themen emotionale Ansteckung und Lachen als Ausdruck anderer Emotionen vermittelt. Zum Beispiel kann Lachen als Ausdruck positiver Emotionen spontan auftreten oder positive Emotionen induzieren, sowie eine Ausgangsbasis für Auseinandersetzung mit anderen Emotionen, wie zum Beispiel Trauer, sein (Falkenberg et al., 2013).

In der *vierten Einheit* sollen die TeilnehmerInnen mit Worten spielen und Humor spielerisch entstehen lassen. Humor wird meist über Sprache ausgedrückt; dafür ist die sprachliche Humorfähigkeit eine wesentliche Grundlage und soll im Seminar trainiert werden. Neben Wortspielübungen sollen auch Mehrdeutigkeit und Übertreibungen in den Medien diskutiert werden.

In der *fünften Einheit* sollen die TeilnehmerInnen Humor in Alltagssituationen finden, um ihn später auch in Stresssituationen besser einsetzen zu können. Ob man Humor im Alltag sieht, ist eine Sache der Perspektive und kann geübt werden. Fantasie soll angeregt werden und die Möglichkeiten, sich über starre Verhaltensweisen nicht zu ärgern, sondern sie als Quelle für Erheiterung zu sehen, werden eröffnet.

In der *sechsten Einheit* wird ein herausforderndes Thema angesprochen. Über sich selbst lachen zu lernen fällt vielen Menschen nicht leicht, denn es beinhaltet die Fähigkeit, über die eigenen Fehler, Missgeschicke und Schwächen nachzudenken und diese nicht mehr so ernst zu nehmen.

Ziel der *siebten Einheit* ist es, die Kontrolle über den eigenen Sinn von Humor zu verbessern und dadurch übermäßige Stressbelastung zu verhindern. Sinn für Humor steht uns in Belastungssituationen meist nicht automatisch zur Verfügung und soll daher geübt werden.

Die *achte Einheit* wird als Reflexionseinheit der letzten acht Wochen genutzt. Außerdem füllen die TeilnehmerInnen wieder den Fragebogen und zusätzlich einen Feedbackbogen aus.

Untersuchte Konstrukte (Outcome Variablen)

Wie bereits erwähnt, werden die Konstrukte Stressbewältigung mit Humor als primäre Outcomevariable und Heiterkeit, Ernsthaftigkeit und schlechte Laune, Subjektives Wohlbefinden und Depressive, Angst- und Zwangsymptomatiken als sekundäre Outcomevariablen untersucht. Darüber hinaus wird Gelotophobie (Angst vor dem Ausgelacht werden) als Moderator erforscht.

Stressbewältigung mit Humor

Stress ist mittlerweile ein fester Bestandteil unseres Lebens. Er lässt sich kaum vermeiden und konstruktiv damit umzugehen ist nicht immer leicht. Martin und Lefcourt (1983) kamen zu dem Ergebnis, dass Sinn für Humor den Einfluss kritischer Lebensereignisse auf die Stimmung moderiert und belegen somit, dass Humor ein Puffer für Stress sein könnte. Menschen mit Sinn für Humor schaffen es besser, mit Frustrationen, Druck und Problemen des Alltags umzugehen, nehmen sich selbst oftmals nicht zu ernst und können dadurch allgemein mit Stress besser umgehen (Falkenberg, et al., 2013). Humor kann außerdem eine Methode zur Bewältigung einer Vielzahl von stressigen Situationen sein - die Coping Humor Scale wurde speziell dazu entwickelt, um zu bewerten, in welchem Ausmaß Individuen Humor dazu nutzen, um mit stressigen Lebenssituationen umzugehen (Overholser, 1992). Dazu gibt es einige Befunde, die diese

Hypothese bestätigen. Kuiper, Martin und Olinger (1993) untersuchten zum Beispiel die Beziehung zwischen Stressbewältigung und einer anstehenden großen Universitätsprüfung im Fach Psychologie. StudentInnen, die eine höhere Punkteanzahl in der Coping Humor Scale erzielten, schätzten die Prüfung als eine positive Herausforderung ein und nicht als negative Bedrohung. Diese Studie zeigte außerdem, dass der Zusammenhang zwischen Sinn für Humor und Stressbewältigung durch die kognitive Einschätzung, die Menschen in Bezug auf stressige Lebensereignisse haben, moderiert wird. Das heißt, dass Menschen mit mehr Sinn für Humor, potentiell stressige bzw. belastende Lebensereignisse als Herausforderung ansehen und nicht als Bedrohung. Zudem beurteilen sie ihre Leistungen und Erwartungen in Bezug auf zukünftige Ereignisse als realistischer (Martin, 1996). Kuiper, McKenzie und Belanger (1995) untersuchten weiter die Beziehung zwischen der Coping Humor Scale und Einschätzungsprozessen von kritischen Lebensereignissen und kamen zu dem Ergebnis, dass Individuen, die hohe Werte auf der CHS erzielten, kritische Lebensereignisse aus unterschiedlichen Perspektiven sehen können und dass dieser Perspektivenwechsel es ihnen ermöglicht, die belastenden Ereignisse positiver zu betrachten. Abel (2002) untersuchte außerdem die Beziehung zwischen Sinn für Humor, Stress und Bewältigungsstrategien bei Studierenden, die sich selbst als Personen mit wenig Sinn für Humor oder viel Sinn für Humor beschrieben. Die Gruppe mit viel Sinn für Humor schätzte kritische Lebensereignisse als weniger stressig ein und berichtete auch über weniger Ängstlichkeit als die Gruppe mit wenig Sinn für Humor. Die Ergebnisse zeigten sich, obwohl beide Gruppen in den letzten zwei Monaten den gleichen Belastungen ausgesetzt waren.

Wie Humor gegen Stress wirkt, beschreibt auch McGhee (1996) anhand von spezifischen Wirkmechanismen. Humor kann zum Beispiel durch eine unmittelbare Spannungsreduktion emotionsregulierend wirken (Samson & Gross, 2012). Wenn man lacht, kann man schwer gleichzeitig verärgert oder angespannt sein. Außerdem hilft eine humorvolle Haltung, eine andere Perspektive einzunehmen und Probleme nicht über zu bewerten, sondern als Schwierigkeiten einzustufen, die gemeistert werden können. Eine positive und optimistische Herangehensweise hilft außerdem, Belastungen besser Stand halten zu können, denn chronischer Stress wirkt sich auch auf die Stimmung aus. Außerdem kann Humor helfen wieder die Kontrolle über eine Situation zu erlangen, da man das Gefühl hat, ihr nicht mehr hilflos ausgeliefert zu sein. Schließlich kann Humor auch helfen, von Problemen abzulenken und sich anderen Themen zu widmen. Faltermeier

(2013) führte in ihrer Studie ein Humortraining mit 26 gesunden TeilnehmerInnen durch, um Humorfähigkeiten zu entwickeln, die den Umgang mit Stress erleichtern sollten. Bei gesunden TeilnehmerInnen zeigten sich deutliche Verbesserungen in der Stressbewältigung. Untersucht werden soll daher in dieser Studie, ob sich bei den TeilnehmerInnen dieses Humorseminars ebenfalls Verbesserungen in der Stressbewältigung zeigen.

Heiterkeit, Ernsthaftigkeit, Schlechte Laune

Um Humor wissenschaftlich zu untersuchen, braucht man eine differenzierte Zugangsweise, die die physiologische (z. B. Lachen), kognitive und emotionale Komponente bzw. Reaktion (Belustigung, Freude) erfasst (Hirsch, 2009). Die drei Konstrukte Heiterkeit, Ernst und schlechte Laune sind nach Ruch und Zweyer (2001) unter dem Begriff der Erheiterbarkeit zusammenzufassen und sind sowohl variable Zustände (state) als auch habituelle Zustände (trait). Zusammen bilden sie das State-Trait- Modell der Erheiterbarkeit.

Diese drei Ebenen setzten sich zudem aus folgenden drei Dimensionen zusammen: *Erheiterung* wird beschrieben als emotionale Reaktion von eher kurzer Dauer auf humorvolle Reize, insbesondere jemanden lustig stimmen und dadurch eine physiologische Veränderung hervorrufen, wie zum Beispiel der der Auslösung von Lachen oder Lächeln. Die Emotion Erheiterung zählt zu den positiven Emotionen, insbesondere der Freude und lässt sich als lustvolle, gelöste Erregung beschreiben. Die vorliegende Studie untersucht, ob eine Veränderung (State) in den Konstrukten nach der Intervention besteht.

State-Heiterkeit ist laut Ruch und Zweyer (2001) ein affektiver Zustand mit erhöhter Bereitschaft, auf bestimmte Reize mit Lächeln oder Lachen zu reagieren. Hier gibt es zwei Komponenten: ein oberflächliches nach Außen gerichtetes Lustigsein und eine eher gelassene gefasste heitere Stimmung. *State-Ernst* hingegen gilt als geistige Einstellung, die das Auslösen von Erheiterung oder Lachen verhindern kann. Menschen handeln und kommunizieren eher in einer ernsten Art und Weise, sind aufmerksam, in tiefe Gedanken versunken und mit wichtigen Dingen beschäftigt. Die Bereitschaft zu Unernst oder Belustigung ist nicht gegeben. Empirische Studien haben hierbei die

Konstrukte Ernsthaftigkeit, Nachdenklichkeit und Nüchternheit identifiziert (Hirsch, 2009). *State-Schlechte Laune* beschreiben Ruch und Zweyer (2001) als affektives Konstrukt, das Traurigkeit, Melancholie und Missmut miteinander verbindet und das Entstehen von positiven Gefühlen verhindern kann. Ein missmutiger und ernster Mensch möchte nicht in humorvolle Situationen involviert werden, während ein trauriger Mensch oftmals nicht fähig ist, sich humorvoll zu verhalten. Erheiterbarkeit bringt nach Ruch (1998) insbesondere den Aspekt der inter- und intraindividuellen Variabilität der Ansprechbarkeit auf humorvolle Reize zum Ausdruck (Hirsch, 2009).

Da an dieser Studie auch einige TeilnehmerInnen mit Angststörungen teilnahmen, ist es naheliegend, Veränderungen in Bezug auf Erheiterbarkeit zu messen. Der Anstieg von Erheiterung könnte zudem Zustände wie zum Beispiel Unlust, Spannung oder Beunruhigung verringern, diese unterdrücken oder sogar vollständig eliminieren (Hirsch, 2009). Untersucht werden soll also, ob sich bei den TeilnehmerInnen durch das Humortraining Unterschiede in den Konstrukten Heiterkeit, Ernsthaftigkeit und schlechte Laune zeigen.

Subjektives Wohlbefinden

Subjektives Wohlbefinden, wie es in dieser Studie untersucht wird, bezieht sich auf das Stimmungsniveau und die Allgemeine Lebenszufriedenheit der teilnehmenden Personen (Dalbert, 1992).

Es wird zwischen einer kognitiven und einer emotionalen Dimension unterschieden. Die *kognitive* Dimension beschreibt die allgemeine Lebenszufriedenheit, ohne dabei auf bestimmte Lebensbereiche einzugehen (Diener, 1984). Die *emotionale* Komponente hingegen beschreibt die Anwesenheit von positiven Gefühlen und die Abwesenheit negativer Gefühle. Das subjektive Wohlbefinden beschreibt die Gemeinsamkeiten dieser beiden Dimensionen: Emotional/Stimmungsniveau und Kognitiv/Lebenszufriedenheit (Dalbert, 1992). Einflüsse auf das subjektive Wohlbefinden gibt es sehr viele. Diener (1984) zählt dazu zum Beispiel Einkommen, Alter, Geschlecht, Beruf, Bildung, Familie, Sozialkontakte, Lebensereignisse und Persönlichkeit, um nur einige zu nennen. Lebensqualität bezieht sich meist auf die individuelle Lebenserfahrung und kann stark von den objektiven Lebensbedingungen abweichen (Campbell, 1981).

Auch in Bezug auf adaptive und maladaptive Humorstile gibt es interessante Zusammenhänge mit subjektivem Wohlbefinden: Adaptive Humorstile (sozialer und selbstaufwertender Humor) (Martin, et al., 2003) korrelieren mit den emotionalen und kognitiven Aspekten von subjektivem Wohlbefinden (Diener, 2000) und Maladaptive Humorstile (feindlich und selbstabwertend) korrelieren negativ mit den emotionalen Aspekten, aber nicht mit den kognitiven (Martin et al., 2003).

Ein Ziel der vorliegenden Studie ist es, festzustellen, ob Humor bzw. die Teilnahme am Humorseminar das subjektive Wohlbefinden verbessern kann.

Depressive, Angst- und Zwangsymptomatik

Ziel des Humortrainings ist es, eine Abschwächung der Symptome herbeizuführen, um dadurch die Lebensqualität der TeilnehmerInnen zu verbessern. Untersucht werden sollen Veränderungen der Symptome von *Depression, Angst und Zwang* mittels des ISR-ICD-10- Symptom-Rating von Tritt, von Heymann, Zaudig, Loew, Söllner, Fischer und Bühner, (2008). Die Skala *„depressives Syndrom"* umfasst vier Items: „Meine Stimmung ist gedrückt/niedergeschlagen", „An Dingen, die ich normalerweise gern mache, habe ich keine richtige Freude mehr.", „Ich habe nicht genug Energie, wenn ich etwas tun will und werde schnell müde.", „Ich fühle mich wertlos und traue mir nichts zu.". Die Skala *„Angstsyndrom"* beinhaltet folgende vier Items: „Ich bekomme unerklärliche Angstattacken oder Angst in Situationen, die anderen Menschen harmlos erscheinen." Die Skala *„Zwangssyndrom"* beinhaltet drei Items: „Ich leide unter meinen ständigen wiederkehrenden, sinnlosen Gedanken oder Handlungen, gegen die ich mich aber nicht wehren kann (z. B. Hände waschen).

In dieser Studie werden außerdem mittels State-Trait-Angst-Depressions-Inventar (STADI-S) (Laux, Hock, Bergner-Köther, Hodapp & Renner, 2013) Veränderungen der Symptomatiken von Aufgeregtheit, Besorgnis, Euthymie und Dysthymie untersucht. Die vier Unterskalen werden zu zwei übergeordneten Skalen zusammengefasst, Depression und Angst.

Dysthymie ist eine affektive Störung, die ähnliche Symptome wie eine Depression hat, die zwar weniger ernst sind, aber länger andauern (Schacter, Gilbert, & Wegner,

2011). *Euthymie* beschreibt einen Zustand ausgeglichener Stimmung, welcher bei Depressionen ein wichtiges Behandlungsziel ist (Bergner-Köther, 2014).

Gelotophobie als Kontrollvariable

Gelotophobie wird definiert als die dauerhafte Sorge, von anderen ausgelacht zu werden („Gelos“ = Griechisch für Gelächter). Menschen mit Gelotophobie interpretieren das Lachen und Lächeln von anderen Personen nicht als positive Reaktion, sondern als Erniedrigung. Sie leben ständig mit der Angst, ausgelacht zu werden und sind überzeugt, auf andere lächerlich zu wirken (Ruch, Poyer & Popa, 2008).

Der deutsche Psychotherapeut Michael Titze (1996) beschäftigte sich als Erster in seinen Fallstudien mit diesem Phänomen. Die Angst vor dem Ausgelacht werden beinhaltet laut Titze (1996) eine mehr oder weniger starke Tendenz zu paranoiden Gedankengängen, eine erhöhte Sensitivität bezüglich Beleidigungen und den darauf folgenden sozialen Rückzug (Ruch, 2004; Ruch, Poyer & Popa, 2008). Abbildung 1 zeigt eine Übersicht von Ursachen und Konsequenzen von Gelotophobie.

Gelotophobie wird als Kontrollvariable in die Studie miteinbezogen, um festzustellen, inwieweit sie die Effektivität der Intervention beeinflusst. Untersucht werden soll, ob Menschen, die zu Beginn des Humorseminars eine hohe Ausprägung der Gelotophobie vorweisen, mehr vom Humorseminar profitieren als solche mit niedrigen Werten.

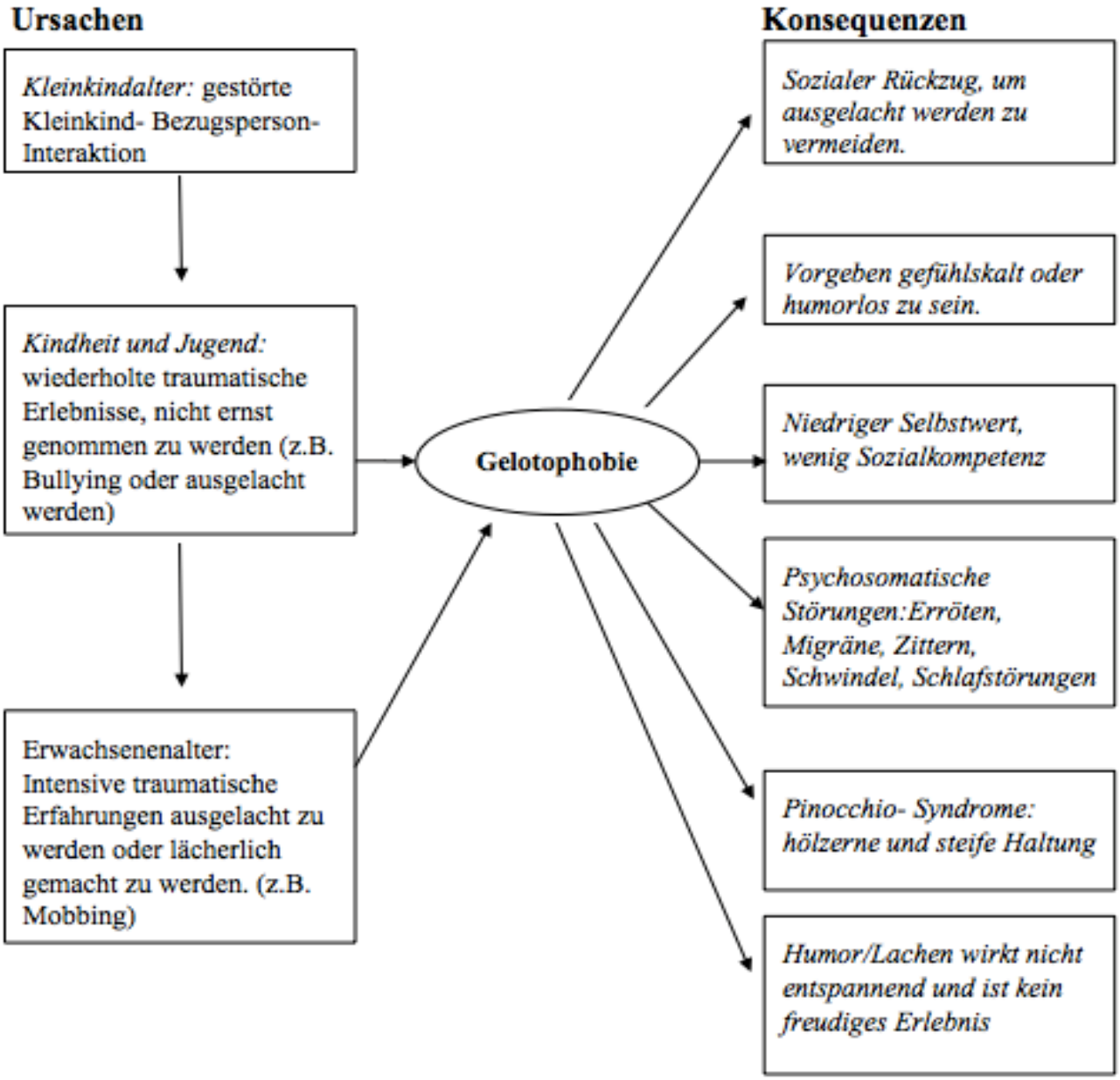

Abbildung 1. Ursachen und Konsequenzen von Gelotophobie (Ruch, 2004; Ruch, Poyer, & Popa, 2008, S.51)

II. Empirischer Teil

Methodik

Im folgenden Abschnitt wird zuerst das Untersuchungsdesign erläutert danach wird auf die Untersuchungsdurchführung eingegangen. Im Rahmen der Beschreibung der Untersuchung, wird auch die Stichprobe und deren Rekrutierung näher beleuchtet.

Untersuchungsdesign

Das Studiendesign stellt ein quasi-experimentelles-Design mit Experimental- und Kontrollgruppe dar. Es soll verglichen werden, ob ein 8-wöchiges Humorseminar Einfluss auf die Konstrukte: Subjektives Wohlbefinden (HSWBS, Dalbert 1992), Heiterkeit, Erstnhaftigkeit und Schlechte Laune (STHI-S30, Ruch, Köhler & Van Thriel, 1996) Stressbewältigung mit Humor (CHS, Martin & Lefcourt, 1983), Depressivität und Ängstlichkeit (STADI (S), Laux et al., 2013) und das Ausmaß der psychischen Störung (ISR, Tritt et al., 2008), im Vergleich zu einer Kontrollgruppe die keine Intervention bekommt, hat. Den TeilnehmerInnen beider Gruppen wurden insgesamt 2 x 5 und 1 x 4 Instrumente (siehe Anhang B) vorgelegt. Diese wurden durch die oben genannten Fragebögen erhoben. Am Anfang des Trainings wurde den TeilnehmerInnen zusätzlich ein Fragebogen zu Gelotophobie vorgelegt sowie am Ende des Trainings ein Fragebogen zur Beurteilung des Seminars. Die Kontrollgruppe wurde nach Störung, Geschlecht und Alter mit der Experimentalgruppe parallelisiert. Die Messzeitpunkte der Kontrollgruppe wurden zeitgleich mit der Experimentalgruppe angesetzt. Abbildung 2 zeigt eine Übersicht der Erhebungszeitpunkte und des Ablaufs der Untersuchung.

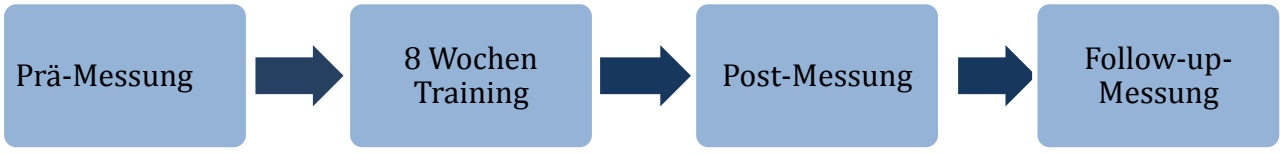

Abbildung 2. Timeline empirische Erhebung

Untersuchungsdurchführung

Das durchgeführte Humortraining orientiert sich am Manual „Humorfähigkeit trainieren“ von Falkenberg et al. (2013). Dieses beruht, wie oben erwähnt auf dem „7 Humor Habits Program“ von McGhee (2010). Das Training wurde von den StudienleiterInnen, Mag. Teresa Mussuros, BSc und Marlene Faschingbauer, BSc, durch weitere praktische Übungen und theoretische Inhalte wenn nötig ergänzt. Eine genaue Darstellung des Manuals findet sich in Anhang C. Das Humortraining erfolgte in vier Gruppen in den Clubs der PSZ GmbH Niederösterreich an folgenden vier Standorten: Gänserndorf - 5 TeilnehmerInnen, Mistelbach - 5 TeilnehmerInnen, Schwechat - 7 TeilnehmerInnen und Bruck an der Leitha -11 TeilnehmerInnen. Die Trainingsdauer betrug acht Wochen (einmal pro Woche 90 Minuten) und wurde dienstags in Schwechat, donnerstags in Gänserndorf und freitags in Mistelbach und Bruck an der Leitha durchgeführt. Die Seminareinheiten wurden in Clubräumen der jeweiligen Standorte der PSZ GmbH durchgeführt. Um die Anwesenheit der TeilnehmerInnen zu sichern, wurden vor jeder Einheit Erinnerungsnachrichten von den Studienleiterinnen ausgeschickt. Außerdem wurden die TeilnehmerInnen gebeten, die Studienleiterinnen bei Abwesenheiten zu informieren, dies funktionierte in den meisten Fällen sehr gut. Während der Einheiten wurde sehr darauf geachtet, auf die einzelnen Gruppen einzugehn. Eine Gruppe beispielsweise verlangte nach mehr theoretischem Input, da sie unter anderem bei Gruppenübungen nicht all zu sehr harmonierte. Während jedoch eine andere Gruppe, Inhalte lieber über Spiele und Übungen vermittelt bekam. Diese Charakteristika der einzelnen Gruppen wurde in der Planung miteinbezogen und die folgenden Einheiten darauf abgestimmt. Die TeilnehmerInnen konnten zu jeder Zeit Pausen einfordern und Übungen ablehnen, wenn ihnen diese nicht adäquat erschienen.

Stichprobe

Ein- und Ausschlusskriterien

Die Stichprobe der vorliegenden Studie setzte sich zusammen aus Männern und Frauen zwischen 18 und 99 Jahren. Die Einschlusskritieren umfassten eine vom Facharzt vor Beginn der Intervention diagnositizierte psychische Störung. Um Vergleiche zwischen den Gruppen anstellen zu können, werden ausschließlich Personen, die an einer affektiven Störung, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung oder Angst- bzw. Zwangsstörung leiden, in das Programm aufgenommen. Von vornherein ausgeschlossen werden Personen, die unter akuten psychotischen Störungen, bipolaren affektiven Störungen und schizoaffektiven Störungen leiden, außerdem Personen, die aktiven Alkohol- und Substanzmissbrauch betreiben. Um ein gutes Verständnis und Arbeiten in den einzelnen Sitzungen der Humorgruppe sicher zu stellen, wurden außerdem Personen die erhebliche sprachliche und kognitive Einschränkungen aufwiesen ausgeschlossen.

Rekrutierung

Die Rekrutierung der Experimental- und Kontrollgruppe fand in den Einrichtungen der PSZ GmbH Niederösterreich statt und erstrecke sich über den Zeitraum von März 2016 bis Mai 2016. Durch ein aufrechtes Dienstverhältnis einer der Studienleiterinnen, Mag. Teresa Mussuros und der PSD GmbH, ergab sich die Möglichkeit, das Humotraining in den Freizeiteinrichtungen der PSZ (Psychosoziale Zentren) GmbH in Niederösterreich durchzuführen. Diese soziale Insitution stellt Betreuung in Clubs und Tageszentren für Personen mit psychischen Störungen zur Verfügung.

Unterstützt werden Menschen mit psychischen Störungen in den Bereichen sozialer und beruflicher Rehabilitation. Geboten werden auch therapeutische und gesundheitsfördernde Zusatzangebote sowie Freizeitangebote in den Clubs. Das vielfältige Angebot soll den KlientInnen helfen ihre Gesamtbefindlichkeit zu verbessern und durch geregelte Strukturen im Tagesablauf Stabilisierung zu erreichen.

Das Betreuungsangebot gliedert sich in die Bereiche:

- Selbstversorgung (Wohnen, Wirtschaften, Inanspruchnahme von medizinischen und sozialen Dienstleistungen)
- Arbeit, Beschäftigung, Ausbildung
- Tages-, Freizeitgestaltung, soziale Kontakte
- Krisenbewältigung im Kontext der psychischen Erkrankung

Zunächst kam es zur Kontaktaufnahme zwischen den Studienleiterinnen und den MitarbeiterInnen, vorrangig SozialarbeiterInnen, BetreuuerInnen die in Kooperation mit den FachärztInnen der PSZ GmbH standen, per E- Mail und Telefon. Nachdem diese ihre Kooperation zugesagt hatten, fand eine Vorselektion der TeilnehmerInnen seitens der PSZ GmbH statt. Die MitarbeiterInnen der PSZ GmbH suchten gezielt Personen aus, die unter Affektiven Störungen, Schizophrenie, Persönlichkeits- oder Angststörungen litten, jedoch wurde darauf geachtet, dass keine KlientInnen mit schizoaffektiven oder bipolaren affektiven Störungen angesprochen wurden. Außerdem war ein weiteres Kriterium zur Vorselektion die kognitive und sprachliche Fähigkeit der KlientInnen. Durch vorherige Programme im Rahmen der Clubs der PSZ GmbH konnten die SozialarbeiterInnen und BetreuuerInnen sehr gut einschätzen, welche KlientInnen in der Lage wären an dem Humorseminar teilzunehmen und diesem auch gut folgen zu können. Gleichzeitig wurde ein Informationsblatt (siehe Anhang A) mit einem kurzen Überblick über die Studie und den Kontaktdaten der StudienleiterInnen ausgeteilt. Daraufhin konnten sich die InteressentInnen verbindlich mit einem Anmeldeformular (siehe Anhang A) für die Humorgruppe anmelden. Alle Personen wurden im Anschluss von den StudienleiterInnen telefonisch kontaktiert um die Anmeldung zu bestätigen.

Untersuchungsinstrumente

Soziodemographische Daten

Zu Beginn der Erhebung wurden Alter, Geschlecht, Nationalität, höchster erworbener Bildungsabschluss und Haupt- und Nebendiagnosen abgefragt. Die Haupt- und Nebendiagnosen wurden schon vor Erhebungsbeginn von Fachärzten erhoben und überprüft.

Coping Humor Scale (Martin & Lefcourt, 1983)

Die Coping Humor Scale (CHS) von Martin und Lefcourt (1983) erfasst die Fähigkeit, Humor als Stressbewältigungsstrategie einzusetzen. Der Selbstbeurteilungsfragebogen

umfasst sieben Items, die auf einer 4-stufigen Likert-Skala (*1=Ich stimme nicht zu* bis *4=Ich stimme zu*) beantwortet werden müssen. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) der englischen Originalfassung liegt zwischen α=.60 und .70 (Martin & Lefcourt, 1983). Der Fragebogen wurde von den StudienleiterInnen aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt. Um eine korrekte Übersetzung zu gewährleisten wurden zwei unabhängige Muttersprachler zu Hilfe gezogen. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) der deutschen Fassung wird im Laufe der Studie erfasst. Ein Beispielitem lautet: *„Selbst in schwierigen Situationen finde ich üblicherweise etwas worüber ich lachen oder Scherze machen kann"*

Habituelle subjektive Wohlbefindensskala (Dalbert, 1992)

Die habituelle subjektive Wohlbefindensskala (HSWBS) von Dalbert (1992) erfasst mittels Selbstbeurteilung das *Stimmungsniveau* und die *Allgemeine Lebenszufriedenheit* der VersuchsteilnehmerInnen. Der Fragebogen umfasst 13 Items, welche auf einer 6-stufigen Likert-Skala (*1=Stimmt überhaupt nicht* bis *6=Stimmt genau*) beantwortet werden müssen. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) liegt zwischen α =.82 und .88 (Dalbert, 1992). Um den Fragebogen änderungssensitiv zu gestalten, wurden die Instruktionen von „Im Allgemeinen… " auf „In den letzten zwei Wochen…" geändert. Ein Beispielitem zur Skala *Stimmungsniveau* lautet: *„In den letzten zwei Wochen habe ich mehr die Sonnenseiten des Lebens gesehen"*

State-Trait Heiterkeitsinventar (Ruch, Köhler & Van Thriel, 1996)

Das State-Trait Heiterkeitsinventar (STHI-S30) von Ruch et al. (1996) erfasst durch Selbstbeurteilung die Konstrukte Heiterkeit, Ernsthaftigkeit und Schlechte Laune. In der vorliegenden Studie wurde die State-Version des Fragebogens verwendet. Des Weiteren wurde die Kurzform des Fragebogens, mit nur 30 statt 60 Items verwendet um eine Überforderung der VersuchsteilnehmerInnen durch die Länge der Erhebung zu verhindern. Die Konstrukte werden mit jeweils 10 Items erfasst, die auf einer 4-stufigen Likert-Skala (*1=Trifft gar nicht zu* bis 4=*Trifft sehr zu*) beantwortet werden müssen. Die

interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) liegt für *Heiterkeit* bei α =.93, für *Ernsthaftigkeit* bei α=.85 und für *Schlechte Laune* bei α =.93 (Ruch et al., 1996). Ein Beispielitem zur Skala *Heiterkeit* lautet: *„Mir ist zum Lachen zumute".*

State-Trait-Angst-Depressionsinventar (Laux et al., 2013).

Das State-Trait-Depressionsinventar (STADI (S)) von Laux et al. (2013) wurde verwendet um die Konstrukte Ängstlichkeit und Depressivität zu erfassen. Das STADI (S) umfasst vier Skalen: *Aufgeregtheit*, *Besorgnis für Angst*, *Dystyhmie* und *Euthymie*, welche auf die übergeordneten Skalen *Ängstlichkeit* (Aufgeregtheit und Besorgnis für Angst) und *Depressivität* (Dysthymie und Euthymie) zusammengefasst werden. Der Selbstbeurteilungsfragebogen setzt sich aus 20 Items auf einer 4-stufigen Likert-Skala (*1=Überhaupt nicht* bis *4=Sehr*) zusammen. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) liegt zwischen α=.88 und .93 (Laux et al., 2013). Auch bei diesem Fragebogen wurde die State-Version benutzt um aktuelle Einschätzungsänderungen zu überprüfen. Ein Beispielitem zur Skala *Ängstlichkeit* lautet: *„Ich mache mir Sorgen über das, was auf mich zukommt".*

ICD 10 Symptom Rating (Tritt et al., 2008)

Das ICD 10 Symptom Rating (ISR) von Tritt et al. (2008) ermittelt anhand von Selbstbeurteilung die Stärke der psychischen Symptomatik. Es werden Werte für das *depressive Syndrom*, *Angstsyndrom*, *Zwangssyndrom*, *somatoforme Syndrom*, *Essstörungsyndrom*, einer *Zusatzskala* sowie eine *Gesamtskala* erhoben. In der vorliegenden Studie wurde auf die Auswertung der Skalen *somatoforme Symptome* und *Essstörungssymptomatik* verzichtet. Diese zwei Skalen wurden bei der Berechnung ausgeschlossen, da weder die Experimentalgruppe noch die Kontrollgruppe Personen mit diesen psychischen Störungen beinhaltete. Der Fragebogen umfasst 29 Items, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala (*0=Trifft nicht zu* bis *4=Trifft extrem zu*) beantwortet werden müssen. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) liegt zwischen α=.82 und .89 (Tritt et al., 2008). Ein Item, das der Erfassung von sexuellen Anpassungsstörungen dient (*"Meine*

sexuellen Vorlieben sind eine Belastung für mich.“), wurde aufgrund möglicher psychischer Belastung der VersuchsteilnehmerInnen aus der Erhebung gestrichen. Ein Beispielitem für die Skala *Depressive Symptome* lautet: *„An Dingen, die ich normalerweise gerne mache, habe ich keine richtige Freude mehr“.*

Geloph-15 (Ruch & Proyer, 2008)

Der Geloph-15 von Ruch und Proyer (2008) erfasst durch Selbstbeurteilung die subjektiv eingeschätzte Angst vor dem Ausgelachtwerden (Gelotophobie). Der Fragebogen umfasst 15 Items, die auf einer 4-stufigen Likert-Skala (*1=Trifft gar nicht zu* bis *4=Trifft sehr zu)* beantwortet werden. Die internen Konsistenzen (Cronbach’s Alpha) waren nicht angegeben und werden im Laufe der Studie ermittelt. Der Fragebogen wurde verwendet, um mögliche Auswirkungen einer hohen oder niedrig ausgeprägten Selbsteinschätzung von Gelotophobie, vor Beginn des Humorseminars, auf die unterschiedlichen Ergebnisse zu untersuchen. Es wird der Cut-off-Wert (2,5) und der Median (2) verwendet um zwischen hoher und niedriger Gelotophobie zu unterscheiden. Ein Beispielitem lautet: *„Wenn Fremde in meiner Gegenwart lachen, beziehe ich dies häufig auf mich“.*

Feedback

Der Feedbackfragebogen wurde von den Studienleiterinnen zusammengestellt und umfasste 10 Items. Sieben Items wurden auf einer 5-stufigen Likert-Skala beantwortet (*1=Stimmt genau; 5=Stimmt gar nicht* bzw. *1=Gar nicht; 5=Sehr viel).* Ein Item wurde auf einer 4-stufigen Likert-Skala bewertet (*1=Ganz bestimmt; 4=Nein, sicher nicht).* Die restlichen zwei Items waren offene Fragen über die positiv und negativ empfundenen Aspekte des Trainings. Beispielitems lauteten: *„Wie zufrieden waren Sie mit dem Training insgesamt?“, „Wie viel von dem im Training Gelernten können Sie in Ihrem Alltag anwenden?“ oder „Würden Sie das Training weiterempfehlen?“.*

Fragestelluneng und Hypothesen

Im folgenden Abschnitt werden die Fragestellungen und Hypothesen der Studie vorgestellt und deren Relevanz für die Humorforschung begründet. Die Fragestellungen eins bis zehn sind Evaluationsfragestellungen zur Wirksamkeit der Intervention auf die untersuchten Konstrukte. Die Fragestellungen elf bis fünfzehn beziehen sich darauf, ob Gelotophobie als Moderator die Effektivität der Studie beeinflusst. Fragestellung sechzehn bezieht sich schließlich auf die Bewertung des Trainings.

Evaluationsfragestellungen

Fragestellung 1: Hat die Teilnahme am Humorseminar im Vergleich zu der Kontrollgruppe und innerhalb der Experimentalgruppe einen Effekt auf das *subjektive Wohlbefinden*?

Ein Ziel des Trainings „ Humorfähigkeiten trainieren“ ist es das Stimmungsniveau und die Allgemeine Lebenszufriedenheit zu verbessern.

Wie bereits erwähnt konnten Hirsch et al. (2009) in einer Interventionsstudie bei älteren Personen mit Depressionen zeigen, dass ein Humortraining bei Personen mit mittelschwerer bis schwerer depressiver Symptomatik zu deutlichen Verbesserungen von Lebenszufriedenheit führte. Hirsch et al. (2010) untersuchten zudem den Einfluss einer psychotherapeutischen Humorgruppe auf alte Menschen mit einer Depression und konnten auch hier signifikante Ergebnisse für die positive Wirkung der Humorgruppe auf die Lebenszufriedenheit finden. Die Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens ist etwas, das jeder Mensch mehr oder weniger anstrebt. Zu untersuchen ist daher, ob dieses Humortraining auch bei Menschen mit anderen psychischen Störungen einen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit bzw. allgemein auf das subjektive Wohlbefinden hat. Folgende Hypothesen ergeben sich daher für den Vergleich innerhalb und zwischen den Gruppen.

H_0 (1.1): Es zeigt sich kein Unterschied in der Skala *Stimmungsniveau* des HSWBS innerhalb der Experimentalgruppe zwischen T1 und T2.

H_1 (1.1): Es zeigt sich ein Unterschied in der Skala *Stimmungsniveau* des HSWBS innerhalb der Experimentalgruppe zwischen T1 und T2.

Analog zur **H_0** bzw. **H_1 (1.1)** ist das Hypothesenpaar **(1.2)** zu der Skala *Allgemeine Lebenszufriedenheit* des HSWBS formuliert.

H_0 (1.3): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich nicht von Personen der Kontrollgruppe zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *Stimmungsniveau* des HSWBS.

H_1 (1.3): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich von Personen der Kontrollgruppe zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *Stimmungsniveau* des HSWBS.

Analog zur **H_0** bzw. **H_1 (1.3)** ist das Hypothesenpaar **(1.4)** zu der Skala *Allgemeine Lebenszufriedenheit* des HSWBS formuliert.

Fragestellung 2: Hat die Teilnahme am Humorseminar im Vergleich zu der Kontrollgruppe und innerhalb der Experimentalgruppe einen Effekt auf *Heiterkeit, Ernsthaftigkeit und Schlechte Laune?*

Das Konstrukt Erheiterung wurde deshalb gewählt, da ein Anstieg von Erheiterung Zustände wie zum Beispiel Unlust, Spannung oder Beunruhigung verringern bzw., diese unterdrücken oder sogar vollständig eliminieren könnte.

Hirsch et al. (2009) konnten in ihrer Interventionsstudie bei älteren Personen mit Depressionen bereits zeigen, dass ein Humortraining bei Personen mit mittelschwerer bis schwerer depressiver Symptomatik zu deutlichen Verbesserungen von Heiterkeit führte sowie zu einer Abnahme von schlechter Laune und Ernsthaftigkeit.

Auch Faltermeier (2013) evaluierte in ihrer Doktorarbeit welche Rolle „Ernst“, „Heiterkeit“ und „Schlechte Laune“ bei Bewältigungsstrategien spielen und konnte zeigen, das sich durch das Humortraining in Bezug auf Heiterkeit Verbesserungen zeigen (Faltermeier, 2013). Vermehrtes Lächeln und Heiterkeit könnte dazu führen, dass das physische und psychische Wohlbefinden gesteigert wird.

H_0 (2.1): Es zeigt sich kein Unterschied in der Skala *Heiterkeit* des STHI-S30 innerhalb der Experimentalgruppe zwischen T1 und T2.

H_1 (2.1): Es zeigt sich ein Unterschied in der Skala *Heiterkeit* des STHI-S30 innerhalb der Experimentalgruppe zwischen T1 und T2.

Analog zur **H_0** bzw. **H_1 (2.1)** sind die Hypothesenpaare **(2.2)** und **(2.3)** zu den Skalen *Ernsthaftigkeit* und *Schlechte Laune* des STHI-S30 formuliert.

H_0 (2.4): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich nicht von Personen der Kontrollgruppe zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *Heiterkeit* des STHI-S30.

H_1 (2.4): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich von Personen der Kontrollgruppe zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *Heiterkeit* des STHI-S30.

H_0 (2.4): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich nicht von Personen der Kontrollgruppe zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Skala *Heiterkeit* des STHI-S30.

H_1 (2.4): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich von Personen der Kontrollgruppe zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Skala *Heiterkeit* des STHI-S30.

Analog zur **H_0** bzw. **H_1 (2.4)** sind die Hypothesenpaare **(2.5)** und **(2.6)** zu den Skalen *Ernsthaftigkeit* und *Schlechte Laune* des STHI-S30 formuliert.

Fragestellung 3: Hat die Teilnahme am Humorseminar im Vergleich zu der Kontrollgruppe und innerhalb der Experimentalgruppe einen Effekt auf *Stressbewältigung mit Humor*?

Diese Fragestellung geht davon aus, dass Humor den Umgang mit Stress verbessern könnte und bezieht sich auf folgende Befunde, die einen Einfluss des Sinns für Humor auf die Stressbewältigung untersuchten:

Martin und Lefcourt (1983) kamen zu dem Ergebnis, dass Sinn für Humor den Einfluss kritischer Lebensereignisse auf die Stimmung moderiert und belegen somit, dass Humor ein Puffer für Stress sein könnte. Menschen mit Sinn für Humor schaffen es besser, mit Frustrationen, Druck und Problemen des Alltags umzugehen, nehmen sich selbst oftmals nicht zu ernst und können dadurch allgemein mit Stress besser umgehen (Falkenberg, et al., 2013).

H_0 (3.1): Es zeigt sich kein Unterschied hinsichtlich der Stressbewältigung mit Humor, erfasst durch den CHS, innerhalb der Experimentalgruppe zwischen T1 und T2.

H_1 (3.1): Es zeigt sich ein Unterschied hinsichtlich der Stressbewältigung mit Humor, erfasst durch den CHS, innerhalb der Experimentalgruppe zwischen T1 und T2.

H_0 (3.2): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich nicht von Personen der Kontrollgruppe zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Stressbewältigung mit Humor erfasst durch den CHS.

H_1 (3.2): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich von Personen der Kontrollgruppe zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Stressbewältigung mit Humor, erfasst durch den CHS.

Fragestellung 4: Hat die Teilnahme am Humorseminar im Vergleich zu der Kontrollgruppe und innerhalb der Experimentalgruppe einen Effekt auf Ängstlichkeit und Depressivität?

In dieser Studie werden Veränderungen der Symptomatiken von Aufgeregtheit, Besorgnis, Euthymie und Dysthymie untersucht.

Angst und Erheiterung werden wie bereits erwähnt von Falkenberg et al., (2013I als gegensätzliche Emotionen: „ Wer lacht, kann nicht gleichzeitig stocksteif vor Angst sein“ (S. 12). Aus diesem Grund kann die positive Emotion Erheiterung zumindest über einen kurzen Zeitraum hinweg Ängstlichkeit reduzieren. Szabo et al., (2005) führten dazu eine Studie mit gesunden Frauen durch, bei denen ein zwanzigminütiges lustiges Video zu einer stärkeren Verringerung der Angst führte als zum Beispiel Musikhören.

Ziel des Trainings ist eine Steigerung der Erheiterung, um damit Symptome der Ängstlichkeit zu reduzieren.

H_0 (4.1): Es zeigt sich kein Unterschied in der Skala *Ängstlichkeit* des STADI (S) innerhalb der Experimentalgruppe zwischen T1 und T2.

H_1 (4.1): Es zeigt sich ein Unterschied in der Skala *Ängstlichkeit* des STADI (S) innerhalb der Experimentalgruppe zwischen T1 und T2.

Analog zur **H_0** bzw**. H_1 (4.1)** ist das Hypothesenpaar **(4.2)** zu der Skala *Depressivität* des STADI (S) formuliert.

H_0 (4.3): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich nicht von Personen der Kontrollgruppe zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *Ängstlichkeit* des STADI (S).

H1 (4.3): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich von Personen der Kontrollgruppe zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *Ängstlichkeit* des STADI (S).

Analog zur **H_0** bzw. **H_1 (4.3)** ist das Hypothesenpaar **(4.4)** zu der Skala *Depressivität* des STADI (S) formuliert.

***Fragestellung 5**:* Hat die Teilnahme am Humorseminar im Vergleich zu der Kontrollgruppe und innerhalb der Experimentalgruppe einen Effekt auf die Ausprägung der psychischen Symptomatik?

Das Training „Humorfähigkeiten trainieren“ hat zum Ziel die psychische Symptomatik zu reduzieren. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich durch die Intervention die Symptomatik etwas lindern lässt. Es wird nicht erwartet, dass es zu einem vollständigen Rückgang der Symptome kommt, da die meisten TeilnehmerInnen an einer chronischen psychischen Störung leiden. Es kann außerdem angenommen werden, dass die allgemeine psychische Befindlichkeit durch die Intervention verbessert werden kann, da die Inhalte des Trainings darauf ausgerichtet sind, die Stimmung durch witzige Inhalte zu verbessern.

H_0 (5.1): Es zeigt sich kein Unterschied in der Skala *depressives Syndrom* des ISR innerhalb der Experimentalgruppe zwischen T1 und T2.

H_1 (5.1): Es zeigt sich ein Unterschied in der Skala *depressives Syndrom* des ISR innerhalb der Experimentalgruppe zwischen T1 und T2.

Analog zur **H_0** bzw. **H_1 (5.1)** sind die Hypothesenpaare **(5.2)** bis **(5.5)** zu den Skalen *Angstsyndrom, Zwangsyndrom,* der *Zusatzskala* und der *Gesamtskala* des ISR formuliert.

H_0 (5.6): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich nicht von Personen der Kontrollgruppe zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *depressives Syndrom* des ISR.

H_1 (5.6): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich von Personen der Kontrollgruppe zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *depressives Syndrom* des ISR.

Analog zur **H_0** bzw. **H_1 (5.6)** sind die Hypothesenpaare **(5.7)** bis **(5.10)** zu den Skalen *Angstsyndrom, Zwangsyndrom,* der *Zusatzskala* und der *Gesamtskala* des ISR formuliert.

Fragestellung 6: Bleiben die beobachteten Effekte auf das subjektive Wohlbefinden, innerhalb der Experimentalgruppe und in Vergleich zu der Kontrollgruppe sechs Wochen nach Beendigung der Intervention erhalten?

H_0 (6.1): Innerhalb der Experimentalgruppe zeigen sich keine Unterschiede zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Skala *Stimmungsniveau* des HSWBS.

H_1 (6.1): Innerhalb der Experimentalgruppe zeigen sich Unterschiede zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Skala *Stimmungsniveau* des HSWBS.

Analog zur **H_0** bzw. **H_1 (6.1)** ist das Hypothesenpaar **(6.2)** zu der Skala *Allgemeine Lebenszufriedenheit* des HSWBS formuliert.

H_0 (6.3): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich nicht von Personen der Kontrollgruppe zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Skala *Stimmungsniveau* des HSWBS.

H_1 (6.3): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich von Personen der Kontrollgruppe zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Skala *Stimmungsniveau* des HSWBS.

Analog zur **H_0** bzw. **H_1 (6.3)** ist das Hypothesenpaar **(6.4)** zu der Skala *Allgemeine Lebenszufriedenheit* des HSWBS formuliert.

Fragestellung 7: Bleiben die beobachteten Effekte auf Heiterkeit, Ernsthaftigkeit und Schlechte Laune innerhalb der Experimentalgruppe und in Vergleich zu der Kontrollgruppe sechs Wochen nach Beendigung der Intervention erhalten?

H_0 (7.1): Innerhalb der Experimentalgruppe zeigen sich keine Unterschiede zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Skala *Heiterkeit* des STHI-S30.

H_1 (7.1): Innerhalb der Experimentalgruppe zeigen sich Unterschiede zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Skala *Heiterkeit* des STHI-S30.

Analog zur **H_0** bzw. **H_1 (7.1)** sind die **(7.2)** und **(7.3)** zu den Skalen *Ernsthaftigkeit* und *Schlechte Laune* des STHI-S30 formuliert.

H_0 (7.4): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich nicht von Personen der Kontrollgruppe zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Skala *Heiterkeit* des STHI-S30.

H_1 (7.4): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich von Personen der Kontrollgruppe zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Skala *Heiterkeit* des STHI-S30.

Analog zur **H_0** bzw. **H_1 (7.4)** sind die **(7.5)** und **(7.6)** zu den Skalen *Ernsthaftigkeit* und *Schlechte Laune* des STHI-S30 formuliert.

Fragestellung 8: Bleiben die beobachteten Effekte innerhalb der Experimentalgruppe und in Vergleich zu der Kontrollgruppe sechs Wochen nach Beendigung der Intervention, hinsichtlich der Stressbewältigung mit Humor erhalten?

H_0 (8.1): Innerhalb der Experimentalgruppe zeigen sich keine Unterschiede zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Stressbewältigung mit Humor, erfasst durch den CHS.

H_1 (8.1): Innerhalb der Experimentalgruppe zeigen sich Unterschiede zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Stressbewältigung mit Humor, erfasst durch den CHS.

H_0 (8.2): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich nicht von Personen der Kontrollgruppe zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Stressbewältigung mit Humor erfasst durch den CHS.

H_1 (8.2): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich von Personen der Kontrollgruppe zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Stressbewältigung mit Humor, erfasst durch den CHS.

Fragestellung 9: Bleiben die beobachteten Effekte innerhalb der Experimentalgruppe und in Vergleich zu der Kontrollgruppe sechs Wochen nach Beendigung der Intervention hinsichtlich Ängstlichkeit und Depressivität erhalten?

H_0 (9.1): Innerhalb der Experimentalgruppe zeigen sich keine Unterschiede zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Skala *Ängstlichkeit* des STADI (S).

H_1 (9.1): Innerhalb der Experimentalgruppe zeigen sich Unterschiede zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Skala *Ängstlichkeit* des STADI (S).

Analog zur **H_0** bzw. **H_1 (9.1)** ist das Hypothesenpaar **(9.2)** zu der Skala *Depressivität* des STADI (S) formuliert.

H_0 (9.3): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich nicht von Personen der Kontrollgruppe zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Skala *Ängstlichkeit* des STADI (S).

H_1 (9.3): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich von Personen der Kontrollgruppe zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Skala *Ängstlichkeit* des STADI (S).

Analog zur **H_0** bzw. **H_1 (9.3)** ist das Hypothesenpaar **(9.4)** zu der Skala *Depressivität* des STADI (S) formuliert.

Fragestellung 10: Bleiben die beobachteten Effekte innerhalb der Experimentalgruppe und in Vergleich zu der Kontrollgruppe nach Beendigung der Intervention hinsichtlich der Ausprägung der psychischen Symptomatik erhalten?

H_0 (10.1): Innerhalb der Experimentalgruppe zeigen sich keine Unterschiede zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Skala *depressives Syndrom* des ISR.

H_1 (10.1): Innerhalb der Experimentalgruppe zeigen sich Unterschiede zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Skala *depressives Syndrom* des ISR.

Analog zur **H_0** bzw. **H_1 (10.1)** sind die Hypothesenpaare **(10.2)** bis **(10.5.)** zu den Skalen *Angstsyndrom, Zwangsyndrom,* der *Zusatzskala* und der *Gesamtskala* des ISR formuliert.

H_0 (10.6): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich nicht von Personen der Kontrollgruppe zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Skala *depressives Syndrom* des ISR.

H_1 (10.6): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich von Personen der Kontrollgruppe zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Skala *depressives Syndrom* des ISR.

Analog zur **H_0** bzw. **H_1 (10.6)** sind die Hypothesenpaare **(10.7)** bis **(10.10)** zu den Skalen *Angstsyndrom, Zwangsyndrom,* der *Zusatzskala* und der *Gesamtskala* des ISR formuliert.

Gelotophobie als Kontrollvariable

Wie bereits erwähnt wird Gelotophobie als Kontrollvariable in die Studie miteinbezogen, um festzustellen, inwieweit sie die Effektivität der Intervention beeinflusst. Untersucht werden soll, ob Menschen, die zu Beginn des Humorseminars eine hohe Ausprägung der Gelotophobie vorweisen, mehr vom Humorseminar profitieren als solche mit niedrigen Werten. Gelotophobie ist ein wenig untersuchtes Konstrukt und bietet den SudienleiterInnen daher die Möglichkeit Forschungslücken in diesem Bereich zu schließen.

***Fragestellung 11*:** Hat die Ausprägung von Gelotophobie zu Beginn des Humorseminars innerhalb der Experimentalgruppe einen Effekt auf das subjektive Wohlbefinden zwischen T1 und T2?

H_0 (11.1): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich nicht von Personen, die einen Wert < 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *Stimmungsniveau* des HSWBS.

H_1 (11.1): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich von Personen, die einen Wert < 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *Stimmungsniveau* des HSWBS.

Analog zur **H_0** bzw. **H_1 (11.1)** ist das Hypothesenpaar **(11.2)** zu der Skala *Allgemeine Lebenszufriedenheit* des HSWBS formuliert.

H_0 (11.3): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich nicht von Personen, die einen Wert < 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *Stimmungsniveau* des HSWBS.

H_1 (11.3): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich von Personen, die einen Wert < 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *Stimmungsniveau* des HSWBS.

Analog zur **H_0** bzw. **H_1 (11.3)** ist das Hypothesenpaar **(11.4)** zu der Skala *Allgemeine Lebenszufriedenheit* des HSWBS formuliert.

Fragestellung 12: Hat die Ausprägung der Gelotophobie zu Beginn des Humorseminars innerhalb der Experimentalgruppe einen Effekt auf Heiterkeit, Ernsthaftigkeit und Schlechte Laune zwischen T1 und T2?

H_0 (12.1): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich nicht von Personen, die einen Wert < 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *Heiterkeit* des STHI-S30.

H_1 (12.1): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich von Personen, die einen Wert < 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *Heiterkeit* des STHI-S30.

Analog zur **H_0** bzw. **H_1 (12.1)** sind die Hypothesenpaare **(12.2)** und **(12.3)** zu den Skalen *Ernsthaftigkeit* und *Schlechte Laune* des STHI-S30 formuliert.

H_0 (12.4): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich nicht von Personen, die einen Wert < 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *Heiterkeit* des STHI-S30.

H_1 (12.4): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich von Personen, die einen Wert < 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *Heiterkeit* des STHI-S30.

Analog zur **H_0** bzw. **H_1 (12.4)** sind die Hypothesenpaare **(12.5)** und **(12.6)** zu den Skalen *Ernsthaftigkeit* und *Schlechte Laune* des STHI-S30 formuliert.

Fragestellung 13: Hat die Ausprägung der Gelotophobie zu Beginn des Humorseminars innerhalb der Experimentalgruppe einen Effekt auf Stressbewältigung mit Humor zwischen T1 und T2?

H_0 (13.1): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich nicht von Personen, die einen Wert < 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Stressbewältigung mit Humor, erfasst durch den CHS.

H_1 (13.1): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich von Personen, die einen Wert < 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen, zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Stressbewältigung mit Humor, erfasst durch den CHS.

H_0 (13.2): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich nicht von Personen, die einen Wert < 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Stressbewältigung mit Humor, erfasst durch den CHS.

H_1 (13.2): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich von Personen, die einen Wert < 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Stressbewältigung mit Humor, erfasst durch den CHS.

Fragestellung 14: Hat die Ausprägung der Gelotophobie zu Beginn des Humorseminars innerhalb der Experimentalgruppe einen Effekt auf Ängstlichkeit und Depressivität zwischen T1 und T2?

H_0 (14.1): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich nicht von Personen, die einen Wert < 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *Ängstlichkeit* des STADI (S).

H_1 (14.1): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich von Personen, die einen Wert < 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *Ängstlichkeit* des STADI (S).

Analog zur **H_0** bzw. **H_1 (14.1)** ist das Hypothesenpaar **(14.2)** zu der Skala *Depressivität* des STADI (S) formuliert.

H_0 (14.3): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich nicht von Personen, die einen Wert < 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *Ängstlichkeit* des STADI (S).

H_1 (14.3): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich von Personen, die einen Wert < 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala Ängstlichkeit des STADI (S).

Analog zur **H_0** bzw. **H_1 (14.3**) ist das Hypothesenpaar **(14.4)** zu der Skala *Depressivität* des STADI (S) formuliert.

Fragestellung 15: Hat die Ausprägung der Gelotophobie zu Beginn des Humorseminars innerhalb der Experimentalgruppe einen Effekt auf die Ausprägung der psychischen Symptomatik zwischen T1 und T2?

H_0 (15.1): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich nicht von Personen, die einen Wert < 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *depressives Symptom* des ISR.

H_1 (15.1): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich von Personen, die einen Wert < 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *depressives Syndrom* des ISR.

Analog zur **H_0** bzw. **H_1 (15.1)** sind die Hypothesenpaare **(15.2)** bis **(15.5)** zu den Skalen *Angstsyndrom, Zwangsyndrom,* der *Zusatzskala* und der *Gesamtskala* des ISR formuliert.

H_0 (15.6): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich nicht von Personen, die einen Wert < 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *depressives Syndrom* des ISR.

H_1 (15.6): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich von Personen, die einen Wert < 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *depressives Syndrom* des ISR.

Analog zur **H_0** bzw. **H_1 (15.6)** sind die Hypothesenpaare **(15.7)** bis **(15.10)** zu den Skalen *Angstsyndrom, Zwangsyndrom,* der *Zusatzskala* und der *Gesamtskala* des ISR formuliert.

Bewertung des Humortrainings

Fragestellung 16: *(Explorativ):* Wie wird die Intervention von den VersuchsteilnehmerInnen beurteilt?

Das Training soll in der letzten Einheit von den TeilnehmerInnen bewertet werden. Die Fragen wurden von den StudienleiterInnen selbst verfasst. Da dieses Humortraining bisher noch nicht mit Menschen mit schweren psychischen Störungen durchgeführt wurde, ermöglicht die Rückmeldung der TeilnehmerInnen einen guten Überblick über deren subjektive Einschätzung zu bekommen. Besonders wichtig ist auch die subjektiv empfundene Wirksamkeit des Trainings. Außerdem gibt es bisher sehr wenige Evaluationen zu Humotrainings und dessen Nützlichkeit und Wirksamkeit.

Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Programm „IBM SPSS Statistics 20“, zur grafischen Darstellung der Ergebnisse wurde das Programm Microsoft Excel verwendet. Die demographischen Daten sowie die Ergebnisse des Feedbacks wurden mit deskriptivstatistischen Verfahren analysiert. Es wurden Mittelwerte, Standardabweichungen, Mediane sowie absolute und prozentuelle Häufigkeiten berechnet. Die Hauptfragestellungen wurden mit einer einfaktoriellen abhängigen Varianzanalyse mit Messwiederholung (Vergleich innerhalb der Experimentalgruppe zwischen T1 und T2) und einer Mixed ANOVA (Vergleich zwischen der Kontroll- und Experimentalgruppe zwischen T1 und T2) analysiert. Die Voraussetzungen der einfaktoriellen Varianzanalyse sind: unabhängige Gruppen, Varianzhomogenität, Normalverteilung innerhalb der Gruppen und ein metrisches Niveau der abhängigen Variablen. Bei annähernd gleicher Stichprobengröße und einer Stichprobengröße > 10 Personen können die Verletzung der Voraussetzungen der Normalverteilung bzw. der Varianzhomogenität jedoch nach Bortz und Döring (2006) vernachlässigt werden. Die Voraussetzungen der einfaktoriellen Varianzanalyse gelten auch für die Mixed ANOVA und werden ergänzt durch die Voraussetzungen der Sphärizität, der multivariaten Normalverteilung und der Varianzhomogenität in allen Stufen des abhängigen Faktors. Die Voraussetzungen der Sphärizität und der multivariaten Normalverteilung müssen erst bei Berechnungen mit mehr als zwei Stufen im abhängigen Faktor erfüllt sein (Field, 2009). Da in der vorliegenden Studie jedoch nur zwei Stufen im Faktor *Zeit* gegeben waren sind diese Voraussetzungen zu vernachlässigen. Um die Korrektheit der Ergebnisse zu sichern, wurden bei Verletzung der Voraussetzungen die non-parametrischen Äquivalente zur Varianzanalyse durchgeführt - der Welch-Test bei Verletzung der Varianzhomogenität und der Wilcoxon-Vorzeichen-Rank-Test und Mann-Whitney-U-Test bei Verletzung der Normalverteilung. Der Mann-Whitney-U-Test wird nur eingesetzt, wenn es in der Baseline Messung zu T1 zu keinen Unterschieden zwischen den Gruppen kommt. Aus diesem Grund ist ein Vergleich der Testwerte zum zweiten Erhebungszeitpunkt mittels des Mann-Whitney-U-Tests möglich. Um den Einfluss von Gelotophobie auf die restlichen Ergebnisse zu überprüfen, wurden die Versuchspersonen der Experimentalgruppe in zwei Gruppen aufgeteilt - Personen mit niedriger Ausprägung und Personen mit hoher Ausprägung von Gelotophobie. Dies wurde zuerst anhand des Medians (2) und anhand des

vorgegebenen Cut-off-Werts (2,5) (Ruch & Proyer, 2008) durchgeführt. Nach Teilung der Gruppe wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholungen und dem Mediansplit als Zwischensubjektfaktor berechnet.

Ergebnisdarstellung

Stichprobenbeschreibung

Rekrutierung

Die TeilnehmerInnen des Humortrainings wurden von den MitarbeiterInnen der PSZ GmbH gezielt angesprochen und vorselektiert. Die Vorselektion erfolgte anhand der Ein-und Ausschlusskritieren, die von den Studienleiterinnen festgesetzt wuden. Ingesamt hatten sich 51 Personen für die Erhebung der vorliegenden Studie interessiert. 28 zeigten Interesse am Humorseminar und wurden somit der Versuchsgruppe zugeilt. 26 Personen erklärten sich bereit die Fragebögen zu drei Zeitpunkten auszufüllen, ohne an einem Training teilzunehmen und bildeten somit die Kontrollgruppe.

Alle 28 Personen der Experimentalgruppe waren in der ersten Einheit des Humorseminars anwesend, beim Ausfüllen der demographischen Daten konnte jedoch festgestellt werden, dass eine Person unter einer schizoaffektiven Störung litt. Da dies ein Ausschlusskritierium darstellt, konnte diese Person nicht in die nachfolgende Auswertung der Ergebnisse aufgenommen werden. Da dieser Teilnehmerin von der ersten Einheit sehr begeistert war, wollte sie das Humortraining trotzdem weiter besuchen, was sie dann auch tat. Es kam außerdem zu zwei weiteren Ausschlüssen aufgrund mangelnder Anwesenheit. Zwei Personen nahmen nur an drei Einheiten des Humortrainings teil. Da die Mindestanwesenheit der TeilnehmerInnen für die Berechnung der Ergebnisse bei mindestens sechs Einheiten lag, wurden sie im Nachhinein von der Auswertung ausgeschlossen. Somit haben 25 Personen der Experimentalgruppe die Post-Messung ausgefüllt. Aufgrund der beginnenden Urlaubssaison und daraus folgenden terminlichen und organisatorischen Schwierigkeiten, wurde die Follow-up-Messung, sechs Wochen nach Beendigung des Humortrainings, nur von 21 Personen ausgefüllt.

Zum ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt füllten alle 26 Personen der Kontrollgruppe die Fragebögen aus. Zum dritten Erhebungszeitpunkt konnten jedoch, aufgrund orgainsatorischer Schwierigkeiten, nur mehr 18 Personen der Kontrollgruppe erreicht werden. Diese waren bereit den Fragebogen noch ein drittes Mal auszufüllen. Abbildung 3 gibt einen Überblick über die Stichprobengrößen zu den jeweiligen Erhebungsterminen und Gründe für den Ausschluss bzw. den Dropout von Personen.

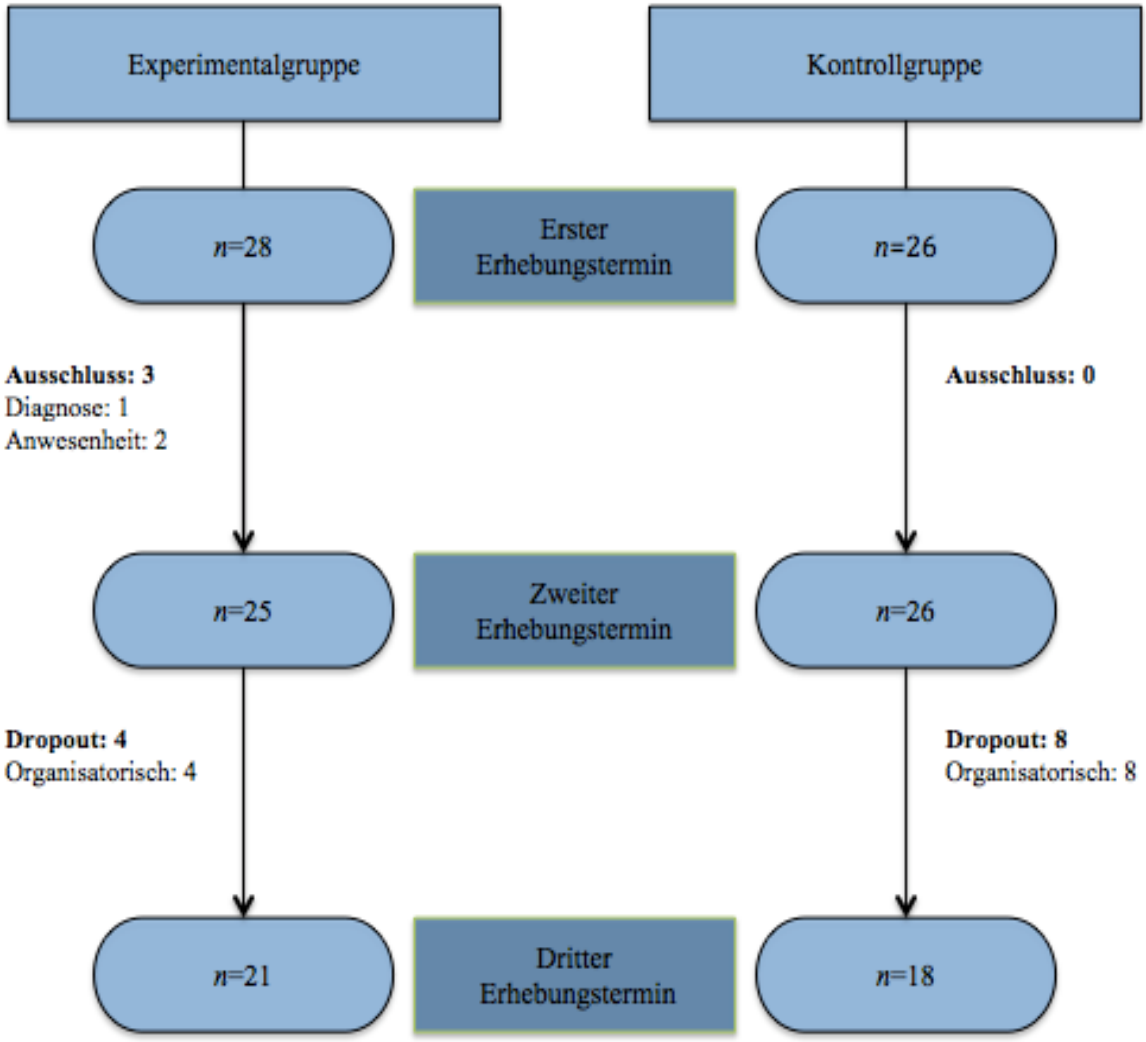

Abbildung 3. Flowchart Stichprobengröße

Geschlecht, Alter und Nationalität

Eingeschlossen wurden weibliche und männliche Erwachsene von 18 bis 99 Jahren. Die jüngste teilnehmende Person war 22 und die älteste 93 Jahre alt. Der Altersdurchschnitt der Experimentalgruppe betrug 53.52 Jahre (*SD*= 14.20) und der Durchschnitt der Kontrollgruppe 52.04 Jahre (*SD*=12.20). In der Experimentalgruppe befanden sich 16 Frauen und 9 Männer und in der Kontrollgruppe 19 Frauen und 7 Männer. 24 Personen in der Experimentalgruppe kamen aus Österreich und eine Person aus Deutschland. In der Kontrollgruppe befanden sich 23 Personen aus Österreich, eine Person aus Italien und eine Person aus der Türkei In Tabelle 1 sind die demographischen Daten bezüglich Geschlecht, Alter und Nationalität zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 1

Häufigkeitsverteilung Geschlecht, Alter, Nationalität

	Experimentalgruppe (*n*=25)	Kontrollgruppe (*n*=26)
Geschlecht	9 männlich (36.0%) 16 weiblich (64.0%)	7 männlich (26.9%) 19 weiblich (73.1%)
Alter	53.52 (*SD*=14.20)	52.04 (*SD*=12.20)
Nationalität	24 AUT (96.0%) 1 D (4.0%)	23 AUT (92.3%) 1 ITA (3.8%) 1 TUR (3.8%)

Anmerkung. Geschlecht: Absolute Häufigkeiten (Prozentuelle Häufigkeiten); Alter: Mittelwert (SD); Nationalität: Absolute Häufigkeiten (Prozentuelle Häufigkeiten).

Höchster erlangter Bildungsabschluss

In der Experimentalgruppe befanden sich 8 Personen die einen Pflichtschulabschluss oder ein Lehre abgeschlossen hatten, 4 Personen absolvierten die Matura, 3 hatten einen Universitätsabschluss und 2 Personen wählten „Sonstige“. Bei der Kategorie „Sonstige“ wurde immer ein Handelsschulabschluss angegeben. In der Kontrollgruppe befand sich eine Person die keinen Schulabschluss hatte, 5 Personen hatten einen Pflichtschulabschluss, 16 Personen und somit die Mehrheit hatten eine Lehre

absolviert, eine Person hatte die Matura und 2 Personen hatten einen Universitätsabschluss. Eine Person gab „Sonstige“ an, auch hier gab die Person Handelsschulabschluss an. Die absoluten wie prozentuellen Häufigkeiten sind in Tabelle 2 für die Experimentalgruppe als auch für die Kontrollgruppe veranschaulicht.

Tabelle 2

Häufigkeitsverteilung Höchster erlangter Bildungsabschluss (Absolute Häufigkeiten (prozentuelle Häufigkeiten))

	Experimentalgruppe (*n*=25)	Kontrollgruppe (*n*=26)
Kein Schulabschluss	0 (0.0%)	1 (3.8%)
Pflichtschule	8 (32.0%)	5 (19.2%)
Lehre	8 (32.0%)	16 (61.5%)
Matura	4 (16.0%)	1 (3.8%)
Universität/Fachhochschule	3 (12.0%)	2 (7.7%)
Sonstige	2 (8.0%)	1 (3.8%)

Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnosen der VersuchsteilnehmerInnen wurden schon vor Erhebungsbeginn von Fachkräften der PSZ GmbH erhoben und überprüft. Acht Personen in der Experimentalgruppe hatte eine diagnostizierte Angststörung (32.0%). Die restlichen Personen wiesen ca. zu gleichen Teilen Affektive Störungen (*n*=6 (24.0%)), Schizophrenie (*n*=6 (24%)) und Persönlichkeitsstörungen (*n*=5 (20.0%)) auf. In der Kontrollgruppe waren Personen mit Schizophrenie (*n*=9 (34.6%)) sowie mit Affektiven Störungen (*n*=7 (26.9%)) am häufigsten vertreten. Die genauen absoluten sowie prozentuellen Häufigkeiten können Tabelle 3 entnommen werden. Die Erhebung weiterer klinischer Variablen (Medikation, Besuch einer Psychotherapie, Dauer der psychischen Störung) war aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich.

Tabelle 3

Darstellung der Verteilung der psychischen Störungen als Hauptdiagnose

	Experimentalgruppe (*n*=25)	Kontrollgruppe (*n*=26)
Affektive Störung	6 (24.0%)	7 (26.9%)
Schizophrenie	6 (24.0%)	9 (34.6%)
Persönlichkeitsstörung	5 (20.0%)	5 (19.2%)
Angststörung	8 (32.0%)	4 (15.4%)

Anmerkung. Darstellung in absoluten Häufigkeiten (prozentuelle Häufigkeiten)

Nebendiagnose

Zusätzlich zu den Hauptdiagnosen wurden auch die Nebendiagnosen der VersuchsteilnehmerInnen erhoben. In der Experimentalgruppe hatten neun Personen eine komorbide Störung. Der Großteil davon waren Personen die zusätzlich eine Affektive Störung (*n*=6 (24.0%)) hatten. Auch in der Kontrollgruppe waren es auch neun Personen, die unter einer komorbiden Störung litten, auch hier war der Großteil von einer Affektiven Störung (*n*=5 (19.2%)) betroffen. Die genauen absoluten Häufigkeiten und prozentuellen Anteile sind Tabelle 4 zu entnehmen.

Tabelle 4

Darstellung der Verteilung der psychischen Störungen als Nebendiagnose

	Experimentalgruppe (*n*=25)	Kontrollgruppe (*n*=26)
Affektive Störung	6 (24.0%)	5 (19.2%)
Schizophrenie	1 (4.0%)	1 (3.8%)
Persönlichkeitsstörung	2 (8.0%)	2 (7.7%)
Angststörung	0 (0.0%)	1 (3.8%)

Anmerkung. Darstellung in absoluten Häufigkeiten (prozentuelle Häufigkeiten)

Reliabilitäten (Cronbach's Alpha)

Im nachfolgenden Teil werden die berechneten internen Konsistenzen (Cronbach's Alpha) zu allen Zeitpunkten und jeweils für die Experimental- und Kontrollgruppe angegeben.

Habituelle subjektive Wohlbefindensskala (Dalbert, 1992)

Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) für die Habituelle subjektive Wohbefindensskala (HSWBS) wurde im Laufe der Studie für alle drei Erhebungszeitpunkte ermittelt. Wie in Tabelle 5 zu sehen ist, befinden sie sich in einem Bereich von α = .78 bis .93 also in einem mittleren bis hohen Bereich.

Tabelle 5

Interne Konsistenz des HSWBS zu allen drei Testzeitpunkten (α)

	T1	T2	T3
Stimmungsniveau	.86	.87	.78
Allgemeine Lebenszufriedenheit	.91	.93	.92

State-Trait Heiterkeitsinventar (Ruch et al., 1996)

Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) des State-Trait-Heiterkeitsinventar (STHI-S30) nimmt Werte zwischen α = .73 bis .95 an und liegt somit im mittleren bis hohen Bereich. Die genauen Werte sind in Tabelle 6 ersichtlich.

Tabelle 6

Interne Konsistenz des STHI-S30 zu allen Erhebungszeitpunkte (α)

	T1	T2	T3
Heiterkeit	.95	.94	.94
Ernsthaftigkeit	.73	.78	.80
Schlechte Laune	.93	.95	.94

Coping Humor Scale (Martin & Lefcourt, 1983)

Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) der Coping Humor Scale (CHS) hat einen Wert von α = .69 bis .74, sie befindet sich somit in mittleren Bereich. In Tabelle 7 finden sich die Werte für alle drei Erhebungszeitpunkte.

Tabelle 7

Interne Konsistenz des CHS zu allen Erhebungszeitpunkten (α)

	T1	T2	T3
Coping Humor	.74	.69	.71

State-Trait-Angst-Depressionsinventar (Laux et al., 2013)

Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) des State-Trait-Angst-Depressionsinventar (STADI (S)) liegt zwischen α = .82 und .94 und befindet sich somit im hohen Bereich. Die genauen Werte sind in Tabelle 8 ersichtlich.

Tabelle 8

Interne Konsistenz des STADI (S) zu allen Erhebungszeitpunkten (α)

	T1	T2	T3
Aufgeregtheit	.89	.84	.90
Besorgnis für Angst	.82	.87	.90
Euthymie	.89	.93	.90
Dysthymie	.94	.93	.93

ICD 10 Symptom Rating (Tritt et al., 2008)

Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) des ICD 10 Symptom Rating (ISR) liegt zwischen α = .83 und .92 und somit im hohen Bereich. Die genauen Ergebnisse sind in Tabelle 9 veranschaulicht.

Tabelle 9

Interne Konsistenz des ISR zu allen Erhebungszeitpunkten (α)

	T1	T2	T3
Depressionssyndrom	.87	.90	.87
Angstsyndrom	.85	.85	.92
Zwangsyndrom	.83	.84	.89
Zusatzskala	.85	.82	.85

Geloph – 15 (Ruch & Proyer, 2008)

Der Geloph-15 wurde ausschließlich zum ersten Erhebungstermin vorgegeben, da er als Kontrollvariable für die restlichen Ergebnisse verwendet wurde. Die interne

Konsistenz (Cronbach's Alpha) des Geloph-15 zu T1 liegt bei $\alpha = .95$ und befindet sich somit im hohen Bereich.

Überprüfung der Fragestellungen und Hypothesen

Zu Beginn der Berechnung wurde die Baseline der einzelnen Skalen zwischen der Experimental- und Kontrollgruppe verglichen. Es konnten hierbei keine Unterschiede zwischen den Gruppen zum ersten Erhebungszeitpunkt festgestellt werden. Die Ergebnisse der Fragestellungen wurden mit einfaktoriellen ANOVAs mit Messwiederholungen sowie mit Mixed ANOVAs berechnet. Bei Nicht-Erfüllung der Voraussetzungen werden im Folgenden die non-parametrischen Alternativen und Ergebnisse dargestellt. Zum besseren Verständnis wird am am Anfang jedes Unterkapitels exemplarisch eine Hypothese der jeweiligen Fragestellung dargestellt. Zusätzlich zu den inferenzsstatistischen Ergebnissen werden außerdem die deskripitvstatischen Ergebnisse in Form von Mittelwerten und Standardabweichungen dargestellt.

Unterschiede bezüglich des subjektiven Wohlbefindens zwischen Experimental- und Kontrollgruppe zwischen T1 und T2 sowie innerhalb der Experimentalgruppe

H_1 (1.1): Es zeigt sich ein Unterschied in der Skala *Stimmungsniveau* des HSWBS innerhalb der Experimentalgruppe zwischen T1 und T2.

Es wird davon ausgegangen, dass Personen der Experimentalgruppe aufgrund der Intervention zum zweiten Erhebungszeitpunkt höhere Werte auf der Skala *Stimmungsniveau* und *Allgemeine Lebenszufriedenheit* der Habituellen subjektiven Wohlbefindensskala (HSWBS) (Dalbert, 1992) aufweisen als zum ersten Erhebungszeitpunkt. Höhere Werte auf diesen Skalen weisen auf eine höhere Selbsteinschätzung des eigenen Stimmungsniveau und der Allgemeinen Lebenszufriedenheit hin und sind somit als positive Entwicklung zu betrachten. Die Voraussetzungen für eine einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung waren bei beiden Skalen des HSWBS erfüllt. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Werte der Personen innerhalb der Experimentalgruppe zu T1 und T2 auf den Skalen *Stimmungsniveau* und *Allgemeine Lebenszufriedenheit* nicht signifikant voneinander unterscheiden. Somit können die Hypothesen (1.1) und (1.2) nicht angenommen werden. Die Ergebnisse werden in Tabelle 10 veranschaulicht. Es konnte jedoch auf der Skala

Stimmungsniveau ein sehr hoher Effekt gefunden werden ($F(1,23) = 3.82$, $p = .063$, $\eta^2 = .14$), dies weist darauf hin, dass es eine Tendenz zur Verbesserung auf der Skala *Stimmungsniveau* innerhalb der Experimentalgruppe zum zweiten Erhebungszeitpunkt gibt. Der Mittelwert zu T1 beträgt *M(SD)* = 3.35 (1.02) während der Mittelwert zu T2 *M(SD)* = 3.73 (1.00) beträgt. Die Mittelwerte und Standardabweichung der beiden Skalen des HSWBS sind in Tabelle 12 ersichtlich.

Tabelle 10

HSWBS: Vergleich innerhalb der EG zu T1 und T2

	F	*p*	η^2
Stimmungsniveau	3.82 (1,23)	.063	.14
Allgemeine Lebenszufriedenheit	0.50 (1,23)	.487	.02

H_1 (1.3): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich von Personen der Kontrollgruppe zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *Stimmungsniveau* des HSWBS.

Um einen zusätzlichen Vergleich zwischen den Ergebnissen der Experimental- und Kontrollgruppe zwischen dem ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt zu ziehen, wurde eine Mixed ANOVA berechnet. Die Ergebnisse werden in Tabelle 11 veranschaulicht. Es konnten keine Unterschiede zwischen den Werten der Experimental- und Kontrollgruppe zum zweiten Erhebungszeitpunkt gefunden werden. Das bedeutet, dass sich Personen der Experimentalgruppe nicht von Personen der Kontrollgruppe bezüglich ihrer Einschätzung des subjektiven Wohlbefindens zu den zwei Erhebungszeitpunkten unterscheiden. Somit können die Hypothesen (1.3) und (1.4) nicht angenommen werden.

Tabelle 11

HSWBS Vergleich zwischen EG und KG zu T1 und T2

Stimmungsniveau	*F*	*p*	η^2
Zeit	3.51 (1,48)	.067	.07
Gruppe	0.13 (1,48)	.721	.00
Zeit * Gruppe	0.44 (1,48)	.510	.01
Allgemeine Lebenszufriedenheit	*F*	*p*	η^2
Zeit	0.39 (1,48)	.533	.01
Zeit * Gruppe	0.07 (1,48)	.793	.00
Gruppe	0.01 (1,48)	.914	.00

Tabelle 12

Deskriptivstatistische Auswertung des HSWBS (M(SD))

	Experimentalgruppe			Kontrollgruppe		
	T1	T2	T3	T1	T2	T3
	n=25	*n*=24	*n*=21	*n*=26	*n*=26	*n*=18
Stimmungsniveau	3.35 (1.02)	3.73 (1.00)	3.50 (0.99)	3.32 (1.29)	3.52 (1.23)	3.25 (1.06)
Allgemeine Lebenszufriedenheit	3.76 (1.05)	3.88 (1.12)	3.93 (1.07)	3.75 (1.34)	3.80 (1.22)	3.33 (1.17)

Anmerkung. 1 = Stimmt überhaupt nicht; 2 = Stimmt weitgehend nicht; 3 = Stimmt eher nicht; 4 = Stimmt ein wenig; 5 = Stimmt weitgehend; 6 = Stimmt genau

Unterschiede bezüglich Heiterkeit, Ernsthaftigkeit und Schlechter Laune zwischen Experimental- und Kontrollgruppe zwischen T1 und T2 sowie innerhalb der Experimentalgruppe

H_1 (2.1): Es zeigt sich ein Unterschied in der Skala *Heiterkeit* des STHI-S30 innerhalb der Experimentalgruppe zwischen T1 und T2.

Die Voraussetzung der Normalverteilung ist für die Skala *Ernsthaftigkeit* und *Schlechte Laune* der State-Trait Heiterkeitsinventar (STHI-S30) (Ruch et al., 1996) nicht gegeben. Zusätzlich zur einfaktoriellen ANOVA mit Messwiederholungen wird für diese beiden Skalen ein Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test durchgeführt. Die Analysen der Skalen des STHI-S30 zeigen, dass sich Personen aus der Experimentalgruppe zwischen T1 und T2 auf der Skala *Ernsthaftigkeit* signifikant voneinander unterscheiden (F (1,20) = 9.36, p = .006, η^2 = .06 bzw. Z = -2.713, p = .007). Aus Tabelle 15 kann man erkennen, dass die Werte auf der Skala *Ernsthaftigkeit* zu T2 in der Experimentalgruppe signifikant gesunken sind. Die Mittelwerte zu T1 betragen *M(SD)* = 20.64 (4.11), während die Mittelwerte zu T2 *M(SD)* = 26.83 (5.25) betragen. Somit kann Hypothese (2.2) angenommen werden. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bei der Berechnung der einfaktoriellen ANOVA mit Messwiederholung sowie bei der Berechnung des Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests auf den Skalen *Heiterkeit* und *Schlechte Laune*. Es konnten also keine Unterschiede in den Mittelwerten auf diesen Skalen innerhalb der Experimentalgruppe zwischen dem ersten und zweiten Erhebungszeitpunkten gefunden werden. Somit können die Hypothesen (2.1) und (2.3) nicht angenommen werden. In Tabelle 13 sind die Ergebnisse der einfaktoriellen ANOVA veranschaulicht.

Tabelle 13

STHI-S30: Vergleich innerhalb der EG zwischen T1 und T2

	F	*p*	η^2
Heiterkeit	1.98 (1,21)	.174	.09
Ernsthaftigkeit	9.36 (1,20)	.006	.32
Schlechte Laune	1.47 (1,22)	.238	.06

H1 (2.4): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich von Personen der Kontrollgruppe zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *Heiterkeit* des STHI-S30.

Die Voraussetzung der Normalverteilung war bei den Skalen *Ernsthaftigkeit* und *Schlechte Laune* nicht gegeben, deshalb wurde zusätzlich ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt. Dadurch, dass sich keine Unterschiede in der Baseline zwischen den Gruppen zum ersten Erhebungszeitpunkten finden ließen, konnte der Mann-Whitney-U-Test eingesetzt werden. Mittels des Mann-Whitney-U-Tests werden die Werte der beiden Gruppen zu T2 verglichen. Die Ergebnisse der Mixed ANOVA zeigen, dass es auf der Skala *Heiterkeit* signifikante Gruppenunterschiede gibt (F (1,46) = 5.50, p = .023, η^2 = .11). Somit kann gezeigt werden, dass die Experimentalgruppe sich von der Kontrollgruppe in der Einschätzung des STHI-S30 unterscheidet. In Tabelle 15 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen aller Skalen des STHI-S30 zu finden. Außerdem konnte ein signifikanter Interaktionseffekt (F (1,46) = 4.23, p = .045, η^2 = .11) zwischen Zeit und Gruppe auf der Skala *Heiterkeit* gezeigt werden, welcher in Abbildung 4 grafisch veranschaulicht wird. Somit kann Hypothese (2.4) angenommen werden. Es zeigt sich, dass die Werte auf der Skala *Heiterkeit* in der Experimentalgruppe gestiegen sind (T1: *M(SD)* = 26.17 (7.58); T2: *M(SD)* = 28.54 (8.19)), währenddessen sie in der Kontrollgruppe gesunken sind (T1: *M(SD)* = 24.31 (8.92); T2: *M(SD)* = 22.08 (7.75)). Es konnte ein signifikanter Unterschied im Faktor Zeit auf der Skala *Ernsthaftigkeit* (F (1,45) = 14.60, p = .000, η^2 = .25) gefunden werden. Die Werte auf der Skala *Ernsthaftigkeit* sind sowohl in der Experimentalgruppe (T1: *M(SD)* = 30.64 (4.11); T2: *M(SD)* = 26.83 (5.25)) als auch in der Kontrollgruppe (T1: *M(SD)* = 29.08 (5.60); T2: *M(SD)* = 26.04 (5.25)) nach acht Wochen gesunken, dies bedeutet eine Verminderung der Ernsthaftigkeit der Personen in beiden Gruppen. Auf der Skala *Schlechte Laune* konnten keine signifikanten Ergebnisse gezeigt werden, somit können die Hypothesen (2.5) und (2.6) nicht angenommen werden. Es konnte somit kein Unterschied zwischen den Mittelwerten der beiden Gruppen über die Zeit auf der Skala *Schlechte Laune* gefunden werden. Auch die non-parametrische Alternative zeigt keine signifikanten Ergebnisse auf den Skalen *Ernsthaftigkeit* und *Schlechte Laune*. Tabelle 14 zeigt alle Ergebnisse der Mixed ANOVA.

Tabelle 14

STHI-S30: Vergleich zwischen EG und KG zu T1 und T2

Heiterkeit	*F*	*p*	η^2
Zeit	0.01 (1, 46)	.922	.00
Gruppe	5.50 (1, 46)	.023	.11
Zeit*Gruppe	4.23 (1, 46)	.045	.08
Ernsthaftigkeit	*F*	*p*	η^2
Zeit	14.60 (1,45)	.000	.25
Gruppe	1.77 (1,45)	.190	.04
Zeit*Gruppe	0.04 (1,45)	.839	.00
Schlechte Laune	*F*	*p*	η^2
Zeit	1.47 (1,47)	.232	.03
Gruppe	0.01 (1,47)	.908	.00
Zeit*Gruppe	8.75 (1,47)	.618	.01

Tabelle 15

Deskriptivstatistische Auswertung des STHI-S30 (M (SD))

	Experimentalgruppe			Kontrollgruppe		
	T1	T2	T3	T1	T2	T3
	n=25	*n*=24	*n*=21	*n*=26	*n*=26	*n*=18
Heiterkeit	26.17 (7.58)	28.54 (8.10)	26.37 (7.97)	24.31 (8.92)	22.08 (7.75)	22.28 (7.62)
Ernsthaftigkeit	30.64 (4.11)	26.83 (5.25)	28.71 (5.45)	29.08 (5.60)	26.04 (5.25)	26.78 (5.47)
Schlechte Laune	23.58 (8.50)	20.75 (9.58)	22.10 (9.96)	22.73 (7.39)	21.88 (8.18)	23.44 (7.29)

Anmerkung. 1 = Trifft gar nicht zu; 2 = Trifft eher nicht zu; 3 = Trifft etwas zu; 4 = Trifft sehr zu

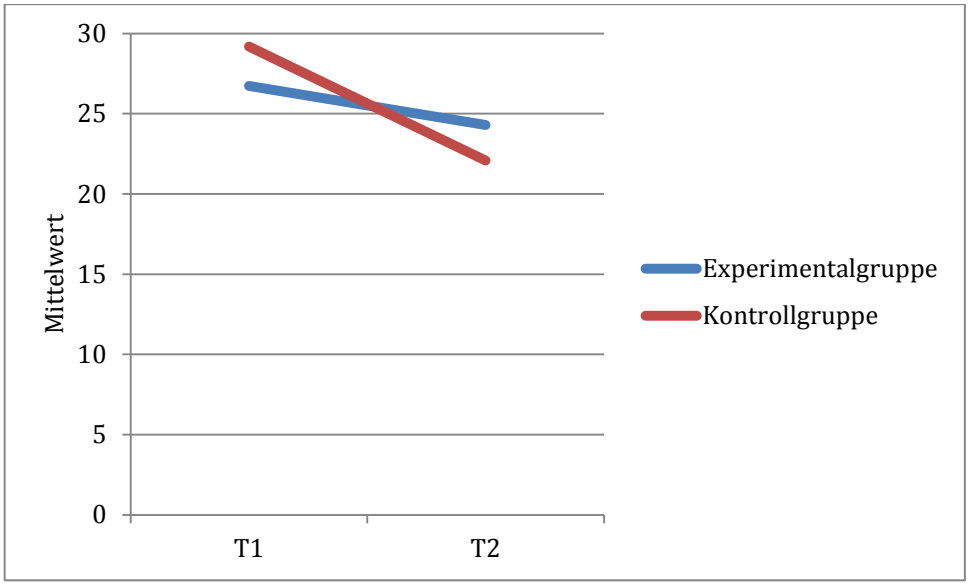

Abbildung 4. Heiterkeit: Vergleich zwischen EG und KG zu T1 und T2

Unterschiede bezüglich der Fähigkeit Humor als Copingstrategie einzusetzen zwischen Experimental- und Kontrollgruppe zwischen T1 und T2 sowie innerhalb der Experimentalgruppe

H_1 (3.1): Es zeigt sich ein Unterschied hinsichtlich der Stressbewältigung mit Humor, erfasst durch den CHS, innerhalb der Experimentalgruppe zwischen T1 und T2.

Die Analyse der Coping Humor Scale (CHS) (Martin & Lefcourt, 1983) ergab einen signifikanten Unterschied zwischen T1 und T2 in der Experimentalgruppe mit einer hohen Effektstärke (F = 5.09 (1,23), p = .034, η^2 = .18). Somit kann Hypothese (3.1) angenommen werden, Personen innerhalb der Experimentalgruppe zeigen zu T2 höhere Werte auf der CHS, dies weist auf eine erhöhte Stressbewältigung mit Humor hin. Der Mittelwert zu T1 ist *M(SD)* = 18.28 (3.63) während er zu T2 bei *M(SD)* = 19.65 (2.78) liegt. Die deskriptivstatistischen Ergebnisse sind in Tabelle 17 ersichtlich.

H_1 (3.2): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich von Personen der Kontrollgruppe zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Stressbewältigung mit Humor, erfasst durch den CHS.

Im Vergleich der Gruppen zwischen den Zeitpunkten konnte ein signifikanter Interaktionseffekt mit starkem Effekt auf der Skala Coping Humor gefunden werden (*F*

(1,48) = 6.67, p = .012, η^2 = .12). Tabelle 17 zeigt, dass sich die Werte in der Experimentalgruppe zu T2 verbessert haben (T1: *M(SD)* = 18.28 (3.63); T2: *M(SD)* = 19.54 (2.78)), während die Werte in der Kontrollgruppe zum zweiten Erhebungstermin gesunken sind (T1: *M(SD)* = 17.88 (4.18); T2: *M(SD)* = 16.58 (2.99)) Weitere deskriptivstatistische Werte sind in Tabelle 17 veranschaulicht. Daher kann Hypothese (3.2) angenommen werden. Die genauen Ergebnisse der Mixed ANOVA sowie eine graphische Abbildung des Interaktionseffektes finden sich in Tabelle 16 und Abbildung 5.

Tabelle 16

CHS: Vergleich zwischen EG und KG zu T1 und T2

CHS	*F*	*p*	η^2
Zeit	0.05 (1,48)	.832	.00
Gruppe	2.67 (1,48)	.109	.05
Zeit*Gruppe	6.67 (1,48)	.012	.12

Tabelle 17

Deskriptivstatistiche Auswertung des CHS (M (SD))

	Experimentalgruppe			Kontrollgruppe		
	T1	T2	T3	T1	T2	T3
	n=25	*n*=24	*n*=21	*n*=26	*n*=26	*n*=18
Coping Humor	18.28 (3.63)	19.54 (2.78)	19.10 (2.77)	17.88 (4.18)	16.58 (3.99)	17.39 (4.43)

Anmerkung. 1 = Ich stimme nicht zu; 2 = Ich stimme eher nicht zu; 3 = Ich stimme eher zu; 4 = Ich stimme zu

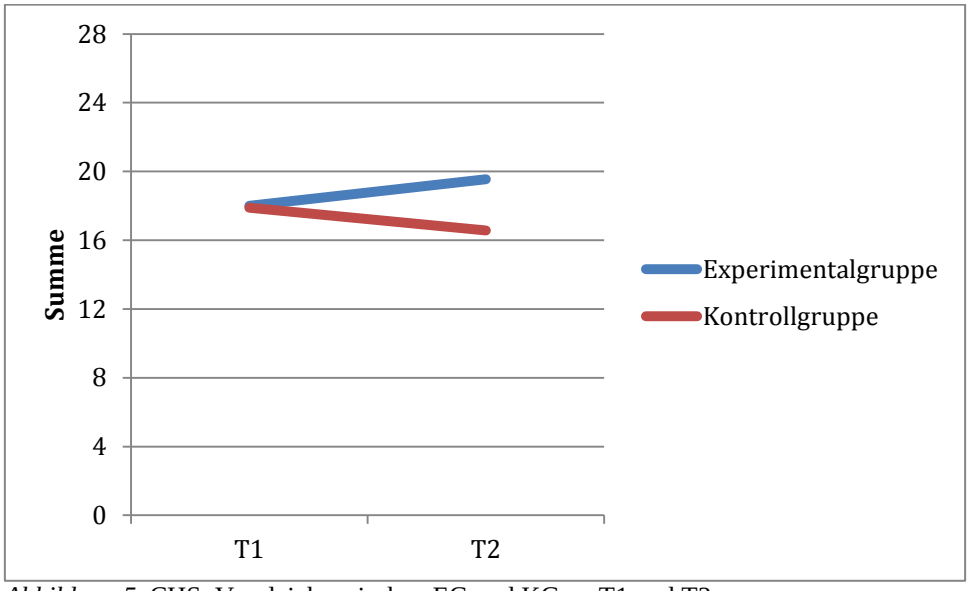

Abbildung 5. CHS: Vergleich zwischen EG und KG zu T1 und T2

Unterschiede bezüglich Ängstlichkeit und Depressivität zwischen Experimental- und Kontrollgruppe zwischen T1 und T2 sowie innerhalb der Experimentalgruppe

H_1 (4.1): Es zeigt sich ein Unterschied in der Skala *Ängstlichkeit* des STADI (S) innerhalb der Experimentalgruppe zwischen T1 und T2.

Bei der Analyse des State-Trait-Angst-Depressionsinventar (STADI (S)) (Laux et al., 2013) zeigte sich, dass die Voraussetzung der Normalverteilung für die Skala *Depressivität* ist nicht erfüllt sind, somit wurde zusätzlich ein Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test durchgeführt. Die parametrischen und non-parametrischen Analysen des STADI (S) zeigen keine signifikanten Ergebnisse. Es konnten keine Unterschiede in den Mittelwerten innerhalb der Experimentalgruppe zu den zwei Erhebungszeitpunkten gefunden werden. Somit können die Hypothesen (4.1) und (4.2) nicht angenommen werden. Jedoch konnte auf der Skala *Depressivität* eine Tendenz zur Verbesserung gefunden werden ($F(1,23) = 3.54$, $p = .073$, $\eta^2 = .13$). Der Mittelwert zu T1 liegt bei $M(SD) = 4.01$ (0.96), während der Mittelwert zu T2 bei $M(SD) = 4.33$ (0.90) liegt, dies lässt auf ein niedrigeres Niveau an Depressivität schließen. Die deskriptivstatistischen Ergebnisse sind in Tabelle 20 ersichtlich. Die Ergebnisse der einfaktoriellen ANOVA sind in Tabelle 18 ersichtlich.

Tabelle 18

STADI (S): Vergleich innerhalb der EG zwischen T1 und T2

	F	*p*	η^2
Ängstlichkeit	2.40 (1,23)	.135	.09
Depressivität	3.54 (1,23)	.073	.13

H_1 (4.3): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich von Personen der Kontrollgruppe zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *Ängstlichkeit* des STADI (S).

Die Voraussetzung der Normalverteilung ist für die Skala *Depressivität* nicht gegeben, somit wurde als non-parametrische Alternative zusätzlich ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt, dieser vergleicht die Werte zu T2 zwischen der Experimental- und Kontrollgruppe. Im Vergleich zwischen den Gruppen konnte ein signifikanter Effekt in der Zeit auf der Skala *Ängstlichkeit* gefunden werden (F (1,48) = 4.87, p= .032, η^2= .09). Sowohl die Experimentalgruppe (T1: *M(SD)* = 4.94 (1.67); T2: *M(SD)* = 4.48 (1.42)) als auch die Kontrollgruppe gaben niedrigere Werte zu T2 an (T1: *M(SD)* = 4.50 (1.32); T2: *M(SD)* = 4.03 (1.05)), was auf eine geringer ausgeprägte Ängstlichkeit hinweist. Die Skala *Depressivität* zeigte sowohl bei der Mixed ANOVA als auch beim Vergleich der Testwerte zu T2 mit dem Mann-Whitney-U-Test keine signifikanten Ergebnisse. Somit konnten keine Unterschiede in den Mittelwerten zwischen den beiden Gruppen zu beiden Erhebungszeitpunkten gefunden werden. Die Hypothesen (4.3) und (4.4) können nicht angenommen werden. In Tabelle 19 sind die genauen Werte der Mixed ANOVA veranschaulicht, während sich in Tabelle 20 die deskriptivstatistischen Ergebnisse finden.

Tabelle 19

STADI (S): Vergleich zwischen EG und KG zu T1 und T2

Ängstlichkeit	*F*	*p*	η^2
Zeit	4.87 (1,48)	.032	.09
Gruppe	1.91 (1,48)	.174	.04
Zeit*Gruppe	0.00 (1,48)	.977	.00
Depressivität	*F*	*p*	η^2
Zeit	0.34 (1,48)	.563	.01
Gruppe	2.13 (1,48)	.151	.04
Zeit*Gruppe	2.31 (1,48)	.135	.05

Tabelle 20

Deskriptivstatistische Auswertung des STADI (S) (M (SD))

	Experimentalgruppe			Kontrollgruppe		
	T1	T2	T3	T1	T2	T3
	n=25	*n*=24	*n*=21	*n*=26	*n*=26	*n*=18
Ängstlichkeit	4.94 (1.67)	4.48 (1.42)	4.50 (1.80)	4.50 (1.32)	4.03 (1.05)	5.16 (1.23)
Depressivität	4.01 (0.96)	4.33 (0.90)	4.44 (1.06)	3.97 (0.77)	3.86 (0.74)	4.08 (0.75)

Anmerkung. 1 = Überhaupt nicht; 2 = Ein wenig; 3 = Ziemlich; 4 = Sehr

Unterschiede bezüglich der Effekte auf die Stärke der psychischen Symptome zwischen Experimental- und Kontrollgruppe zwischen T1 und T2, sowie innerhalb der Experimentalgruppe

H_1 (5.1): Es zeigt sich ein Unterschied in der Skala *depressives Syndrom* des ISR innerhalb der Experimentalgruppe zwischen T1 und T2.

Es zeigte sich, dass für die Skalen *depressives Syndrom* und *Zwangsydrom* des ICD 10 Symptom Rating (ISR) (Tritt et al., 2008) die Voraussetzung der Normalverteilung nicht erfüllt ist, deshalb wird hier zusätzlich ein Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test berechnet. Es konnten keine signifikanten Unterschiede in der Einschätzung des Ausmaßes der psychischen Störung zwischen T1 und T2 innerhalb der Experimentalgruppe gefunden werden. Somit können Hypothesen (5.1) bis (5.5) nicht angenommen werden. Die Ergebnisse der einfaktoriellen ANOVA sind in Tabelle 21 ersichtlich.

Tabelle 21

ISR: Vergleich innerhalb der EG zwischen T1 und T2

	F	*p*	η^2
Depressives Syndrom	1.00 (1,23)	.328	.04
Angstsyndrom	2.14 (1,23)	.157	.09
Zwangssyndrom	0.45 (1,23)	.510	.02
Zusatzskala	0.39 (1,23)	.539	.02
Gesamtskala	0.63 (1,23)	.434	.03

H_1 (5.6): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich von Personen der Kontrollgruppe zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *depressives Syndrom* des ISR.

Die Skala *depressives Syndrom* erfüllt die Voraussetzung der Normalverteilung nicht aus diesem Grund wurde – um die Korrektheit der Ergebnisse zu sichern – zusätzlich ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt. Dieser vergleicht die Werte der Experimental-

und Kontrollgruppe zu T2. Es zeigte sich jedoch auch bei der non-parametrischen Alternative kein signifikanter Effekt auf der Skala *depressives Syndrom*. Es konnten somit weder Unterschiede in der Bewertung der Skala zwischen dem ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt noch in der Bewertung der beiden Gruppen gefunden werden. Die Analyse der Gruppen und Zeitpunkte ergab ein signifikantes Ergebnis auf der *Zusatzskala* über die Zeit (F (1,48) = 7.09, p= .011, η^2 = .13) sowie einen signifikanten Effekt der Zeit auf der *Gesamtskala* (F (1,48) = 4.40, p = .041, η^2 = .08). Sowohl in der Experimentalgruppe als auch in der Kontrollgruppe wurden auf der *Zusatzskala* und auf der *Gesamtstkala* zu T2 niedrigere Werte angegeben. Der Mittelwert auf der *Zusatzskala* betrug zu T1 *M(SD)* = 1.21 (0.89) und zu T2 *M(SD)* = 1.16 (0.70) in der Experimentalgruppe, während die Kontrollgruppe einen Mittelwert zu T1 von *M(SD)* = 1.07 (0.76) und einen Mittelwert von *M(SD)* = 0.64 (0.47) zu T2 aufwies. In der Experimentalgruppe lag der Mittelwert auf der *Gesamtskala* zu T1 bei *M(SD)* = 1.35 (0.83) und zu T2 bei *M(SD)* = 1.29 (0.69). In der Kontrollgruppe konnte zu T1 ein Mittelwert von *M(SD)* = 1.15 (0.75) und zu T2 ein Mittelwert von *M(SD)* = 0.89 (0.56) gefunden werden. Da niedrige Werte auf dem ISR für eine geringere Ausprägung des jeweiligen Syndroms stehen, zeigt dies eine Verbesserung des Ausmaßes der psychischen Symptomatik an. Die Mittelwerte und Standardabweichungen des ISR zu allen drei Zeitpunkten können in Tabelle 23 gefunden werden. Die Hypothesen (5.6) bis (5.10) können aber aufgrund der nicht signifkanten Interaktion nicht angenommen werden. Die Ergebnisse der Mixed ANOVA werden in Tabelle 22 gezeigt.

Tabelle 22

ISR: Vergleich zwischen EG und KG zu T1 und T2

Depressives Syndrom	*F*	*p*	η^2
Zeit	3.44 (1,48)	.070	.07
Gruppe	0.61 (1,48)	.437	.01
Zeit*Gruppe	0.36 (1,48)	.552	.01
Angstsyndrom	*F*	*p*	η^2
Zeit	3.16 (1,48)	.082	.06
Gruppe	3.94 (1,48)	.053	.08
Zeit*Gruppe	0.00 (1,48)	.968	.00
Zwangssyndrom	*F*	*p*	η^2
Zeit	2.40 (1,48)	.128	.05
Gruppe	2.62 (1,48)	.112	.05
Zeit*Gruppe	0.38 (1,48)	.543	.01
Zusatzskala	*F*	*p*	η^2
Zeit	7.09 (1,48)	.011	.13
Gruppe	3.56 (1,48)	.065	.07
Zeit*Gruppe	3.74 (1,48)	.059	.07
Gesamtskala	*F*	*p*	η^2
Zeit	4.40 (1,48)	.041	.08
Gruppe	2.77 (1,48)	.102	.06
Zeit*Gruppe	1.23 (1,48)	.272	.03

Tabelle 23

Deskriptivstatistische Auswertung des ISR (M (SD))

	Experimentalgruppe			Kontrollgruppe		
	T1	T2	T3	T1	T2	T3
	n=25	*n*=24	*n*=21	*n*=26	*n*=26	*n*=18
Depressionssyndrom	1.70 (1.14)	1.55 (1.04)	1.68 (1.19)	1.60 (1.13)	1.25 (1.07)	1.57 (0.93)
Angstsyndrom	1.92 (1.22)	1.67 (1.16)	1.80 (1.29)	1.41 (1.13)	1.13 (0.93)	1.69 (1.42)
Zwangssyndrom	1.55 (1.24)	1.31 (1.04)	1.38 (1.37)	1.12 (1.11)	0.79 (0.92)	1.43 (1.34)
Zusatzskala	1.21 (0.89)	1.16 (0.70)	1.13 (0.85)	1.07 (0.76)	0.64 (0.47)	0.75 (0.60)
Gesamtskala	1.35 (0.83)	1.29 (0.69)	1.37 (0.95)	1.15 (0.75)	0.89 (0.56)	1.12 (0.73)

Anmerkung. 0 = Trifft nicht zu; 1 = Trifft kaum zu; 2 = Trifft ziemlich zu; 3 = Trifft deutlich zu; 4 = Trifft extrem zu

Stabilität der Ergebnisse 6 Wochen nach Ende der Intervention bezüglich des subjektiven Wohlbefindens

Der dritte Erhebungstermin fand sechs Wochen nach Ende des Humortrainings statt. Es wird angenommen, dass die einzelnen Skalen keine signifikanten Unterschiede innerhalb der Experimentalgruppe zwischen T2 und T3 aufweisen und die Ergebnisse nach dem zweiten Erhebungszeitpunkt stabil bleiben. In Folge dessen wird angenommen, dass sich im Vergleich zwischen der Experimental- und der Kontrollgruppe Unterschiede zwischen den zweiten und dritten Erhebungszeitpunkt zeigen.

H_0 (6.1): Innerhalb der Experimentalgruppe zeigen sich keine Unterschiede zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Skala *Stimmungsniveau* des HSWBS.

H_1 (6.3): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich von Personen der Kontrollgruppe zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Skala *Stimmungsniveau* des HSWBS.

Die Ergebnisse des HSWBS bezüglich der Experimentalgruppe zeigen, dass sowohl die Skala *Stimmungsniveau* als auch die Skala *Allgemeine Lebenszufriedenheit* keine signifikanten Ergebnisse (F (1,20) = 0.62, p= .440, η^2 = .03 und F (1,20) = 0.46 p = .506, η^2 = .02) aufweisen, die Alternativhypothesen (6.1) und (6.2) können somit verworfen werden.

Beim Vergleich zwischen der Experimental- und Kontrollgruppe konnte auf der Skala *Allgemeine Lebenszufriedenheit* eine signifikante Interaktion (F (1,37) = 4.17, p = .048, η^2 = .10) gefunden werden. Somit kann Hypothese (6.4) angenommen werden. Die genauen Ergebnisse sind in Tabelle 24 veranschaulicht.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Ergebnisse auf beiden Skalen des HSWBS innerhalb der Experimentalgruppe zwischen T2 und T3 stabil blieben Auf der Skala *Allgemeine Lebenszufriedenheit* konnte in der Experimentalgruppe kein Unterschied zu T3 gefunden werden (T2: *M(SD)* = 3.88 (1.12); T3: *M(SD)* = 3.93 (1.07)), jedoch zeigten sich in der Kontrollgruppe zu T3 niedrigere Ergebnisse als zu T2 (T2: *M(SD)* = 3.80 (1.22); T3: *M(SD)* = 3.33 (1.17)). Die Mittelwerte und Standardabweichungen des HSWBS sind in Tabelle 12 ersichtlich.

Tabelle 24.

HSWBS: Vergleich zwischen EG und KG zu T2 und T3

Stimmungsniveau	*F*	*p*	η^2
Zeit	1.41 (1,37)	.243	.04
Gruppe	0.43 (1,37)	.514	.01
Zeit * Gruppe	0.10 (1.37)	.757	.00
Allgemeine Lebenszufriedenheit	*F*	*p*	η^2
Zeit	1.26 (1,37)	.268	.03
Gruppe	1.23 (1,37)	.432	.02
Zeit * Gruppe	4.17 (1,37)	.048	.10

Stabilität der Ergebnisse sechs Wochen nach Ende der Intervention bezüglich Heiterkeit, Ernsthaftigkeit und Schlechte Laune

H_0 (7.1): Innerhalb der Experimentalgruppe zeigen sich keine Unterschiede zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Skala *Heiterkeit* des STHI-S30.

H_1 (7.4): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich von Personen der Kontrollgruppe zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Skala *Heiterkeit* des STHI-S30.

Die Voraussetzungen der Normalverteilung ist auf den Skalen *Ernsthaftigkeit* und *Schlechte Laune* nicht erfüllt, es wird daher zusätzlich ein Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test durchgeführt. Bei keiner der drei Skalen des STHI-S30 konnten signifikante Ergebnisse gefunden werden, auch bei der Berechnung der non-parametrischen Alternative wurden keine signifikanten Ergebnisse gefunden. Die genauen Ergebnisse einfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung werden in Tabelle 25 veranschaulicht. Die Alternativhypothesen (7.1) bis (7.3) können somit verworfen werden. Dies bedeutet, dass die Mittelwerte der Skalen *Heiterkeit* und *Schechte Laune* stabil blieben. Auf der Skala *Ernsthaftigkeit* konnte in der Experimentalgruppe eine Tendenz zur Verschlechterung zwischen dem zweiten und dritten Erhebungszeitpunkt beobachtet werden. Der Mittelwert zu T2 war *M(SD)* = 28.83 (5.25), während der Mittelwert zu T3 *M(SD)* = 28.71 (5.54) war. Die genauen Werte sind in Tabelle 15 ersichtlich.

Tabelle 25

STHI-S30: Vergleich innerhalb der EG zwischen T2 und T3

EG	*F*	*p*	η^2
Heiterkeit	1.57 (1,18)	.227	.08
Ernsthaftigkeit	3.12 (1,20)	.093	.14
Schlechte Laune	0.14 (1,19)	.716	.01

Es konnte ein signifikanter Effekt auf der Skala *Heiterkeit* zwischen den Gruppen gefunden werden (*F* (1,35 = 0.50, *p* = 0.032, η^2= .13). Während in der Kontrollgruppe keine Veränderung auf der Skala Heiterkeit zwischen T2 und T3 gefunden werden konnte, konnte in der Experimentalgruppe eine Verschlechterung der Werte beobachtet werden

(Tabelle 15). Auf den Skalen *Ernsthaftigkeit* und *Schlechte Laune* konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden. Die genauen Ergebnisse der Mixed ANOVA sind in Tabelle 26 ersichtlich.

Tabelle 26

STHI-S30 Vergleich der EG und KG zu T2 und T3

Heiterkeit	*F*	*p*	η^2
Zeit	0.90 (1,35)	.351	.03
Gruppe	5.00 (1,35)	.032	.13
Zeit*Gruppe	0.61 (1,35)	.440	.02
Ernsthaftigkeit	*F*	*p*	η^2
Zeit	2.33 (1,37)	.136	.06
Gruppe	0.52 (1,37)	.473	.01
Zeit*Gruppe	0.86 (1,37)	.359	.02
Schlechte Laune	*F*	*p*	η^2
Zeit	0.65 (1,36)	.427	.02
Gruppe	0.10 (1,36)	.749	.00
Zeit*Gruppe	0.14 (1,36)	.715	.00

Stabilität der Ergebnisse sechs Wochen nach Ende der Intervention bezüglich der Fähigkeit* Humor als Stressbewältigung *zu verwenden

H_0 (8.1): Innerhalb der Experimentalgruppe zeigen sich keine Unterschiede zwischen T2 und T3 hinsichtlich ihrer Stressbewältigung mit Humor erfasst durch den CHS.

H_1 (8.2): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich von Personen der Kontrollgruppe zwischen T2 und T3 hinsichtlich ihrer Stressbewältigung mit Humor, erfasst durch den CHS.

Auf der Skala *Coping Humor* konnten in der Experimentalgruppe keine signifikanten Unterschiede gefunden werden (F = 0.10 (1,20), p = .759, η^2 = .01). Somit kann auch hier die Nullhypothese (8.1) angenommen werden. Die Werte der Experimentalgruppe blieben somit nach der 6-wöchigen Pause nach Beendigung des Humortrainings stabil.

Wie in Tabelle 27 ersichtlich konnte im Vergleich zwischen Experimental- und Kontrollgruppe ein signifikanter Unterschied in der Gruppe gefunden werden (F (1,37) = 6.95, p = 0.012, η^2 = .16). Während die Werte in der Experimentalgruppe sanken (T2: *M(SD)* = 19.54 (2.78); T3: *M(SD)* = 19.10 (2.77)), stiegen die Werte in der Kontrollgruppe an (T2: *M(SD)* = 16.58 (3.99); T3: *M(SD)* = 17.39 (4.43)), hohe Werte auf der Coping Humor Scale stehen für eine höhere Fähigkeit Stress mit Humor zu bewältigen. Die deskripitivstatistischen Ergebnisse sind in Tabelle 17 ersichtlich.

Tabelle 27

CHS: Vergleich zwischen EG und KG zu T2 und T3

	F	*p*	η^2
Zeit	0.61 (1,37)	.439	.02
Gruppe	6.95 (1,37)	.012	.16
Zeit*Gruppe	1.15 (1,37)	.291	.03

***Stabilität der Ergebnisse sechs Wochen nach Ende der Intervention bezüglich* Ängstlichkeit *und* Depressivität**

H_0 (9.1): Innerhalb der Experimentalgruppe zeigen sich keine Unterschiede zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Skala *Ängstlichkeit* des STADI (S).

H_1 (9.3): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich von Personen der Kontrollgruppe zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Skala *Ängstlichkeit* des STADI (S).

Die Voraussetzung der Varianzhomogenität ist auf der Skala *Ängstlichkeit* nicht erfüllt, somit wird zur zusätzlichen Überprüfung ein Welch-Test berechnet. Auf den Skalen des STADI (S) konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen T2 und T3

gefunden werden (F (1,20) = 1.05, p = .834, η^2 = .00 und F (1,20) = 1.35, p = .258, η^2 = .06). Die Alternativhypothesen (9.1) und (9.2) können somit verworfen werden. Die Ergebnisse nach der 6-wöchigen Pause nach Beendigung des Humortrainings sind somit auf allen Skalen des STADI (S) stabil geblieben.

Im Vergleich zwischen der Experimental- und Kontrollgruppe konnte auf der Skala Ängstlichkeit sowohl ein signifikanter Effekt über die Zeit (F (1,37) = 6.23, p = .017, η^2 = .14), als auch eine signifikante Interaktion gefunden werden (F (1,37) = 4.85, p = .034, η^2 =.12). Die Hypothese (9.3) kann somit angenommen werden. Während die Ergebnisse in der Experimentalgruppe stabil blieben (T2: *M(SD)* = 4.48 (1.42); T3: *M(SD)* = 4.50 (1.32)), konnten in der Kontrollgruppe erhöhte Werte auf der Skala Ängstlichkeit zu T3 gefunden werden (T2: *M(SD)* = 4.03 (1.05); T3: *M(SD)* = 5.16 (1.23)), dies zeigt ein höheres Niveau an Ängstlichkeit innerhalb der Kontrollgruppe. Die weiteren Mittelwerte sind in Tabelle 20 zu finden. Auf der Skala *Depressivität* konnten keine signifikanten Ergebnisse gefunden werden. Die genauen Werte der Mixed ANOVA werden in Tabelle 28 dargestellt.

Tabelle 28

STADI (S): Vergleich der EG und KG zwischen T2 und T3

Ängstlichkeit	*F*	*p*	η^2
Zeit	6.23 (1,37)	.017	.14
Gruppe	0.12 (1,37)	.732	.00
Zeit*Gruppe	4.85 (1,37)	.034	.12
Depressivität	*F*	*p*	η^2
Zeit	0.47 (1,37)	.497	.01
Gruppe	1.42 (1,37)	.241	.04
Zeit*Gruppe	0.14 (1,37)	.709	.00

Stabilität der Ergebnisse sechs Wochen nach Ende der Intervention bezüglich der Stärke der psychischen Symptomatik

H_0 (10.1): Innerhalb der Experimentalgruppe zeigen sich keine Unterschiede zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Skala *depressives Syndrom* des ISR.

H_1 (10.6): Personen der Experimentalgruppe unterscheiden sich von Personen der Kontrollgruppe zwischen T2 und T3 hinsichtlich der Skala *depressives Syndrom* des ISR.

Die Voraussetzung der Normalverteilung war auf der Skala *Zwangsyndrom* und auf der *Gesamtskala* nicht gegeben, daher wurde zusätzlich ein Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test durchgeführt, der die gleichen Ergebnisse zeigt wie die einfaktorielle ANOVA mit Messwiederholung. Auf den Skalen des ISR konnten keine signifikanten Ergebnisse gefunden werden. Die Alternativhypothesen (10.1) bis (10.5) werden verworfen. Die genauen Ergebnisse der einfaktoriellen ANOVA mit Messwiederholung werden in Tabelle 29 veranschaulicht. Die Werte der Personen innerhalb der Experimentalgruppe bleiben zwischen dem zweiten und dritten Erhebungszeitpunkt stabil, die genauen Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Tabelle 23 ersichtlich.

Tabelle 29

ISR: Vergleich innerhalb der EG zwischen T2 und T3

	F	*p*	η^2
Depressives Syndrom	0.04 (1,20)	.854	.00
Angstsyndrom	0.25 (1,20)	.626	.01
Zwangssyndrom	1.04 (1,20)	.837	.00
Zusatzskala	1.02 (1,20)	.888	.00
Gesamtskala	1.36 (1,20)	.554	.02

Im Vergleich zwischen der Experimental- und Kontrollgruppe konnte nur auf der *Zusatzskala* des ISR ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gefunden werden (F (1,37) = 4.92, p = 0.33, η^2 = .12). Da keine signifikante Interaktion zwischen

der Zeit und den Gruppen gefunden werden konnte, kann Hypothese (10.9) nicht angenommen werden. Während die Mittelwerte innerhalb der Experimentalgruppe auf der *Zusatzskala* stabil geblieben sind (T2: *M(SD)* = 1.16 (0.70); T3: *M(SD)* = 1.13 (0.85), sind die Werte in der Kontrollgruppe gestiegen (T2: *M(SD)* = 0.64 (0.47); T3: *M(SD)* = 0.75 (0.60)). Eine hohe Ausprägung auf der *Zusatzskala* bedeutet, dass sich das Ausmaß der psychischen Störungen erhöht hat. Auf den restlichen Skalen konnten keine signifikanten Effekte gefunden werden. Die Ergebnisse der Mixed ANOVA werden in Tabelle 30 dargestellt.

Der Einfluss von Gelotophobie auf die Ergebnisse innerhalb der Experimentalgruppe zwischen den Erhebungszeitpunkten T1 und T2

Zur ergänzenden Analyse der Ergebnisse wurde untersucht, ob eine unterschiedliche Ausprägung von Gelotophobie beim ersten Erhebungszeitpunkt Einfluss auf die Ergebnisse innerhalb der Experimentalgruppe zwischen T1 und T2 hat. Die Personen wurden in Gruppen aufgeteilt, die sich aus Personen mit hoher Ausprägung und niedriger Ausprägung von Gelotophobie zusammensetzen. Einerseits wurde der Median (2) des Geloph 15 verwendet, um die Gruppen zu unterteilen, andererseits aber auch der vorgegebene Cut-off-Wert (2,5) (Ruch, 2008). Die Ergebnisse der Analysen werden im folgenden Abschnitt veranschaulicht.

Tabelle 30

ISR: Vergleich der EG und KG zwischen T2 und T3

Depressives Syndrom	*F*	*p*	η^2
Zeit	1.16 (1,37)	.298	.03
Gruppe	0.61 (1,37)	.441	.02
Zeit*Gruppe	0.71 (1,37)	.406	.02
Angstsyndrom	*F*	*p*	η^2
Zeit	2.62 (1,37)	.114	.07
Gruppe	1.14 (1,37)	.292	.03
Zeit*Gruppe	1.50 (1,37)	.229	.04
Zwangssyndrom	*F*	*p*	η^2
Zeit	3.74 (1,37)	.061	.09
Gruppe	0.74 (1,37)	.396	.02
Zeit*Gruppe	2.83 (1,37)	.101	.07
Zusatzskala	*F*	*p*	η^2
Zeit	0.32 (1,37)	.577	.00
Gruppe	4.92 (1,37)	.033	.12
Zeit*Gruppe	0.56 (1,37)	.458	.02
Gesamtskala	*F*	*p*	η^2
Zeit	3.26 (1,37)	.079	.08
Gruppe	2.54 (1,37)	.120	.06
Zeit*Gruppe	1.18 (1,37)	.284	.03

Habituelle subjektive Wohlbefindensskala (Dalbert, 1992)

H_1 (11.1): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich von Personen, die einen Wert < 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *Stimmungsniveau* des HSWBS.
H_1 (11.3): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich von Personen, die einen Wert < 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *Stimmungsniveau* des HSWBS.

Auf der Skala *Stimmungsniveau* des HSWBS konnten bei Berechnung mit dem Cut-off-Wert signifikante Ergebnisse in der Zeit gefunden werden (F (1,22) = 4.65, p = .042, η^2 = .17). Personen der Experimentalgruppe die einen Mittelwert unter 2,5 auf dem Geloph-15 aufwiesen, zeigten auf der Skala *Stimmungsniveau* zu T1 einen Mittelwert von *M(SD)* = 3.52 (1.09) und zu T2 einen Mittelwert von *M(SD)* = 3.77 (1.00). Somit konnte über die Zeit eine Verbesserung auf der Skala *Stimmungsniveau* bei Personen mit einer geringen Ausprägung von Gelotophobie, gemessen durch den Cut-off-Wert beobachtet werden. Die genauen Ergebnisse sind in Tabelle 32 ersichtlich.

Bei Berechnung mit dem Median-Split konnte auf der Skala *Stimmungsniveau* ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen des Geloph-15 gefunden werden (F (1,22) = 5.11, p = .034, η^2 = .19). Die Analyse der Skala *Allgemeine Lebenszufriedenheit* ergab ein signifikantes Ergebnis bei dem Vergleich der Gruppen in der Median-Split Variante (F (1,22) = 7.60, p = .012, η^2 = .26). Somit können Hypothesen (11.1) bis (11.4) nicht angenommen werden. Die Ergebnisse sind in Tabelle 31 ersichlich.

Zusammenfassend kann man sagen, dass es in der Median-Split Kondition sowohl auf der Skala *Stimmungsniveau* als auch auf der Skala *Allgemeine Lebenszufriedenheit* ein Unterschied zwischen den zwei Gruppen – Personen mit einem Mittelwert unter 2 und Personen mit einem Mittelwert über 2 – gefunden werden konnte. Weiters ist zu erwähnen, dass auf der Skala *Stimmungsniveau* in der Median-Split Bedingung eine Tendenz zu einem Unterschied zwischen T1 und T2 gefunden werden konnte. Während Personen die

einen Wert auf dem Geloph-15 unter 2 hatten zu T1 einen Mittelwert von *M(SD)* = 3.82 (0.88) und zu T2 einen Mittelwert von *M(SD)* = 3.96 (0.97) angaben, gaben Personen die eine erhöhtet Gelotophie aufwiesen zu T1 einen Mittelwert von *M(SD)* = 2.81 (0.92) und zu T2 einen Mittelwert von *M(SD*) = 3.50 (1.02). Die genauen deskripitvstatistischen befunde sind in Tabelle 33 ersichtlich.

Tabelle 31

HSWBS: Vergleich innerhalb der EG zu T1 und T2 unter Kontrolle des Geloph 15 (Median und Cut Off)

	Median (2)			Cut Off (2,5)		
Stimmungsniveau	*F*	*p*	η^2	*F*	*p*	η^2
Zeit	3.94 (1,22)	.060	.15	4.65 (1,22)	.042	.17
Geloph	5.11(1,22)	.034	.19	1.81 (1,22)	.378	.04
Zeit* Geloph	1.75 (1,22)	.199	.07	1.09 (1,22)	.308	.05
	Median (2)			Cut Off (2,5)		
Allgemeine Lebenszufriedenheit	*F*	*p*	η^2	*F*	*p*	η^2
Zeit	0.54 (1,22)	.471	.02	1.87 (1,22)	.361	.04
Geloph	7.60 (1,22)	.012	.26	1.83 (1,22)	.190	.08
Zeit* Geloph	2.75 (1,22)	.111	.11	1.00 (1,22)	.329	.04

Tabelle 32

Deskriptivstatistische Auswertung des HSWBS mit Cut-off-Wert (M (SD))

	Unter Cut Off (< 2,5)		Ober Cut Off (> 2,5)	
	T1	T2	T1	T2
	n=15	*n*=9	*n*=15	*n*=9
Stimmungsniveau	3.52 (1.09)	3.77 (1.00)	2.96 (0.83)	3.67 (1.06)
Allgemeine Lebenszufriedenheit	4.02 (1.06)	3.27 (0.96)	4.01 (1.13)	3.65 (1.14)

Tabelle 33

Deskriptivstatistische Auswertung des HSWBS mit Median-Split (M (SD))

	Unter Median (< 2)		Ober Median (>2)	
	T1	T2	T1	T2
	n=12	*n*=12	*n*=12	*n*=12
Stimmungsniveau	3.82 (0.88)	3.96 (0.97)	2.81 (0.92)	3.50 (1.02)
Allgemeine Lebenszufriedenheit	4.38 (0.74)	4.21 (1.03)	3.10 (0.96)	3.54 (1.15)

State-Trait Heiterkeitsinventar (Ruch et al., 1996)

H_1 (12.1): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich von Personen, die einen Wert < 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *Heiterkeit* des STHI-S30.

H_1 (12.4): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich von Personen, die einen Wert < 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *Heiterkeit* des STHI-S30.

Die Analysen des STHI-S30 ergeben signifikante Ergebnisse bei der Berechnung mit dem Median-Split auf der Skala *Heiterkeit* beim Unterschied zwischen den Gruppen (F (1,20) = 4. 61, p = .044, η^2 = .19). Auf der Skala *Ernsthaftigkeit* unterscheiden sich die Ergebnisse der beiden Testzeitpunkte bei dem Median-Split und der Variante mit dem Cut-off-Wert (F (1,19) = 10.11, p = .005, η^2= .35 bzw. F (1,19) = 10.86, p = .004, η^2 = .35). Auf der Skala *Schlechte Laune* konnte ein signifikanter Effekt beim Vergleich der Gruppen mit dem Median-Split gefunden werden. Die Hypothesen (12.3) bis (12.6) können nicht angenommen werden, da keine signifikante Interaktion zwischen der Gruppe und der Zeit gefunden werden konnte. Die genauen Ergebnisse der Mixed ANOVA sind in Tabelle 34 ersichtlich.

Zusammenfassend ist zu beobachten, dass bei der Berechnung mit dem Median-Split sich die Personen der Gruppen auf der Skala *Heiterkeit* und *Schlechte Laune* voneinander unterscheiden. Auf der Skala *Ernsthaftigkeit* konnte in der Median-Split Methode beobachtet werden, dass die Personen T2 niedrigere Werte als zu T1 aufweisen was auf einer Verminderung von Ernsthaftigkeit hinweist. Diese Verminderung auf der Skala *Ernsthaftigkeit* konnte auch in der Methode mit dem Cut-off-Wert beobachtet werden. Die genauen Mittelwerte sowie Standardabweichungen können Tabelle 35 (Cut-off-Wert) und Tabelle 36 (Median-Split) entnommen werden.

Tabelle 34

STHI-S30: Vergleich innerhalb der EG zu T1 und T2 unter Kontrolle des Geloph 15 (Median und Cut Off)

	Median (2)			Cut Off (2,5)		
Heiterkeit	*F*	*p*	η^2	*F*	*p*	η^2
Zeit	2.01 (1,20)	.172	.09	2.68 (1,20)	.117	.12
Geloph	4.61 (1,20)	.044	.19	2.01 (1,20)	.172	.09
Zeit* Geloph	1.33 (1,20)	.262	.06	1.65 (1,20)	.213	.08
	Median (2)			Cut Off (2,5)		
Ernsthaftigkeit	*F*	*p*	η^2	*F*	*p*	η^2
Zeit	10.11 (1,19)	.005	.35	10.86 (1,19)	.004	.35
Geloph	0.20 (1,19)	.659	.01	0.43 (1,19)	.521	.02
Zeit*Geloph	1.79 (1,19)	.197	.09	1.92 (1,19)	.182	.09
	Median (2)			Cut Off (2,5)		
Schlechte Laune	*F*	*p*	η^2	*F*	*p*	η^2
Zeit	1.37 (1,21)	.254	.06	1.83 (1,21)	.190	.08
Geloph	9.26 (1,21)	.006	.31	3.01 (1,21)	.097	.13
Zeit*Geloph	0.14 (1,21)	.709	.01	0.67 (1,21)	.422	.03

Tabelle 35

Deskriptivstatistische Auswertung des STHI-S30 mit Cut-off-Wert (M (SD))

	Unter Cut Off (<2,5)		Ober Cut Off (> 2,5)	
	T1 *n*=13	T2 *n*=9	T1 *n*=13	T2 *n*=9
Heiterkeit	29.23 (6.18)	29.85 (7.65)	23.11 (7.52)	28.22 (8.84)
Ernsthaftigkeit	29.75 (3.52)	27.67 (5.12)	32.33 (4.50)	27.22 (4.60)
Schlechte Laune	20.29 (7.78)	19.46 (9.25)	27.44 (7.57)	23.67 (10.31)

Tabelle 36

Deskriptivstatistische Auswertung des STHI-S30 mit Median-Split (M (SD))

	Unter Median (<2)		Ober Median (>2)	
	T1 *n*=11	T2 *n*=11	T1 *n*=11	T2 *n*=11
Heiterkeit	30.45 (5.16)	30.91 (7.67)	23.00 (7.33)	27.45 (8.29)
Ernsthaftigkeit	29.82 (3.68)	27.82 (5.34)	32.00 (3.37)	27.10 (4.36)
Schlechte Laune	18.18 (7.11)	16.82 (8.32)	27.58 (6.83)	24.92 (9.51)

Coping Humor Scale (Martin & Lefcourt, 1983)

H_1 (13.1): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich von Personen, die einen Wert < 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Stressbewältigung mit Humor, erfasst durch den CHS.

H_1 (13.2): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich von Personen, die einen Wert < 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Stressbewältigung mit Humor, erfasst durch den CHS.

Bei der Analyse des CHS konnten bei der Median-Split Methode signifikante Ergebnisse bei der Zeit, der Interaktion und der zwischen den Gruppen gefunden werden (F (1,24) = 6.25, p = .020, η^2 = .22 und F (1,24) = 6.25, p = .020, η^2 = .22 und F (1,24) = 65.42, p = .030, η^2 = .20). Außerdem konnte ein signifikanter Effekt bei der Cut-off-Wert Methode beim Vergleich der Zeitpunkte (F (1,24) = 7.00, p = .015, η^2 = .24) gefunden werden. Somit kann Hypothese (13.1) angenommen werden. Die Ergebnisse der Mixed ANOVA sind in Tabelle 37 sowie in Abbildung 6 ersichtlich. Bei der Berechnung mit der Median-Split Methode konnte gezeigt werden, dass sich sowohl die Gruppe der Personen die einen Testwert unter 2 oder über 2 hatten, voneinander unterscheiden, sowie auch in der Gruppe mit der hohen Ausprägung von Gelotophobie zwischen T1 und T2 eine Verbesserung der Werte zu beobachten war (T1: *M(SD)* = 16.08 (2.43); T2: *M(SD)* = 19.17 (2.25)). Der Haupteffekt wird verursacht durch die Tatsache, dass in der Gruppe mit der niedrigen Gelotophobie keine Veränderung über die Zeit beobachtet werden konnte (T1: *M(SD)* = 19.92 (3.26); T2: *M(SD)* = 19.92 (3.29)), in der Gruppe mit hoher Ausprägung von Gelotophobie jedoch eine Verbesserung der Stressbewältigung mit Humor erfasst werden konnte (T1: *M(SD)* = 16.08 (2.43); T2: *M(SD)* = 19.17 (2.25)). Bei der Methode mit dem Cut-off-Wert konnte in beiden Gruppen eine Verbesserung der Werte über die Zeit beobachtet werden. Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Methode mmit dem Cut-off-Wert sind in Tabelle 38, die deskriptivstatistischen Ergebnisse der Median-Split Methode in Tabelle 39.

Tabelle 37

CHS: Vergleich innerhalb der EG zu T1 und T2 unter Kontrolle des Geloph 15 (Median und Cut Off)

	Median (2)			Cut Off (2,5)		
	F	*p*	η^2	*F*	*p*	η^2
Zeit	6.25 (1,24)	.020	.22	7.00 (1,24)	.015	.24
Geloph	5.42(1,24)	.030	.22	0.90 (1,24)	.353	.04
Zeit*Geloph	6.25 (1,24)	.020	.20	2.48 (1,24)	.130	.10

Tabelle 38

Deskriptivstatistische Auswertung des CHS mit Cut-off-Wert (M (SD))

	Unter Cut Off (<2,5)		Ober Cut Off (>2,5)	
	T1	T2	T1	T2
	n=15	*n*=9	*n*=15	*n*=9
CHS	18.80 (3.73)	19.53 (3.09)	16.67 (2.50)	19.56 (2.35)

Tabelle 39

Deskriptivstatistische Auswertung des CHS mit Median-Split (M (SD))

	Unter Median (<2)		Ober Median (>2)	
	T1	T2	T1	T2
	n=12	*n*=12	*n*=12	*n*=12
CHS	19.92 (3.26)	19.92 (3.29)	16.08 (2.43)	19.17 (2.25)

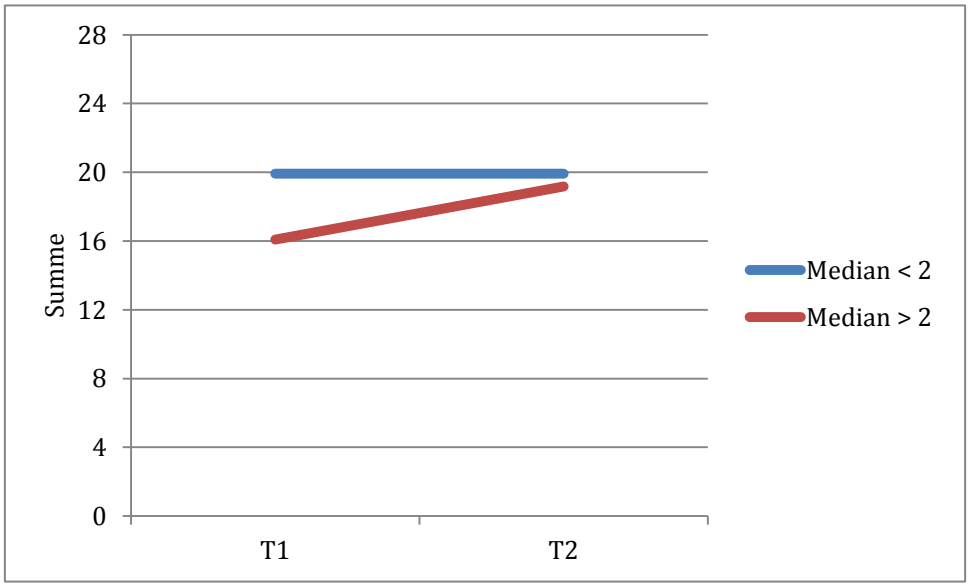

Abbildung 6. CHS: Vergleich der EG zwischen T1 und T2, unter Kontrolle der Gelotophobie mit Median-Split (2)

State-Trait-Angst-Depressionsinventar (Laux et al., 2013)

H_1 (14.1): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich von Personen, die einen Wert < 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *Ängstlichkeit* des STADI (S).

H_1 (14.3): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich von Personen, die einen Wert < 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *Ängstlichkeit* des STADI (S).

Die Analyse des STADI (S) ergab weder in der Median-Split Methode noch in der Methode mit dem Cut-off-Wert signifikante Ergebnisse innerhalb der Experimentalgruppe. Somit können Hypothesen (14.1) bis (14.4) nicht angenommen werden. Die genauen Ergebnisse der Mixed ANOVA sind in Tabelle 40 ersichtlich. Das bedeutet, dass sich weder in der Cut-off-Methode noch in der Berechnung über den Mediansplit, Personen mit hoher oder niedriger Ausprägung von Gelotophobie, in der Einschätzung von Ängstlichkeit und Depressivität, unterscheiden. Jedoch ist sowohl in der Median-Split Methode als auch in der Methode mit dem Cut-off-Wert auf der Skala *Depressivität* eine Tendenz zur Verschlechtertung der Werte in jeweils beiden Gruppen zu T2 zu erkennen. Die genauen deskriptivstatisitischen Befunde finden sich für die Cut-off-Wert Methode in Tabelle 41 und für die Methode anhand des Mediansplits in Tabelle 42.

Tabelle 40

STADI (S): Vergleich innerhalb der EG zu T1 und T2 unter Kontrolle des Geloph 15 (Median und Cut Off)

	Median (2)			Cut Off (2,5)		
Ängstlichkeit	*F*	*p*	η^2	*F*	*p*	η^2
Zeit	2.35 (1,22)	.140	.10	3.32 (1,22)	.082	.13
Geloph	1.40 (1,22)	.249	.06	1.39 (1,22)	.251	.06
Zeit*Geloph	0.53 (1,22)	.476	.02	1.50 (1,22)	.233	.06
	Median (2)			Cut Off (2,5)		
Depressivität	*F*	*p*	η^2	*F*	*p*	η^2
Zeit	3.62 (1,22)	.070	.14	3.72 (1,22)	.067	.15
Geloph	0.49 (1,22)	.492	.02	0.24 (1,22)	.630	.01
Zeit*Geloph	1.55 (1,22)	.226	.07	0.30 (1,22)	.592	.01

Tabelle 41

Deskriptivstatistische Auswertung des STADI (S) mit Cut-off-Wert (M (SD))

	Unter Cut Off (< 2,5)		Ober Cut Off (>2,5)	
	T1	T2	T1	T2
	n=15	*n*=9	*n*=15	*n*=9
Ängstlichkeit	4.56 (1.67)	4.37 (1.55)	5.62 (1.63)	4.67 (1.22)
Depressivität	4.05 (0.82)	4.24 (1.00)	4.16 (1.03)	4.49 (0.74)

Tabelle 42

Deskriptivstatistische Auswertung des STADI (S) mit Median-Split (M (SD))

	Unter Median (<2)		Ober Median (>2)	
	T1 *n*=12	T2 *n*=12	T1 *n*=12	T2 *n*=12
Ängstlichkeit	4.52 (1.44)	4.23 (1.39)	5.40 (1.89)	4.70 (1.47)
Depressivität	4.05 (0.79)	4.13 (0.88)	4.13 (1.01)	4.53 (0.92)

ICD 10 Symptom Rating (Tritt et al., 2008)

H_1 (15.1): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich von Personen, die einen Wert < 2 (Median) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *depressives Syndrom* des ISR.

H_1 (15.6): Personen der Experimentalgruppe, die einen Wert ≥ 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen, unterscheiden sich von Personen, die einen Wert < 2,5 (Cut Off) auf dem *Geloph-15* aufweisen zwischen T1 und T2 hinsichtlich der Skala *depressives Syndrom* des ISR.

Bei der Analyse des ISR konnte auf der Skala *Depressionssyndrom* ein signifikantes Ergebnis mit sehr hohem Effekt im Vergleich der Gruppen bei der Median-Split Methode gefunden werden (F (1,22) = 13.46, p = .001, η^2 = .38). Auch bei der Skala *Angstsyndrom* konnten sowohl bei der Median-Split Methode (2) als auch bei der Berechnung mit den Cut-off-Wert (2,5) signifikante Unterschiede mit sehr hohen Effekten zwischen den Gruppen gefunden werden (F (1,22) = 8.90, p = .007, η^2 = .29 und F (1,22) = 6.19, p = .021, η^2 = .22). Auf der Skala *Zwangssyndrom* konnte ein signifikanter Interaktionseffekt mit sehr hohem Effekt bei beiden Berechnungsarten gefunden werden (F (1,22) = 15.44, p = .001, η^2 = .41 und F (1,22) = 8.43, p = .008, η^2 = .28). Somit können die Hypothesen (15.3) und (15.8) angenommen werden. Auch auf der *Zusatzskala* konnten sowohl beim Median-Split (2) als auch bei der Berechnung mit dem Cut-off-Wert (2,5) ein signifikanter Interaktionseffekt (F (1,22) = 22.21, p = .000, η^2 = .50 und F (1,22) = 9.87, p

= .005, η^2 = .31) und ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen (*F* (1,22) = 15.79, *p* = .001, η^2= .42 und *F* (1,22) = 8.82, *p* = .007, η^2 = .29) gefunden werden. Die Hypothesen (10.4) und (10.9) können somit angenommen werden. Bei der *Gesamtskala* konnte auch bei beiden Berechnungsarten (Median und Cut-off-Wert) ein signifikanter Interaktionseffekt (*F* (1,22) = 17.32, *p* = .000, η^2= .44 und *F* (1,22) = 12.13, *p* = .002, η^2= .36) und ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen (*F* (1,22) =16.40, *p* = .001, η^2 = .43 und *F* (1,22) = 11.06, *p* = .003, η^2 = .34) gefunden werden. Diese beiden Ergebnisse zeigen auch sehr hohe Effektstärken. Die Hypothesen (15.5) und (15.10) können somit angenommen werden. Die Ergebnisse der Mixed ANOVA sowie die graphische Veranschaulichung können Tabelle 43 und Abbildungen 7 bis 12 entnommen werden.

Zusammenfassend kann man beobachten, dass es bei der Methode mit dem Median-Split auf jeder Skala des ISR Unterschiede zwischen den Personen mit einem Mittelwert unter 2 und einem Mittelwert über 2 signifikante Unterschiede mit sehr hohen Effektstärken gibt. Außerdem konnten auf der Skala *Zwangssyndrom* der *Zusatzskala* und der *Gesamtskala* Unterschiede zwischen den zwei Gruppen zu T2 gefunden werden. Während die Werte bei Personen mit geringer Gelotophobie steigen, sinken die Werte bei Personen mit hoher Gelotophobie. Auf dem ISR stehen niedrigere Werte für eine Verbesserung des Ausmaßes der psychischen Störung. Die genauen Mittelwerte sind in Tabelle 45 ersichtlich. Bei der Berechnung mit dem Cut-off-Wert konnten auf der Skala *Angstsyndrom,* der *Zusatzskala* sowie auf der *Gesamtskala* Unterschiede in den Gruppen unterhalb und oberhalb des Cut-off-Werts gefunden werden. Auf der Skala *Zwangssyndrom,* der *Zusatzskala* und der *Gesamtskala* Unterschiede zwischen den Gruppen und den Zeitpunkten gefunden werden. Auch bei dieser Berechnungsmethode wird ersichtlich das Personen die unter geringerer Gelotophobie leider eine Verschlechterung im Ausmaß der psyischen Störung angeben während Personen mit höherer Gelotophobie eine Verbesserung zu T2 verzeichnen. Die genauen Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Tabelle 44 ersichtlich.

Tabelle 43

ISR: Vergleich innerhalb der EG zu T1 und T2 unter Kontrolle des Geloph 15 (Median und Cut Off)

	Median (2)			Cut Off (2,5)		
Depressives Syndrom	*F*	*p*	η^2	*F*	*p*	η^2
Zeit	1.07 (1,22)	.311	.05	0.74 (1,22)	.399	.03
Geloph	13.46 (1,22)	.001	.38	1.13 (1,22)	.299	.05
Zeit * Geloph	2.71 (1,22)	.114	.11	0.58 (1,22)	.455	.02
	Median (2)			Cut Off (2,5)		
Angstsyndrom	*F*	*p*	η^2	*F*	*p*	η^2
Zeit	2.22 (1,22)	.150	.09	3.19 (1,22)	.088	.13
Geloph	8.90 (1,22)	.007	.29	6.19 (1,22)	.021	.22
Zeit*Geloph	1.92 (1,22)	.180	.08	1.90 (1,22)	.183	.08
	Median (2)			Cut Off (2,5)		
Zwangssyndrom	*F*	*p*	η^2	*F*	*p*	η^2
Zeit	0.73 (1,22)	.402	.03	2.16 (1,22)	.155	.09
Geloph	4.85 (1,22)	.038	.18	1.71 (1,22)	.204	.07
Zeit*Geloph	15.44 (1,22)	.001	.41	8.43 (1,22)	.008	.28
	Median (2)			Cut Off (2,5)		
Zusatzskala	*F*	*p*	η^2	*F*	*p*	η^2
Zeit	0.75 (1,22)	.396	.03	2.24 (1,22)	.149	.09
Geloph	15.79 (1,22)	.001	.42	8.82 (1,22)	.007	.29
Zeit*Geloph	22.21 (1,22)	.000	.50	9.87 (1,22)	.005	.31

Fortsetzung Tabelle 43

	Median (2)			Cut Off (2,5)		
Gesamtskala	*F*	*p*	η^2	*F*	*p*	η^2
Zeit	1.08 (1,22)	.309	.05	3.27 (1,22)	.084	.13
Geloph	16.40 (1,22)	.001	.43	11.06 (1,22)	.003	.34
Zeit*Geloph	17.32 (1,22)	.000	.44	12.13 (1,22)	.002	.36

Tabelle 44

Deskriptivstatistische Auswertung des ISR mit Cut-off-Wert (M (SD))

	Unter Cut Off (<2,5)		Ober Cut Off (>2,5)	
	T1 *n*=15	T2 *n*=9	T1 *n*=15	T2 *n*=9
Depressives Syndom	1.32 (1.10)	1.33 (1.08)	2.42 (0.95)	1.92 (0.89)
Angstsyndrom	1.47 (1.17)	1.38 (1.17)	2.78 (0.85)	2.14 (1.04)
Zwangssyndrom	1.04 (1.10)	1.31 (1.18)	2.11 (0.93)	1.30 (0.81)
Zusatzskala	0.81 (0.70)	0.96 (0.68)	1.92 (0.76)	1.48 (0.64)
Gesamtskala	0.93 (0.62)	1.08 (0.73)	2.09 (0.85)	1.63 (0.47)

Tabelle 45

Deskriptivstatistische Auswertung des ISR mit Median-Split (M (SD))

	Unter Median (<2)		Ober Median (>2)	
	T1 *n*=12	T2 *n*=12	T1 *n*=12	T2 *n*=12
Depressives Syndrom	0.98 (0.79)	1.08 (0.89)	2.48 (0.98)	2.02 (0.99)
Angstsyndrom	1.25 (1.17)	1.23 (1.03)	2.67 (0.82)	2.10 (1.03)
Zwangssyndrom	0.72 (0.75)	1.22 (0.97)	2.17 (1.03)	1.39 (1.14)
Zusatzskala	0.56 (0.39)	0.86 (0.62)	1.89 (0.76)	1.45 (0.67)
Gesamtskala	0.74 (0.43)	0.98 (0.60)	1.99 (0.67)	1.59 (0.65)

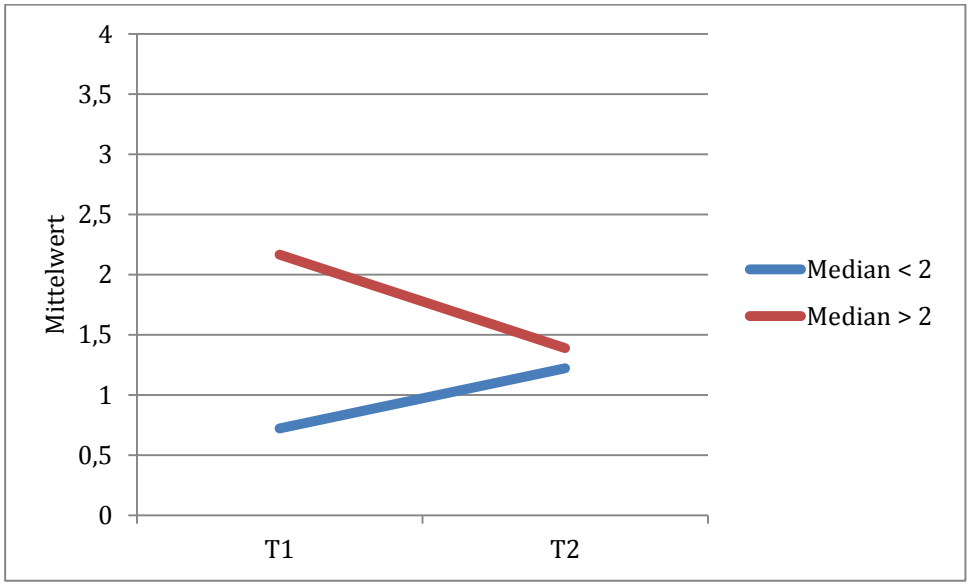

Abbildung 7. Zwangsyndrom: Vergleich der EG zwischen T1 und T2 unter Kontrolle der Gelotophobie mit Median-Split (2)

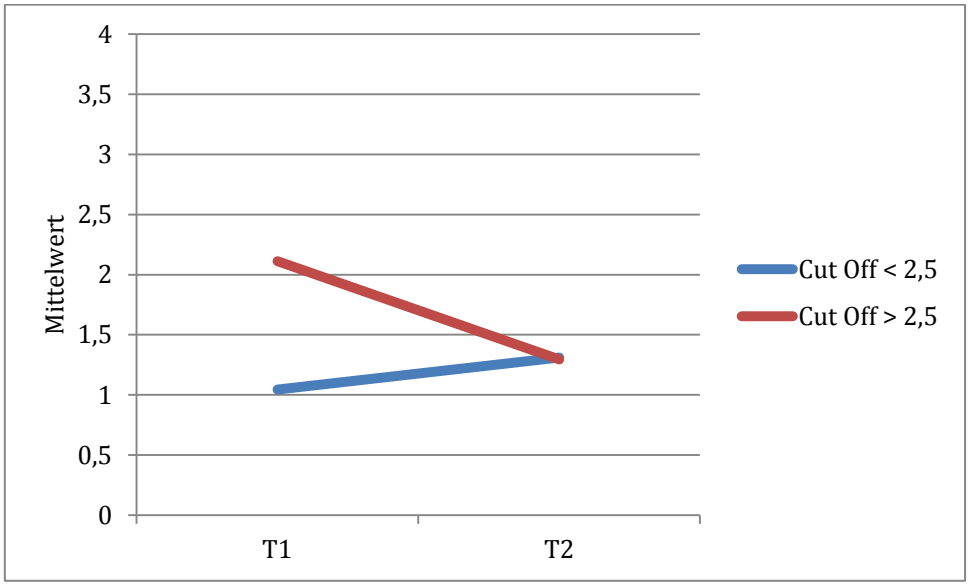

Abbildung 8. Zwangsyndrom: Vergleich der EG zwischen T1 und T2 unter Kontrolle der Gelotophobie mit Cut Off (25)

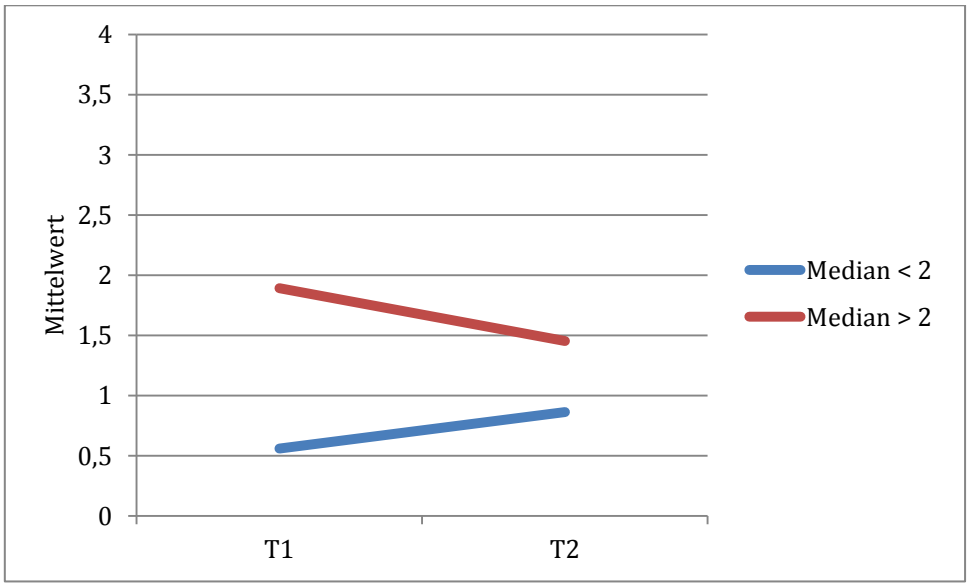

Abbildung 9. Zusatzskala Vergleich der EG zwischen T1 und T2 unter Kontrolle der Gelotophobie mit Median-Split (2)

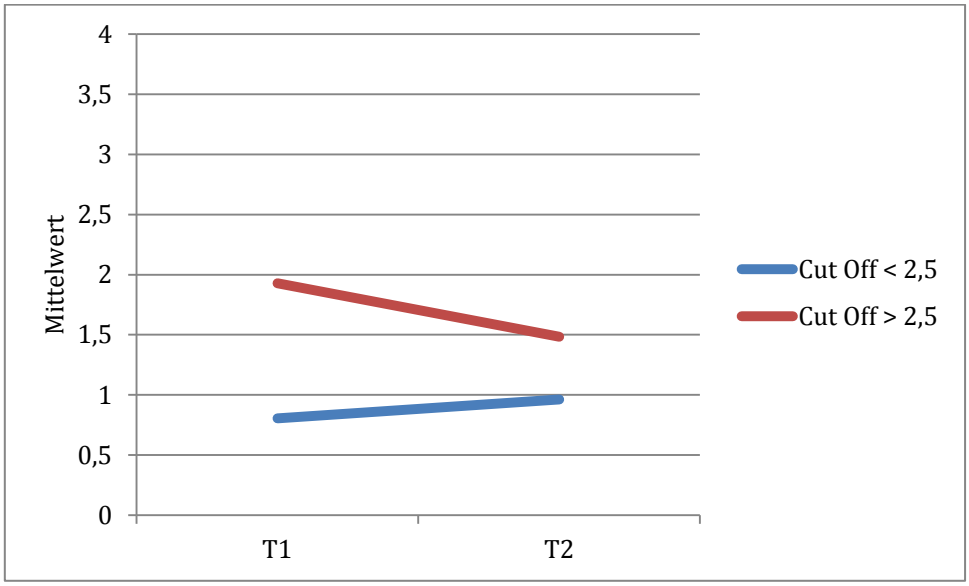

Abbildung 10. Zusatzskala Vergleich der EG zwischen T1 und T2 unter Kontrolle der Gelotophobie mit Cut Off (2,5)

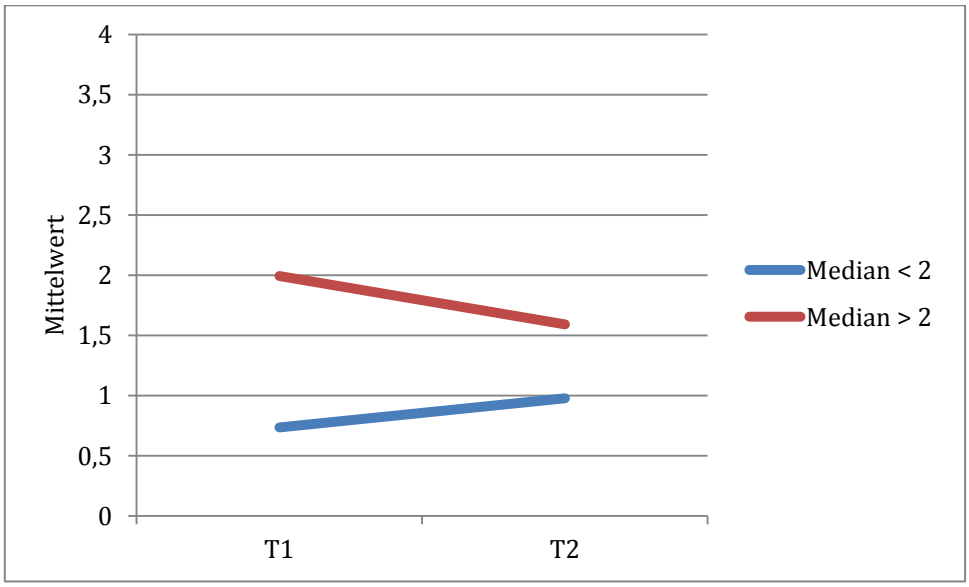

Abbildung 11. Gesamtskala: Vergleich der EG zwischen T1 und T2 unter Kontrolle der Gelotophobie mit Median-Split (2)

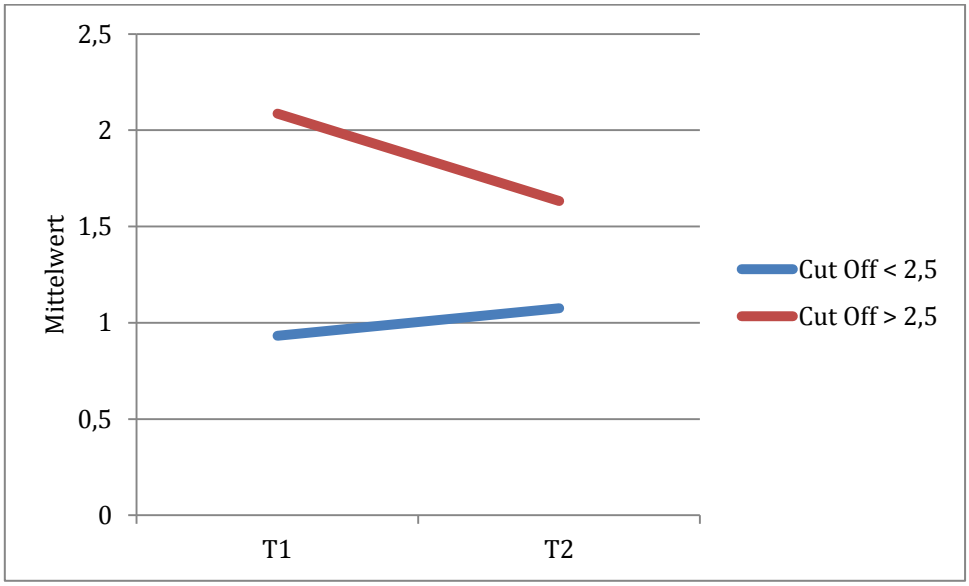

Abbildung 12. Gesamtskala: Vergleich der EG zwischen T1 und T2 unter Kontrolle der Gelotophobie mit Median-Split (2)

Feedback der TeilnehmerInnen

Zum zweiten Erhebungszeitpunkt wurden die Personen der Experimentalgruppe gebeten, ein Feedback zum vergangenen Humortraining zu geben. Im Nachfolgenden werden absolute und prozentuelle Häufigkeiten der einzelnen Feedbackfragen graphisch veranschaulicht und kurz erläutert. Weiters werden auch deskriptive Befunde (Mittelwerte, Standardabweichung und Median) angegeben und mit der Beschreibung der Antworten verknüpft.

In Tabelle 46 sind die dekriptiven Befunde zum Feedback veranschaulicht.

Tabelle 46

Deskriptivstatistische Auswertung des Feedbacks (M(SD), Md)

	M(SD)	*Md*
Wie zufrieden waren Sie mit dem Training ingesamt?[a]	1.62 (1.06)	1.00
Wie sehr haben sich Ihr Verhalten und Ihre Einstellung durch das Training verändert?[b]	2.71 (1.08)	3.00
Die Inhalte der einzelnen Sitzungen waren für mich gut verständlich[c]	1.38 (0.58)	1.00
Die angesprochenen Themen fand ich interessant[c]	1.54 (0.93)	1.00
Der Aufbau der Sitzungen hatte für mich eine logische und nachvollziehbare Reihenfolge[c]	1.71 (1.04)	1.00
Wie sehr haben Sie vom Training profitiert?[b]	2.42 (1.10)	2.50
Wie viel von dem im Training Gelernten können Sie in Ihrem Alltag anwenden? [d]	2.46 (0.98)	2.50
Würden Sie das Training weiterempfehlen?[e]	1.38 (0.71)	1.00

Anmerkung. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Md = Median
[a] 1=Sehr zufrieden, 2=Zufrieden, 3=Weder noch, 4=Nicht zufrieden, 5=Überhaupt nicht zufrieden. [b]1=Sehr stark, 2=Stark, 3=Weder noch, 4=Wenig, 5=Gar nicht.[c]1=Stimmt genau, 2=Stimmt, 3=Weder noch, 4=Stimmt nicht, 5=Stimmt überhaupt nicht.[d]1=Sehr viel, 2=Viel, 3=Durchschnittlich viel, 4=Nicht viel, 5=Gar nichts. [e]1=Ganz bestimmt, 2=Vielleicht, 3=Nein, sicher nicht.

Wie zufrieden waren Sie mit dem Training insgesamt?

Zu Beginn des Feedbacks sollten die Versuchspersonen auf einer 5-stufigen Likert-Skala angeben wie zufrieden sie mit dem Training insgesamt gewesen seien. 15 Personen (60 %) gaben an sehr zufrieden gewesen zu sein, 6 Personen (24 %) das sie zufrieden waren. Die restlichen 3 Personen (12 %) entschieden sich für die Antwortmöglichkeiten „weder noch“, „nicht zufrieden“ und „überhaupt nicht zufrieden“. Eine Versuchsperson hat die Frage nicht beantwortet. Der Mittelwert dieser Frage liegt bei *M(SD)* = 1.62 (1.06), wobei niedrige Werte eine starke Zufriedenheit ausdrücken und hohe Werte für Unzufriedenheit stehen. Die genauen absoluten sowie prozentuellen Häufigkeiten sind in Abbildung 13 angegeben.

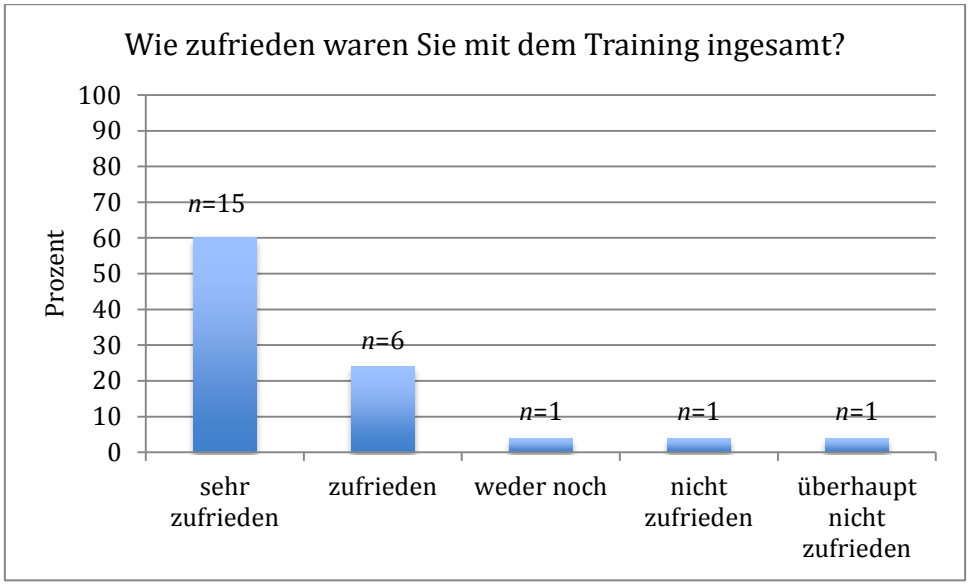

Abbildung 13. Feedback zur Zufriedenheit mit dem Training

Wie sehr haben sich Ihr Verhalten und Ihre Einstellung durch das Training verändert?

Die VersuchsteilnehmerInnen wurden auch danach gefragt, in welchem Ausmaß sich ihr Verhalten bzw. ihre Einstellung durch das Training verändert haben. In Tabelle 46 ist zu erkennen, dass der Mittelwert bei dieser Frage bei *M(SD)* = 2.71 (1.08) liegt. Niedrige Werte zeigen eine starke Verhaltensänderung durch das Humortraining an und hohe Werte keine Veränderung im Verhalten. In Abbildung 14 kann man erkennen, dass 10 Personen (40%) „weder noch“ angaben. Die Antwortalternative „gar nicht“ wurde nur von einer Person (4%) gewählt.

Die Inhalte der einzelnen Sitzungen waren für mich gut verständlich

Die Versuchspersonen wurden außerdem nach der Verständlichkeit und Logik der einzelnen Seminareinheiten gefragt. Die Ergebnisse werden in Abbildung 15 veranschaulicht. 16 Personen (64%) gaben an, dass die Inhalte gut verständlich waren. Die Antwortalternativen „stimmt nicht“ und „stimmt überhaupt nicht“ wurden von keiner Person angekreuzt. Tabelle 46 zeigt, dass bei der dritten Frage des Feedbackfragebogens im Mittel ein Wert von *M(SD)* = 1.38 (0.58) angegeben wurde. Wobei niedrige Werte für ein gutes Verständnis und hohe Werte für ein schlechtes Verständnis stehen.

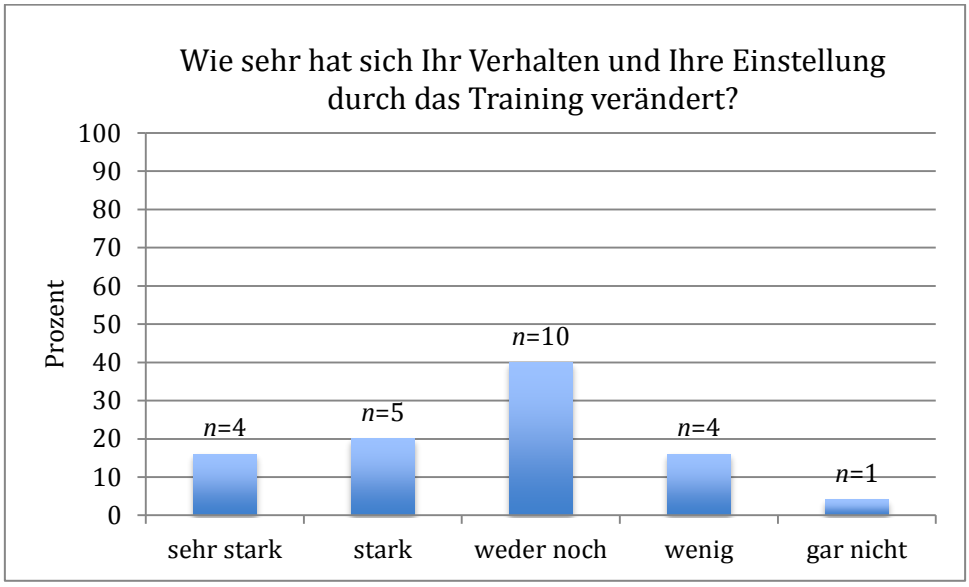

Abbildung 14. Feedback zur Einstellungs- und Verhaltensänderung

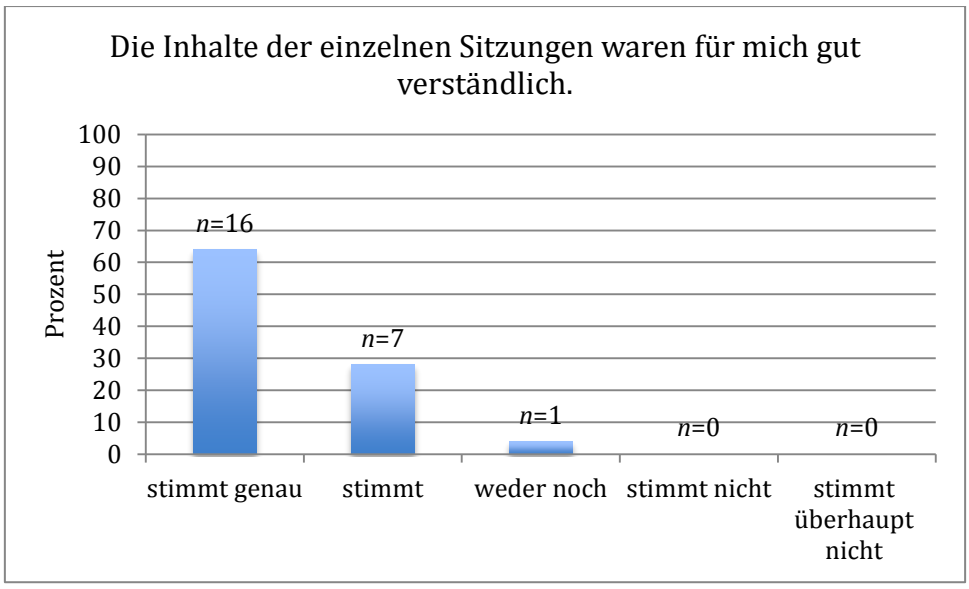

Abbildung 15. Feedback zum Verständnis der Inhalte

Die angesprochenen Themen fand ich interessant

Der Großteil der VersuchsteilnehmerInnen („Stimmt genau“: *n*=16 (64%), „Stimmt“: n=5 (20%)) fand die Themen sehr interessant. Die restlichen 5 Personen (16 %) teilten sich auf die Antwortalternativen „weder noch“, „stimmt nicht“ und „überhaupt nicht“ auf. Die genauen Ergebnisse werden in Abbildung 16 veranschaulicht. Der

Mittelwert dieser Frage liegt bei *M(SD)* = 1.54 (0.93). Auch hier zeigen niedrige Werte ein starkes Interesse, während hohe Werte Desinteresse zeigen. Die deskriptivstatisitischen Ergebnisse sind in Tabelle 46 ersichtlich.

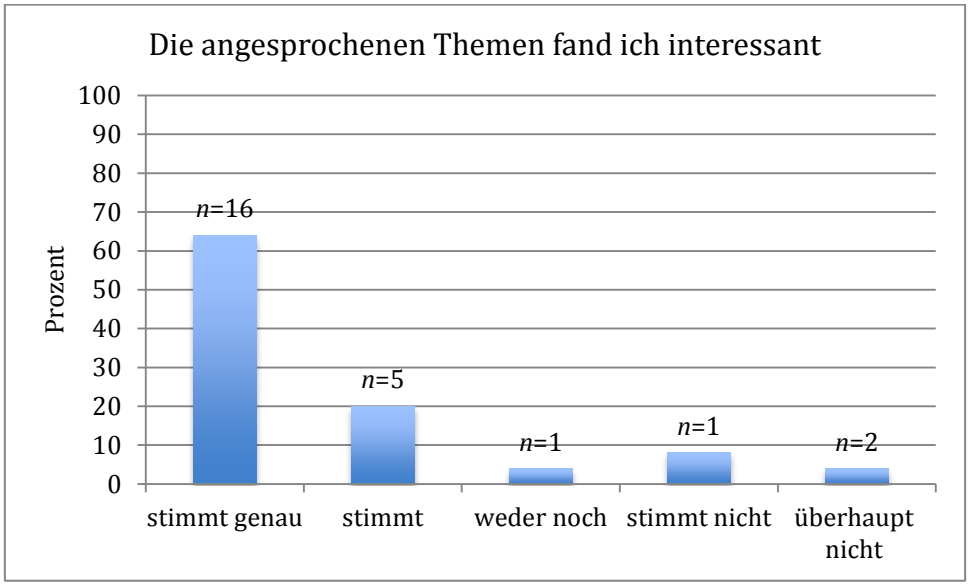

Abbildung 16. Feedback zum Interesse an den Themen

Der Aufbau der Sitzungen hatte für mich eine logische und nachvollziehbare Reihenfolge

Der Aufbau der einzelnen Sitzungen war für die meisten VersuchsteilnehmerInnen („Stimmt genau“: *n*=13 (52%), „Stimmt“: *n*=8 (32%)) logisch und nachvollziehbar. Der Mittelwert bei dieser Frage liegt bei *M(SD)* = 1.71 (1.04), ersichtlich in Tabelle 46. Niedrige Werte stehen hierbei wieder für einen logische und nachvollziehbare Reihenfolge, während hohe Werte für das Gegenteil stehen. Die genauen absoluten und prozentuellen Häufigkeiten sind in Abbildung 17 veranschaulicht.

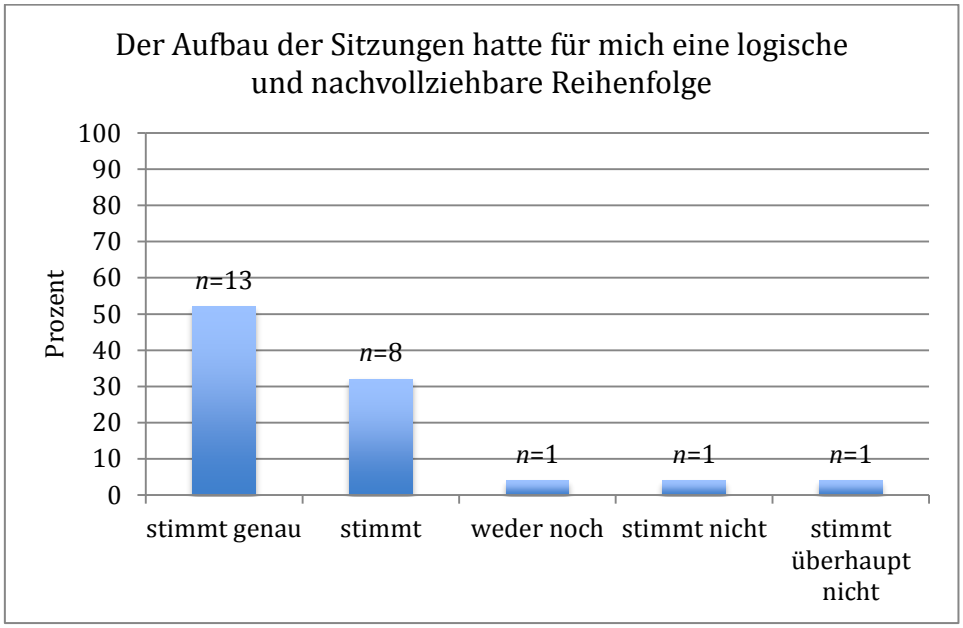

Abbildung 17. Feedback zum Aufbau der Sitzungen

Wie sehr haben Sie vom Training profitiert?

Cirka ein Drittel der Personen (*n*=9 (36%)) gab an „weder noch“ vom Training profitiert zu haben, jeweils 6 Personen (24%) beantworteten die Frage mit „sehr stark“ bzw. „stark“. Die genauen Häufigkeiten sind Abbildung 18 zu entnehmen. Tabelle 46 zeigt, dass der Mittelwert bei dieser Frage bei *M(SD)* = 2.42 (1.10) liegt. Niedrige Werte zeigen hier an, dass die TeilnehmerInnen sehr stark vom Training profitiert haben, während hohe Werte anzeigen, dass ihnen das Training nicht geholfen hat.

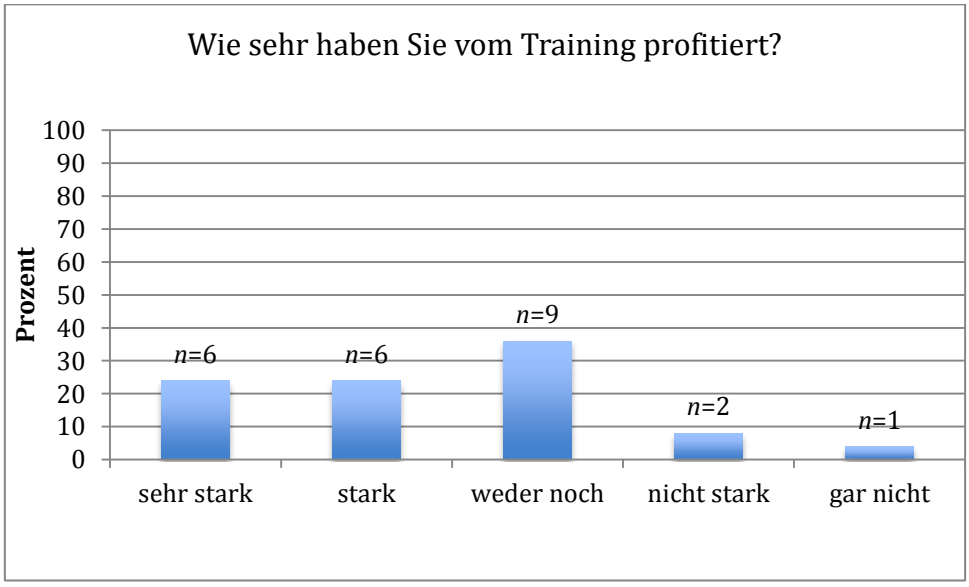

Abbildung 18. Feedback zum Profit der Teilnehmer

Wie viel von dem im Training Gelernten können Sie in Ihrem Alltag anwenden?

Auch die Frage nach dem Ausmaß, in dem die Versuchspersonen die erarbeiteten Inhalte im Alltag verwenden können wurde gestellt. Hier zeigt sich, dass vier Personen (16%) angaben „Sehr viel“ von den im Training gelernten Inhalte im Alltag anwenden zu können, acht Personen (32%) angaben „Viel“ verwendenzu können und zehn Personen (40%) angaben „Durchschnittlich viel“ davon im Alltag zu verwenden zu können. Die genauen Werte sind in Abbildung 19 veranschaulicht. Der Mittelwert liegt bei dieser Frage bei *M(SD)* = 2.46 (0.98). Auch hier stehen niedrige Werte für die Aussage viel Gelerntes im Alltag anwenden zu können, während hohe Werte dafür stehen nichts im Alltag verwenden zu können (Tabelle 46).

Abbildung 19. Feedback zum Alltagsgebrauch

Würden Sie das Training weiterempfehlen?

Zuletzt wurde den Versuchspersonen noch die Frage gestellt, ob sie das Humortraining weiterempfehlen würden. Hierbei zeigt sich, dass der Großteil der Versuchspersonen (*n*=17 (68%)) das Seminar auf jeden Fall weiter empfehlen würde. Die genauen Daten sind in Abbildung 20 ersichtlich. Tabelle 46 zeigt das der Mittelwert bei

dieser Frage bei *M(SD)* = 1.38 (0.71) liegt. Niedrige Werte zeigen, dass das Training weiterempfohlen wird und hohe Werte das dies nicht geschieht.

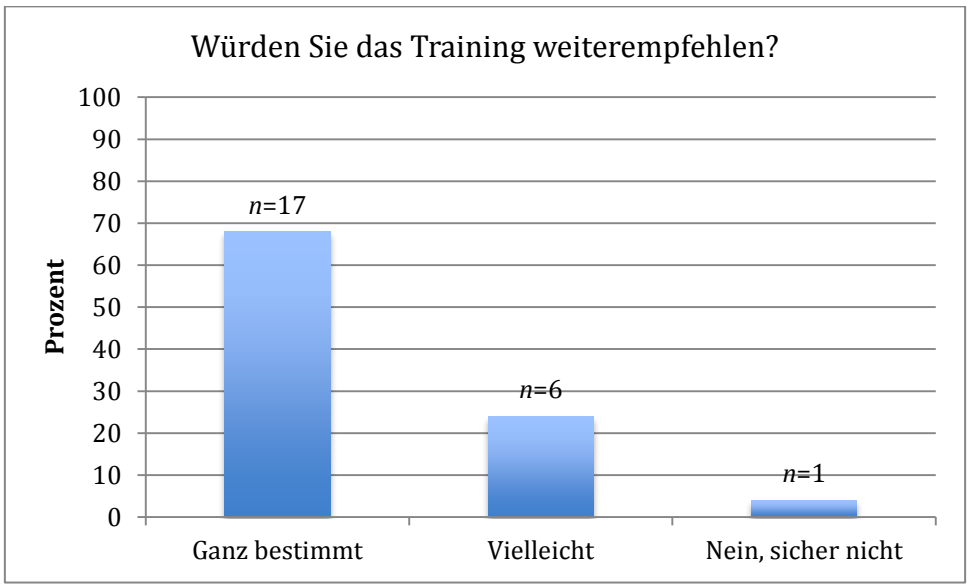

Abbildung 20. Feedback zur Weiterempfehlung des Trainings

Negative und Positive Aspekte vom Training (offene Fragen)

Als letzter Punkt wurde noch mit Hilfe von zwei offenen Fragen nach den positiven und negativen Aspekten des Humortrainings gefragt. Bei den negativen Aspekten wurde beispielsweise als Schwierigkeit genannt, während des Seminars oft ohne einen Grund lachen zu müssen bzw. dass kindliches Verhalten oft erwünscht war. Bei den positiven Aspekten wurde genannt, dass einige Versuchspersonen sehr viel Spaß hatten, selten so viel gelacht haben, der Aufbau und die Gruppe gut war sowie die Sitzungen oft sehr förderlich für die Personen waren. Eine genaue Auflistung des offenen Feedbacks findet sich in Anhang D.

Diskussion

Die vorliegende Arbeit gibt zunächst einen Überblick über Definitionen und Komponenten von Humor sowie über deren Zusammenhänge mit den relevanten psychischen Störungen (Affektive Störung, Schizophrenie, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen). Es wurde eine Intervention in Form eines Humortrainings mit 51 Personen die unter zumindest einer der oben genannten Störungen leiden, durchgeführt.

Anhand des Manuals “Humorfähigkeit Trainieren“ (Falkenberg et al., 2013) wurden vier Humorgruppen an unterschiedlichen Standorten durchgeführt. Mittels adäquater Messinstrumente wurden die Konstrukte Subjektives Wohlbefinden, Stressbewältigung mit Humor, Heiterkeit, Ernsthaftigkeit und Schlechte Laune, Ängstlichkeit und Depressivität und depressive-, Angst- und Zwangssymptomatik erhoben. Da es hauptsächlich Studien über Humor mit gesunden Personen oder Personen mit moderaten psychischen Störungen gibt, war es bei der Planung der Studie nicht klar, ob das Humortraining auch bei Menschen mit schweren chronischen psychischen Störungen Wirkung zeigt. Die Auswahl dieser Zielgruppe war daher mit dem Risiko verbunden, dass es schwierig sein könnte Humorinhalte adäquat zu vermitteln.

Die Ergebnisse der statistischen Auswertungen zeigen allerdings interessante und vielversprechende Befunde in Bezug auf den positiven Einfluss von Humor auf Menschen mit psychischen Störungen. Zudem gab es signifikante Befunde zu Ernsthaftigkeit, Heiterkeit und der Kontrollvariable Gelotophobie. Im Folgenden wird ein detaillierter Überblick über die einzelnen Ergebnisse und die Effektivität des Humortrainings gegeben.

Stressbewältigung und Humor

Entsprechend den Befunden über den Einfluss von Humor auf die Stressbewältigung bei gesunden Personen (Martin & Lefcourt, 1983; McGhee, 1996; Abel, 2002; Faltermeier, 2013) zeigen die Ergebnisse, dass sogar Menschen mit einer chronischen psychischen Störung von einem Humortraining profitieren. Es konnte gezeigt werden, dass Personen, die am Humortraining teilgenommen haben, nach der Intervention höhere Werte auf der Coping Humor Scale aufwiesen. Wie bereits erwähnt kamen auch Kuiper, McKenzie und Belanger (1995) zu dem Ergebnis, dass Individuen, die hohe Werte auf der CHS erzielten, kritische Lebensereignisse aus unterschiedlichen Perspektiven sehen können und dass dieser Perspektivenwechsel es ihnen ermöglicht, die belastenden Ereignisse positiver zu betrachten. Wie Humor gegen Stress wirkt, beschreibt auch McGhee (1996) anhand von spezifischen Wirkmechanismen. Humor kann zum Beispiel durch eine unmittelbare Spannungsreduktion emotionsregulierend wirken (Samson & Gross, 2012).

Auch konnte nachgewiesen werden, dass die Effekte sechs Wochen nach der Intervention erhalten blieben. Demnach konnten alle Fragestellungen zum Thema Stressbewältigung durch Humor bestätigt werden (Hypothesen 3.1 und 3.2 sowie 8.1). Dies ist ein durchaus wichtiger Befund, wenn man bedenkt, dass Stress ein alltägliches Phänomen unserer Gesellschaft ist und ein großes Thema in der gegenwärtigen Forschung darstellt. Viele bereits etablierte therapeutische und medizinische Interventionen versuchen, Stress zu reduzieren. Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse ist es naheliegend, dass in Zukunft Humorinterventionen Teil von therapeutischen Interventionsformen sein sollten.

Heiterkeit, Ernsthaftigkeit, Schlechte Laune und Humor

In früheren Studien konnte nachgewiesen werden, dass bei Menschen mit mittelschwerer bis schwerer depressiver Symptomatik die Teilnahme an einem Humortraining zu einer Verbesserung von Heiterkeit und einer Abnahme von Ernsthaftigkeit und schlechter Laune führt (Hirsch et al., 2009, 2010; Faltermeier, 2013).

Auch in der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass die Ernsthaftigkeit bei Personen der Experimentalgruppe nach der Intervention und sechs Wochen nach Beendigung derselben abgenommen hat (Hypothesen 2.2 und 7.2). Außerdem konnte gezeigt werden, dass auch die Heiterkeit durch das Humortraining positiv beeinflusst werden konnte (Hypothesen 2.4 und 17.1). Erheiterbarkeit bringt wie bereits erwähnt nach Ruch (1998) insbesondere den Aspekt der inter- und intraindividuellen Variabilität der Ansprechbarkeit auf humorvolle Reize zum Ausdruck (Hirsch, 2009). Die VersuchsteilnehmerInnen tendierten nach der Humorintervention und sechs Wochen nach Abschluss derselben stärker dazu, auf humorvolle Reize mit Heiterkeit und Lachen zu reagieren. Frühere Befunde gehen davon aus, dass es sehr schwierig ist, Personen mit psychischen Störungen zu erheitern (besonders Personen mit affektiven Störungen und Schizophrenie) (Falkenberg et al., 2013; Uekermann et al., 2008). Das konnte in dieser Studie nicht bestätigt werden. Heiterkeit könnte auch bei Menschen mit schweren chronischen psychischen Störungen durch ein Humortraining gesteigert werden. Die Ergebnisse konnten allerdings nicht belegen, dass sich schlechte Laune durch das Humortraining signifikant reduzierte (Hypothesen 2.3 und 2.6). Somit wäre zu folgern,

dass Heiterkeit und eine optimistische Sicht auf das Leben relativ rasch vermittelt werden können (Falkenberg et al., 2013), während sich eine traurige, melancholische und missmutige Grundstimmung offenbar nicht in so kurzer Zeit verändern lässt.

Subjektives Wohlbefinden und Humor

In Bezug auf die Fragestellungen zum Subjektiven Wohlbefinden zeigten sich in der vorliegenden Studie keine signifikanten Ergebnisse. Dies könnte zum Grund haben, dass die Einflüsse auf das subjektive Wohlbefinden sehr vielfältig sind; dazu zählen zum Beispiel Einkommen, Alter, Berufstendenz (Diener 1984), die sich durch ein Humortraining gar nicht beeinflussen lassen. Außerdem zeigten Campbell, (1981), dass Lebensqualität bzw. Lebenszufriedenheit sehr stark von der individuellen Lebenserfahrung abhängt.

Die Anwesenheit von positiven Gefühlen, die durch die Skala *Stimmungsniveau* ausgedrückt wird, ist außerdem sehr tagesabhängig und wird von sehr vielen Faktoren beeinflusst. Zudem gibt es bis jetzt kaum Belege dafür, dass subjektives Wohlbefinden durch Humor gesteigert werden kann.

Ausmaß der psychischen Symptomatik und Humor

Die Fragestellungen, die sich auf Ängstlichkeit und Depressivität (STADI (S), Laux et. al., 2013) und das Ausmaß der psychischen Symptomatik (ISR, Tritt et al., 2008) bezogen, konnten nicht bestätigt werden. Jedoch zeigte sich, dass sich Ängstlichkeit und Zwang in der Kontrollgruppe zwischen dem zweiten und dritten Erhebungszeitpunkt signifikant verschlechterten, während das Niveau in der Versuchsgruppe unverändert blieb. Eine mögliche Interpretation dafür wäre, dass sich Ängstlichkeit und Zwang zwar nicht verbesserten, aber durch das Humortraining konstant blieben und sich nicht verschlechterten. Auch Hirsch et. al., (2009) konnten in ihrer Interventionsstudie bei älteren Personen mit Depression auch feststellen, dass ein Humortraining eine positive Wirkung auf die psychische Symptomatik hat.

Die Ergebnisse könnten außerdem darauf zurückzuführen sein, dass es sich um Menschen mit schweren chronischen psychischen Störungen handelt, die sich in

regelmäßiger fachärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung befinden. Es bedarf zudem bestimmt eines längeren Zeitraums, um die Symptome von Ängstlichkeit und Depressivität zu beeinflussen. Frühere Befunde konnten zwar Verbesserungen bei Personen mit leichten bis mittelschweren Depressionen feststellen. Untersuchungen bei Personen mit schweren Depressionen gibt es bislang jedoch noch nicht. Faltermeier (2013), die ebenfalls ein Humortraining mit einer Gruppe depressiver TeilnehmerInnen durchführte, konnte diese Daten nicht in die Ausertung miteinbeziehen, da die Ausfallsquote zu hoch war.

Einfluss von Gelotophobie

Gelotophobie wurde als Kontrollvariable in die Untersuchung mit einbezogen und bringt einige interessante Erkenntnisse. Einige Konsequenzen der Entwicklung von Gelotophobie sind laut Ruch et al. (2008) ein niedriger Selbstwert, wenig Sozialkompetenz, dass Humor und Lachen keine entspannende Wirkung hervorrufen sowie kein freudiges Erlebnis für Personen darstellen. Es konnte im Gegensatz zur Erwartung gezeigt werden, dass Menschen, die hohe Ausprägungen an Gelotophobie aufweisen, mehr von den Humortrainings profitieren. Dies bezieht sich auf psychische Symptomatiken von Zwang, Angst, Depression und die Stressbewältigung mit Humor und die Zusatz- und Gesamtskala des ISR (Hypothesen 13.1, 15.3 bis 15.5 und 15.8 bis 15.10). Dies könnte bedeuten, dass durch die intensive Beschäftigung mit Humor einige dieser Defizite ausgeglichen werden konnten.

Die stärkere Wirkung des Humortrainings auf Personen mit hoher Ausprägung an Gelotophobie könnte bedeuten, dass Menschen mit sozialen Defiziten durch die Beschäftigung mit Humor wieder einen positiveren Zugang zu Lachen und humorvollen Themen bekommen haben. Eine weitere Konsequenz von Gelotophobie ist laut Ruch et al. (2008) ein Auftreten von psychosomatischen Störungen wie zum Beispiel Zittern, Schwindel, Erröten und Schlafstörungen. Im Rahmen des Humortrainings wurde gezielt geübt, sich vor einer Gruppe zu exponieren und sich in ungewohnte lustige Situationen zu begeben (Rollenspiele, Übungen, bei denen die Personen auch über sich selbst lachen sollten). Diese Übungen hatten zum Zweck, dass den Personen die Angst genommen wird, in neuen, für sie unüblichen Situationen ausgelacht zu werden.

Reflexion des Humortrainings

Allgemein wurde das Humortraining sehr positiv aufgenommen. Von den Personen, die sich angemeldet hatten, gab es nur fünf Ausfälle, teilweise aufgrund der Diagnose und mangelnder Deutschkenntnisse. Außerdem bestand der starke Wunsch von einigen TeilnehmerInnen, das Training nach Beendigung der acht Wochen weiterzuführen. Auch von den MitarbeiterInnen der PSZ GmbH wurde die Idee zu Beginn und im Nachhinein als sehr gut bewertet. Die Gruppendynamik der verschiedenen Gruppen unterschied sich sehr. Wichtig war die Kombination aus theoretischen und praktischen Inhalten, wobei sich die Gruppen in ihrer Präferenz unterschieden. Einigen lag mehr an praktischen Übungen, andere waren stärker an Diskussionen der Literatur interessiert. Der Gruppenzusammenhalt, die Zusammenarbeit und das Vertrauen in den Gruppen waren überall stark gegeben, obwohl sich die TeilnehmerInnen teilweise nicht kannten. Personen der Gruppe 2 hatten zu Beginn größere Hemmungen, sich in der Gruppe zu öffnen bzw. an den Gruppenübungen teilzunehmen. Dies besserte sich allerdings schon nach der zweiten Einheit. Widerstände konnten daher sehr schnell überwunden werden. Interessant war auch, dass die Übungen sehr gut angenommen wurden und alle gleich mitmachten, obwohl sich die Personen teilweise dem Lachen anderer aussetzen mussten. So führte zum Beispiel die Übung " Hokuspokuszauberei" (siehe Anhang, Falkenberg et al., 2013) gleich in der ersten Einheit zu einem lustigen Gruppengelächter.

Die Erwartungen der TeilnehmerInnen wurden zu Beginn des Trainings diskutiert; diese waren beispielsweise, mehr interessante Informationen zu Humor zu bekommen, eine weniger ernsthafte Haltung gegenüber dem Leben zu haben, einen humorvoller Umgang mit eigenen Fehlern und Schwächen sowie bei Problemen des Alltags zu lernen, dem Alltag zu entfliehen, Stress abzubauen, Angst zu reduzieren, in der Umgebung wieder humorvolle Reize wahrzunehmen, den eigenen Humor und Arten von Humor kennen lernen, wie man andere mit dem eigenen Humor beeinflussen kann sowie wieder Lachen zu lernen und in einer besseren Stimmung zu sein. Im Laufe der acht Wochen konnte man beobachten, wie sehr die TeilnehmerInnen Humor immer mehr in ihren Alltag integrierten, es wurden beispielsweise lustige Bücher und Kassetten in die Gruppe mitgenommen, die dann zusammen diskutiert wurden. Außerdem äußerten viele TeilnehmerInnen am Ende

des Trainings den Wunsch nach zusätzlichem Informationsmaterial über Humor. Von den StudienleiterInnen konnte wahrgenommen werden, dass Humor einen wesentlichen Einfluss auf die Stressbewältigung von Personen mit psychischen Störungen hat.

Aufgetretene Probleme

Es kam immer wieder zu Störungen des Ablaufs durch ein paar Personen, die sehr oft ihre persönlichen Probleme und Anliegen zum Thema der Gruppe machten und somit vom Thema abschweiften. Einige Personen hatten teilweise Probleme, die theoretischen Inhalte des Trainings kognitiv zu verstehen und sich somit an den Diskussionen zu beteiligen. In diesen Fällen wurde versucht, die Inhalte auf andere Weise darzustellen und somit Verständnis zu erlangen. Außerdem gab es bei einigen TeilnehmerInnen Schwierigkeiten, sich durchgehend zu konzentrieren, dies wurde durch regelmäßige Pausen versucht zu vermeiden. Ein weiteres Problem stellte die unterschiedliche Bearbeitungszeit der Fragebögen in der ersten und letzten Einheit des Humortrainings der TeilnehmerInnen dar. Hindernisse stellten teilweise außerdem Rollenspiele dar, da sich manche Personen zu Anfang nicht trauten, sich zu öffnen und mit zu machen.

Limitationen

Zunächst musste festgestellt werden, dass das Manual zu wenig abwechslungsreiches Material beinhaltet. Teilweise mussten zusätzliche Übungen und Rollenspiele hinzugezogen werden. Für Menschen mit schweren psychischen Störungen müsste das Manual etwas praxisrelevanter gestaltet werden, sodass die Theorie in Form von mehr Übungen vermittelt wird. Es konnten daher trotz starker Strukturierung der Einheiten nicht immer alle Inhalte besprochen werden.

Es ergab sich das Problem, dass die Stichprobe zu klein war, um die Störungsbilder innerhalb der Gruppe miteinander zu vergleichen. Eine größere Stichprobe hätte dazu geführt, die Ergebnisse repräsentativer zu machen.

Außerdem war keine Heterogenität der Störungsbilder in den Gruppen gegeben, da die Gruppen sehr klein waren.

Weitere Limitationen waren, dass die Diagnostik zu Beginn nicht von den Studienleiterinnen selbst durchgeführt wurde, sondern sich auf Diagnosen der FachärztInnen stützte. Auch konnten auf Grund der zu schützenden Privatssphäre die Einnahme der Medikation, die Nutzung von Psychotherapie und die Dauer der Nutzung der ambulanten Einrichtung nicht erhoben werden.

Außerdem konnte aus organisatorischen Gründen keine randomisierte Zuteilung der Gruppen erfolgen, was die wichtigste Einschränkung dieser Studie ist.

Zuletzt ist anzumerken, dass die StudienleiterInnen zwar schon Erfahrung im Abhalten von Gruppen haben, dies jedoch keine langjährige therapeutische Erfahrung ersetzt. Zur Unterstützung waren daher immer FachärztInnen oder BetreuerInnen im Haus, die im Notfall zur Verfügung gestanden wären. Dennoch ist die Tatsache, dass zwei GruppenleiterInnen das Training abgehalten haben als positiv hervorzuheben.

Implikationen

Aufgrund der Ergebnisse zeigen sich neue Implikationen für weiterführende Forschung. Besonders in Bezug auf das Konstrukt Gelotophobie könnte man weitere interessante Zusammenhänge untersuchen. Da es sich um eine Pilotstudie handelt, wäre es interessant, noch weitere Replikationen – auch mit Personen mit leichteren psychischen Störungen – durchzuführen. Weiters sind einige Störungsbilder, wie zum Beispiel Formen von Persönlichkeitsstörungen im Zusammenhang mit Humor kaum erforscht, auch dies könnte ein zukünftiges Forschungsfeld darstellen. Außerdem ist weitere Forschung in Bezug auf die Zusammenhänge zwischen Subjektivem Wohlbefinden und Humor wünschenswert.

Literaturverzeichnis

Abel, M. H. (2002). Humor, stress, and coping strategies. *Humor–International Journal of Humor Research, 15*, 365-381. doi: 0933–1719/02/0015– 0365

Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Qualitative Methoden. Forschungsmethoden und Evaluation*. Springer Berlin Heidelberg.

Bergner-Köther, R. (2014). *Zur Differenzierung von Angst und Depression: ein Beitrag zur Konstruktvalidierung des State-Trait-Angst-Depressions-Inventars.*Schriften aus der Fakultät der Humanwissenschaften der Otto- Friedrich- Universität in Bamberg. (Vol. 18). University of Bamberg Press.

Chen, G. H., & Martin, R. A. (2007). A comparison of humor styles, coping humor, and mental health between Chinese and Canadian university students. *Humor–International Journal of Humor Research, 20*, 215-234. doi:10.1515/HUMOR.2007.011

Cai, C., Yu, L., Rong, L., & Zhong, H. (2014). Effectiveness of humor intervention for patients with schizophrenia: A randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research, 59*, 174-178. doi: doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.09.010

Dalbert, C. (1992). Subjektives Wohlbefinden junger Erwachsener: Theoretische und empirische Analysen der Struktur und Stabilität. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, *13*, 207-220.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological bulletin*, *95*, 542-575. doi:10.1037/0033-2909.95.3.542

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-40. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.34

Faust, V. (2001). *Psychiatrie Heute–Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln*. Zugriff am: 13.01.2016. Verfügbar unter http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Int.1-Psychiatrie_heute_Fassung_2015.pdf

Falkenberg, I., Buchkremer, G., Bartels, M., & Wild, B. (2011). Implementation of a manual-based training of humor abilities in patients with depression: A pilot study. *Psychiatry Research*, *186*(2), 454-457. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.10.009

Falkenberg, I., McGhee, P. E., & Wild, B. (2013). *Humorfähigkeiten trainieren*. Stuttgart: Schattauer.

Faltermeier, K. (2013). *Evaluation einer Humortrainingsgruppe.* (Doctoral dissertation, Universität Tübingen).

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). London: Sage.

Gelkopf, M., Gonen, B., Kurs, R., Melamed, Y., & Bleich, A. (2006). The effect of humorous movies on inpatients with chronic schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 194*, 880-888. doi:10.1097/01.nmd.0000243811.29997.f7

Gelkopf, M., Sigal, M., & Kramer, R. (1994). Therapeutic use of humor to improve social support in an institutionalized schizophrenic inpatient community. *The Journal of Social Psychology*, *134*, 175-182.

Gelkopf, M., & Sigal, M. (1995). It is not enough to have them laugh: Hostility, anger, and humor-coping in schizophrenic patients. *Humor*, *8*, 273-273.

Gervais, M., & Wilson, D. S. (2005). The evolution and functions of laughter and humor: A synthetic approach. *The Quarterly Review of Biology*, *80*, 395-430. doi: 10.1086/498281

Hirsch, R.D., Junglas, K., Konradt, B., & Jonitz, M.F. (2010). Humortherapie bei alten Menschen mit einer Depression. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 43,* 42-52. doi: 10.1007/s00391-009-0086-9

Janes, L. M., & Olson, J. M. (2000). Jeer pressure: The behavioral effects of observing ridicule of others. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *26*, 474-485. doi: doi.org/10.1177/0146167200266006

Kuiper, N. A., Martin, R. A., & Olinger, L. J. (1993). Coping humour, stress, and cognitive appraisals. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 25,* 81-89.

Kuiper, N. A., McKenzie, S. D., & Belanger, K. A. (1995). Cognitive appraisals and individual differences in sense of humor: Motivational and affective implications. *Personality and Individual Differences, 19*, 359-372. doi: 10.5964/ejop.v8i3.464

Laux, L., Hock M., Bergner-Köther R., Hodapp V. & Renner K—H. (2013). *Das State-Trait-Angst-Depressions-Inventar: STADI.* Göttigen: Hogrefe.

Martin, R. A., & Kuiper, N. A. (1999). Daily occurrence of laughter: Relationships with age, gender, and Type A personality. *Journal of Humor Research*, *12*, 355-384.doi: 10.1515/humr.1999.12.4.355

Martin, R. A., & Lefcourt, H. M. (1983). Sense of humor as a moderator of the relation between stressors and moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, *45*, 1313-1320. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.45.6.1313

McGhee, P. E. (1994). *How to develop your sense of humor: An 8-Step training program for learning to use humor to cope with stress.* Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt Publishing Company.

McGhee, P. (1996). *Health, healing and the amuse system: humor as survival training.* Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt Publishing Company.

McGhee, P. E. (2010). *Humor as survival training for a stressed-out world. The 7 Humor Habits Program*. Bloomington, Indiana: Author House.

Mobbs, D., Greicius, M. D., Abdel-Azim, E., Menon, V., & Reiss, A. L. (2003). Humor modulates the mesolimbic reward centers. *Neuron*, *40*, 1041-1048. doi: http://doi.org/10.1016/S0896-6273(03)00751-7

Nevo, O. F. R. A., Aharonson, H. A. I. M., & Klingman, A. (1998). The development and evaluation of a systematic program for improving sense of humor. In Ruch (Ed.), *The sense of humor: Explorations of a personality characteristic*, (pp 385-404), Berlin: De Gruyter Mouton.

Polimeni, J. O., Campbell, D. W., Gill, D., Sawatzky, B. L., & Reiss, J. P. (2010). Diminished humour perception in schizophrenia: relationship to social and cognitive functioning. *Journal of*

Psychiatric Research, *44*, 434-440. doi: dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.10.003

Reimann, S., & Pohl, J. (2006). Stressbewältigung. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie* (S. 217-227). Berlin: Springer.

Ruch, W., & Carrell, A. (1998). Trait cheerfulness and the sense of humour. *Personality and Individual Differences, 24*, 551-558. doi: doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00221-3

Ruch, W. (Ed.). (1998). *The sense of humor: Explorations of a personality characteristic (Vol. 3).* New York: Walter de Gruyter.

Ruch, W., & Köhler, G., & Van Thriel, C. (1996). Assessing the "humorous temperament": Construction of the facet and standard trait forms of the State-Trait-Cheerfullness-Inventory – STCI. *Humor, 9,* 303-339. doi: doi.org/10.1515/humr.1996.9.3-4.303

Ruch, W., & Proyer, R. T. (2008). The fear of being laughed at: Individual and group differences in gelotophobia. *International Journal of Humor Research, 21*, 47-58. doi:https://doi.org/10.1515/HUMOR.2008.002

Ruch, W., & Proyer, R. T. (2008). Who is gelotophobic? Assessment criteria for the fear of being laughed at. *Swiss Journal of Psychology*, *67*, 19-27. doi: 10.1024/1421-0185.67.1.19.

Rusch, S. & Stolz, H. (2009). *Ist Humor lernbar? Eine Anwendung und Evaluation des 8 Stufen Programms von McGhee 1999.* Zürich: Unversität Zürich.

Robinson, V. M. (2002). *Praxishandbuch Therapeutischer Humor. Grundlagen und Anwendungen für Gesundheits-und Pflegeberufe*. Göttingen: Hogrefe.

Roder, V., Brenner, H. D., & Kienzle, N. (2002). *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophren Erkrankte (IPT).* Weinheim: BeltzPVU.

Samson, A. C., & Gross, J. J. (2012). Humour as emotion regulation: The differential consequences of negative versus positive humour. *Cognition & Emotion, 26,* 375-384. doi: http://dx.doi.org/10.1080/02699931.2011.585069

Sass, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M., & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV-TR: Textrevision.* Göttingen: Hogrefe.

Sassenrath, S. (2001). *Humor als Bewältigungsstrategie-Evaluation des 8-Stufenprogramms zur Wiederentdeckung und Stärkung des Sinnes für Humor von Paul E. McGhee.* (unveröffentlichte Diplomarbeit). Universität Wien.

Schacter, D. S., Gilbert, D. T., & Wegner, D. M. (2011). *Psychology* (2nd ed). New York, :Worth.

Strick, M., Holland, R. W., van Baaren, R. B., & Van Knippenberg, A. D. (2009). Finding comfort in a joke: consolatory effects of humor through cognitive distraction. *Emotion, 9,* 574-583. doi: 10.1037/a0015951

Szabo, A., Ainsworth, S. E., & Danks, P. K. (2005). Experimental comparison of the psychological benefits of aerobic exercise, humor, and music. *Humor, 18,* 235-246. doi: doi.org/10.1515/humr.2005.18.3.235

Titze, M. (1996). The Pinocchio Complex: Overcoming the fear of laughter. *Humor & Health Journal*, *5*, 1-11.

Tritt, K., von Heymann, F., Zaudig, M., Loew, T., Söllner, W., Fischer, H. F., & Bühner, M. (2010). Das ICD-10-Symptom-Rating (ISR): Zusammenhänge mit der SCL-90-R. Klinische Diagnostik und Evaluation, *1*, 22-37.

Uekermann, J., Channon, S., Lehmkämper, C., Abdel-Hamid, M., Vollmoeller, W., & Daum, I. (2008). Executive function, mentalizing and humor in major depression. *Journal of the International Neuropsychological Society, 14*, 55-62. doi: 10.10170S1355617708080016

Ventis, W. L., Higbee, G., & Murdock, S. A. (2001). Using humor in systematic desensitization to reduce fear. *The Journal of General Psychology, 128*, 241-253. doi: 10.1080/00221300109598911

Ziv, A. (1988). Teaching and learning with humor: Experiment and replication. *The Journal of Experimental Education*, *57*, 4-15. doi: 10.1080/00220973.1988.10806492

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Ursachen und Konsequenzen von Gelotophobie (Ruch, 2004; Ruch, Poyer, & Popa, 2008, S.51) 21

Abbildung 2. Timeline empirische Erhebung 23

Abbildung 3. Flowchart Stichprobengröße 44

Abbildung 4. Heiterkeit: Vergleich zwischen EG und KG zu T1 und T2 57

Abbildung 5. CHS: Vergleich zwischen EG und KG zu T1 und T2 59

Abbildung 6. CHS: Vergleich der EG zwischen T1 und T2, unter Kontrolle der Gelotophobie mit Median-Split (2) 81

Abbildung 7. Zwangsyndrom: Vergleich der EG zwischen T1 und T2 unter Kontrolle der Gelotophobie mit Median-Split (2) 88

Abbildung 8. Zwangsyndrom: Vergleich der EG zwischen T1 und T2 unter Kontrolle der Gelotophobie mit Cut Off (25) 89

Abbildung 9. Zusatzskala Vergleich der EG zwischen T1 und T2 unter Kontrolle der Gelotophobie mit Median-Split (2) 89

Abbildung 10. Zusatzskala Vergleich der EG zwischen T1 und T2 unter Kontrolle der Gelotophobie mit Cut Off (2,5) 90

Abbildung 11. Gesamtskala: Vergleich der EG zwischen T1 und T2 unter Kontrolle der Gelotophobie mit Median-Split (2) 90

Abbildung 12. Gesamtskala: Vergleich der EG zwischen T1 und T2 unter Kontrolle der Gelotophobie mit Median-Split (2) 91

Abbildung 13. Feedback zur Zufriedenheit mit dem Training 93

Abbildung 14. Feedback zur Einstellungs- und Verhaltensänderung 94

Abbildung 15. Feedback zum Verständnis der Inhalte 94

Abbildung 16. Feedback zum Interesse an den Themen 95

Abbildung 17. Feedback zum Aufbau der Sitzungen 96

Abbildung 18. Feedback zum Profit der Teilnehmer 96

Abbildung 19. Feedback zum Alltagsgebrauch 97

Abbildung 20. Feedback zur Weiterempfehlung des Trainings 98

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 *Häufigkeitsverteilung Geschlecht, Alter, Nationalität* 45

Tabelle 2 *Häufigkeitsverteilung Höchster erlangter Bildungsabschluss (Absolute Häufigkeiten (prozentuelle Häufigkeiten))* 46

Tabelle 3 *Darstellung der Verteilung der psychischen Störungen als Hauptdiagnose*.....47

Tabelle 4 *Darstellung der Verteilung der psychischen Störungen als Nebendiagnose* 47

Tabelle 5 *Interne Konsistenz des HSWBS zu allen drei Testzeitpunkten (α)*.....48

Tabelle 6 *Interne Konsistenz des STHI-S30 zu allen Erhebungszeitpunkte (α)* 49

Tabelle 7 *Interne Konsistenz des CHS zu allen Erhebungszeitpunkten (α)*.....49

Tabelle 8 *Interne Konsistenz des STADI (S) zu allen Erhebungszeitpunkten (α)*.....50

Tabelle 9 *Interne Konsistenz des ISR zu allen Erhebungszeitpunkten (α)* 50

Tabelle 10 *HSWBS: Vergleich innerhalb der EG zu T1 und T2* 52

Tabelle 11 *HSWBS Vergleich zwischen EG und KG zu T1 und T2*.....53

Tabelle 12 *Deskriptivstatistische Auswertung des HSWBS (M(SD))* 53

Tabelle 13 *STHI-S30: Vergleich innerhalb der EG zwischen T1 und T2* 54

Tabelle 14 *STHI-S30: Vergleich zwischen EG und KG zu T1 und T2* 56

Tabelle 15 *Deskriptivstatistische Auswertung des STHI-S30 (M (SD))*.....56

Tabelle 16 *CHS: Vergleich zwischen EG und KG zu T1 und T2* 58

Tabelle 17 *Deskriptivstatistiche Auswertung des CHS (M (SD))*.....58

Tabelle 18 *STADI (S): Vergleich innerhalb der EG zwischen T1 und T2*.....60

Tabelle 19 *STADI (S): Vergleich zwischen EG und KG zu T1 und T2* 61

Tabelle 20 *Deskriptivstatistische Auswertung des STADI (S) (M (SD))* 61

Tabelle 21 *ISR: Vergleich innerhalb der EG zwischen T1 und T2* 62

Tabelle 22 *ISR: Vergleich zwischen EG und KG zu T1 und T2* 64

Tabelle 23 *Deskriptivstatistische Auswertung des ISR (M (SD))*.....65

Tabelle 24. *HSWBS: Vergleich zwischen EG und KG zu T2 und T3* 66

Tabelle 25 *STHI-S30: Vergleich innerhalb der EG zwischen T2 und T3* 67

Tabelle 26 *STHI-S30 Vergleich der EG und KG zu T2 und T3*.....68

Tabelle 27 *CHS: Vergleich zwischen EG und KG zu T2 und T3* 69

Tabelle 28 *STADI (S): Vergleich der EG und KG zwischen T2 und T3*.....70

Tabelle 29 *ISR: Vergleich innerhalb der EG zwischen T2 und T3* 71

Tabelle 30 *ISR: Vergleich der EG und KG zwischen T2 und T3* 73

Tabelle 31 *HSWBS: Vergleich innerhalb der EG zu T1 und T2 unter Kontrolle des Geloph 15 (Median und Cut Off)* 75

Tabelle 32 *Deskriptivstatistische Auswertung des HSWBS mit Cut-off-Wert (M (SD))*.....76

Tabelle 33 *Deskriptivstatistische Auswertung des HSWBS mit Median-Split (M (SD))* 76

Tabelle 34 *STHI-S30: Vergleich innerhalb der EG zu T1 und T2 unter Kontrolle des Geloph 15 (Median und Cut Off)*.....78

Tabelle 35 *Deskriptivstatistische Auswertung des STHI-S30 mit Cut-off-Wert (M (SD))* .79

Tabelle 36 *Deskriptivstatistische Auswertung des STHI-S30 mit Median-Split (M (SD))* .79

Tabelle 37 *CHS: Vergleich innerhalb der EG zu T1 und T2 unter Kontrolle des Geloph 15 (Median und Cut Off)* 80

Tabelle 38 *Deskriptivstatistische Auswertung des CHS mit Cut-off-Wert (M (SD))*.....81

Tabelle 39 *Deskriptivstatistische Auswertung des CHS mit Median-Split (M (SD))* 81

Tabelle 40 *STADI (S): Vergleich innerhalb der EG zu T1 und T2 unter Kontrolle des Geloph 15 (Median und Cut Off)*.....83

Tabelle 41 *Deskriptivstatistische Auswertung des STADI (S) mit Cut-off-Wert (M (SD))*.83

Tabelle 42 *Deskriptivstatistische Auswertung des STADI (S) mit Median-Split (M (SD))* 84

Tabelle 43 *ISR: Vergleich innerhalb der EG zu T1 und T2 unter Kontrolle des Geloph 15 (Median und Cut Off)* 86

Tabelle 44 *Deskriptivstatistische Auswertung des ISR mit Cut-off-Wert (M (SD))* 87

Tabelle 45 *Deskriptivstatistische Auswertung des ISR mit Median-Split (M (SD))*.....88

Tabelle 46 *Deskriptivstatistische Auswertung des Feedbacks (M(SD), Md)* 92

Anhang

Abstract

Ziel der Studie: Humor ist keine Eigenschaft, die man hat oder nicht, sondern eine, die sich genauso über die Lebensspanne entwickelt und die trainiert werden kann. Humor hat einen positiven Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen, allerdings fällt es Personen mit (schweren) psychischen Störungen oft schwer Humor und Heiterkeit zu erleben. Das Ziel dieser Studie ist es zu untersuchen, ob ein Humortraining auch bei Menschen mit schweren bzw. chronischen psychischen Störungen zu einer Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens, Heiterkeit, Ängstlichkeit, Depressivität und Stressbewältigung führen kann. **Methode:** 54 KlientInnen einer örtlichen psychosozialen Einrichtung nahmen an der Studie teil. 28 Personen erhielten ein 8-wöchiges Humortraining und 26 Personen erhielten kein Training, sondern füllten nur die Fragebögen aus. Nach weiteren sechs Wochen gab es eine Follow-Up- Messung. Untersucht wurden die Konstrukte Stressbewältigung, Heiterkeit, Ernsthaftigkeit und schlechte Laune, subjektives Wohlbefinden und Depressive-, Angst- und Zwangsymptomatiken. Darüber hinaus wurde Gelotophobie (Angst vor dem Ausgelacht werden) als Moderator untersucht. **Ergebnisse:** In der Humorgruppe zeigte sich eine Verbesserung der Stressbewältigung mit Humor, welche auch noch beim Follow-up beobachtbar war. Menschen, die höhere Werte in der Gelotophobie hatten, profitierten mehr vom Humortraining als Personen mit nierdrigen Werten. **Fazit:** Dies war eine der ersten Studien, in der ein Humortraining mit Menschen mit (schweren) chronischen psychischen Störungen durchgeführt wurde. Außerdem wurde Gelotophobie als neue Variable in die Untersuchung miteinbezogen. Betrachtet man die Ergebnisse, so sind noch weitere Untersuchungen erforderlich, um die Auswirkungen von Humor auf Menschen mit (schweren) psychischen Störungen genauer zu verstehen.

Schlüsselwörter: Humortraining, Stressbewältigung, schwere psychische Störungen, Gelotophobie, Heiterkeit

Abstract

Objective: Humor is not just a trait that someone has or not, it can develop over time and can also be trained. Humor can have positive influence on health and well-being. People with severe mental disorders though, often have difficulties in experiencing and understanding humor. The present study examines, if humor training can improve psychopathological symptoms and has an influence on subjective well- being, cheerfulness and stresscoping with humor.

Methods: 54 people with severe mental disorders participated in the study. 28 people received an 8- week humor training and 26 people received no training. Outcome variables were measured before and after the training and additionally six weeks after training had ended and were coping humor, cheerfulness, well-being, depression, anxiety and symptomatology. Additionally, gelotophobia was measured as moderator variable.

Results: The humor group showed an improvement in coping humor, which was stable till follow up. Participants who scored higher in Gelotophobia profited more from humor training than people with lower scores.

Conclusion: The results show that further research is needed to find out more about the effectiveness of humortraining on people with mental disorders. This pilot study shows that humor can have a positive influence on people with severe mental illnesses and underlines the importance of humor in therapy.

Anhang A – Aushänge und Informed Consent

☺TeilnehmerInnen für eine Humorgruppe gesucht ☺!

Lachen Sie gern? Möchten Sie etwas über Ihren eigenen Humor erfahren und Ihre Humorfähigkeiten trainieren? Im Rahmen einer Studie für ein Masterarbeitsprojekt an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien bieten wir die **kostenlose** Gruppe „Humorfähigkeiten trainieren“ an. Es geht darum, den eigenen Humor wiederzuentdecken, und dadurch mit Stress und Belastungen besser fertig zu werden!

Ablauf: 1 Sitzung pro Woche, insgesamt 8 Sitzungen

Dauer: 60-90 Minuten

Beginn: Freitag, 3. Juni 2016

Uhrzeit: 14:00 bis 15:30

Ort: PSZ CLUB

Inhalte: Informationen über Humor, Übungen, Diskussionen

GruppenleiterInnen: Marlene Faschinbauer, Bsc und Mag. Teresa Mussuros, Bsc
1. Sitzung: Sinn für Humor hat jeder – ich auch
2. Sitzung: Ernsthaftigkeit im Endstadium? Der Wert einer spielerischen Haltung
3. Sitzung: Witze erzählen und lachen
4. Sitzung: Mit Worten spielen und Humor entstehen lassen
5. Sitzung: Alltäglicher Humor
6. Sitzung: Über sich selbst lachen lernen
7.Sitzung: In Stresssituationen den Humor nicht verlieren
8. Sitzung: Abschlussrunde

Voraussetzung für die Teilnahme:

Gute Deutschkenntnisse

Regelmäßige Teilnahme

Für eine **verbindliche Anmeldung** füllen Sie bitte folgende Felder aus und geben sie diesen Flyer im PDS/Club ab:

Nachname, Vorname:_____

Telefonnummer:_____

E-mail:_____

☺ Wir freuen uns über Ihre Teilnahme und kontaktieren Sie telefonisch, um die Anmeldung zu bestätigen. ☺

Studie „Humor als therapeutisches Mittel“

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

im Rahmen der Masterarbeit von Frau Marlene Faschingbauer, Bsc und Frau Mag. Teresa Mussuros ,Bsc (Fachbereich Psychologie, Universität Wien) findet eine Interventionsstudie statt, die untersuchen soll, ob sich Humor positiv auf Faktoren, wie subjektives Wohlbefinden, Stresscoping und Heiterkeit und somit auf die psychische Gesundheit auswirkt. Dabei werden Sie darum gebeten zu Beginn und am Ende einige Fragen zu beantworten und infolge an insgesamt acht Einheiten einer Humorgruppe teilzunehmen. Vier Wochen nach Abschluss der Humorgruppe werden Sie nochmals gebeten den Fragebogen auszufüllen. Die Einheiten der Humorgruppe werden jeweils 60-90 Minuten dauern. Weiters ist ihre Teilnahme freiwillig und ein Abbruch ist jederzeit (auch während des Seminars) möglich und sollte sofort den Studienleiterinnen mitgeteilt werden. Es entsteht für Sie dabei kein Nachteil.

Bei Fragen und Anregungen während und nach der Studienteilnahme melden Sie sich persönlich an die Studienleiterinnen per Email: humorgruppe@gmail.com. Bei zusätzlichen Fragen, Anregungen oder Beschwerden können Sie sich ergänzend dazu an die begutachtende Ethikkommission der Universität Wien melden: ethikkommission@univie.ac.at

Alle Daten, die im Rahmen der Studie erfasst werden, dienen lediglich wissenschaftlichen Zwecken und werden vertraulich behandelt. Es sind keine Rückschlüsse auf die teilnehmende Person vorgesehen und möglich.

Nach der Teilnahme werden Sie über das Ziel der Studie aufgeklärt und erhalten ein Informationsblatt zur Studie, sowie eine Kopie Ihrer unterschriebenen Einverständniserklärung.

Mit Ihrer Teilnahme tragen Sie einen wichtigen Beitrag zur psychologischen Forschung bei.

Hiermit erkläre ich,……..(Nachname, Vorname, Geburtsdatum), dass ich die Einverständniserklärung zur Studie sorgfältig gelesen und verstanden habe und meine Teilnahme auf freiwilliger Basis beruht. Eine Kopie der Einverständniserklärung wird mir ausgehändigt. Etwaige Fragen wurden vor Beginn der Teilnahme gestellt und geklärt.

Ich erkläre mich hiermit,

☐ einverstanden

☐ nicht einverstanden

an der Studie teilzunehmen. Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen des Forschungsprojektes erhobenen Daten und Ergebnisse in anonymisierter Form zu Forschungszwecken verwendet werden können.

…….
…….

Ort, Datum Unterschrift TeilnehmerIn

…….
…….

Ort, Datum Unterschrift Studienleiterinnen

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Marlene Faschinbauer, Bsc

Mag. Teresa Mussuros, Bsc

universität wien

Studie „Humor als therapeutisches Mittel“

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

im Rahmen der Masterarbeit von Frau Marlene Faschingbauer, Bsc und Frau Mag. Teresa Mussuros, Bsc (Fachbereich Psychologie, Universität Wien) findet eine Interventionsstudie statt, die untersuchen soll, ob sich Humor positiv auf Faktoren, wie subjektives Wohlbefinden, Stressbewältigung und Heiterkeit und somit auf die psychische Gesundheit auswirkt. Dabei werden Sie darum gebeten zu drei Zeitpunkten einige Fragen zu beantworten.

Ihre Teilnahme freiwillig und ein Abbruch ist jederzeit möglich und sollte sofort den Studienleiterinnen mitgeteilt werden. Es entsteht für Sie dabei kein Nachteil.

Bei Fragen und Anregungen während und nach der Studienteilnahme melden Sie sich persönlich an die Studienleiterinnen per Email: humorgruppe@gmail.com. Bei zusätzlichen Fragen, Anregungen oder Beschwerden können Sie sich ergänzend dazu an die begutachtende Ethikkommission der Universität Wien melden: ethikkommission@univie.ac.at

Alle Daten, die im Rahmen der Studie erfasst werden, dienen lediglich wissenschaftlichen Zwecken und werden vertraulich behandelt. Es sind keine Rückschlüsse auf die teilnehmende Person vorgesehen und möglich.

Nach der Teilnahme werden Sie über das Ziel der Studie aufgeklärt und erhalten ein Informationsblatt zur Studie, sowie eine Kopie Ihrer unterschriebenen Einverständniserklärung.

Mit Ihrer Teilnahme tragen Sie einen wichtigen Beitrag zur psychologischen Forschung bei.

Hiermit erkläre ich,……..(Nachname, Vorname, Geburtsdatum), dass ich die Einverständniserklärung zur Studie sorgfältig gelesen und verstanden habe und meine Teilnahme auf freiwilliger Basis beruht. Eine Kopie der Einverständniserklärung wird mir ausgehändigt. Etwaige Fragen wurden vor Beginn der Teilnahme gestellt und geklärt.

Ich erkläre mich hiermit,

- □ einverstanden
- □ nicht einverstanden

an der Studie teilzunehmen. Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen des Forschungsprojektes erhobenen Daten und Ergebnisse in anonymisierter Form zu Forschungszwecken verwendet werden können.

…… ……

Ort, Datum Unterschrift TeilnehmerIn

…… ……..

Ort, Datum Unterschrift StudienleiterInnen

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Marlene Faschinbauer, Bsc

Mag. Teresa Mussuror

Studie „Humor als therapeutisches Mittel“

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen der Masterarbeit von Frau Marlene Faschingbauer, Bsc und Frau Mag. Teresa Mussuros, Bsc (Fachbereich Psychologie, Universität Wien) findet eine Interventionsstudie statt, die untersuchen soll, ob sich Humor positiv auf Faktoren, wie subjektives Wohlbefinden, Stresscoping und Heiterkeit und somit auf die psychische Gesundheit auswirkt. Dabei werden Sie darum gebeten zu Beginn und am Ende einige Fragen zu beantworten und infolge an insgesamt acht Einheiten einer Humorgruppe teilzunehmen. Weiters ist ihre Teilnahme freiwillig und ein Abbruch ist jederzeit (auch während des Seminars) möglich und sollte sofort den Studienleiterinnen mitgeteilt werden. Es entsteht für Sie dabei kein Nachteil.

Die Humorgruppe dauert insgesamt acht Wochen (eine Einheit pro Woche), vier Wochen nach Abschluss des Seminares werden Sie nochmals gebeten den Fragebogen auszufüllen.

Die Humorgruppe findet in den Räumlichkeiten des Clubs der PSZ GmbH statt.

Falls Sie Interesse haben teilzunehmen, können Sie sich gerne bei den Studienleiterinnen/Leitung des Clubs melden, um die Teilnahme zu vereinbaren.

Kontaktdaten: Frau Marlene Faschinbauer, Bsc und Frau Mag. Teresa Mussuros, Bsc

Email: humorgruppe@gmail.com

Vielen Dank für Ihr Interesse!

Mit freundlichen Grüßen,

Marlene Faschingbauer, Bsc

Mag. Teresa Mussuros, Bsc

Anhang B – Instrumente

Kennwort:
"ersten zwei Buchstaben des Vornamens der Mutter"
"ersten zwei Buchstaben des Vornamens des Vaters"
"Geburtsjahr"

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

Im Rahmen unserer Masterarbeit am Fachbereich Psychologie der Universität Wien erforschen wir, wie sich Humor auf Faktoren wie subjektives Wohlbefinden, Stresscoping und Heiterkeit auswirkt.

Die Teilnahme an der Umfrage erfolgt selbstverständlich vollkommen anonym. Es können keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie an unserer Umfrage teilnehmen. Sie helfen damit uns und der Humorforschung sehr weiter!

Herzlichen Dank!

Marlene Faschingbauer, BSc & Mag.ª Teresa Mussuros, BSc

Demografische Daten

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrer Person:

1. Geschlecht

☐ Männlich
☐ Weiblich

2. Alter

_____ Jahre

3. Nationalität

_____

4. Was ist ihr höchster erlangter Bildungsabschluss?

☐ Kein Schulabschluss
☐ Pflichtschule
☐ Lehre

☐ Matura
☐ Universität/Fachhochschule

5. Bitte führen Sie Ihre aktuelle(n) psychische Diagnose(n) an

_____

Bitte beurteilen Sie im Folgenden wie es Ihnen **in den letzten zwei Wochen** gegangen ist und wie zufrieden Sie mit Ihrem Leben waren. Nehmen Sie bitte zu jeder der folgenden Aussagen Stellung und entscheiden Sie, inwieweit jede auf Sie ganz persönlich zutrifft. Kreuzen Sie dazu bitte jeweils eine Zahl zwischen 1 und 6 an, und lassen Sie bitte keine Aussage aus.

In den letzten zwei Wochen	**Stimmt genau**	**Stimmt weitgehend**	**Stimmt ein wenig**	**Stimmt eher nicht**	**Stimmt weitgehend nicht**	**Stimmt überhaupt nicht**
(1) Hätte mein Leben kaum glücklicher sein können.	6	5	4	3	2	1
(2) Fühlte ich mich meist ziemlich fröhlich.	6	5	4	3	2	1
(3) Glaubte ich, dass sich vieles erfüllen wird, was ich mir erhofft habe	6	5	4	3	2	1
(4) Hatte ich das Gefühl, dass ich meinem bisherigen Leben viel von dem erreicht habe, was ich mir erhofft hatte.	6	5	4	3	2	1
(5) Hielt ich mich für eine glückliche Person	6	5	4	3	2	1
(6) War ich mit meinem Leben zufrieden.	6	5	4	3	2	1
(7) Glaubte ich, dass mir die Zeit noch einige interessante und erfreuliche Dinge bringen wird.	6	5	4	3	2	1

(8) War ich nicht so fröhlich wie die meisten Menschen	6	5	4	3	2	1
(9) War ich mit meiner Lebenssituation zufrieden.	6	5	4	3	2	1
(10) War ich selten in wirklicher Hochstimmung.	6	5	4	3	2	1
(11) Habe ich im Allgemeinen mehr die Sonnenseiten des Lebens gesehen	6	5	4	3	2	1
(12) War ich zufrieden mit meinem bisherigen Leben	6	5	4	3	2	1
(13) Fühlte ich mich meist so, als ob ich vor Freude übersprudeln würde.	6	5	4	3	2	1

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die sich auf Ihre **augenblickliche Stimmung** beziehen. Versuchen Sie bitte, Ihre **momentane, gefühlsmäßige Stimmung** zu beschreiben, indem Sie eine von vier Antwortalternativen ankreuzen.

	Trifft gar nicht zu	**Trifft eher nicht zu**	**Trifft etwas zu**	**Trifft sehr zu**
1. Ich habe schlechte Laune	1	2	3	4
2. Ich bin ausgelassen	1	2	3	4
3. Ich bin eher auf Ernstes eingestellt	1	2	3	4
4. Ich bin betrübt	1	2	3	4
5. Mir gehen jetzt wichtige Dinge durch den Kopf	1	2	3	4
6. Ich bin fröhlich	1	2	3	4

7. Ich bin nachdenklich	1	2	3	4
8. Ich bin in gehobener Stimmung	1	2	3	4
9. Ich bin deprimiert	1	2	3	4
10. Meine Geisteslage ist durch Ernsthaftigkeit geprägt	1	2	3	4
11. Ich bin genervt	1	2	3	4
12. Ich bin heiter	1	2	3	4
13. Mir ist zum Lachen zumute	1	2	3	4
14. Ich bin traurig	1	2	3	4
15. Mir ist nicht nach Oberflächlichem zumute	1	2	3	4
16. Ich bin lustig	1	2	3	4
17. Ich bin ernst	1	2	3	4
18. Ich fühle mich unwohl	1	2	3	4
19. Ich bin verdrossen	1	2	3	4
20. Ich bin zu Späßen aufgelegt	1	2	3	4
21. Ich habe tiefergehende Gedanken	1	2	3	4
	Trifft gar nicht zu	**Trifft eher nicht zu**	**Trifft etwas zu**	**Trifft sehr zu**
22. Ich bin verstimmt	1	2	3	4
23. Ich würde mich lieber mit ernsten Dingen beschäftigen	1	2	3	4
24. Ich bin amüsiert	1	2	3	4
25. Ich betrachte meine Lage sachlich und nüchtern	1	2	3	4
26. Ich fühle mich niedergeschlagen	1	2	3	4
27. Ich bin beschwingt	1	2	3	4
28. Ich bin eher auf sinnvolle Dinge eingestellt	1	2	3	4

29. Ich bin vergnügt	1	2	3	4
30. Ich bin in missmutiger Stimmung	1	2	3	4

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Beispielen, die sich auf die **Anwendung von Humor** in ihrem Leben beziehen. Nehmen Sie bitte zu jeder der folgenden Aussagen Stellung und entscheiden Sie, inwieweit jede auf Sie ganz persönlich zutrifft.

	Ich stimme nicht zu	**Ich stimme eher nicht zu**	**Ich stimme eher zu**	**Ich stimme zu**
1. Ich verliere oft meinen Humor wenn ich Probleme habe.	•	•	•	•
2. Ich habe oft festgestellt, dass sich meine Probleme erheblich verringert haben, wenn ich versucht habe etwas Lustiges daran zu finden.	•	•	•	•
3. Wenn ich in einer angespannten Situation bin, suche ich gewöhnlich nach etwas Lustigem, das ich sage.	•	•	•	•
4. Ich muss zugeben, dass mein Leben wahrscheinlicher leichter wäre, wenn ich mehr Humor hätte.	•	•	•	•
5. Ich habe oft das Gefühl, dass es in einer Situation, in der ich entweder weinen oder lachen musste, besser ist zu lachen.	•	•	•	•
6. Selbst in schwierigen Situationen finde ich üblicherweise etwas worüber ich lachen oder Scherze machen kann.	•	•	•	•
7. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Humor oft eine sehr effektive Strategie ist, um Probleme zu bewältigen	•	•	•	•

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, mit denen sie Ihren **augenblicklichen Zustand** beschreiben können. Welche Gefühle empfinden Sie und was geht Ihnen durch den Kopf? Bitte schätzen Sie ein, inwieweit jede der nachstehenden Aussagen **jetzt im Moment auf sie zutrifft.**

	Überhaupt nicht	**Ein wenig**	**Ziemlich**	**Sehr**
1. Mein Herz schlägt schnell.	•	•	•	•

2. Ich grüble über meine Situation nach.	•	•	•	•
3. Ich bin froh.	•	•	•	•
4. Mir ist zum Heulen zumute.	•	•	•	•
5. Ich bin kribbelig.	•	•	•	•
6. Ich mache mir Gedanken über meine Situation.	•	•	•	•
7. Ich bin gut drauf.	•	•	•	•
8. Ich bin schlechter Stimmung.	•	•	•	•
9. Ich bin unruhig.	•	•	•	•
10. Ich mache mir Sorgen über das, was auf mich zukommt.	•	•	•	•
11. Ich bin gut gelaunt.	•	•	•	•
12. Mir geht es schlecht.	•	•	•	•
13. Ich bin nervös.	•	•	•	•
14. Ich bin unsicher, ob alles gut gehen wird.	•	•	•	•
15. Ich fühle mich beschwingt.	•	•	•	•
16. Ich bin deprimiert.	•	•	•	•
17. Ich bin aufgeregt.	•	•	•	•
18. Ich mache mir viele Gedanken.	•	•	•	•
19. Ich bin in guter Stimmung.	•	•	•	•
20. Ich bin unglücklich.	•	•	•	•

Hier ist eine Liste von Beschwerden, an denen Menschen leiden können. Einige der genannten Beschwerden können aktuell auf Sie selbst zutreffen. Bitte geben Sie jetzt an, ob und wie stark die nachfolgenden Beschwerden in den **letzten zwei Wochen** auf Sie selbst zutreffen. Bitte beantworten Sie jetzt spontan und zügig jede der folgenden Aussagen.

	Trifft nicht zu	**Trifft kaum zu**	**Trifft ziemlich zu**	**Trifft deutlich zu**	**Trifft extrem zu**
1. Meine Stimmung ist gedrückt/niedergeschlagen	0	1	2	3	4
2. An Dingen, die ich normalerweise gern mache, habe ich keine richtige Freude mehr	0	1	2	3	4

3. Ich habe nicht genug Energie, wenn ich etwas tun will und werde schnell müde	0	1	2	3	4
4. Ich fühle mich wertlos/traue mir nichts zu	0	1	2	3	4
5. Ich bekomme unerklärliche Angstattacken oder Angst in Situationen, die anderen Menschen harmlos erscheinen	0	1	2	3	4
6. In starken Angstsituationen habe ich plötzlich auftretende körperliche Beschwerden, z. B. Herzklopfen/-rasen, Atemnot, Schwindel, Druck auf der Brust, Kloß im Hals, Zittern oder innere Unruhe bzw. Anspannung	0	1	2	3	4
7. Ich versuche bestimmte Situationen, die mir Angst machen, zu vermeiden	0	1	2	3	4
8. Schon die Vorstellung, dass ich wieder eine Angstattacke erleiden könnte, macht mir Angst	0	1	2	3	4
9. Ich leide unter meinen ständig wiederkehrenden, sinnlosen Gedanken oder Handlungen, gegen die ich mich aber nicht wehren kann (z.B. Hände waschen)	0	1	2	3	4
10. Ich leiste Widerstand gegen immer wiederkehrende, unsinnige Gedanken oder Handlungen, auch wenn mir das nicht immer gelingt.	0	1	2	3	4
11. Ich leide unter quälenden, sinnlosen Gedanken oder Handlungen, die mein normales Leben beeinträchtigen.	0	1	2	3	4
12. Ich habe das Bedürfnis, wegen unerklärlichen körperlichen Beschwerden zum Arzt zu gehen.	0	1	2	3	4
	Trifft nicht zu	**Trifft kaum zu**	**Trifft ziemlich zu**	**Trifft deutlich zu**	**Trifft extrem zu**

13. Ich leide unter der ständigen quälenden Sorge, körperlich krank zu sein.	0	1	2	3	4
14. Verschiedene Ärzte versichern mir, dass ich keine ernsthafte körperliche Erkrankung habe, doch es fällt mir schwer, ihnen zu glauben	0	1	2	3	4
15. Ich kontrolliere mein Gewicht durch kalorienarmes Essen oder Erbrechen oder Medikamente (z.B. Abführmittel) oder ausgedehnten Sport	0	1	2	3	4
16. Viele meiner Gedanken kreisen um das Essen, und ich habe ständig Angst, Gewicht zuzunehmen	0	1	2	3	4
17. Ich beschäftige mich viel damit, wie ich Gewicht abnehmen kann	0	1	2	3	4
18. Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren.	0	1	2	3	4
19. Ich denke darüber nach, mich umzubringen	0	1	2	3	4
20. Ich habe Schlafprobleme	0	1	2	3	4
21. Ich habe einen schlechten Appetit	0	1	2	3	4
22. Ich bin vergesslich	0	1	2	3	4
23. Ich leide unter immer wiederkehrenden Träumen oder Erinnerungen an schreckliche Erlebnisse	0	1	2	3	4
24. Ich habe psychische Probleme aufgrund schwerer Alltagsbelastungen (z.B. schwere Erkrankung, Verlust der Arbeit oder Trennung vom Partner)	0	1	2	3	4
25. Meine Gefühle und Erfahrungen empfinde ich auf einmal nicht mehr als meine eigenen	0	1	2	3	4
26. Die Menschen und meine Umgebung erscheinen mir auf einmal unwirklich, fern, leblos	0	1	2	3	4
27. Ich fühle mich in der Ausübung meiner Sexualität beeinträchtigt	0	1	2	3	4
28. Ich habe mich in den	0	1	2	3	4

letzten Jahren nach einer extremen Belastung (z.B. Schädel-Hirn-Verletzung, Kriegserlebnisse oder Missbrauch) dauerhaft verändert					

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihr Fühlen, Handeln und Wahrnehmen **im allgemeinen**.
Versuchen Sie bitte anhand der folgenden Aussagen Ihre **üblichen Verhaltensweisen** und Einstellungen
so gut wie möglich zu beschreiben, indem Sie eine von vier Antwortmöglichkeiten ankreuzen. Die vier
Alternativen lauten:

(1) … trifft gar nicht zu
(2) … trifft eher nicht zu
(3) … trifft etwas zu
(4) … trifft sehr zu

Sollten Sie einmal Schwierigkeiten haben, zu einer Frage Ihre Antwort zu finden, kreuzen Sie bitte die
am ehesten zutreffende an. Kreuzen Sie bitte zu jeder Aussage eine der vier Antwortmöglichkeiten an,
und lassen Sie keine Frage aus.

	trifft garnicht zu	**trifft eher nicht zu**	**trifft etwas zu**	**trifft sehr zu**
1. Wenn in meiner Gegenwart gelacht wird, werde ich misstrauisch.	1	2	3	4
2. Ich vermeide es, mich in der Öffentlichkeit zu zeigen, weil ich fürchte, dass die Leute meine Unsicherheit erkennen und sich über mich lustig machen könnten.	1	2	3	4
3. Wenn Fremde in meiner Gegenwart lachen, beziehe ich dies häufig auf mich.	1	2	3	4
4. Blickkontakt zu halten fällt mir schwer, weil ich mich davor fürchte, abschätzig beurteilt zu werden.	1	2	3	4

5. Ich kontrolliere mich stark, um nicht unangenehm aufzufallen und mich dadurch lächerlich zu machen.	1	2	3	4
6. Ich glaube, dass ich auf andere unfreiwillig komisch wirke.	1	2	3	4
7.Obwohl ich mich häufig einsam fühle, neige ich dazu, sozialen Aktivitäten aus dem Wege zu gehen, um mich vor Verspottungen zu schützen.	1	2	3	4
8. Wenn ich irgendwo einmal peinlich aufgefallen bin, meide ich diesen Ort konsequent.	1	2	3	4
9. Wenn ich nicht Angst hätte, mich lächerlich zu machen, würde ich in der Öffentlichkeit viel mehr sprechen.	1	2	3	4
10. Wenn ich von jemandem ausgelacht wurde, kann ich mit diesem Menschen nie wieder unbefangen umgehen.	1	2	3	4
11. Es dauert sehr lange, bis ich mich davon erhole, von anderen ausgelacht worden zu sein.	1	2	3	4
12. Beim Tanzen fühle ich mich unwohl, weil ich überzeugt bin, dass ich auf diejenigen, die mich dabei beobachten, lächerlich wirke.	1	2	3	4
13. Gerade dann, wenn ich mich relativ unbeschwert fühle, ist die Gefahr besonders gross, dass ich unangenehm auffalle und auf andere komisch wirke.	1	2	3	4
14. Wenn ich von anderen verspottet werde, verliere ich	1	2	3	4

meine Fassung und bin nicht mehr fähig, meine Bewegungsabläufe angemessen zu steuern.				
15. Wenn ich mich vor anderen blamiert habe, erstarre ich völlig und bin unfähig, mich angemessen zu verhalten.	1	2	3	4

Feedbackbogen

1) Wie zufrieden waren Sie mit dem Training insgesamt?

Sehr zufrieden	1	2	3	4	5	Sehr unzufrieden

2) Hat sich Ihr Verhalten und Ihre Einstellung durch dieses Training verändert?

Sehr stark	1	2	3	4	5	Gar nicht

3) Die Inhalte der einzelnen Sitzungen waren für mich gut verständlich.

Stimmt genau	1	2	3	4	5	Stimmt gar nicht

4) Die angesprochenen Themen fand ich interessant.

Stimmt genau	1	2	3	4	5	Stimmt gar nicht

5) Der Aufbau der Sitzungen hatte eine logische und nachvollziehbare Reihenfolge.

Stimmt genau	1	2	3	4	5	Stimmt gar nicht

6) Würden Sie das Training weiter empfehlen?

Ganz bestimmt	Vielleicht	Nein
1	2	3

7) Negativ fand ich am Training (Stichpunkte):

8) Positiv fand ich am Training (Stichpunkte):

Anhang C - Trainingsmaterial

Humorfähigkeit trainieren

Modifikation des Manuals „Humorfähigkeit trainieren“ von Falkenberg, McGhee & Wild (2013)

Im Rahmen der Masterarbeit „Humor als therapeutisches Mittel“ von

Marlene Faschingbauer
Teresa Mussuros

1 Sitzung pro Woche 90 Minuten, 6-10 Personen, kontinuierliche Einheiten wichtig, da Trainingseffekt erhöht wird

3 Teile:

- Einheit 1-4: Einführung zum Humor und damit assoziierte Phänomene
- Einheit 5: Hinwendung zur spontan auftretender Komik in Alltagssituationen
- Einheit 6-7: Coping Funktion von Humor
- Einheit 8: Rückblick, Wiederholungen, Zusammenfassung von Gelerntem

Ablauf:

- Beginn: Auflockerungsübungen: um in eine entspannte und spielerische Stimmung zu kommen
- Kurze Zusammenfassung der letzten Stunde sowie die Klärung offener Fragen
- Durchgeführten Humoraufgaben werden besprochen
- Thema der aktuellen Sitzung wird eingeführt, Basisinformationen erarbeiten – Handouts werden ausgeteilt
- Abschlussspiel oder Vorführung eines lustigen Filmes
- Aufgaben: Einübung und Durchführung der vorgestellten Technik und Nachbereitung der Sitzung mit Informations- und Arbeitsmaterialien

Teilnehmer einbeziehen, selbstständige Anwendung des Erlernten, konkrete Beispiele und Übungen

1. Sitzung: Sinn für Humor hat jeder – ich auch

Aufwärmübung:

- Jeder Teilnehmer nennt seinen Namen und macht ein Geräusch, eine Geste oder zeigt einen Gesichtsausdruck, der ausdrückt wie er sich gefühlt hat, als er den Gruppenraum betreten hat

Überblick über Ablauf, Ziele, Inhalte des Programms

Gruppenregeln erarbeiten

Welche Erwartungen haben die Teilnehmer? Welche Rolle spielt der Übungsleiter?

- Erwartungen sollten notiert werden, damit man danach schauen kann ob sie erfüllt wurden
- Unrealistische Erwartungen gleich korrigieren
- Auflockerungsspiel: „Hokuspokuszauberei“

Diskussion: Warum ist der Sinn für Humor so wichtig?

- Teilnehmer sollen die Hand heben wenn sie der Meinung sind das ihre Arbeitskollegen/Pfleger/Therapeuten mehr Humor haben sollten. Dies zeigt das man gerne mit humorvollen Personen zusammen ist
- Teilnehmer sollen diskutieren warum sie Sinn für Humor für eine wichtige Eigenschaft halten (Stichpunkte können auf Tafel gesammelt werden)

  Eigenschaften die vorkommen sollten: Humor ist wichtig ...

  um sich selbst aufheitern zu können

  als sozialer Faktor

  da er einen positiven Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden hat

  um mit Stress besser umgehen zu können

10 Minuten Pause

Diskussion: Was bedeutet es, Sinn für Humor zu haben?

- Eigene Definition der Teilnehmer
- Definition von McGhee:
    - Den Humor anderer wertzuschätzen
    - Sich selbst humorvoll zu verhalten
    - Humor im Alltag sehen können
    - Über sich selbst lachen können
    - In Stresssituationen Humor einsetzen zu können
- Schwierigkeiten bei Definition von Humor, aber wichtig:
    - Emotionale, kognitive und soziale Aspekte von Humor

Negative Aspekte von Humor (Rassismus, Sarkasmus, Verletzung eines anderen durch Humor,..) In welchen Situationen ist Humor unvorteilhaft?

Geschlechterunterschiede bei Humor

Diskussion: Der eigene Sinn für Humor

- Beispiele von Witzen oder Cartoons
- Humorvorlieben
- Übung: der eigene Sinn für Humor

Humoraufgaben:

- Karteikarte 1

  Suchen Sie sich jede Woche einen Cartoon, der eine Bedeutung für sie hat und hängen Sie ihn an sichtbarer Stelle auf. Bringen Sie ihren Lieblingscartoon zur nächsten Stunde mit.

Thema der nächsten Sitzung ankündigen

Abschlussspiel: „Schlangenbändiger“

Am Anfang sind die Teilnehmer meist noch gehemmt, wichtig ist, sie schnell mit einen Spiel aus der Reserve zu locken und die Angst zu nehmen

Wichtig bei depressiven Patienten: Das Bemerken, dass der Sinn für Humor nicht mehr so leicht zu Verfügung steht kann zusätzlich deprimierend sein → Darauf hinweisen dass Humor eine Ressource ist, die bei jedem Menschen angelegt ist aber nicht immer genutzt wird. Dass die Teilnehmer Sinn für Humor haben, haben sie bereits bewiesen, weil sie sich für das Seminar angemeldet haben

2. Sitzung: Ernsthaftigkeit im Endstadium? Der Wert einer spielerischen Haltung

Auflockerungsübung

- „Minister für komische Gangarten“

Wiederholung der letzten Stunde

Besprechung der Humoraufgaben

Einstieg in das Thema

- Begriff der Ernsthaftigkeit im Endstadium (Zustand der durch dauerhafte Ernsthaftigkeit gekennzeichnet ist, keine Hoffnung auf Heilung. Welche Fähigkeiten gibt es, die Ernsthaftigkeit abzulegen und eine spielerische Haltung einzunehmen?)
- Übung: Ernst oder nicht Ernst (Verständnis verstärken)
- „Heilmittel“: Einnehmen einer spielerischen Haltung um Freude, Lebendigkeit und Spaß wieder zu entdecken. Gilt als Voraussetzung für Wahrnehmung humorvoller Ereignisse oder Situationen
- Hin und Herwechseln zwischen ernsten und spielerischen Haltung, entsprechend der jeweiligen Situation

Hat Spielen eine wichtige biologische Funktion?

Fähigkeiten die man als Kind im Spiel lernt und die im Erwachsenenalter sehr wichtig sind: Soziales Verhalten und Intelligenz

Kreatives Denken, Intelligenz, Problemlösefähigkeit wird trainiert

Die Spielerische Haltung zurück gewinnen

- Praktische Übungen (Personenraten, Obstsalat)

Humoraufgaben

- Karteikarte Humoraufgaben 2

  Machen Sie ein verrücktes Foto von sich selbst

  Machen Sie eine Liste von Dinge die Ihnen Spaß machen, und tun sie davon 2 pro Tag

  Beobachten Sie Kinder oder Tiere beim Spielen

  Und notieren Sie sich was dazu

Selbsterfahrung ist sehr wichtig, Erwähnen das man in den Spielen nicht perfekt sein muss, bei der Auswahl der Spiele müssen erkrankungsbedingte kognitive und motorische Beeinträchtigungen berücksichtigt werden

3. Sitzung: Witze erzählen und lachen

Auflockerungsübung

- Luftballonspiel (Fußball)

Wiederholung der letzten Stunde

Besprechung der Humoraufgaben

Witzige und lustige Geschichten erzählen

- Vorteil Witze: Kürze und schnelle Erlernbarkeit
- Fähigkeit andere zum Lachen zu bringen und in schwierigen Situationen mit lustigen Bemerkungen zu reagieren. Dies ist eine wichtige soziale Fähigkeit, die mit Hilfe von Witzen leicht trainiert werden kann
- Übung: Spickzettel

Was ist wichtig beim Witze erzählen?

- Häufiger Fehler: Pointe vergessen, deshalb als erstes die Pointe einprägen
- Witze im Familien oder Freundeskreis üben, denn dort ist die Möglichkeit sich zu blamieren ist gering
- Möglichkeit Witze erzählen zu üben: fragen ob jemand lustige Witze kennt, so kann man neue Witze lernen und auch seine eigenen erzählen
- Besonders gute Witze in einem extra Notizbuch aufschreiben, somit erstellt man seine eigene Witzesammlung
- Vorhandene Witze ohne aktuellen Bezug können auf die Situation angepasst werden. Wichtig: niemand darf sich durch den Witz gekränkt oder verletzt fühlen
- Wenn Zuhörer nicht lachen kann man sich damit trösten, dass Humorforscher die ihren Probanden Witze vorlegen, sich über eine Ausbeute von 33% Lacher freuen
- Diese Regeln können durch selbst erzählte Witze noch bestärkt werden, Seiten aus Witzbuch kopieren und den Teilnehmer geben, sie sollen sich einen aussuchen und diesen dann vortragen

Lachen

- Hintergrundinformationen zu Lachen

- Lachübung: körperlichen und emotionalen Veränderungen die durch Lachen entstehen bemerken

Was passiert beim Lachen?

- Körperliche Reaktionen: Falten um die Augen und Nase, Nasenlöcher werden weiter, Lider enger, Mundwinkel noch oben, Mund geöffnet, Zwerchfell kontrahiert rhythmisch und die Bauchmuskel pressen Luft aus Lungen, Atmung wird beschleunigt, Sauerstoffaustausch wird erhöht, Danach entspannen sich Muskeln wieder
- Probieren die Reaktionen ohne Lachen hervorzurufen

Humor, Lachen und Gesundheit

- „Lachen ist die beste Medizin“: Immunsystem stärken, Durchblutung verbessern, Muskulatur kräftigen,
- Effekte von Lachen auf chronische Krankheiten (koronare Herzkrankheit, Asthma, Arthiritis, Diabetes und allergische Hautkrankheiten
- Relativ gut belegt: Krankheitsverarbeitung und Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Situation korrelieren mit dem Sinn von Humor und tragen zu Lebensqualität bei

Emotionale Ansteckung

- Freude und Erheiterung sehr ansteckend
- = sehr schnell und teilweise unbewusst, funktioniert auch bei psychiatrischen Patienten (Falkenberg, 2008)

Humor, Lachen und Optimismus

- Das Vorhandensein einer positiven, optimistischen Stimmung erleichtert das Aufrechterhalten von positiven Gedanken und Handlungen = Positives Denken (Carnegie, 2004)
- Positive Effekte von Optimismus und Selbstwirksamkeitserwartung auf Leitung, Krankheitsbewältigung und gesundheitsfördernden Verhalten(Haltenhof et al, 2000; Peterson, 2000; Steptoe et al, 1994)
- Lampert (1992): Depressive Patienten: Humor in Therapie hilft zu 15% beim Ergebnis
- Humor als positiv-optimistischer Bewältigungsstil: Gefühl der Kontrolle über das eigene Leben, positive Perspektive auf sich selbst, schwierige Situationen zu entschärfen oder abzumildern, Stress und Belastungen überwinden, ein Kreislauf aus negativen Emotionen, Gedanken und Verhalten kann durch Humor und Lachen unterbrochen werden

- Optimismus darf nicht zu Passivität leiten, sondern Ausgangsbasis für zielgerichtetes Handeln bilden

Lachen und Ausdruck anderer Emotionen

- Lachen kann als Ausdruck positiver Emotionen spontan auftreten oder kann positive Emotionen induzieren
- Lachen kann auch einen bahnenden Effekt auf andere Emotionen haben. Es kann sein das länger unterdrückte Stimmungen durch Lachen an die Oberfläche kommt, aus Lachen wird dann Weinen
- Beispiele zu diesem Thema

Humoraufgabe:

- Karteikarte 3 und Karteikarte Optimismus

  Lachen Sie viel – suchen Sie Situationen in denen Sie lachen können

  Fragen Sie Freunde und Bekannte nach Witzen

  Bleiben Sie weiter spielerisch

Abschlussübung

- Plitschplatsch

Der Eindruck dass es darum ginge Probleme oder Erkrankungen „wegzulachen“ muss vermieden werden → Nutzen des Lachens als Ausgangspunkt für zielorientiertes Handeln aus einer positiven Stimmung heraus

4. Sitzung: Mit Worten spielen und Humor entstehen lassen

Auflockerungsübung

- Wörtlich nehmen

Wiederholung der letzten Stunde

Besprechung der Humoraufgabe

Einstieg in das Thema

- Zitat Briefwechsel
- Humor kann auf unterschiedlichen Weisen ausgedrückt werden, meist über Sprache
- Eigene sprachliche Humorfähigkeit trainieren ist eine wesentliche Grundlage der Stressbewältigung mit Humor
- Formen von verbalem Humor werden eingeübt um eine Gewöhnung an das Spiel mit Wörtern und Begriffen zu erlangen -> steht in Stresssituationen dann leichter zu Verfügung

Wortspiele

- Nebeneinander von 2 Bedeutungen = Inkongruenz = Spaß
- Bei älteren Kindern lässt die Begeisterung für Wortspiele wieder nach, weil sie schnell langweilig werden, gleich wie bei Erwachsenen, außer sie erfinden das Wortspiel selbst (Stolz, Freude an den eigenen Fähigkeiten)
- Gute Übungsobjekte für die eigene Humorproduktion und durch Mehrdeutigkeiten die Sprache schärfen

Mehrdeutigkeit in Medien

- Doofinitionen: witzige Definitionen die eigentlich andere Bedeutung haben
- Selbst Pointen erfinden: Karteikarte „Pointen ergänzen“: Mehrdeutigkeit trainieren
- Übertreibungen: bei Formulierung von humorvoller Bemerkungen, ist in Belastungssituationen wichtig

Lachkoffer

- Jeder darf sich einen Gegenstand aus dem Lachkoffer nehmen und kann dann was lustiges sagen oder eine bestimmte Rolle spielen

Humoraufgaben

- Karteikarte Humoraufgabe 4

  Sammeln Sie witzige Überschriften und Werbungen

  Sammeln Sie weiter Witze

Abschlussübung:

- Gespräch zwischen Gegenständen
- Übertreibungstechnik

5. Sitzung: Alltäglicher Humor

Auflockerungsübung

- Kreative Verwendungsmöglichkeiten
- Der dritte Arm

Wiederholung der letzten Stunde

Besprechung der Humoraufgabe

Eine humorvolle Perspektive einnehmen

- Humor in Alltagssituationen finden um sie später auch in Stresssituationen zu finden
- Ob man Humor im Alltag sieht, ist eine Sache der Perspektive: veranschaulicht dadurch, dass man die Teilnehmer bittet sich im Raum umzusehen und alle roten Gegenstände zu beachten, diese waren schon immer da werden aber dann erst bewusst wahrgenommen
- Sympathie für die Ironie im Alltag: akzeptierende, positive Einstellung gegenüber Ironie im Alltag
- Die Fähigkeit zum schnellen Wechsel zwischen ernst und heiter: Grundbereitschaft zur Heiterkeit
- Eine Neigung zu ungewöhnlichen Ideen und Assoziationen
- Wenige „heilige Kühe“: Auch in Bereichen, die man normalerweise ausklammert, weil sie zu sensibel erscheinen, nach Humor suchen. Auch über eigene Fehler lachen

Wonach suchen Sie?

- Was charakterisiert Situationen die versteckten Humor enthalten können?
- Zufälle, Ironie des Schicksals, Starre Verhaltensweisen
- Übung: eine Verhaltensweise des Chefs/Stationspersonals übernehmen und sie nachmachen und übertreiben

Wo findet man Humor im Alltag?

- Knoten im Taschentuch machen, Versteckte Kamera, Freude und Kollegen befragen, Wie immer: Aufschreiben, Weitererzählen

- Es gibt unterschiedliche Ansichten darüber was lustig ist und was nicht

Humoraufgaben

- Karteikarte Humoraufgabe 5
  Schreiben sie witzige Situationen auf
  Heute schon gelacht?

Abschlussübung

- W-Fragen

Phantasie soll angeregt werden und die Möglichkeiten eröffnen sich sich über starre Verhaltensweisen nicht zu ärgern sondern sie als Quelle für Erheiterung zu sehen

6. Sitzung: Über sich selbst lachen lernen

Auflockerungsübung

- Die Affen brüllen durch den Wald

Wiederholung der letzten Stunde

Besprechung der Humoraufgabe

Was bedeutet es über sich selbst lachen zu können?

- Fähigkeit über die eigenen Fehler, Missgeschicke und Schwächen lachen zu können wird als Zeichen für Selbstbewusstsein und Reife angesehen. Ist der schwierigster Teilaspekt von Humor
- Ziel der Sitzung: über Fehler in sensiblen Bereichen zu lachen um sie leichter akzeptieren zu können
- Depressive: Übungen können schnell Befremden hervorrufen, da das Denken meist durch Schuld- und Insuffizienzgefühle, Befürchtungen, negative und pessimistische Zukunftsansichten geprägt ist. Begriffe und Ziele müssen daher sehr genau erklärt und akzeptiert werden
- Welche Vorteile und Nachteile gibt es wenn man die eigene Person und die eigenen Probleme sehr ernst nimmt? Symptome der Krankheiten der Teilnehmer sollen immer ernst genommen werden.
- Was bedeutet es NICHT sich nicht ernst zu nehmen:

  Eine geringe Meinung von sich zu haben

  Sich selbst zu entwerten

  Inkompetent, unreif oder verantwortungslos zu sein

  Nie ernst sein zu können
- Menschen die in der Lage sind sich nicht zu ernst zu nehmen wirken selbstsicherer, kompetenter angesehen, solange man es nicht übertreibt und sich selbst entwertet
- Was bedeutet es sich selbst nicht zu ernst zu nehmen?
  - Man ist nicht der Mittelpunkt des Universums: andere Menschen finden

    die eigenen Schwächen meist nicht zu katastrophal wie wir selbst, interessieren sie meist nicht so sehr. Sinnvoll: das Missgeschick zu akzeptieren und zu erkennen, dass das Leben trotzdem weiter geht

- Erkennen das die eigene Meinung nur eine unter vielen ist. Perspektiven wechseln um den versteckten Witz in der Situation zu erkennen
- Sich nicht von den eigenen Schwächen bestimmen lassen

Wie geht man am besten vor?

Seien Sie sich bewusst, dass niemand vollkommen ist

Diskussion über den Umgang mit Schwächen und eigenen Eigenarten

- Gibt es Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich ihrer Fähigkeit über sich selbst zu lachen? Wenn ja welche?
- Möchte vielleicht einer der Teilnehmer ein Beispiel für eine Schwäche nennen und sie in der Gruppe diskutieren, wie man diese mit Humor nehmen kann?

Lustige Videos anschauen

- Welche Situation am lustigsten und warum?

Humoraufgaben:

- Karteikarte Humoraufgabe 6

Abschlussübung

- Montagsmaler

7. Sitzung: In Stresssituationen den Humor nicht verlieren

Auflockerungsübung

- Argumentieren mal anders

Wiederholung der letzten Stunde

Besprechung der Humoraufgaben

Einstieg in das Thema

- Stress am Arbeitsplatz kann körperliche und psychischer Folgeerkrankungen und Zunahme der damit assoziierten Frühberentung zur Folge haben
- Viele Stressbewältigungsprogramme
- Kontrolle über eigenen Sinn von Humor zu verbessern und dadurch übermäßige Stressbelastung zu verhindern

Anwendungsbeispiel und Diskussionsrunde

- Beispieltext S.66: Diskussionsrunde über die Nutzung von Humor als Stressbewältigungsmechanismus
- „Stress hat man nicht, Stress macht man sich“
- Nicht alle Menschen empfinden das gleiche Stresslevel in gleichen Situationen

Wie wirken Humor und Lachen gegen Stress?

- Emotionsregulierend
- Spannungsreduktion
- Anderer Blickwinkel
- Positive, optimistische Stimmung
- Kontrolle über die Situation
- Von Sorgen ablenken

Was kann man tun um Stresssituationen mit Humor zu nehmen?

- Sich Vorbilder suchen
- Etwas Witziges an Stresssituationen in der Vergangenheit suchen
- Überlegen was an typischen Alltagssituationen lustig ist
- Lustige Bilder und Vorstellungen einsetzen
- Das Glas halb voll sehen und sich erinnern, dass aus etwas Schlechtem manchmal etwas Gutes entsteht
- Übertreiben
- Schon im Voraus eine lustige Reaktion zurück legen
- Den Alltag als Bühne für Witze betrachten

Übung

- „S“ in Sätzen weglassen

Humoraufgaben

- Karteikarte „Humoraufgabe 7“

Abschlussübung

- Zugfahrt

8. Sitzung: Abschlussrunde

- Sind die Erwartungen aus der 1. Sitzung erfüllt worden?
- Was haben die Teilnehmer mitgenommen? An was können Sie sich erinnern?
- Wiederholungsrunde
- Lustigstes Ereignis

Anhang D – Offenes Feedback

Negativ fand ich am Training
Es gibt eigentlich nichts zu beanstanden das es schon wieder vorbei ist Die Schwierigkeit durch den Test die momentane Befindlichkeit messen zu können, scheint mir sehr kompliziert einige Gruppenmitglieder Gar Nix, fande es toll zu kurz Hitze Ohne einen Grund auf etwas vorgegebenes Lachen müssen Teilweise Übungen die sehr kindlichen Verhalten erfordern
Positiv fand ich am Training
Die Themen und die beiden Betreuerinnen. Sehr positiv, würde mir wünschen, dass die Humorgruppe weitergeführt wird gute Teamleitung, nette Gruppe, top, Danke einfacher und klar strukturiert gebrachter Stoff über das Lachen dennoch fehlte manchmal ein wenig wissenschaftlicher Ansatz Sehr gut und top waren die praktischen Lachübungen Angefangen beim Yoga bis Zunge rausstrecken, echt lustige Sachen zum Weiterführen Sinnvolle Auswahl bezüglich Themen Bemühen der Gruppenleiter Galgenhumor, soviel Humor hatte ich schon lange mehr gehabt die Sitzungen waren sehr gut für mich Alles, Danke. Lachen, was dazu gelernt lockere Stimmung Lachen, Gemeinschaft, Ablenkung, Aufheiterung viel gelernt über positives Umgehen mit sich selbst das man über aussichtlose Situationen lachen kann, dann geht’s wieder besser das viele gemeinsame Lachen Humor erarbeiten in der Gruppe das sehr freundliche und heitere Darbieten der Einheiten Ich wurde doch sehr oft zum Lachen gebracht und werde mich im Guten an diese Stunden erinnern Das Arbeiten in der Gruppe, die 2 feschen Damen Mitarbeit der Teilnehmer Gruppenleiterinnen, Aufbau, netter Ablauf

Einverständniserklärung

Wien, 11. April 2017

Wir versichern hiermit, dass wir die vorliegende Masterarbeit mit dem Titel „Humor als therapeutisches Mittel. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung“ selbstständig und ohne unzulässige fremde Hilfe erbracht haben.

Mag. Teresa Mussuros, BSc

.....

Marlene Faschingbauer, BSc