

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Humortraining im Seniorenpflegeheim“

verfasst von / submitted by

Nelli Rehbein, BSc

gemeinsam mit / in collaboration with

Julia Führer, BSc

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

Master of Science (MSc)

Wien, 2019 / Vienna 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Univ. –Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung (J.F., N.R.)	1
I. Theoretischer Hintergrund	
2. Gesellschaftliche Veränderung und Definition des Alter(n)s (N.R.)	3
2.1. Demografische Entwicklung	3
2.2. Definition des Alter(n)s	3
2.3. Stationäre Pflegeinstitutionen aus psychologischer Sicht	5
3. Gerontopsychologie	9
3.1. Begriffseinordnung und Aufgabengebiet (N.R.)	9
3.2. Gerontopsychologische Interventionen (N.R.)	11
3.3. Erfolgreiches Altern (J.F.)	14
3.4. Das Modell der Selektiven Optimierung mit Kompensation (J.F.)	17
4. Humor	18
4.1. Definition Humor (N.R.)	18
4.2. Humor und Heiterkeit (J.F.)	21
4.3. Funktionen von Humor (J.F.)	24
4.3.1. Humor als Emotionsregulations- und Bewältigungsmechanismus	25
4.3.2. Humor als soziale Kompetenz	26
4.4. Humor im Alter (J.F.)	26
5. Humorinterventionen	32
5.1. Humorbasierte Online-Interventionen (J.F.)	32
5.2. Humortrainings (J.F.)	36
5.3. Humortraining nach McGhee (J.F.)	41
5.3.1. Konzept des Humortrainings nach McGhee	41
5.3.2. Evaluation der Humortrainings nach McGhee	42
5.4. Humorinterventionen im gerontologischen Bereich (J.F.)	44
5.5. Effekte von Humortrainings	50
5.5.1. In Bezug auf die Förderung von Lebensqualität (N.R.)	50
5.5.2. In Bezug auf die Veränderung von positiven und negativen Affekt (J.F.)	52
5.5.3. In Bezug auf die Reduktion von Depressivität (N.R.)	55
5.6. Zusammenfassung und Bewertung des Standes der Forschung zu Humortrainings allgemein und im geronto-psychologischen Bereich	57
5.6.1. Stand der Forschung (J.F.)	57
5.6.2. Schwierigkeiten bisheriger Forschung (N.R.)	58
5.6.3. Forschungslücken und weiterführender Forschungsbedarf (N.R.)	59
II. Empirischer Teil	
6. Zielsetzung der Studie (J.F., N.R.)	61
6.1. Fragestellungen	61
6.2. Hypothesen	63
6.2.1. Baselinevergleich	63
6.2.2. Hypothesen der Fragestellung 1	64

6.2.3. Hypothesen der Fragestellung 2	66
7. Methodik	68
7.1. Studiendesign (J.F.)	68
7.2. Stichprobe	69
7.2.1. Stichprobenkriterien (N.R.)	69
7.2.2. Rekrutierung (N.R.)	70
7.2.3. Stichprobenbeschreibung (J.F.)	72
7.3. Adaptiertes Humortraining (J.F.)	75
7.3.1. Pilotphase	75
7.3.2. Zielgruppe	75
7.3.3. Aufbau des Trainings	76
7.3.4. Materialien	77
7.3.5. Adaptierung der Einheiten	78
7.4. Untersuchungsinstrumente	79
7.4.1. Soziodemografische Daten (J.F.)	80
7.4.2. Primäre Outcomes (J.F.)	80
7.4.3. Sekundäre Outcomes (N.R.)	81
7.5. Datenerhebung (N.R.)	83
7.6. Durchführung des Trainings (N.R.)	84
7.7. Geplante statistische Auswertung (N.R.)	85
8. Ergebnisdarstellung	87
8.1. Überprüfung der Voraussetzungen (N.R.)	87
8.2. Reliabilitätsanalyse verwendeter Verfahren (N.R.)	87
8.3. Baselinevergleich (J.F.)	88
8.4. Hypothesenprüfung – Fragestellung 1 und 2	90
8.4.1. Primäre Outcomes (J.F.)	90
8.4.2. Sekundäre Outcomes (N.R.)	98
8.5. Fragestellung 3	105
8.5.1. Teilnahmebereitschaft - Anwesenheit und Humorübungen (N.R.)	105
8.5.2. Auswertung der quantitativen Bewertung (J.F.)	106
8.5.3. Auswertung der qualitativen Bewertung (N.R.)	108
9. Diskussion	109
9.1. Zusammenfassung und Interpretation	109
9.1.1. Personale Einflüsse (J.F.)	112
9.1.2. Situative Einflüsse (N.R.)	113
9.1.3. Umweltbedingte Einflüsse (N.R.)	114
9.2. Limitationen (N.R.)	116
9.3. Implikationen (J.F.)	118
Literaturverzeichnis	120
Tabellenverzeichnis	136
Abbildungsverzeichnis	137
Anhang	138

J.F. – Julia Führer

N.R. – Nelli Rehbein

*„Bist du traurig, hast du Sorgen?
Soll ich dir mein Lächeln borgen?
Machts dir Mut und bringts dir Glück,
gibs mir irgendwann zurück“.*

– Lieblingszitat einer Teilnehmerin
(Autor unbekannt)

1. EINLEITUNG

Der Anteil alter Menschen in der Bevölkerung steigt und stellt die Sozial- und Gesundheitsversorgung unserer Gesellschaft vor Herausforderungen. Ab dem 75. Lebensjahr leben 7% der Pflegebedürftigen in Seniorenheimen (Institut für Immobilien, Bauen und Wohnen GmbH [IIBW], 2013). Da die prozentualen Zuwächse in den älteren Bevölkerungsgruppen am größten sind, steigt die Relevanz von Seniorenpflegeheimen (IIBW, 2013; Lehr, 2013).

Etwa 35% der BewohnerInnen einer Langzeitpflegeeinrichtung erleben klinisch bedeutsame Symptome einer Depression (Thakur & Blazer, 2008). Es gibt bereits erste Modelle, die eine enge Zusammenarbeit zwischen der Pflege und der Psychologie realisieren (Binder-Krieglstein, 2006). Darunter fallen die gemeinsame Durchführung von Betreuungs- bzw. Interventionsaktivitäten (Binder-Krieglstein, 2006). Humorinterventionen verfolgen das Ziel, die Gesundheit durch spielerisches Entdecken, den Ausdruck von Humor und die Wahrnehmung von witzigen Situationen im Alltag zu fördern (Goodenough et al., 2012). Sie könnten eine Möglichkeit für alte, pflegebedürftige Menschen darstellen das psychische und physische Wohlbefinden zu steigern (Abel, 2002; Martin, 2001; Ruch & McGhee, 2014).

Humortrainings für institutionalisiert lebende SeniorInnen wurden bisher kaum erforscht. Außerdem weisen die vorhandenen Studien Schwächen im Studiendesign auf. Trotz nicht eindeutiger Befundlage gibt es aber Hinweise auf Verbesserungen bezüglich Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden, Lebensqualität, Heiterkeit sowie Abnahmen bei Schmerzen, Einsamkeit, Angst und Depression bei SeniorInnen (DeKeyser-Ganz & Jacobs, 2014; Hirsch, Junglas, Konradt, & Jonitz, 2010; Mathieu, 2008; Tse et al., 2010; Walter et al., 2007).

Das Ziel dieser Studie ist demnach, die Forschungslücke der Untersuchung von Humortrainings in Seniorenpflegeheimen zu füllen. Hierfür wurde das Humortrainingsmanual von Falkenberg, McGhee und Wild (2013) adaptiert. Dieses wird anschließend in Wiener Seniorenpflegeheimen durchgeführt und dessen Auswirkung auf Humorfähigkeiten, Heiterkeit, Depressivität, Lebensqualität, positiven und negativen Affekt evaluiert. Ebenso wird die Stabilität der Effekte durch eine Follow-Up Messung, einen Monat nach Interventionsende, überprüft. Außerdem wird das Feedback der Teilnehmenden evaluiert, um Rückschlüsse auf das Gelingen der Adaptierung und der Durchführbarkeit zu ziehen. Gleichzeitig wird hierbei auch auf praktische Schwierigkeiten eingegangen, die sich bei Gerontostudien in Seniorenpflegeheimen ergeben.

I. Theoretischer Hintergrund

2. GESELLSCHAFTLICHE VERÄNDERUNG UND DEFINITION DES ALTER(N)S

2.1. Demografische Entwicklung

Österreich steht, wie auch andere Länder, vor eindeutigen Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur. Betrachtet man die demografische Entwicklung, so lässt sich erkennen, dass die Lebenserwartung jedes Einzelnen zunimmt. Bedingt wird der demografische Wandel durch einen Rückgang der Geburtenrate bei gleichzeitig zunehmender Langlebigkeit (Kytir, 2007). Das Phänomen der alternden Gesellschaft lässt sich durch folgenden Vergleich veranschaulichen: Der Bevölkerungsanteil, der 60 Jahre und älter ist, machte vor 100 Jahren etwa 5% aus. Heutzutage beträgt der Anteil der Menschen, die über 60 Jahre alt sind, nahezu 21 Prozent (Lehr, 2006).

Betrachtet man den Bedarf an Dienstleistungen der Pflege und Betreuung in Österreich, so ist die demografische Entwicklung ein Faktor, der zum steigenden Pflegebedarf beiträgt (Firgo & Famira-Mühlberger, 2014). Denn der Anteil der Pflegebedürftigen nimmt mit zunehmendem Lebensalter zu (Scholta, 2007).

2.2. Definition des Alter(n)s

Der Beginn des hohen Erwachsenenalters ist mit dem 65. Lebensjahr definiert (Auer & Gatterer, 2012). Eine etablierte Unterscheidung, die aus dem Amerikanischen übernommen wurde, ist die zwischen „jungen Alten“ und „alten Alten“ oder Hochbetagten (Lehr, 2006). Die festgelegte Altersgrenze für Hochbetagte variiert zwischen dem 80. bzw. 85. Lebensjahr (Lehr, 2006).

Grundsätzlich ist es sinnvoll, zwischen den Begriffen *Alter* und *Altern* zu differenzieren.

Wenn der Begriff *Alter* benutzt wird, stehen die älteren Menschen und das Resultat des Altwerdens im Vordergrund; das Alter als Lebensperiode und die Alten als Bestandteil der Gesellschaft. Wenn dagegen von *Altern* gesprochen wird, liegt der Schwerpunkt auf der

Untersuchung von Prozessen und Mechanismen, die zum Alter führen und die dem Altwerden zugrunde liegen. (Baltes & Baltes, 1992, S. 9)

Das *chronologische Alter* definiert das Alter einer Person als Lebensalter, also durch die vergangene Zeit seit der Geburt (Guralnik & Melzer 2002). Ein problematischer Aspekt dieser Definition ist die Annahme, dass mit zunehmendem Lebensalter ein Abbau von Fähigkeiten einhergeht (Defizitmodell des Alterns) (Lehr, 2013). Aus gerontologischer Sicht lässt sich der Prozess des Alterns nur schwer mit einer Alterszahl erfassen (Zniva, 2016). Oswald (2008) betont, dass der Alterungsprozess nicht linear, einheitlich und gleichmäßig verläuft. Dieser Annahme wird im multidimensionalen Konzept des „*functional age*“ Rechnung getragen (Lehr, 2012). *Functional age* beschreibt das Alter einer Person durch Berücksichtigung von körperlicher, kognitiver, psychologischer, sensorischer und sozialer Funktionsfähigkeit (Guralnik & Melzer, 2002). All diese Funktionsfähigkeiten stehen nicht notwendigerweise in Zusammenhang mit dem chronologischen Alter (Guralnik & Melzer 2002; Lehr, 2012).

Zu den wesentlichen gesellschaftspolitischen Herausforderungen der kommenden Jahrzehnte zählt die Zunahme der älteren Bevölkerungsgruppen. In diesem Kontext spielt auch die Zunahme und Versorgung der Menschen, welche hilfs- bzw. pflegebedürftig werden, eine wichtige Rolle (Schaeffer & Ewers, 2013). Auch die Entwicklung des allgemeinen Gesundheitszustandes älterer Menschen wird wesentlich dazu beitragen, wie sich der Pflegebedarf in Zukunft entwickelt (Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung [WIFO], 2017). In diesem Zusammenhang ergeben sich auch für das Fach Psychologie neue Herausforderungen. Der Bereich der Gerontopsychologie wird in Kapitel 3 genauer erläutert.

2.3. Stationäre Pflegeinstitutionen aus psychologischer Sicht

Seniorenheime spielen bei der Versorgung alter Menschen eine immer größere Rolle (Baumann, Mitmansgruber, Thiele, & Feichtinger, 2002). Österreichweit gibt es 900 Alten- und Pflegeheime. Dies entspricht i etwa 65.000 Pflege- und 12.000 Wohnplätzen (IIBW, 2013). Konsequenzen für die Versorgungssituation und die Notwendigkeit für einen Ausbau von Pflegeangeboten ergeben sich zusätzlich durch die sich verändernden Haushalts- und Familienstrukturen (Schaeffer & Ewers, 2013; Lehr, 2006). So führt der Rückgang der Mehrgenerationenhaushalte dazu, dass die informelle Pflege, also durch Familienangehörige, im nächsten Jahrzehnt weiterhin zurückgehen wird (Lehr, 2006; Lehr, 2013). Gleichzeitig besteht ein allgemeiner Trend der Professionalisierung (WIFO, 2017). Die sogenannte formelle Pflege, vor allem durch stationäre Pflegeinstitutionen, aber auch mobile Dienste, wird von heute 26% bis 2030 auf 42% ansteigen (IIBW, 2013).

Da die stationäre Versorgung pflegebedürftiger Menschen im hohen Erwachsenenalter in unterschiedlichen Wohnformen stattfinden kann, erfolgt zunächst eine Einordnung und Abgrenzung des Begriffs *Seniorenpflegeheim*. Als Oberbegriff für dauerhaft genutzte Wohnformen im höheren Alter kann die Bezeichnung Seniorenwohnheim betrachtet werden (Baumann et al., 2002). Ein wesentliches Unterscheidungskriterium betrifft das Maß, in dem ältere Menschen auf Unterstützung angewiesen sind. So sind BewohnerInnen von *Seniorenpflegeheimen* in erheblichem Ausmaß auf Betreuungs- und Hilfsleistungen angewiesen, um das tägliche Leben bewerkstelligen zu können. Dies umfasst regelmäßige Grundpflege bzw. Unterstützung bei der Körperhygiene, gesundheitliche Vorsorge und hauswirtschaftliche Versorgung (Ernährung, Zimmerreinigung) (Baumann et al., 2002; Höwler, 2004).

Dies unterscheidet das *Seniorenpflegeheim* von Wohnformen wie Betreute Wohngemeinschaften oder Seniorenwohnheime. BewohnerInnen dieser stationären Wohnformen verfügen über ein höheres Maß an Selbständigkeit und bedürfen folglich weniger Betreuungsleistungen (Matolycz, 2011). Allerdings wird die strikte Trennung der Wohnformen oftmals nicht mehr vorgenommen. Vielmehr verfügen Altenheime über verschiedene Stationen, beispielsweise zusätzliche Pflegestationen, um den Bedürfnissen von alten Menschen flexibel gerecht werden zu können (Rischaneck, 2009).

Die Dienstleistung der stationären Pflege in Seniorenheimen wird von 0.7% der 60 bis 75-Jährigen in Anspruch genommen (IIBW, 2013). Ab dem 75. Lebensjahr leben 7% der Pflegebedürftigen in Seniorenheimen (IIBW, 2013). In Österreich erfolgen 50% der Eintritte in stationäre Pflegeeinrichtungen aufgrund demenzieller Erkrankungen (Rappold, Nagl-Cupal, Dolhaniuk, & Seidl, 2009). Weitere Prädiktoren für eine Aufnahme sind das Alter, eine niedrige Selbsteinschätzung der Gesundheit, funktionelle und kognitive Einschränkungen und demnach auch das Ausmaß, in dem Aktivitäten des täglichen Lebens eingeschränkt sind (Luppa et al., 2009).

Beschäftigt man sich mit modernen Pflege-theorien und -modellen, so wird der Bezug zwischen Pflege und anderen Disziplinen erkennbar. Neben der Entwicklung eigener Theorien innerhalb der Pflegewissenschaft werden auch wissenschaftliche Erkenntnisse anderer Disziplinen, wie der Psychologie, berücksichtigt (Menche, 2010).

Es gibt Versorgungsmodelle, die eine enge Zusammenarbeit zwischen Pflege und Psychologie realisieren. Als wesentlicher Inhalt dieser Zusammenarbeit kann die gemeinsame Planung und Durchführung von Betreuungs- bzw. Interventionsaktivitäten bezeichnet werden (Binder-Krieglstein, 2006). Gerade im Kontext von stationären Pflegeeinrichtungen spielen Maßnahmen zur Erhaltung der Selbständigkeit und von Kompetenzen (reaktivierende Pflege) des zu Pflegenden eine bedeutende Rolle (Neubauer & Gatterer, 2008). Gleichzeitig birgt dieser Kontext die Gefahr, dass zu Pflegenden durch umfassende Versorgung und Betreuung eigene Ressourcen übersehen. Nur durch ganzheitliche, multiprofessionelle Betreuung wird es möglich, individuelle Bedürfnisse in den Mittelpunkt zu stellen (Binder-Krieglstein, 2006; Neubauer & Gatterer, 2008).

Die Aufgabe der eigenen Wohnung zugunsten einer Heimunterbringung stellt eine Unterbrechung der Kontinuität der Lebensführung dar und kann daher als massiver Stressor wahrgenommen werden (Feichtinger, Thiele, Baumann, Mitmansgruber, & Somweber, 2002). So kann ein Umzug ins Seniorenpflegeheim als kritisches Lebensereignis betrachtet werden, da er mit grundlegenden Veränderungen einhergeht. Dies erfordert eine Anpassung in vielen Bereichen der

Lebensführung. Je mehr Wahlmöglichkeiten und Kontrolle hierbei von den betroffenen Personen wahrgenommen werden, desto besser gelingt diese Anpassung (Baumann et al., 2002).

In der Studie von Hunter und Gillen (2009) konnte gezeigt werden, dass Menschen in Seniorenpflegeheimen den eigenen Gesundheitszustand, die neue Wohnsituation, die Trennung von der Familie, den Verlust von Angehörigen oder Freunden und finanzielle Schwierigkeiten als wesentliche Stressoren erleben. Des Weiteren führen wissenschaftliche Untersuchungen (Choi, Ransom, & Wyllie, 2008; Hunter & Gillen, 2006), die sich mit den psychosozialen Bedürfnissen der BewohnerInnen von Seniorenpflegeheimen beschäftigen, folgende Stressoren an: Verlust der Unabhängigkeit oder der eigenen Lebensführung und Gefühle der Einsamkeit sowie soziale Isolation. Zu den Stressoren, die sich aufgrund der institutionellen Strukturen ergeben, zählen die eingeschränkte Privatsphäre, Frustrationen aufgrund von ZimmermitbewohnerInnen und der Autonomieverlust durch feste Hausordnungen.

Nach Choi et al. (2008) kann gerade in Seniorenpflegeheimen das Erleben und Zusammenleben mit Menschen, die kognitiv sehr schwer beeinträchtigt sind, als weiterer Stressor bezeichnet werden. BewohnerInnen ohne oder mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen berichten von einer Ambivalenz zwischen Mitgefühl und Angst vor der eigenen Zukunft.

Für das Fach Psychologie stellt sich die Frage, wie alte, pflegebedürftige Menschen im Prozess der Adaptation bzw. der Bewältigung unterstützt werden können (Baumann et al., 2002). Eine Besonderheit von Seniorenheimen ist die Tatsache, dass sie eine doppelte Funktion erfüllen. Denn sie sind eine Gesundheits- und Pflegeinstitution und gleichzeitig ein Wohnort (Rijnaard et al., 2016). Im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtungsweise untersuchen Forschungsarbeiten die individuellen Bedürfnisse der BewohnerInnen von Langzeitpflegeeinrichtungen (Bangerter, Van Haitsma, Heid, & Abbott, 2016; Rijnaard et al., 2016; Simmons & Rahman, 2014).

Rijnaard et al. (2016) stellten in einem systematischen Review fest, dass sich Faktoren, welche die Wahrnehmung des Pflegeheims als ein zu Hause

beeinflussen drei Bereichen (dem psychologischen, dem sozialen, der Wohnanlage/Umwelt) zuordnen lassen. Als Beispiele für psychologische Faktoren, die zu einer heimeligen Atmosphäre beitragen, führen die Autoren die Beibehaltung eigener Gewohnheiten oder Werte und das Gefühl von Selbständigkeit und Kontrolle an. Zu den sozialen Faktoren zählen sie vor allem Interaktionen und Beziehungen mit MitarbeiterInnen bzw. anderen BewohnerInnen und die Möglichkeit, an Freizeitaktivitäten teilzunehmen. Zuletzt führen Rijnaard et al. (2016) die eigene Privatsphäre bzw. die Möglichkeit, die Umgebung mit persönlichen Gegenständen zu gestalten, als Beispiele für Umweltfaktoren an. Die Studie von Cramer-Ebner, Dorn, Feilcke und Hach (2016) liefert Anhaltspunkte dafür, dass die Möglichkeit selbstbestimmt und selbständig aktiv sein zu können, einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden von HeimbewohnerInnen hat. Ferner kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass es einen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit und der regelmäßigen Teilnahme an Heimaktivitäten gibt.

Das Modell des personenzentrierten Ansatzes der Pflege (Kitwood, 1997) stellt die Individualität einer Person und ihrer Erfahrungen ins Zentrum (Kitwood, 2016). Seniorenpflegeheime versuchen gegenwärtig, individuelle Entscheidungen und Mitbestimmung zu ermöglichen. So können BewohnerInnen ihre Freizeitaktivitäten auswählen und werden bei Alltagstätigkeiten (Mithilfe beim Kochen, Aufräumen des Zimmers) miteinbezogen (Simmons & Rahman, 2014). Durch das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse kann die Qualität der Betreuung und auch die Lebensqualität verbessert werden (Bangerter et al., 2016).

3. GERONTOPSYCHOLOGIE

3.1. Begriffseinordnung und Aufgabengebiet

Als Begründer der wissenschaftlichen Alter(n)sforschung gilt der belgische Sozialstatistiker Adolphe Quetelet (Quetelet, 1914). Er veröffentlichte im Jahr 1835 ein grundlegendes Werk, in dem die Entwicklung menschlicher Fähigkeiten über die gesamte Lebensspanne behandelt wird. Des Weiteren wird in diesem Werk der Zusammenhang zwischen spezifischen sozialen Bedingungen und dem Altern betrachtet (Oswald, 2008; Thieme, 2008).

In Abgrenzung zur *Geriatric*, die ihren Fokus auf die Pathologie im Alter legt, steht in der *Gerontologie* der Prozess des Alterns im Mittelpunkt (Maercker, 2002). Dieser ist neben der Psychologie auch Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen in der Biologie, Medizin und Soziologie (Maercker, 2002). Nach Graf (2018) ist es nur durch einen multidisziplinären Blickwinkel möglich, einen Wissensstand zu generieren, der uns hilft, das *Alter* und den Prozess des *Alterns* zu verstehen. Die Gerontologie betont hierbei die „Erforschung der Variabilität des Alter(n)s, deren Entstehungsbedingungen und deren gesellschaftlicher Bedeutung“ (Baltes & Baltes, 1992, S. 8). Vor allem bei der Arbeit mit alten, pflegebedürftigen Menschen stellt folgende Erkenntnis einen zentralen Aspekt dar: Gewiss erhöht sich mit dem Alter das Risiko für einen Abbau von Fähigkeiten/Fertigkeiten und eine Zunahme gesundheitlicher Probleme. Neben diesem tendenziellen Abbau haben alte Menschen jedoch das Potential, Neues zu lernen und ihr Leben weiterhin selbstbestimmt und aktiv zu gestalten (Ackermann & Oswald, 2008; Graf, 2018; Tesch-Römer & Wurm, 2012).

Die *Gerontopsychologie* beschäftigt sich mit dem menschlichen Verhalten und Erleben im höheren Erwachsenenalter (Oswald, 2008). Hierbei wird untersucht, welche Determinanten die kognitive Funktionsfähigkeit, Motivation, die sozialen Beziehungen, die Persönlichkeit und Befindlichkeit in dieser Lebensphase beeinflussen (Wahl, Diehl, Kruse, Lang, & Martin, 2008). Des Weiteren geht es um die Erweiterung der Kenntnisse darüber, wie man die Lebensqualität im hohen Erwachsenenalter aufrechterhalten und verbessern kann (Auer & Gatterer, 2012). Die Erkenntnisse der Alternsforschung dienen als Grundlage für psychologische Diagnostik, Präventions- bzw. Interventionsmaßnahmen und

psychotherapeutischer Arbeit mit alten Menschen (Kaiser, 2008; Wahl et al., 2008).

Im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung wurde das Langenloiser Modell im Rahmen von geriatrischen Pflegeeinrichtungen entwickelt (Binder-Krieglstein, 2006). Es verbindet die Disziplin der Psychologie mit der Pflege. Ein Fokus liegt hierbei auf der Erstellung individueller psychologischer Behandlungspläne. Gleichmaßen erfolgt die Durchführung der Behandlungspläne durch die Zusammenarbeit beider Disziplinen. An dieser Stelle wird die Bedeutung klinisch psychologischer Differentialdiagnostik deutlich. Nur diese ermöglicht es, vorhandene Ressourcen zu fördern, individuelle Copingstrategien zu erarbeiten und Förderungsaktivitäten auszuwählen (Binder-Krieglstein, 2006).

Betrachtet man das *Aufgabengebiet* von GerontopsychologInnen so gehört die Diagnostik psychischer und kognitiver Störungen alter Menschen zu den wesentlichen Aufgaben (Auer & Gatterer, 2012). Zu den häufigsten psychischen Störungen im hohen Erwachsenenalter zählen die demenziellen und depressiven Syndrome (Hautzinger, 2002; Maercker, 2003). Luppä et al. (2012) untersuchten in einer Metaanalyse die Prävalenz der Depression von Menschen ab 75 Jahren. Hierbei zeigt sich für die Major Depression eine Prävalenz, die zwischen 4.6% und 9.3% liegt. Betrachtet man die Prävalenzschätzung für alte Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen, erhöhen sich die Werte (Blazer, 2003). Bis zu 35% der BewohnerInnen in Langzeitpflegeeinrichtungen erkranken entweder an einer Major Depression oder erleben eine klinisch bedeutsame depressive Symptomatik (Thakur & Blazer, 2008).

Darüber hinaus zählen Angststörungen (Wisocki, 2002), Schlafstörungen (Maercker, 2002), somatoforme Störungen, z.B. Schmerzstörungen, Substanzmissbrauch und -abhängigkeit (Maercker, 2002; Maercker, 2003) zu den klinisch bedeutsamsten und häufigsten psychischen Störungen bei über 65-Jährigen. Die Früherkennung von Einschränkungen des kognitiven Funktionsniveaus, z.B. Aufmerksamkeit, Orientierung, Gedächtnis- und Konzentrationsleistungen (Lenzen-Großimlinghaus & Steinhagen-Thiessen, 2000) ist aufgrund eines möglichen Übergangs zur Demenz ein entscheidender Bestandteil der Altersprävention (Gatterer, 2007). Denn das Fortschreiten der

klinischen Symptomatik demenzieller Erkrankungen lässt sich durch früh einsetzende Interventionen verlangsamen (Schröder & Pantel, 2000).

Im Kontext von Langzeitpflegeeinrichtung gehört die Betreuung, Supervision und Fortbildung des Pflegepersonals zum Tätigkeitsbereich von PsychologInnen (Auer & Gatterer, 2012). Die Notwendigkeit dieser Unterstützung ergibt sich unter anderem aufgrund von zahlreichen Belastungen im Arbeitsalltag (z.B. häufige Konfrontation mit Tod und Sterben, Umgang mit Multimorbidität, Umgang mit Demenzkranken und verhaltensauffälligen älteren Menschen, Schicht- und Nachtarbeit, Überlastung durch hohen Zeitdruck) von Altenpflegepersonal (Weyerer & Zimmer, 2000; Zimmer, 2010). Eine weitere Aufgabe von gerontologisch geschulten PsychologInnen ist zum einen die Beratung von Angehörigen und zum anderen die Begleitung und Entlastung pflegender Angehöriger (Auer, Donabauer, Zehetner, & Span, 2007; Lehr, 2006; Lenzen-Großimlinghaus & Steinhagen-Thiessen, 2000). So bietet beispielsweise die österreichische M.A.S Alzheimerhilfe Informations- und Entlastungsprogrammen für Angehörige von Personen mit Demenz an (Auer et al., 2007). Ein wesentliches Ziel der Programme besteht darin, dass pflegende Angehörige lernen die eigene Regeneration ernst zu nehmen und Zeit für sich selbst in den Pflegealltag zu integrieren (Auer et al., 2007).

3.2. Gerontopsychologische Interventionen

Im Allgemeinen lassen sich gerontopsychologische Interventionen den Bereichen der Prävention, Therapie und Rehabilitation zuordnen (Kaiser, 2008). Nach einer heute vielfach zitierten Definition von Lehr (1979) versteht man unter Interventionsgerontologie das „Insgesamt der Bemühungen, bei psychophysischem Wohlbefinden ein hohes Lebensalter zu erreichen“ (S. 2).

In der Praxis werden die Begriffe *Prävention* und *Gesundheitsförderung* oftmals synonym verwendet (Brinkman, 2014). Allerdings stehen die Begriffe für unterschiedliche Konzepte (Schaeffer & Büscher, 2009). Maßnahmen der Gesundheitsförderung zielen auf die Entwicklung und Stabilisierung von gesundheitsfördernden Verhaltensweisen ab (Gebert, 2009). Im Zentrum stehen soziale und personale Ressourcen, die den Menschen ermöglichen

gesundheitliche Belastungen abzuwehren (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2007). Das Ziel der Gesundheitsförderung ist es, die Gesundheit, Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Alter zu erhalten und folglich den Zeitraum zu verkürzen, in welchem Menschen auf professionelle Betreuung und Pflege angewiesen sind (Gebert, 2009; Lehr, 2006).

Bei hoch- und höchstaltigen Personen, insbesondere BewohnerInnen von Pflegeheimen, können mehrere Krankheiten gleichzeitig (Multimorbidität), chronische Erkrankungen und/oder demenzielle Veränderungen vorliegen (Saup, 2000; Stuck, 2000). Schaeffer und Büscher (2009) weisen darauf hin, dass *Gesundheitsförderung* auch bei vulnerablen Zielgruppen mit dauerhaften Gesundheitseinschränkungen möglich ist. Als Beispiele nennen die Autoren Interventionen zur Bewegungsförderung (körperliche Aktivität), Veränderungen im Ernährungsverhalten und Maßnahmen zur Stärkung der verbliebenen Gesundheits- und Bewältigungsressourcen.

Maßnahmen der *Prävention* legen ihren Fokus auf die Krankheitsvermeidung, indem sie auf die Ausschaltung von krankheitsauslösenden Faktoren und gesundheitsriskantem Verhalten abzielen (Schaeffer & Büscher, 2009). Im Sinne der primären Präventionen geht es in erster Linie darum, das Entstehungsrisiko für Probleme zu vermeiden (Kaiser, 2008). Darüber hinaus umfasst das Feld präventiver Maßnahmen die Prävention körperlicher Erkrankungen, demenzieller Erkrankungen, psychischer Störungen und Pflegebedürftigkeit (Wahl, Tesch-Römer, & Ziegelmann, 2012).

Hinsichtlich der Erwartungen an die Auswirkungen von Interventionen für Menschen in Seniorenpflegeheimen betont Saup (2000), dass die zeitliche Verzögerung von negativen Veränderungen im psycho-physischen Befinden bereits als Erfolg bewertet werden kann. Ein Erfolg von Interventionen der *Rehabilitation* zeigt sich folglich bereits wenn keine Verschlechterung des Zustandes eintritt und es Betroffenen gelingt mit vorhandenen Einschränkungen zurechtzukommen (Wahl et al., 2012). Ziel ist es, betroffenen Menschen zur höchstmöglichen Selbständigkeit und Selbstbestimmung zu verhelfen (Lenzen-Großimlinghaus & Steinhagen-Thiessen, 2000).

Interventionsmaßnahmen wie *kognitive Trainings* zur gezielten Förderung von kognitiven Fertigkeiten und die Vermittlung von kompensatorischen Strategien stellen einen wichtigen Teil der psychologischen Behandlung dar (Dittrich & Gatterer, 2002; Heuft, 1999; Lenzen-Großimlinghaus & Steinhagen-Thiessen, 2000). Intelligenz- (Rott, 2000) und Gedächtnistrainings (Philipp & Kliegl, 2000) sind dem Bereich der kognitiven Interventionen zuzuordnen und können als wichtige Beiträge zur psychologischen Interventionsgerontologie bezeichnet werden (Kaiser, 2008).

Menschen im höheren Lebensalter erleben vermehrt Belastungen (Schmidt, 2000; Schöttke, Küpers, Wiedl, 2011; Wentura & Greve, 2000). Beispiele sind Verluste durch den Tod von Familienmitgliedern und Freunden (Schöttke et al., 2011). Darüber hinaus findet eine vermehrte Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit statt (Schöttke et al., 2011). Vor allem die Unterstützung durch Personal, welches täglich Kontakt zu BewohnerInnen hat, kann bei Problemen und Auffälligkeiten entlastend wirken. Als ökonomisch und effizient erweist sich die Kooperation und Unterstützung beteiligter Berufsgruppen (Pflegepersonal, hauswirtschaftliches Personal, Stations- und Pflegeleitung) durch die Psychologie (Laireiter et al., 2006).

Psychotherapeutische Behandlung kann bis ins hohe Alter angewendet werden, um psychische Störungen zu behandeln und das subjektive Wohlbefinden zu verbessern (Pinquart, 2012). Erst seit einigen Jahren gibt es Bemühungen, Psychotherapie / klinisch-psychologische Behandlungen für sehr alte Menschen oder Menschen mit einem geringen Ausmaß an Selbständigkeit zu modifizieren (Maercker, 2002). Laireiter et al. (2006) weisen darauf hin, dass die Modifikation klinisch-psychologischer Behandlungskonzepte für den institutionellen Bereich unter anderem folgende Komponenten beinhalten sollte:

- „Berücksichtigung der altersspezifischen Phänomenologie psychischer Störungen wie z.B. Dominanz spezifischer Themen (z.B. Nahrungsaufnahme, Bewegung, etc.), sozialer Rückzug etc.“ (S. 170).
- „Berücksichtigung altersspezifischer Lebensthemen wie z.B. Anpassungsprobleme an die Heimsituation, Trauer, etc.“ (S. 170).

- „Berücksichtigung der multiplen sozialen Verflechtungen (Angehörige, Mitbewohner, Pflegepersonal etc.)“ (S. 170).
- „Berücksichtigung körperlicher Gebrechen (z.B. Schwerhörigkeit, kognitive Funktionen)“ (S. 171).

Zur *klinisch-psychologischen Behandlung* zählen nach Dittrich und Gatterer (2002) auch lösungsorientierte Gespräche und die Krisenintervention. Die Autoren sind der Ansicht, dass BewohnerInnen in Seniorenpflegeheimen unterstützt werden können, indem sie neue Kompetenzen zur Lebensgestaltung entwickeln. Wesentliche Stressoren, denen Menschen im Seniorenheim ausgesetzt sind, wurden in Kapitel 2.3 näher ausgeführt.

Die demografische Entwicklung und die damit einhergehende steigende Anzahl hochbetagter Menschen birgt Chancen und Risiken. Gleiches lässt sich auch für den erwarteten Mangel an Pflegefachkräften festhalten (Nowossadeck, 2013). Folglich entwickeln sich auch im Feld der (klinischen) Gerontopsychologie neue Aufgabengebiete für Klinische- und GesundheitspsychologInnen (Wahl et al., 2008). Um die Qualität der Pflege und der psychosozialen Versorgung in Seniorenpflegeheimen zu sichern, ist eine enge Kooperation der Pflegewissenschaft und Psychologie notwendig (Binder-Krieglstein, 2006). Nur so kann es gelingen, Chancen zu nutzen und innovative Konzepte und Maßnahmen zu entwickeln (Spaderna, 2019). Auch bei der Generierung von Grundlagenwissen lohnt es sich, eine disziplinenübergreifende Forschung (Soziologie, Geriatrie, Pädagogik, Politik) anzustreben (Wahl et al., 2012).

3.3. Erfolgreiches Altern

Altern bringt Gewinne und Verluste mit sich (Maercker, 2003). Aus psychologischer Sicht stellen “Reife, Lebenswissen oder Weisheit” Gewinne dar und “Fähigkeitseinschränkungen, die Reduktion des sozialen Netzwerks, zunehmende Bewältigungsanforderungen durch Krankheiten und Behinderungen sowie die Einschränkung der individuellen Zukunftsperspektive” Verluste (Maercker, 2003, S.135).

Altern ist außerdem als individueller Prozess zu verstehen (Maercker, 2003), denn alternde Menschen stellen keine homogene Gruppe dar (Bowling, 2007). Sie

unterscheiden sich stark im Fortschreiten und im Umgang mit dem Abbau, aber auch in der Zunahme an Gewinnen durch eine auch im Alter noch vorhandene Plastizität (Bowling, 2007; Maercker, 2003).

Wie ein optimales, *erfolgreiches Altern* (auch *successful aging*) aussehen soll, ist in der Forschung noch nicht einheitlich definiert (Bowling, 2007). Die Definitionen des erfolgreichen Alterns zeichnen sich durch die akademische Disziplin der Forscher aus, die sie entwickelt haben (Bowling, 2007). So fokussieren *biomedizinische* Ansätze auf physische und mentale Prozesse: die Optimierung der Lebenserwartung durch Minimierung des physischen und kognitiven Abbaus (Langlebigkeit, gut erhaltene Gesundheit, keine chronischen Krankheiten, gute physische Funktionalität inkl. Mobilität, hohe kognitive und mentale Funktionen) (Frederiksen et al., 2002; Roos & Havens, 1991; Shimonaka, Nakazato, & Homma, 1996). *Sozio-psychologische* Ansätze hingegen sehen als erfolgreiches Altern eine soziale Funktionsfähigkeit (soziales Engagement, sozialer Austausch, positive Beziehungen, etc.) Lebenszufriedenheit (Vergnügen, Glück, etc.) und die Verfügbarkeit psychologischer Ressourcen (Adaptierung und Kompensation von Ressourcen, persönliches Wachstum, Selbstwirksamkeit, Autonomie, Unabhängigkeit, effektive Bewältigungsmechanismen, Selbstakzeptanz, etc.) (für Reviews siehe Bowling, 2007; Martin et al., 2015). Eine Definition des erfolgreichen Alterns sollte sowohl biomedizinische als auch psychosoziale Ansätze umfassen (Rowe & Kahn, 1997).

Eine einheitliche Definition für erfolgreiches Altern und seine Indikatoren wäre für die Gerontologie wichtig, um daraus Handlungsvorschläge erarbeiten zu können (Havighurst, 1961; Martin et al., 2015). Einer der ersten, der dies forderte und eine Theorie für das erfolgreiche Altern aufstellte, war Havighurst (1961, 1963). Nach ihm müsse erfolgreiches Altern Faktoren beinhalten, die zu größtmöglicher Zufriedenheit und Glück (happiness) führen, denn eine Person ist nach ihm erfolgreich gealtert, wenn sie mit ihrem vergangenen und jetzigen Leben zufrieden ist.

In den 1980er Jahren entstand das *MacArthur Network of Successful Aging* (MacArthur Foundation, 2019). Im Rahmen der MacArthur Foundation Study

postulierten Rowe und Kahn (1997) drei Kriterien für erfolgreiches Altern: *niedrige Wahrscheinlichkeit für Krankheit und Beeinträchtigung, hohe kognitive und physische Funktionalität* und *aktive Beteiligung am Leben*. Die *aktive Beteiligung* kann viele Formen annehmen, wobei hierbei zwei von großer Bedeutung sind: Einerseits *interpersonale Beziehungen*, die verstanden werden als Kontakte mit anderen, Austausch von Informationen und emotionale Unterstützung, und andererseits die *produktive Aktivität*, mit der Tätigkeiten mit einem sozialen Wert gemeint sind, z.B. das Kümmern um Familienmitglieder oder ehrenamtliche Tätigkeit (Rowe & Kahn, 1997). Die Kritik an dem Modell war, dass in empirischen Überprüfungen kaum jemand nach diesen Kriterien als erfolgreich gealtert galt und es genetische Aspekte außer Acht ließ (Binstock & Masoro, 2001; Martin et al., 2015; Willcox et al., 2006).

Wie sehen jedoch alte Personen selbst erfolgreiches Altern? Qualitative Analysen mit 27 85-Jährigen (von Faber et al., 2001) ergaben, dass die meisten erfolgreiches Altern als Prozess mit kontinuierlicher Adaption verstanden und nicht als optimalen Zustand, der zu einem bestimmten Zeitpunkt gemessen werden kann. Wohlbefinden und soziale Funktionalität stuften die 85-Jährigen als wichtigere Indikatoren ein als physische und kognitive Funktionalität.

In einer weiteren Studie mit qualitativen Interviews (Knight & Ricciardelli, 2003) nannten 60 Personen zwischen 70 und 101 Jahren ebenfalls, dass Anpassung ein wichtiger Bestandteil des erfolgreichen Alterns sei. Man müsse Verluste kompensieren und Aktivitäten entsprechend der Fähigkeiten selektieren. Das am häufigsten genannte Thema im Bezug zu erfolgreichem Altern war Gesundheit (23%), gefolgt von Aktivität (18%), persönliche Entwicklung (16%), Zufriedenheit (13%), persönliche Beziehungen (10%), Unabhängigkeit (10%), Wertschätzung des Lebens (7%) und Langlebigkeit (1%) (Knight & Ricciardelli, 2003).

In einer Studie von Guse und Maseasar (1999) nannten institutionalisiert lebende SeniorInnen ab 65 Jahren Sinn für Humor als wichtigen Teil von erfolgreichem Altern. Außerdem bezeichneten sie als wichtige Bestandteile des erfolgreichen Alterns Freundlichkeit, Interesse, Hilfsbereitschaft, Anpassung an Veränderungen, nie aufzugeben oder sich runterziehen zu lassen und sich zu vergnügen bzw. zu genießen (engl. enjoying yourself) so gut wie es geht. Die SeniorInnen

fokussierten bei ihrer Beschreibung des erfolgreichen Alterns demnach eher auf persönliche Charaktereigenschaften und soziale Interaktion und weniger auf Umwelt- und Gesundheitsbedingungen (Guse & Maseasar, 1999).

3.4. Das Modell der Selektiven Optimierung mit Kompensation

Bei der Erstellung von Indikatoren für *erfolgreiches Altern* ergeben sich hinsichtlich der Generalisierbarkeit Schwierigkeiten (Baltes & Carstensen, 1996): Baut man Ziele auf statistischen, idealen oder funktionalen Normen auf? Welche Indikatoren sind am wichtigsten? Gibt es kulturelle Unterschiede und wie geht man auf individuelle Ziele ein? Baltes und Baltes (1990) forderten aufgrund dieser Schwierigkeiten eine flexible Definition von erfolgreichem Altern. Sie setzten den Fokus auf die universellen Prozesse, die einem erfolgreichen Altern zugrundeliegen. In ihrem Metamodell *Selektive Optimierung mit Kompensation* (SOK-Modell) wird *erfolgreiches Altern* als Minimierung von Verlusten und Maximierung von Gewinnen verstanden, das durch den effektiven Einsatz von Ressourcen und kompensatorischen Strategien erreicht wird (Bowling, 2007). So setzt sich das SOK-Modell aus den drei Komponenten *Selektion*, *Optimierung* und *Kompensation* zusammen. *Selektion* bedeutet eine Auswahl an Funktions- und Verhaltensbereichen zu treffen, die erhalten bleiben sollen. Die Anzahl und Dichte von gesteckten Zielen wird verringert. Persönlich wichtige Ziele werden beibehalten und weniger wichtige aufgegeben. *Optimierung* meint, diese selektierten Ziele zu erhalten oder zu verbessern. *Kompensation* bedeutet Ressourcen und Potenziale, die eingeschränkt oder nicht mehr vorhanden sind, durch alternative Handlungsweisen zu ersetzen (Baltes & Baltes, 1990; Baltes & Carstensen, 1996; Gerrig & Zimbardo, 2008; Oswald, 2008). Um dieses Modell zu untermauern geben Gerrig und Zimbardo (2008) ein Beispiel: Ein alter Pianist kann sich auf seine Lieblingsstücke begrenzen (Selektion) und übt dafür jedes Stück öfter (Optimierung). Da sein Spieltempo durch feinmotorische Einschränkungen verlangsamt ist, kann er dies kompensieren, indem er vor schnellen Passagen das Tempo verlangsamt und sie so dennoch schneller wirken (Kompensation).

4. HUMOR

Im folgenden Kapitel wird der Begriff Humor ausführlich definiert. Dies erfolgt anhand einer Abgrenzung des Begriffs von verwandten Termini. Anschließend wird näher auf die Definition des Sinns für Humor nach McGhee (1996, 2010) eingegangen. Diese Definition bildet die Grundlage des Manuals von Falkenberg et al. (2013), welches in der vorliegenden Arbeit für den gerontopsychologischen Bereich adaptiert wurde. Anschließend wird der Begriff Heiterkeit und die Disposition zu Erheiterung anhand des State-Trait Modells der Erheiterbarkeit (Ruch et al., 1996) definiert. Des Weiteren werden empirische Befunde zu Heiterkeit und Erheiterbarkeit in Zusammenhang mit Sinn für Humor und Humorverhalten dargestellt. Ein weiteres Kapitel befasst sich mit verschiedenen Funktionen von Humor. Hierbei wird näher auf Humor als Emotions- und Bewältigungsmechanismus sowie auf Humor als soziale Kompetenz eingegangen. Abschließend wird der Forschungsstand zu Humor im Alter beleuchtet. Hierbei werden auch methodische Schwierigkeiten bei der Erforschung von Humor im Alter dargelegt.

4.1. Definition Humor

Nicht selten glaubt die Allgemeinbevölkerung, dass Sinn für Humor eine Eigenschaft sei, die angeboren ist. Ein Mensch hat folglich Humor oder nicht (Falkenberg et al., 2013). Im allgemeinen Sprachgebrauch ist der Begriff Humor weit gefasst und wird verwendet, um sich auf verschiedene Phänomene zu beziehen. Diese lassen sich zwar alle mit dem Begriff Humor in Verbindung bringen, meinen aber doch sehr unterschiedliche Dinge (Falkenberg et al., 2013; Ruch & Hofmann, 2017). So wird Humor als Terminus verwendet, um auf lustige Stimuli (Filmkomödien, Karikaturen, Witze), mentale Prozesse (Wahrnehmung lustiger Inkongruenzen) und Reaktionen (Gefühl der Erheiterung, Lachen) Bezug zu nehmen (Falkenberg et al., 2013; Martin, 2001).

Erschwert wird eine eindeutige Definition dadurch, dass Humor in verschiedenen Bereichen der Psychologie eine Rolle spielt. Demzufolge existiert der Begriff als Bezeichnung für eine Persönlichkeitseigenschaft, einen Bewältigungsmechanismus, eine Fähigkeit, aber auch eine Charakterstärke (Ruch & McGhee, 2014; Ruch, Proyer, & Weber, 2010). Insbesondere das Lachen wird

in engen Zusammenhang mit Humor gebracht (Lebowitz, Suh, Diaz, & Emery, 2011). Nach Martin (2007) zählen das Lachen und positive affektive Reaktionen zu den wesentlichen Komponenten von Humor. Ruch (1993) definiert Erheiterung als affektive Reaktion auf humorvolle Stimuli. Die Phänomene des Lächelns bzw. Lachens können als Verhaltensweisen betrachtet werden, die im Zuge von Heiterkeit, Freude und Glück auftreten (Martin, 2007). Hierbei tritt Lachen meist bei einem höheren Heiterkeitsniveau auf, wohingegen Lächeln typischer Weise bei niedrigerem Heiterkeitsniveau auftritt (Ruch, 1993).

Paul McGhee zählt zu den Schlüsselfiguren, die es schafften, Humor zum Thema wissenschaftlicher Untersuchungen zu machen (Goldstein & Ruch, 2018). In den frühen 1990er Jahren postulierte er, dass *Sinn für Humor* als Fähigkeit betrachtet werden kann, die aus verschiedenen Einzelfähigkeiten besteht. Diese kann man erlernen und durch Trainings verbessern (Falkenberg et al., 2013; Ruch, Hofmann, Rusch, & Stolz, 2018). In seinem Modell setzt sich Sinn für Humor aus sechs hierarchisch angeordneten Facetten, sogenannten *Humorfähigkeiten* zusammen: Humorgenuss, Heiterkeit in Form von Lachen ausdrücken zu können, Humor selbst zu produzieren (verbaler Humor), das Entdecken von Humor im Alltag, über sich selbst lachen zu können sowie Humor als Bewältigungsstrategie einsetzen zu können (Humor unter Stress) (McGhee, 1994, 1996).

Als Basis des Humortrainings, das in der vorliegenden Arbeit adaptiert wurde, diente das Trainingsprogramm zur Verbesserung des Sinns für Humor von McGhee (2010). Das Konzept, das dieser Arbeit zugrunde liegt, „definiert Sinn für Humor als ein Zusammenspiel von humorassozierten Einzelfähigkeiten. Diese lassen sich fünf verschiedenen Faktoren (intellektuell, sozial, emotional, expressiv und innere Einstellung) zuordnen“ (Falkenberg et al., 2013, S. 8).

Zum intellektuellen Faktor gehört nach McGhee (1996, 2010) die Fähigkeit einer Person, mit Ideen und Worten zu spielen und so eine humorvolle Wirkung zu erzielen. Der soziale Faktor beinhaltet das Verständnis darüber, in welchen Situationen eine humorvolle Interaktion angemessen ist. Außerdem zählt er hierzu auch die Fähigkeit, Humor im Rahmen der Konfliktbewältigung oder zur Stärkung sozialer Bindungen einzusetzen. Die Fähigkeit, Humor als

Bewältigungsmechanismus einzusetzen, ordnet McGhee (1996, 2010) dem emotionalen Faktor zu. Auch die Fähigkeit, über sich selbst zu lachen, gehört zu diesem Faktor. Beim expressiven Faktor des Sinns für Humor geht es um die Fähigkeit eines Menschen, Emotionen (z.B. Erheiterung) ausdrücken zu können. Der fünfte Faktor, die innere Einstellung, meint eine humorvolle Grundhaltung und umfasst die Fähigkeit, absurde, lächerliche oder bizarre Dinge wahrnehmen zu können (McGhee, 1996, 2010).

Um in Kapitel 5.3 und Kapitel 7.3 die Inhalte des Humortrainings und den Zweck der Übungen nachvollziehen zu können, ist es wichtig zu verstehen, warum Humor auch als *spielerische Haltung* (*playfulness*) bezeichnet wird (McGhee, 1979; Peterson & Seligman, 2004). Diese Terminologie entstand, als McGhee den Fokus seiner Forschung auf den Ursprung und die Entwicklung von Humor richtete. Erste Initiierungen von kindlichem Humor beobachtete er ab dem 2. Lebensjahr. Etwa zur selben Zeit beginnt die Fähigkeit zum symbolischen Denken und zum symbolischen Spiel (auch Illusions-, Fiktions- und Fantasienspiel genannt) (Goldstein & Ruch, 2018; Walden, 2010). Die Prädisposition zum Spielen entwickelt sich durch die Entstehung neuer kognitiver Fähigkeiten weiter. McGhee schlussfolgerte, dass sich die biologisch verankerte Disposition zum Spielen progressiv zu Humor entwickelt (Goldstein & Ruch, 2018). Darüber hinaus postulierte er, dass Humor eine besondere Form des Spiels sei, nämlich das Spiel mit Ideen.

Der *spielerischen Haltung*, der ernsthaften Haltung entgegengesetzt, kommt im Humortraining eine besondere Rolle zu. Sie bildet die Basis des Sinns für Humor (McGhee, 1979). Verschiedene Sozialisierungsprozesse wirken der Fähigkeit, spielerisch zu sein entgegen, und so nimmt im Laufe des Erwachsenwerdens die spielerische Haltung ab.

Ein wesentliches Ziel des Humortrainings ist es daher, seine spielerische Haltung wiederzuentdecken. Ein Kernelement für positive Veränderungen ist es, eine spielerische Lebenseinstellung und die Fähigkeit zum Spiel mit Ideen oder Sprache wieder zu kultivieren (McGhee, 1996, 2010).

Zwar gibt es eine Überschneidung zwischen dem Konstrukt des Sinns für Humor und der spielerischen Haltung, jedoch weisen beide Konstrukte auch spezifische Komponenten auf. Proyer (2018) schlussfolgert aus den Ergebnissen seines systematischen Reviews, dass man eine spielerische Haltung haben kann, ohne dabei humorvolles Verhalten zu erzeugen. Als Beispiel nennt er den kreativen Prozess einer künstlerischen Tätigkeit. Als weiteres Unterscheidungsmerkmal führt der Autor an, dass Humor Erheiterung hervorruft. Eine spielerische Haltung kann auch andere emotionale Reaktionen oder Erfahrungen wie Interesse oder verstärktes Engagement für eine Tätigkeit hervorrufen. Zusammenfassend hält Proyer (2018) fest, dass eine spielerische Haltung viele verschiedene Funktionen hat. Humor bzw. Lachen zu erleichtern, kann als eine dieser Funktionen bezeichnet werden kann.

4.2. Humor und Heiterkeit

Eine Grundlage des Sinns für Humor stellt die Erheiterung dar (Hofmann, Carretero-Dios, & Carrell, 2018). Sie wird als positive Emotion der Freude gesehen, wobei erheitern meint, jemanden lustig zu stimmen (Ruch & Zweyer, 2001). Nach Wundts Gefühlstheorie (1903, zit. nach Ruch & Zweyer, 2001), die aus den drei Dimensionen: Lust - Unlust, Spannung - Lösung, Erregung - Beruhigung besteht, ist Erheiterung als lustvolle, gelöste Erregung zu betrachten. Erheiterung ist auch als psychische Reaktion auf Humor anzusehen (Berk, 2001). Es gibt verschiedene Auslöser, die Erheiterung auslösen wie das Lachen und Lächeln anderer, Kitzelreize, Lachgase oder durch Reize und Ereignisse, die als komisch interpretiert werden. Diskutiert werden als Auslöser auch Inkongruenzen abhängig von ihrem Grad an Lösbarkeit, ihrem Überraschungsgehalt und ihrer Unvorhersehbarkeit (Ruch & Zweyer, 2001). Diese Auslöser erheitern Personen allerdings in einem unterschiedlichen Maße. Während manche Menschen schnell erheitert sind, liegt bei anderen die Schwelle höher (Hofmann et al., 2018, Ruch, Köhler, & van Thriel, 1996). Außerdem unterscheiden sich Personen darin, wie häufig, lange und intensiv sie durch humorvolle Stimuli erheitert werden (Ruch, 1993, 1997; Ruch et al., 1996; Ruch & Zweyer, 2001).

Diese unterschiedliche Disposition zur Erheiterung, die Erheiterbarkeit, wird durch das State-Trait Modell der Erheiterbarkeit (Ruch et al., 1996) erklärt, das in Abb. 1 dargestellt und im Folgenden beschrieben wird: Erheiterbarkeit setzt sich demnach aus dem Zusammenspiel von *Heiterkeit*, *Ernst* und *schlechter Laune* zusammen. Das Erleben von Erheiterung wird durch einen hohen Wert in *Heiterkeit* erleichtert, während *Ernst* und *schlechte Laune* es erschweren. Zusätzlich wird in dem Modell zwischen habituellen Persönlichkeitseigenschaften (Trait) und Zuständen bzw. der momentanen Stimmung (State) unterschieden. So besteht jede Persönlichkeit aus einer bestimmten Konstellation aus *Trait-Heiterkeit*, *Trait-Ernsthaftigkeit* und *Trait-Schlechter Laune* und hat somit eine habituelle Tendenz, Erheiterung zu erleben (Ruch et al., 1996). Allerdings wird das Auslösen von Erheiterung nicht nur von Persönlichkeitseigenschaften (Trait), sondern auch situativ durch den aktuellen Zustand (State) einer Person beeinflusst: Ist der aktuelle Zustand heiter (*State-Heiterkeit*), ernst (*State-Ernst*) oder schlecht gelaunt (*State-Schlechte Laune*) (Ruch et al., 1996)? Das Erleben von Heiterkeit bzw. die Initiierung von Humor ist in einem heiteren Zustand erleichtert und in einem ernsten oder schlecht gelaunten Zustand erschwert (Ruch et al., 1997). Somit wird das Auslösen von Erheiterung sowohl von *Trait-Heiterkeit* als auch von *State-Heiterkeit* beeinflusst (Ruch & Zweyer, 2011).

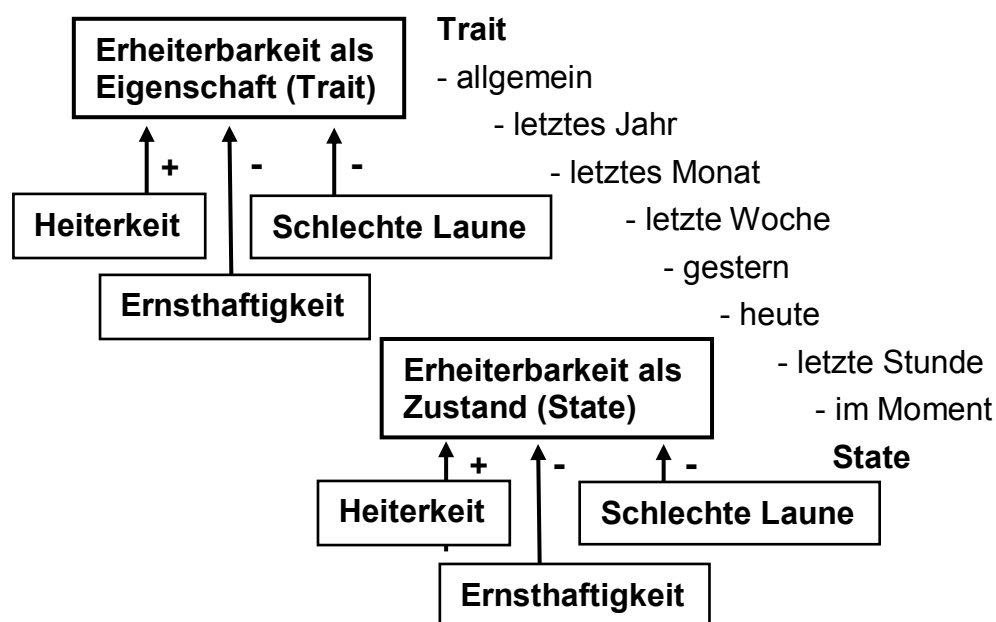


Abbildung 1. State-Trait Modell der Erheiterbarkeit, aus Ruch & Zweyer, 2001, S. 13

Es wurde empirisch getestet, ob das State-Trait Modell der Erheiterbarkeit (Ruch et al., 1996) Humorverhalten und Sinn für Humor vorhersagen kann. Dies sollte der Fall sein, wenn es eine temperamentale Basis für Humor darstellt (für einen Review siehe Ruch & Köhler, 2007). Es zeigte sich, dass *Heiterkeit* ein Prädiktor für Lächeln und Lachen ist. Zum Beispiel lächelten und lachten Personen mit hohen Werten in *Trait Heiterkeit* öfters beim Einatmen von Lachgas (Ruch & Stevens, 1995), beim Schauen von Videos (Beyler, M., 1999 zit. nach Ruch & Köhler, 2007) oder in Interaktion mit einem Clown (Ruch, 1997). Außerdem sagte die Heiterkeit die Frequenz, Intensität und die Länge von Lachen vorher (Ruch, 1997) und es wurde bestätigt, dass Personen mit hoher Ausprägung in *Trait Heiterkeit* bei negativen Stimuli robuster gegen Verschlechterungen der Stimmung sind im Vergleich zu Personen mit niedriger Ausprägung (Korpela & Hartig, 1996; Ruch & Köhler, 1999; Ruch & Köhler, 2007). Anzumerken ist allerdings, dass Heiterkeit nicht der einzige Faktor ist, der die Häufigkeit und Intensität von Lächeln und Lachen vorhersagt, auch Extraversion ist diesbezüglich ein Prädiktor (Ruch, 1994; Ruch & Deckers, 1993). Außerdem muss Lachen nicht immer ein Ausdruck von Humor sein, z.B. wenn man über Witze lacht, die man eigentlich als beschämend oder erniedrigend empfindet (Hirsch & Ruch, 2010).

Heiterkeit ist nicht nur ein Prädiktor für das Humorverhalten Lachen, sondern es hängen auch weitere Humoraspekte mit einer hoch ausgeprägten Heiterkeit im Vergleich zu einer niedrigen Ausprägung zusammen (Hofmann et al., 2018). So konnten Personen mit einer hohen Ausprägung in *Trait Heiterkeit* besser *über sich selbst lachen* (Beermann & Ruch, 2011). Sie hatten auch höhere Werte in der Coping Humor Scale (Martin & Lefcourt, 1983), d.h., sie setzten Humor häufiger als Bewältigungsstrategie ein (Ruch & Zweyer, 2001). Außerdem zeigten sich bei einem hohen *Trait Heiterkeit* höhere Werte in den Facetten von Sinn für Humor nach McGhee (spielerische Einstellung, positive Stimmung, Humor genießen, Lachen, verbaler Humor, Entdecken von Humor im Alltag, über sich selbst lachen und Humor unter Stress) (Ruch & Carrell, 1998), gemessen durch die Sense of Humor Scale (McGhee, 1996).

Zudem untersuchte Martin et al. (2003) inwiefern die verschiedenen Humorstile seines entwickelten Messinstruments (Humor Styles Questionnaire, HSQ) mit den

Konstrukten des State-Trait-Heiterkeitsinventar (Ruch et al., 1996, 1997) korrelierten. Hierbei fand er signifikante ($p < .001$), positive Korrelationen zwischen Heiterkeit und dem kooperativen (engl. affiliativ) ($r = .65$) sowie dem selbstverstärkenden (engl. self-enhancing) Humorstil ($r = .55$). Der kooperative Humorstil kennzeichnet sich zum Beispiel durch Witze erzählen, lustige Kommentare, spontane Neckereien, um andere zu amüsieren und den Einsatz von Humor, um Spannungen zu reduzieren. Personen mit einem *selbstverstärkenden Humorstil* haben generell eine humorvolle Perspektive auf das Leben, sind durch die Ironie des Lebens amüsiert und verlieren ihre humorvolle Perspektive auch nicht durch Stress und negative Ereignisse (Martin et al., 2003). Dementsprechend haben Personen mit hoher Trait Heiterkeit eher positive, gesundheitsförderliche Humorstile, denn Korrelationen zwischen Heiterkeit und negativen Humorstilen, wie dem selbstzerstörerischen (self-defeating) und aggressiven Humorstil, zeigten sich nicht (Martin et al., 2003).

All diesen Studien zufolge stellen Erheiterbarkeit und Heiterkeit eine wichtige Basis für die Facetten des Sinns für Humor dar. Wie verändert sich allerdings der Trait Heiterkeit im Verlauf des Lebens? Es gibt Hinweise darauf, dass sich die Facette *heitere Gelassenheit* der Trait-Heiterkeitsskala im Altersverlauf ändert (Ruch & Zwyer, 2001). Sie bleibt bis zu einem Alter von 40 Jahren stabil, ist von 41 bis 60 Jahren signifikant erhöht und steigt ab 61 Jahren erneut signifikant an (Ruch & Zwyer, 2001). Der Trait Ernst nimmt allerdings ebenso ab einem Alter von 40 Jahren zu (Ruch & Zwyer, 2001). Allerdings sind Kohorteneffekte nicht ausschließbar.

4.3. Funktionen von Humor

Es gibt Zusammenhänge zwischen Humor und psychischer Gesundheit (Schneider, 2015). So stehen positive Humorstile (kooperativ, selbstverstärkend) in einem positiven Zusammenhang mit Selbstwert, positivem Affekt und Lebenszufriedenheit (Kuiper, Grimshaw, Leite, & Kirsh, 2004; Martin et al., 2003; Saroglou & Scariot, 2002) und in einem negativen Zusammenhang mit Depressivität, Angst, negativem Affekt (Frewen, Brinker, Martin, & Dozois, 2008; Kuiper et al., 2004; Martin et al., 2003) und Rumination (Olson, Hugelshofer, Kwon, & Reff, 2005). Da es sich hierbei um Korrelationen und nicht um kausale

Zusammenhänge handelt, ist unklar, ob Humor die Gesundheit fördert oder umgekehrt (Martin, 2007). Ebenso kann man nicht ausschließen, dass gar kein kausaler Zusammenhang zwischen Humor und psychischer Gesundheit besteht. Der Zusammenhang könnte durch weitere Drittvariablen beeinflusst werden (Martin, 2007) oder Humor könnte als Mediator wirken (Jovanovic, 2011). Im Folgenden wird näher auf verschiedene Funktionen von Humor eingegangen. Diese könnten positiv mit psychischer Gesundheit zusammenhängen (Martin, 2007).

4.3.1. Humor als Emotionsregulations- und Bewältigungsmechanismus

Humor ist eine (interpersonale) Ressource, die dabei helfen kann das Leben zu meistern (Falkenberg et al., 2013; Forstmeier, Uhlendorff, & Maercker, 2005). Er dient als Bewältigungsmechanismus und kann die Stimmung verbessern, indem er als Quelle positiver emotionaler Erfahrungen dient (Falkenberg, Jarmuzek, Bartels, & Wild, 2011; Ruch & Hofmann, 2017). Ressourcen können gegen Belastungen schützen und sind deshalb als protektive Faktoren zu bezeichnen (Baumann, Laireiter, & Messer, 2008). Unter dem Einfluss von positiven Emotionen verändert sich die Informationsverarbeitung. Dies fördert kognitive Flexibilität und ermöglicht Kreativität bei der Suche nach Problemlösungen (Fredrickson, 2001; Fredrickson & Branigan, 2005; Isen, 1997; Isen, Daubman, & Nowicki, 1987; Kahn & Isen, 1993).

Sinn für Humor erleichtert durch eine humorvolle Betrachtung einen Perspektivenwechsel von negativen oder belastenden Ereignissen (Crawford & Caltabiano, 2011; Nevo et al, 1998). Durch diese Umbewertung sieht man die Situation als weniger bedrohlich, verärgern oder stressig an und erreicht so eine Reduzierung negativer Emotionen. Außerdem erscheint die Situation dadurch bewältigbar (Keltner & Bonnano, 1997; Lefcourt et al., 1995; Martin & Lefcourt, 1983; Papousek, 2018; Vaillant, 2000). Tritt diese Umbewertung als habituelle Verhaltensweise auf, wird der Sinn für Humor zur psychologischen Ressource. Der Zugriff auf diese Ressource ermöglicht die zukünftige Bewältigung schwieriger Situationen (Papousek, 2018).

4.3.2. Humor als soziale Kompetenz

Humor kann auch als soziale Kompetenz gesehen werden (Yip & Martin, 2006), indem er die Initiierung sozialer Interaktionen erleichtert (Nezlek & Derks, 2001; Yip & Martin, 2006) und tragfähige Beziehungen fördert (Martin, 2007). Der verstärkte Einsatz von Humor zur Stressbewältigung hängt mit der Zufriedenheit und Selbstsicherheit in sozialen Interaktionen zusammen (Nezlek & Derks, 2001). Humorvolle Bemerkungen oder humorvolle Sichtweisen können bei Meinungsverschiedenheiten und Konflikten deeskalierend wirken und ihnen die Spannungen nehmen (Martin, 2007). Mit scherzhaften Bemerkungen bzw. freundschaftlichen Sticheleien kann man Kritik äußern, jedoch das Gesicht des Gegenübers wahren (Keltner, Capps, Kring, Young, & Heerey, 2001). Mit Humor kann man auch z.B. mit mehrdeutigen Bemerkungen die Reaktion des Gegenübers testen, hält sich jedoch die Option offen, humorvolle Aussagen wieder zurückzunehmen und lediglich als Scherz einzustufen (Martin, 2007).

Martin (2007) schreibt allerdings auch von dem Paradoxon des Humors, da Scherze auf Kosten anderer, Schadenfreude und Auslachen ebenso als Humor eingestuft werden können und in diesem Sinne, nicht positiv in sozialen Beziehungen wirken. Die Definition nach McGhee für den Sinn für Humor (siehe Kap. 4.1) hingegen beinhaltet eine soziale Komponente, dass Personen mit einem guten Sinn für Humor auch wissen, wann dieser angebracht sei.

4.4. Humor im Alter

Dieses Kapitel beleuchtet den Forschungsstand zu Humor im Alter. Zuerst werden methodische Schwierigkeiten bei der Erforschung von Humor im Alter dargelegt. Danach werden Humorvorlieben, Humorausprägungen, kognitive (Humorverständnis) und affektive (Gefallen von Humor) Komponenten von Humor in verschiedenen Altersgruppen thematisiert. Abschließend wird eine qualitative Studie (Damianakis & Marziali, 2011) zu Humorstilen im Alter dargestellt.

Greengros (2013) thematisiert methodische Probleme der bisherigen Erforschung von Humor im Alter: Bisher gebe es vorrangig querschnittliche Studiendesigns, die verschiedene Altersgruppen miteinander vergleichen. Es mangle an Längsschnittstudien, die notwendig wären, um den tatsächlichen, individuellen Verlauf von Humor in der Lebensspanne zu untersuchen. Deshalb sei unklar, ob

Humorpräferenzen alters- oder kohortenbedingt sind. Zu bedenken sei, dass die Erforschung von Humor und die Entwicklung von Tests und Fragebögen, die Humor erfassen, in den letzten drei Jahrzehnten stattfand. Somit seien diese geprägt durch die aktuellen kulturellen Normen, was als lustig empfunden wird und was nicht.

Zum Beispiel untersuchten Ruch, McGhee und Hehl (1990) Männer zwischen 14 und 66 Jahren sowie Frauen zwischen 14 und 54 Jahren hinsichtlich ihrer Humorpräferenz von Witzen und Cartoons. Humor, bei dem durch die Pointe eine zuvor induzierte Inkongruenz aufgelöst wurde, wurde mit steigendem Alter vermehrt geschätzt, im Speziellen ab 40 Jahren. Ein Beispiel für einen Witz mit aufgelöster Inkongruenz ist: „Angeklagter, haben Sie bei dem Einbruch nicht an Ihre arme alte Mutter gedacht?“ „Doch Herr Richter, aber für sie war nichts Passendes dabei!“ Die Inkongruenz besteht darin, dass der Angeklagte überraschenderweise beim Einbruch an seine Mutter dachte und es dennoch tat. Dann wird diese aufgelöst und die damit aufgebauten Assoziationen verworfen, da er nur an sie dachte, weil er überlegte ihr etwas mitzunehmen.

Unsinniger Humor (Humor, bei dem eine zuvor induzierte Inkongruenz nicht aufgelöst wird) hingegen wurde mit zunehmenden Alter weniger geschätzt, ebenso vor allem ab 40 Jahren. Die Präferenz für inkongruenten Humor korrelierte mit konservativen Einstellungen, die wiederum mit höherem Alter korrelierten. Hier kann man nicht feststellen, ob die Einstellungen und Humorpräferenzen sich über die Zeit geändert haben oder ein Phänomen der Kohorte sind (Falkenberg, 2010).

Inwiefern Humor als Charakterstärke in unterschiedlichen Alterskategorien ausgeprägt ist, untersuchten Ruch, Proyer und Weber (2010) in einer Onlinestudie mit 42.964 Teilnehmenden. Hierbei zeigten sich nur geringfügige Alters- und Geschlechtsunterschiede im Humor, gemessen durch die Humorskala des Messinstruments Values in Action Inventory of Strengths (VIA von Peterson, Park, & Seligman, 2005; Ruch, Proyer, Harzer, Park, Peterson, & Seligman, 2010). Männer hatten tendenziell höhere Humorwerte als Frauen, mit Ausnahme der Alterskategorie ab 70 Jahren. Hier gab es eine Wende und Frauen erzielten höhere Werte, jedoch war dieser Unterschied nicht signifikant. Humorwerte unterschieden sich kaum in unterschiedlichen Alterskategorien, die Korrelation der Humorwerte mit zunehmenden Alter war negativ, aber äußerst marginal ($r = -0.07$,

$p < .001$). Thorson und Powell (2009) fanden in einer Studie mit 426 Teilnehmenden zwischen 18 und 90 Jahren keine signifikanten Unterschiede bezüglich Geschlecht und Alter im Humor, gemessen durch den Gesamtscore der Multidimensional Sense of Humor Scale (MSHS von Thorson & Powell, 1993).

Weitere Studien zur Erforschung von Humor im Alter konzentrierten sich auf die kognitive Verarbeitung von Humor: ProbandInnen ab 60 Jahren mit Gruppenmittelwerten zwischen 67 und 87 Jahren bearbeiteten Humorverständnistests (Mak & Carpenter, 2007; Schaier & Cicirelli, 1976; Shammi & Stuss, 2003; Uekermann, Channon, & Daum, 2006). Bei manchen Verständnistests handelte es sich um Humorproduktionstests (Mak & Carpenter, 2007; Shammi & Stuss, 2003; Uekermann et al., 2006). Bei diesen bekamen die Teilnehmenden Witze und Cartoons präsentiert und sollten aus einer Auswahl von Antwortmöglichkeiten das richtige Ende, die lustige Pointe, erkennen. Dabei machten die älteren Gruppen signifikant mehr Fehler verglichen mit jüngeren Gruppen. Diese Fehler korrelierten signifikant mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten der älteren Probandinnen. Diese Ergebnisse weisen daraufhin, dass das Humorverständnis mit kognitiven Fähigkeiten zusammenhängt und durch einen Abbau dieser im Alter leicht beeinträchtigt ist. Allerdings fanden Shammi und Stuss (2003) in einem Humorverständnistest, bei dem die ProbandInnen lustige von neutralen Aussagen unterscheiden mussten, keine Einschränkungen bei den älteren ProbandInnen im Vergleich zu den jüngeren. Dieser Unterschied könnte jedoch damit erklärt werden, dass dieser Test kognitiv weniger anspruchsvoll war.

Auffallend war, dass die älteren ProbandInnen im Vergleich zu den jüngeren Witze, Cartoons und Aussagen als signifikant lustiger bewerteten, unabhängig davon, ob sie mehr oder weniger Fehler gemacht hatten. Die AutorInnen (Schaier & Cicirelli, 1976; Shammi & Stuss, 2003) schlussfolgerten, dass die affektive Komponente von Humor nicht eingeschränkt ist, sondern sogar im Alter steigen könnte.

Das Ergebnis, dass ältere ProbandInnen Stimuli als lustiger empfinden, konnte die Studie von Uekermann et al. (2006) jedoch nicht unterstützen. In ihrem Humorproduktionstest wählten die älteren ProbandInnen signifikant häufiger die

falsche, nicht lustige Antwort im Vergleich zu den jüngeren und entschieden sich signifikant häufiger für die logische Alternative. Im Unterschied zu den anderen Studien, bewerteten sie die Witze als weniger lustig als die jüngeren ProbandInnen. Diesen Unterschied erklären die Autoren einerseits damit, dass Shammi und Stuss (2003) die affektive Komponente bei einem Verständnistest gemessen haben, bei dem die Teilnehmenden keine kognitiven Einschränkungen zeigten. Andererseits können Uekermann et al. (2006) nicht ausschließen, dass es sich bei den unterschiedlichen Humorpräferenzen um Kohorteneffekte handelt, anstatt um eine niedriger ausgeprägte affektive Komponente im Alter. Schließlich wurden in diesen Studien nur Witze und Comics untersucht. Des Weiteren ist die Präferenz eines Witzes abhängig von seinem Schwierigkeitsgrad. Witze mit einem mittleren Anspruchsniveau werden am lustigsten empfunden. Wenn Personen mit zunehmendem Alter kognitiv abbauen, könnten leichte Witze wieder als anspruchsvoller und amüsanter empfunden werden, während mittelschwere und schwere Witze nur mehr weniger gefallen (Greengross, 2013).

Die Untersuchung von Humor durch die Produktion und dem Verständnis von Witzen greift allerdings zu kurz. Damianakis und Marziali (2011) untersuchten mittels qualitativer Interviews das Humorerleben von 20 Personen zwischen 61 und 95 Jahren, die noch selbstständig im eigenen Haushalt wohnten. Hierbei stellte sich heraus, dass viele in ihren Erzählungen über Humor Witze nicht erwähnten. Sie erzählten von spontanen Formen von Humor und Komik, die im Alltag entstehen oder durch zwischenmenschliche Beziehungen sowie auch von Erheiterndem aus dem Fernsehen.

Außerdem wurden die Inhalte der qualitativen Interviews (Damianaki & Marziali, 2011) bezüglich der Humorstile nach Martin, Puhlik-Doris, Larsen, Gray und Weir (2003) untersucht. Am häufigsten wurde der kooperative (affiliative) Humorstil identifiziert, der förderlich ist und vor allem durch das Teilen von Humor in interpersonalen Beziehungen entsteht. So erzählten die Befragten von Scherzen mit Freunden und der Familie, aber auch von dem Einsatz von Humor, um die Intensität eines Streits zu schwächen oder um Sozialkontakte zu pflegen.

Ebenso wurde häufig der selbstverstärkende (self-enhancing) Humorstil identifiziert, ein förderlicher Humorstil mit positiven und optimistischen

Sichtweisen. So nahmen die Personen den altersbezogenen Abbau mit einem selbstdienlichen Humor, indem sie beispielsweise ihren Rollator "BMW" nannten oder im Umgang mit Hörverlust scherzhaft zu anderen sagten: "Ich bin nicht taub, ich kann dich nur nicht hören." (ins Deutsche übersetzt, S.117).

Der authentische Humorstil, der dazu dient stressige Lebenssituationen oder Erfahrung von Schmerz und Verlust erträglicher zu machen und auch Hoffnung für die Zukunft zu schaffen, wurde ebenfalls identifiziert. Er wurde eingesetzt, um mit unaufhaltbaren Alterungsprozessen umzugehen. Zum Beispiel sagte eine Befragte lachend: "Ich kann keine Leiter mehr hinaufsteigen, aber ich bin sowieso nie weiter als die dritte Stufe hinaufgestiegen" (ins Deutsche übersetzt, S. 117).

Nur bei wenigen Befragten wurde der selbstabwertende (self-defeating) Humorstil identifiziert, der den eigenen Selbstwert schädigt, indem man Witze über sich selbst macht, um andere zu belustigen. Dieser äußerte sich in Aussagen wie, "Mein Sohn wohnt in British Columbia, das ist in etwa so weit weg, wie man nur weitmöglichst von seiner Mutter wegkommen kann. Meine Tochter wohnt hier. Wir reden sehr viel über unsere Probleme und ich versuche ihr zu helfen. Sie denkt, ich bin eine weise Person. Ich denke, sie ist dumm, wenn sie das denkt (lacht)" (ins Deutsche übersetzt, S.118).

Damianakis und Marziali (2011) schlussfolgern aus ihrer Studie, dass Humor bei älteren Menschen meistens interpersonell erlebt wird, indem er mit Freunden und der Familie geteilt wird. Humor hilft ihnen in den verschiedensten Situationen. Er fördert eine positive Sichtweise und ein positives Selbstbild über das alternde Ich. Zudem hängen Ausdruck und Wertschätzung von Humor mit dem Erhalt von positiven Kontakten zusammen. Außerdem hilft er über sich selbst zu lachen und so über unkontrollierbare Ereignisse des Lebens, wie Verlust und einen schlechteren Gesundheitszustand hinweg zu kommen, anstatt deprimiert zu sein oder sich zu ärgern. Ausdruck und Wertschätzung von Humor wurde von einigen Befragten als wichtige Funktion gegen Einsamkeit und Depression genannt. Demnach spielt Humor möglicherweise eine wichtige Rolle im Alterungsprozess.

Abschließend werden die Ergebnisse des Kapitels zur Erforschung von Humor im Alter zusammengefasst. Hinsichtlich von Humorvorlieben in unterschiedlichen Altersgruppen fanden Ruch et al. (1990), dass ProbandInnen abhängig vom Alter (insbesondere ab 40 Jahren) Witze und Cartoons mit aufgelöster Inkongruenz als lustiger empfanden als jüngere ProbandInnen. Diese Humorvorlieben korrelierten allerdings auch mit konservativen Einstellungen. Humor als Charaktereigenschaft (gemessen durch das VIA bzw. MSHS) scheint in verschiedenen Altersgruppen ähnlich ausgeprägt zu sein (Ruch et al., 2010, Thorson & Powell, 2009). Bei der Erforschung des Verständnisses von Humor im Alter zeigte sich, dass ältere im Vergleich zu jüngeren Personen vermehrt Schwierigkeiten im Humorverständnis haben, bedingt durch kognitive Einschränkungen (Mak & Carpenter, Schaier & Cicirelli, 1976; Uekermann et al., 2006). Shammi und Stuss (2003) konnten dies jedoch nicht bestätigen. Trotz vermindertem Humorverständnis wurden Witze und Cartoons von älteren ProbandInnen als lustiger empfunden im Vergleich zu jüngeren (Shammi & Stuss, 2003; Schaier & Cicirelli, 1976). Uekermann et al. (2006) konnten dies jedoch nicht bestätigen. Damianakis und Marziali (2011) identifizierten bei SeniorInnen vorrangig selbstdienliche Humorstile (kooperativ, authentisch), die eine positive Sichtweise auf das alternde Ich fördern und beim Umgang mit Alterungsprozessen unterstützend wirken. All diese Studien haben ein Querschnittsdesign und können Kohorteneffekte nicht ausschließen. Zudem stoßen sie teilweise auf unterschiedliche Ergebnisse. Eine vermehrte Erforschung von Humor im Alter, insbesondere durch Längsschnittsdesigns, wäre demnach wünschenswert. Das Wissen über Veränderungen von Humorvorlieben, dem Humorverständnis im Altersverlauf sowie der Bedeutung und dem Nutzen von Humor im Alter wäre für die Erstellung von Humorinterventionen und Humortrainings für SeniorInnen hilfreich.

5. HUMORINTERVENTIONEN

Obwohl bereits Sigmund Freud Witz und Humor in seinen Werken thematisierte (Freud, 1905), hatte Humor in der psychologischen Behandlung und in der Psychotherapie lange Zeit wenig Raum, da hier nur Ernsthaftigkeit erwünscht war (Titze, 2016). Allerdings beschäftigt sich die Forschung zunehmend mit Humor im therapeutischen Setting (Gelkopf, 2011; Wild, 2016). Der psychotherapeutische Einsatz von Humor ist dabei vielfältig - von der Interpretation des Witzes als Zugang zum Unbewussten (Shaked, 2016) bis hin zu lustigen, provokativen Äußerungen oder humorvollen Interpretationen, um einen Perspektivenwechsel bei KlientInnen herbeizuführen (Höfner, 2016). In der Positiven Psychologie wird Humor als einer von 24 Charakterstärken angesehen, der das gute Leben fördert (Park, Peterson, & Seligman, 2004). Humorbasierte Interventionen sowie Humortrainings wurden entwickelt, um den Humor und damit verbundene gesundheitsbezogene Merkmale zu steigern (McGhee, 2010). In diesem Kapitel wird ein Überblick gegeben, welche Humorinterventionen und Humortrainings es bereits gibt, wie diese aussehen und welche Wirkungen sie erzielen.

5.1. Humorbasierte Online-Interventionen

Bis jetzt gibt es nur wenige ForscherInnen, die humorbasierte Online-Interventionen entwickelt, durchgeführt und evaluiert haben. Edwards (2013) erstellte zwei humorbasierte Interventionen und verglich diese mit einer bereits bestehenden Intervention (Dankbarkeits-Intervention, engl. gratitude intervention) der Positiven Psychologie und einer Kontrollgruppe. TeilnehmerInnen waren 113 StudentInnen und MitarbeiterInnen der University of Western Ontario, die randomisiert einer Versuchsbedingung zugeteilt wurden. Alle besuchten eine Informationsveranstaltung, bei der sie auch Fragebögen zu Humorstilen, Lebenszufriedenheit, Dankbarkeit, Altruismus, Positiven und Negativen Affekt ausfüllten. Danach füllten sie zweimal wöchentlich über einen Zeitraum von drei Wochen online Fragebögen aus und schrieben eine Art Tagebucheintrag. Einen Monat nach Beendigung der Intervention wurden sie erneut dazu aufgefordert, die Fragebögen auszufüllen. Die Aufgabenstellungen der vier Versuchsbedingungen waren die folgenden. Bei der *Dankbarkeitsintervention* sollten die Teilnehmenden über den vergangenen Tag nachdenken und bis zu fünf Dinge niederschreiben, für die sie dankbar waren. Teilnehmende der *traditionellen Humorgruppe* schrieben

bis zu fünf Dinge nieder, die sie zum Lachen, Lächeln oder Kichern brachten. Es konnten auch Situationen sein, bei der sie wen anderen zum Lachen brachten oder wie sie es schafften stressvolle Situationen mit Humor zu nehmen. Teilnehmende der *Humorstil-Gruppe* hatten dieselbe Instruktion wie die *traditionelle Humorgruppe*, jedoch sollten diese zusätzlich die Situationen dahingehend bewerten, ob es sich um einen positiven (z.B. Interessenskonflikte mit Humor lösen) oder negativen Humor (z.B. Sarkasmus, rassistische Witze, selbstabwertende Bemerkungen, um andere zu amüsieren) handelte. *Teilnehmende der Kontrollgruppe* schrieben bis zu fünf Dinge auf, die sie berührt haben.

Entgegen der Erwartung des Autors unterschieden sich die Dankbarkeitsintervention und die Humorinterventionen zu den Postmessungen in keinem der untersuchten Konstrukte (*Dankbarkeit, Humorstile, positiver und negativer Affekt, Lebenszufriedenheit, Altruismus*) signifikant voneinander. Allerdings trat bei allen ein signifikant besserer *positiver Affekt* im Vergleich zur Kontrollgruppe auf. Die *traditionelle Humorgruppe* war die einzige Gruppe, die im Vergleich zur Kontrollgruppe einen signifikant niedrigeren *negativen Affekt* hatte. Es stellte sich heraus, dass Personen, die mehr Arbeitsaufwand für die Intervention aufbrachten, davon ausgingen, dass die Intervention einen Einfluss auf ihr Wohlbefinden haben würde sowie jene, die die Intervention nach den drei Wochen selbstständig weiterführten, signifikant höhere Werte in *positivem Affekt, Altruismus* und *Lebenszufriedenheit* hatten. Edwards (2013) schlussfolgerte, dass humorbasierte Interventionen genauso effektiv darin sind wie bereits etablierte Interventionen der Positiven Psychologie (*Dankbarkeitsintervention*), den *positiven Affekt* zu steigern.

In einer ähnlichen Studie erstellten Wellenzohn, Proyer und Ruch (2016) fünf unterschiedliche einwöchige humorbasierte Online-Interventionen aufbauend auf bereits vorhandenen Interventionen der Positiven Psychologie und untersuchten, ob sich diese positiv auf Fröhlichkeit (engl. happiness) und Depressivität der Teilnehmenden auswirkten. 984 Personen mit einem Durchschnittsalter von 47.4 Jahren ($SD = 11.6$), die an einer der fünf Interventionen oder einer Kontrollgruppe teilnahmen, wurden analysiert. Die Teilnehmenden registrierten sich online zur

Studie und wurden randomisiert zu einer Versuchsbedingung zugeteilt. Online füllten sie Fragebögen zu soziodemografischen Variablen, Depressivität und Fröhlichkeit aus, wurden anschließend zu einer Präsentation über Humor weitergeleitet und erhielten zum Schluss ein downloadbares Dokument mit der Instruktion (entsprechend ihrer zugeteilten Intervention), was sie an den nächsten Abenden befolgen sollen. Nach dieser Woche, sowie ein, drei und sechs Monate später füllten sie erneut Fragebögen zu Depressivität und Fröhlichkeit aus.

Bei der Intervention *Collecting funny things*, schrieben die Teilnehmenden täglich ihr bisher lustigstes Erlebnis ihres Lebens im Detail nieder, wobei sie auch die Emotionen während des Erlebnisses genau beschreiben sollten. Außerdem wurden sie dazu ermutigt, das Erlebnis mit den Personen zu teilen, die damals dabei waren. Bei *Three funny things* schrieben sie täglich die drei lustigsten Dinge nieder, die während des Tages passiert waren und sollten ebenso die Gefühle während der Erlebnisse genauer beschreiben. Die Intervention *Counting funny things* beinhaltete lediglich das Niederschreiben der Anzahl an lustigen Dingen, die während des Tages passiert waren. Die Teilnehmenden der *Applying Humor Intervention* sollten während des Tages ihr Augenmerk auf Humor legen und neue humorvolle Aktivitäten in ihren Alltag integrieren, wie Comics lesen oder lustige Filme schauen. Die Intervention *Solving stressful situations in a humorous way* fokussierte auf Humor als Bewältigungsstrategie für Stress. Hier sollten die Teilnehmenden über eine stressige Situation während des Tages nachdenken und wie sie in einer humorvollen Weise gelöst wurde oder gelöst hätte werden können. Bei allen Interventionen gab es signifikante Verbesserungen in der *Fröhlichkeit* und *Depressivität* zur ersten Postmessung nach Abschluss der einwöchigen Intervention. Allerdings gab es bei der *Depressivität* keine langanhaltenden Effekte. Nur die Interventionen *Collecting funny things* und *applying humor* erreichten auch noch ein Monat nach der Intervention eine signifikante Verbesserung. Hinsichtlich der Fröhlichkeit zeigten die Interventionen, die den Fokus auf lustige Erlebnisse des aktuellen Tages lenkten, *Three funny things*, *Counting funny things* und *applying humor* sogar noch bis zu sechs Monate später signifikante Verbesserungen. Die Heiterkeit nach den Interventionen *Collecting funny things* und *Solving stressful situations in a humorous way* war nur ein Monat später noch signifikant verbessert.

Diese Ergebnisse zeigen, dass mit diesen Interventionen bereits Verbesserungen in der *Fröhlichkeit* und *Depressivität* erzielt werden können. Dabei sind Interventionen, die den Fokus auf lustige Erlebnisse am Tag legen, hinsichtlich der *Fröhlichkeit* am vielversprechendsten. Die Autoren gehen davon aus, dass einerseits der positive Humor-Fokus in der Gegenwart und andererseits das erneute Genießen durch das Erinnern der lustigen Erlebnisse zu der Wirksamkeit der Interventionen führten. So hat die Intervention *collecting funny things* zwar eine genießerische Komponente, jedoch keinen Fokus auf die Gegenwart. Die Intervention *solve stressful situations in a humorous way* hatte zwar einen Gegenwartsbezug, jedoch fokussiert diese auf stressige Erlebnisse. Dies könnte die Wirkung verringern, wenn die Teilnehmenden diese nicht mit Humor lösen konnten. Außerdem zeigte sich in hierarchischen Regressionsanalysen, dass eine frühe Veränderung in der *Fröhlichkeit* und *Depressivität* mit signifikanten Verbesserungen sechs Wochen nach der Intervention zusammenhing. Weiters hing eine nachhaltige Verbesserung damit zusammen, ob die Personen die Intervention mochten, einen persönlichen Nutzen darin sahen und die Übung selbstständig weiter ausführten.

Welche Zielgruppe den größten Nutzen aus diesen humorbasierten Interventionen zieht, analysierten die Autoren in einer nachfolgenden Studie mit demselben Datensatz (Wellenzohn, Proyer, & Ruch, 2018). Hier wurden auch Daten aus dem Selbstbeurteilungfragebogen *Sense of Humor Scale* (McGhee, 1999) herangezogen, der den *Sinn für Humor* misst und vor der Intervention (Prätest) und 1-Monat nach der Intervention (Follow-Up) vorgelegt wurde. Es stellte sich heraus, dass ein ausgeprägter *Sinn für Humor* zur Prätestung keinen moderierenden Effekt auf die Wirksamkeit der Interventionen hatte. Das bedeutet, dass Personen unabhängig von ihrem persönlichen Humor von diesen Interventionen profitieren können. Allerdings gab es einen Zusammenhang zwischen der Veränderung des *Sinns für Humor* und der Wirksamkeit der Intervention nach sechs Monaten. Das heißt, dass der sich entwickelte *Sinn für Humor* einen moderierenden Effekt auf die Wirksamkeit der Interventionen darstellen könnte.

Wellenzohn et al. (2018) analysierten auch retrospektiv den Datensatz der Studie von Gander, Proyer, Ruch und Wyss (2013), die unter anderem die Wirksamkeit der Intervention *Three funny things* untersucht hatten. Hier zeigte sich, dass

Teilnehmende mit höheren Werten in *Extraversion* zum Zeitpunkt der Prätestung einen größeren Nutzen aus der Intervention zogen. Die Autoren erklären sich die Ergebnisse so, dass extravertierte Personen vermehrt in Gesellschaft sind und dadurch mehr Lustiges erleben oder vermehrt Kontakte suchen, um lustige Erlebnisse zu haben. Demnach sei *Three funny things* für extravertierte Personen geeigneter. Für die Praxis bedeute dies jedoch auch, dass humorbasierte Interventionen so adaptiert werden sollten, dass sie auch auf introvertierte Personen abzielen. Zum Beispiel indem lustige Situationen thematisiert werden, bei denen andere Personen nicht involviert sein müssen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Studien erste Hinweise geben, dass bereits einfache humorbasierte Online-Interventionen positive Gefühle verstärken können und damit einen Einfluss auf das Wohlbefinden haben. Der Vorteil ist, dass sie nicht viel Zeit in Anspruch nehmen, für viele zugänglich gemacht werden können und kosteneffizient sind (Wellenzohn et al., 2016). Sie könnten auch als Teil von Humortrainingsprogrammen integriert werden (siehe nächstes Kapitel 5.2). Zu beachten ist, dass es sich bei den untersuchten Stichproben vorrangig um klinisch unauffällige Menschen handelt und keine Verallgemeinerung der Ergebnisse auf andere Zielgruppen möglich ist.

5.2. Humortrainings

Nachdem es keine einheitliche Definition für Humor gibt, gibt es auch keine einheitliche Definition für Humorinterventionen. Allerdings haben sich in der Psychologie spezielle Humortrainings, auch Humorprogramme genannt, entwickelt. Hier waren Nevo, Aharonson und Klingman (1998) eine der ersten AutorInnen, die Ansprüche forderten, wie diese auszusehen hätten: Das Ziel von Humortrainings ist es, den Sinn für Humor zu verbessern. Dadurch kann in dessen Folge Gesundheit und Wohlbefinden gesteigert werden. Das Training ist systematisch, evidenzbasiert und Ergebnisse sollen vorhersagbar und reproduzierbar sein. Dessen Inhalte und Übungen basieren auf einem theoretischen Hintergrund. Ebenso soll ein Verständnis über die zugrundeliegenden Wirkmechanismen vorliegen und darüber, welche psychologischen Merkmale verbessert werden können und welche Zielgruppen davon profitieren.

Humortrainings folgen einem kognitiv-behavioralen Modell und basieren auf der Annahme, dass Sinn für Humor bzw. die Humorfähigkeiten auf der Verhaltensebene, aus denen er sich zusammensetzt, trainierbar sind. Humortrainings beinhalten mehrere Einheiten und werden im Gruppensetting abgehalten, wobei ein Einzelsetting nicht ausgeschlossen ist (Falkenberg et al., 2013; Nevo, 1998).

Die in der Literatur am häufigsten untersuchten Humortrainings sind aufgebaut auf dem Humortraining *The 7 Humor Habits Program* von McGhee (2010), auf dem auch die Intervention der vorliegenden Arbeit basiert. Zur Vollständigkeit wird im Folgenden ein Überblick über Studien mit anderen Humortrainings gegeben. Den Studien basierend auf dem Modell von McGhee wird das Kapitel 5.3 gewidmet.

Nevo et al. (1998) führten als eine der Ersten eine Studie durch, bei der er ein Humortraining mit theoretischer Fundierung erstellt und empirisch überprüft wurde. Das Humortraining folgt einem kognitiv-behavioralen Ansatz, nach dem Humor mit kognitiver Umstrukturierung erlernt werden kann. Als zugrundeliegendes Konzept erweiterte Nevo das Humormodell von Ziv (1981) und postuliert, dass fünf Komponenten für den Sinn für Humor bedeutsam sind: motivational, kognitiv, emotional, sozial und behavioral.

Im Rahmen des Humortrainings soll demnach durch Information und positiver Verstärkung die Bedeutung von Humor und die Einstellung, dass Humor trainierbar ist, vermittelt werden (*motivationale Komponente*). Einstellungen, die den Einsatz von Humor begünstigen, sollen verstärkt, und Einstellungen, die den Einsatz von Humor hemmen, wie "ich mache mich lächerlich", soll entgegengewirkt werden. Ziel ist es auch, an der Fähigkeit zum humorvollen Perspektivenwechsel und der Bereitschaft bei Unsinn und kindischen Ideen mitzumachen, zu arbeiten. Außerdem soll das Repertoire an Humortechniken erweitert werden: Witze, lustige Geschichten, Übertreibungen, Wortspiele, usw. (*kognitive Komponente*). Das innere Kind soll entdeckt und eine spielerische Haltung eingenommen werden. Die Teilnehmenden sollen durch Spiele und Rollenspiele lernen Gefühle auszudrücken, eigene Defizite mit Humor zu nehmen

und Humor in stressigen Situationen einzusetzen (*emotionale Komponente*). Außerdem sollen sie lernen wann und wie der Einsatz von Humor in interpersonalen Beziehungen angebracht ist (*soziale Komponente*). Es soll geübt werden, Humor zu produzieren und wertzuschätzen (*behaviorale Komponente*).

Das Humortraining, aufbauend auf diesen Zielen, beinhaltete 20 Stunden mit 14 Einheiten (Nevo et al., 1998). Lehrerinnen zwischen 25 und 50 Jahren nahmen an der Studie teil. Es gab zwei unterschiedliche Humortrainingsgruppen sowie Kontrollgruppen mit Prä- und Posttestung. Humortrainingsgruppe A (n = 24) erhielt das volle Programm und sollte selbst aktiv Humor produzieren. Humortrainingsgruppe B (n = 23) hingegen war eine passive Gruppe, die nicht selbst aktiv Humortechniken produzierte, sondern bei der der Fokus auf Humorwertschätzung lag. Kontrollgruppe C (n = 22) diskutierte über Testangst und Lernfähigkeiten und Kontrollgruppe D (n = 19) erhielt keine Intervention. Die Zuteilung zu den Gruppen erfolgte nicht randomisiert, sondern nach Schulen. Alle Versuchs- und Kontrollgruppen wurden von denselben LeiterInnen durchgeführt.

Die Ergebnisse zeigten nur teilweise Verbesserungen in den einzelnen Humorkomponenten. Jeder Teilnehmende bewertete seine Peers hinsichtlich ihrer *Humorwertschätzung* und *Humorproduktion*. Die Humortrainingsgruppen A und B und die Kontrollgruppe mit Aktivität bewerteten ihre Peers hinsichtlich der *Humorwertschätzung* und *Humorproduktion* signifikant höher als die Kontrollgruppe ohne Intervention und als zur Prätestung. Bei der aktiven Humortrainingsgruppe A stieg die *Humorproduktion* wie erwartet am höchsten an. Interessanterweise gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen in der Bewertung der eigenen *Humorwertschätzung* und *Humorproduktion* und in den Ergebnissen eines *Humorproduktionstests*.

Die *generelle Einstellung zum Sinn für Humor* veränderte sich nicht signifikant. Hier ist allerdings anzumerken, dass die Teilnehmenden bereits vor der Intervention eine positive Einstellung gegenüber Humor hatten und nur wenig Spielraum zur Verbesserung da war (Deckeneffekt). Beide Humortrainingsgruppen bewerteten sich allerdings signifikant besser in den *Einstellungen zum eigenen Sinn für Humor* als die Kontrollgruppen. In den *Einstellungen zur Veränderbarkeit von Sinn für Humor* gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den

Gruppen. Hinsichtlich der emotionalen Komponente steigerte sich nur die aktive Humortrainingsgruppe A in dem Item "Ich kann mir erlauben albern zu sein" signifikant im Vergleich zu den anderen Gruppen. In einem Feedbackfragebogen mit einer Skala nach einem Schulnotensystem von eins bis fünf gaben die Humorgruppen an, dass das Humorprogramm nur einen kleinen bis mittleren Beitrag leistete, ihren Sinn für Humor zu verbessern (Gruppe A: $M = 2.43$, $SD = 0.59$, Gruppe B: $M = 2.39$, $SD = 0.89$) und ihr Humorverhalten veränderte (Gruppe A: $M = 2.45$, $SD = 0.86$, Gruppe B: $M = 2.74$, $SD = 0.86$). Die aktive Humorgruppe würde das Humortraining stärker weiterempfehlen als die passive Humorgruppe B.

Lowis (1997) untersuchte ein Humortraining mit vier wöchentlichen Einheiten zu je zwei Stunden und einer Einheit fünf Wochen später, bei der über das Programm diskutiert und Feedback eingeholt wurde. Ziel des Trainings war Humor als Bewältigungsmechanismus für den Umgang mit Stress zu erlernen. Die Einheiten bestanden aus Theorie, Gruppendiskussionen, praktischen Übungen wie Rollenspielen und zusätzlichen Hausübungen. Es gab drei Gruppen mit insgesamt 22 TeilnehmerInnen zwischen 25 und 71 Jahren. Acht Personen davon waren verheiratete Paare. Alle Teilnehmenden nahmen bei einer Prätestung vor Beginn des Humortrainings und einer Posttestung nach Abschluss des Trainings teil. Das Humortraining bewirkte nur teilweise Verbesserungen. Bei der *Humor Response Scale*, bei den Cartoons hinsichtlich ihrer Komik bewertet werden, sowie bei der *Humor Initiation Scale* (Bell, McGhee, & Duffey, 1986), eine Messung der Anstrengung, selbst Humor zu erzeugen, zeigten sich keine Unterschiede zwischen Prä- und Postmessung. Einen signifikanten Unterschied zwischen Prä- und Postmessung gab es jedoch in der *Coping Humor Scale* (Martin & Lefcourt, 1983), die erfasst, inwiefern Humor als Bewältigungsstrategie für Stress eingesetzt wird. Dies war auch das Hauptziel des Trainings. Weitere qualitative Analysen ergaben, dass fünf Personen einen hohen Nutzen, neun Personen einen moderaten und acht Personen einen niedrigen oder keinen Nutzen aus dem Humortraining bezogen. Aufgrund des eher niedrigen Nutzens des Humortrainings macht der Autor darauf aufmerksam, dass die Zielgruppe besser bedacht werden muss: Auf wen wirkt sich das Humortraining positiv aus? Er kam zu dem Schluss, dass sich Personen, die eine akute Stressperiode durchlaufen haben und Bewältigungsstrategien benötigen, um eine Langzeitdepression zu vermeiden,

profitieren. Dennoch meint er auch, dass die Inklusion von optimistischen Personen, die als Vorbild dienen und Personen, die weniger Initiative zeigen, in Gespräche zu involvieren, sinnvoll sein könnte.

Eine quasiexperimentelle Studie von Karnieli-Miller, Michael, Segal und Steinberger (2018) untersuchte einen einsemestrigen Humortrainingskurs (13 Mal, einmal wöchentlich zu je 1.5 Stunden), basierend auf dem *Four Habits Model* (Frankel & Stein 1999), der Kommunikationsfähigkeiten und Humor für eine bessere Patientenbeziehung bei Medizinstudenten der Universität von Tel Aviv verbessern sollte. Geleitet wurde dieser von einem Theaterdirektor und einem Zahnarzt mit einem zusätzlichen Abschluss in Medical Clowning. Mittels Didaktik und Rollenspielen sollten die Teilnehmenden lernen, positiven von negativen Humor zu unterscheiden, Humor zu initiieren und auf von Patienten initiierten Humor zu reagieren. Untersucht wurde eine Versuchsgruppe (n = 19) und eine Kontrollgruppe (n = 17), bei denen vor und nach der Intervention mittels Fragebögen und einer Gesprächssimulation Daten erhoben wurden. Die Ergebnisse zeigten, dass sich die *Humoreinstellungen*, bezogen auf die Angemessenheit des Einsatzes von Humor und dem Einfluss von Humor auf PatientInnen und ÄrztInnen, nicht signifikant von der Prä- zur Postmessung veränderten. Ebenso gab es keine Veränderungen der Humor-Selbstwirksamkeit, z.B. sich imstande zu fühlen mit Humor PatientInnen zu ermutigen. Allerdings veränderte sich in der Versuchsgruppe das *Humorverhalten*, das mittels einer gefilmten Simulation eines Patientengesprächs bewertet wurde, signifikant von der Prä- zur Postmessung. Auch wenn es innerhalb der Versuchsgruppe nicht in allen Humorwerten signifikante Verbesserungen gab, waren zum Zeitpunkt der Postmessung *Humoreinstellungen*, *Humor-Selbstwirksamkeit* und das *Humorverhalten* dennoch signifikant höher als in der Kontrollgruppe.

Diese Studien zeigen auf, dass die Wirksamkeit von Humortrainings immer nur partiell bestätigt werden konnte. Nie wurden alle erwarteten Veränderungen erreicht. Einstellungen zum Thema Humor blieben eher konstant, während es im Humorverhalten Veränderungen gab. So gab es teilweise signifikante Verbesserungen in der Humorwertschätzung, Humorproduktion, Einstellungen zum eigenen Humor und dem Einsatz von Humor als Bewältigungsstrategie.

5.3. Humortraining nach McGhee

Das am meisten eingesetzte und untersuchte Humortraining stammt von McGhee, genannt *The 7 Humor Habits Program* (McGhee, 2010) zur Förderung des Sinns für Humor. Im Folgenden wird dieses beschrieben und ein Überblick über Studien gegeben, die seine Wirksamkeit untersuchten.

5.3.1. Konzept des Humortrainings nach McGhee

The 7 Humor Habits Program von McGhee (2010) baut auf seinem Konzept von Sinn für Humor auf (Kapitel 4.1). Die Ziele sind

“(i) zu zeigen, dass Humor trainierbar (...) ist, (ii) Humor stärken, (iii) die Häufigkeit von positiven Emotionen zu erhöhen, (iv) die Häufigkeit von negativen Emotionen zu senken, (v) die emotionale Resilienz und die Fähigkeit mit Stress umzugehen, zu erhöhen” (ins Deutsche übersetzt, Ruch & McGhee, 2014).

Diese sollen durch das Üben der sieben Humorfähigkeiten und -gewohnheiten, der *7 Humor Habits* (siehe Tab. 1) erreicht werden. Sie sind hierarchisch aufgebaut und werden zunehmend anspruchsvoller. An stressfreien Tagen, an denen man gute Laune hat, sollen sie geübt werden, um die neu erlernten Gewohnheiten später auch unter Stress anwenden zu können (McGhee, 2016).

Tabelle 1.

Die 7 Humor Habits, entnommen aus Ruch & McGhee, 2014, S.182

-
- 1 Surround yourself with humor (and think about the nature of your sense of humor).
 - 2 Cultivate a playful attitude.
 - 3 Laugh more often and more heartily.
 - 4 Create your own verbal humor.
 - 5 Look for humor in everyday life.
 - 6 Take yourself lightly: laugh at yourself.
 - 7 Find humor in the midst of stress.
-

Um die *Humor Habits* zu fördern gibt es zusätzlich zu den Einheiten zwei weitere Komponenten: *home play* und *humor log*. Bei diesen handelt es sich um eine Art von Hausaufgaben: eine Liste mit einer Auswahl an Übungen, die zwischen den Einheiten erledigt werden sollen, um Humor im Alltag zu integrieren. *Home play* - Aufgaben stellen den aktiven Teil dar, bei dem die Teilnehmenden täglich aus 10 bis 12 Vorschlägen einzelne Aktivitäten durchführen sollen. *Humor log* - Aufgaben dienen zur Reflektion. Es soll täglich ein Humor-Logbuch geführt werden (McGhee 2016, Ruch & McGhee, 2014). Ein Beispiel für eine solche Hausaufgabe ist: "Schau dir verschiedene Sitcoms an und entscheide welches Programm dir am besten gefällt. Nutze dies als Basis, um dir Gedanken über deinen eigenen Sinn für Humor zu machen." (ins Deutsche übersetzt, Ruch & McGhee, 2014, S.184)

5.3.2. Evaluation der Humortrainings nach McGhee

Sämtliche Studien, die das Humortraining nach McGhee auf seine Wirksamkeit hin überprüft haben, zeigen positive Auswirkungen auf die Teilnehmenden. Die Humortrainings wurden in Europa (Falkenberg, Buchkremer, Bartels, & Wild, 2011; Tagalidou, Loderer, Distlberger, & Laireiter, 2018, Ruch et al., 2018) Asien (Cai, Yu, Rong, & Zhong, 2014) und Australien (Crawford & Caltabiano, 2011) durchgeführt und für die jeweilige Zielgruppe und Kultur leicht adaptiert.

Ruch et al. (2018) konnten die Hypothese bestätigen, dass Humor trainierbar ist. Der Sinn für Humor, gemessen mit der Sense of Humor Scale (McGhee, 1999), verbesserte sich in den Humortrainingsgruppen im Zeitverlauf, jedoch nicht in den Kontrollgruppen. Die Teilnehmenden bewerteten nicht nur ihren eigenen Sinn für Humor durch Selbsteinschätzung, sondern sie wurden auch von selbstgewählten Freunden eingestuft, die den Fragebogen zugeschickt bekamen. Sowohl der subjektive als auch der objektive *Sinn für Humor* stieg in den Humortrainingsgruppen signifikant an. Im Speziellen spricht für das Training von McGhee, dass eine andere humorvolle Intervention in der Kontrollgruppe dieses Ergebnis nicht erzielte. So hatte die Kontrollgruppe soziale Treffen mit Theorieinputs zum Thema Humor, lustigen Videos, Lachyoga, Wortspielen und Improvisationstheater. Diese unsystematische Intervention hatte keine Auswirkung auf den *Sinn für Humor*. Einen signifikant verbesserten *Sinn für Humor* wurde auch bei Teilnehmenden mit Schizophrenie erzielt im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit Handarbeit (Cai et al., 2014). Hierbei zeigten sich im Speziellen

Verbesserungen der Humorproduktion, der Wertschätzung von Humor, in den Einstellungen gegenüber Humor und des Einsatzes von Humor als Bewältigungsmechanismus. Eine Verbesserung in der Fähigkeit, Humor als Bewältigungsmechanismus in stressigen Situationen einzusetzen, wurde auch in anderen Studien erzielt (Falkenberg, Buchkremer, Bartels, & Wild, 2011; Tagalidou et al., 2018), gemessen durch die *Coping Humor Scale* (Martin & Lefcourt, 1983).

Ebenso zeigte das Humortraining nach McGhee signifikante Verbesserungen in der *Heiterkeit* und Reduktion der *Ernsthaftigkeit* im Zeitverlauf (Falkenberg, Buchkremer, Bartels, & Wild, 2011; Ruch et al., 2018; Tagalidou et al., 2018), gemessen durch das *State-Trait Heiterkeits Inventar (STCI)* (Ruch et al., 1997). Ruch et al. (2018) maßen *Heiterkeit* und *Ernsthaftigkeit* vor und nach jeder einzelnen Einheit, wobei die *Heiterkeit* allerdings auch in der Kontrollgruppe mit sozialen Treffen signifikant anstieg. Interessanterweise zeigte sich in den letzten beiden Einheiten, *Über sich selbst lachen* und *Humor unter Stress*, keine Veränderung in der *Ernsthaftigkeit* und *Heiterkeit*. Dies könnte sein, da diese Einheiten eigene Schwächen und Auslöser für Stress thematisieren und teilweise eine ernsthafte Haltung erfordern.

Für eine Veränderung der *Depressivität* und *schlechter Laune* gibt es unterschiedliche Befunde. Während Falkenberg et al. (2010) keine Unterschiede bei Teilnehmenden mit Depressionen feststellten, erzielten Tagalidou et al. (2018) in einer subklinischen Stichprobe und Cai et al. (2014) bei Teilnehmenden mit Schizophrenie signifikante Verbesserungen der *Depressivität* im Zeitverlauf. Crawford und Caltabiano (2011) fanden ebenfalls signifikante Verbesserungen der *Depressivität* in der Humorgruppe, während sich dies in den Kontrollgruppen nicht zeigte. Jedoch hatten die Humorgruppe zur Baseline niedrigere Depressionswerte.

Hinsichtlich weiterer gesundheitsbezogener Merkmale gibt es vereinzelte Hinweise für signifikante Verbesserungen in folgenden Konstrukten, während die Kontrollgruppen eher stabil blieben: Positiver Affekt, Selbstwirksamkeit, Optimismus, wahrgenommene Kontrolle (Crawford & Caltabiano, 2011) sowie Angst, wahrgenommener Stress (Cai et al., 2014; Crawford & Caltabiano;

Tagalidou et al., 2018), Wohlbefinden (Tagalidou et al., 2018) und Lebenszufriedenheit (Ruch et al., 2018).

5.4. Humorinterventionen im gerontologischen Bereich

Humorinterventionen im gerontologischen Bereich wurden weltweit in verschiedensten Ländern in Europa, Asien, Amerika und Australien durchgeführt und implementiert. Tabellen 2 bis 4 geben eine Übersicht über diese Studien mit ihren Ergebnissen. Alle Interventionen fanden im Gruppensetting statt und hatten das Ziel, Merkmale der physischen und psychischen Gesundheit zu verbessern, die zumindest in einer Prämessung (Testung vor Start der Intervention) und einer Postmessung (Testung nach Abschluss der Intervention) erhoben wurden. Die Humorinterventionen beinhalteten lustige Elemente, die die Teilnehmenden zum Mitmachen animierten und zum Lachen bringen sollten, angepasst an die jeweilige Kultur. In fast jeder Studie waren lustige Anekdoten, Musik, Witze und interaktive Spiele mit witzigen Utensilien inkludiert. Nach Beendigung der Humorinterventionen wiesen die Teilnehmenden teilweise Verbesserungen in Angst, Depressivität, Lebenszufriedenheit, Resilienz, Schmerz, Schlafqualität, psychisches Wohlbefinden und Unruhe im Vergleich zu Kontrollgruppen oder der Prätestung auf (siehe Tabellen 2 – 4).

Die Zielgruppen waren SeniorInnen mit einem Durchschnittsalter zwischen 70 und 80 Jahren, wobei sich deren Lebensumstände durch Pflegebedürftigkeit oder Krankheit in den Studien massiv unterschieden. So gab es drei Settings in den Studien: SeniorInnen, die noch selbstständig im eigenen Haushalt lebten (DeKeyser-Ganz & Jacobs, 2014; Hirosaki et al., 2013; Ko & Youn, 2011; Mathieu, 2008, siehe Tabelle 2), SeniorInnen, die aufgrund von psychischen Störungen in psychogeriatrischen Abteilungen eine Behandlung erhielten (Hirsch, et al., 2010; Konradt, Hirsch, Jonitz, & Junglas, 2012; Walter et al., 2007, siehe Tabelle 3) oder SeniorInnen, die in Seniorenheimen oder Pflegeheimen lebten (Behrouz et al., 2017; Houston, McKee, Carroll, & Marsh, 1998; Tse et al., 2010; Goodenough et al., 2012, siehe Tabelle 4).

Studien mit im eigenen Haushalt lebenden SeniorInnen erzielten signifikante Verbesserungen in der *Lebenszufriedenheit* im Vergleich zur Prämessung

(Mathieu, 2008) und in der *Depressivität, Angst, positivem Wohlbefinden* und *Schlafqualität* im Vergleich zur Kontrollgruppe und zur Prämessung (DeKeyser-Ganz & Jacobs, 2014, Ko & Youn, 2011). Eine Studie, die ein *Laughter and Exercise Program* erstellte, bestehend aus einer Kombination von Vorträgen über Gesundheit im Alter, einem Comedy-Programm und Bewegungsübungen, erzielte signifikante Verbesserungen in physischen Merkmalen (Knochendichte, Blutzucker) und in der subjektiven Gesundheitseinschätzung, jedoch nicht in der Depressivität (Hirosaki et al., 2013).

In Studien in gerontopsychiatrischen Abteilungen wurde die Wirksamkeit von Gruppen mit Standardtherapie (ST) mit Versuchsgruppen mit zusätzlichem Humortraining (VG) verglichen. Hierbei zeigte sich, dass die Therapien auf PatientInnen mit Alzheimer keine Wirkung erzielten, sondern nur auf PatientInnen mit Depressionen (Walter et al., 2007). Diese verbesserten sich in den ST und in den VG in vielen psychologischen Merkmalen gleichermaßen (Hirsch et al., 2010; Konradt et al., 2012; Walter et al., 2007). Allerdings zeigten sich in den VG noch zusätzliche signifikante Verbesserungen in *Resilienz* (Hirsch et al., 2010), *Lebenszufriedenheit* (Hirsch et al., 2010, Konradt et al., 2012), *Ernsthaftigkeit als Zustand* und *physischer Gesundheit* (Konradt et al., 2012). Bei einer differenzierteren Betrachtung des Depressionsgrades erzielten Personen mit einer mittelgradigen oder schweren Depression in den VG zusätzliche oder stärkere signifikante Verbesserungen in *Heiterkeit, Ernsthaftigkeit als Zustand*, und *Lebenszufriedenheit* im Vergleich zu den ST (Konradt et al., 2012).

In Senioren- oder Pflegeheimen erzielten Humorinterventionen positive Wirkungen auf die Teilnehmenden. Im Vergleich zu Kontrollgruppen konnte Schmerz signifikant gelindert (Behrouz et al., 2017; Tse et al., 2010), sowie Angst, Depression, Einsamkeit, Fröhlichkeit und Lebenszufriedenheit signifikant verbessert werden (Houston et al., 1998, Tse et al., 2010). Die bisher größte Studie zu der Wirksamkeit von Humorinterventionen wurde mit insgesamt 298 BewohnerInnen in 35 australischen Pflegeheimen durchgeführt. Pro Pflegeheim wurde ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin als LaughterBoss trainiert, um Humor und spielerisches Verhalten in den Stationsalltag zu integrieren. Zusätzlich gab es zwölf Mal zweistündige Einheiten mit ElderClowns, die mit lustigen Aktivitäten, wie

Liedern, Witzen, Spielen, Puppen, Hüten und anderen Utensilien, mit den BewohnerInnen interagierten (Goodenough et al., 2012). Die Humorintervention zeigte keinen signifikanten Effekt auf Depression, Verhaltensstörungen, Lebensqualität oder soziales Engagement. Allerdings verbesserte sich Unruhe (Agitation) im Zeitverlauf signifikant im Vergleich zur Kontrollgruppe (Low et al., 2013). Pfadanalysen zeigten, dass die Unterstützung vom Management einen positiven mittleren Effekt auf den Einsatz der Laughter Bosses hatte, welcher wiederum einen großen Effekt auf die Beteiligung der BewohnerInnen in den Einheiten hatte. Höhere Werte in der Beteiligung der BewohnerInnen waren signifikant assoziiert mit besseren Werten in der Depressivität, Unruhe und neuropsychiatrischen Symptomen. Die Studie zeigt damit auf, dass das Engagement des Managements und des Heimpersonals einen wichtigen Beitrag zur Beteiligung der BewohnerInnen und der Wirkung von Humorinterventionen haben. Dennoch können die AutorInnen nicht ausschließen, dass die Pfade möglicherweise bidirektional sind. So könnte eine höhere Beteiligung der BewohnerInnen eine positive Wirkung auf das Engagement des Heimpersonals und wiederum auf das Management haben (Brodaty et al., 2013).

Anzumerken ist auch, dass es sich bei den beschriebenen Studien meist um Pilotstudien mit kleinen Stichproben handelt. Außerdem fehlte den Interventionen oft eine theoretische Fundierung und nur drei Studien untersuchten auch Langzeitwirkungen mittels einem Follow-Up (Behrouz et al., 2017; Goodenough et al., 2012; Hirosaki et al., 2013).

Zusammenfassend kann man schlussfolgern, dass Humorinterventionen bei BewohnerInnen von Senioren- und Pflegeheimen sowie bei SeniorInnen, die noch im eigenen Haushalt leben, zum Teil positive Veränderungen evozierten. In psychogeriatrischen Abteilungen zeigten Humorinterventionen als Zusatzbehandlung zur Standardtherapie zusätzliche Verbesserungen.

Tabelle 2

Übersicht von Humorinterventionsstudien mit selbstständig, im eigenen Haushalt lebenden Seniorinnen

Quelle	Studiendesign, Stichprobe	Humorintervention	Messinstrumente	Ergebnisse
Mathieu (2008)	VG: N = 15 Alter: 65-89 Prämessung, Postmessung direkt im Anschluss an die letzte Einheit	- Happiness and Humor Group: kurze Theorieinputs mit Diskussion, Witze, lustige Videos, Tanz, Erzählen lustiger Anekdoten, Einsatz spielerischer Utensilien - 10x wöchentlich	- Life Satisfaction Scale (LSS)	- sign. Verbesserung der Lebenszufriedenheit (LSS)
Ko & Youn (2011)	VG: N = 48, Alter: <i>M</i> = 76.33, (6.44) KG: N = 61, Alter: <i>M</i> = 73.92 (7.79) Prä- und Postmessung	- Lachtherapie mit Lachübungen, Klatschen, Singen, Tanzen, Lachmeditation, Theorieinputs über Wirkung von Lachen und Positivem Denken - 4x wöchentlich, 1 Std.	- Geriatric Depression Scale (GDS-15) - gesundheitsbezogene Lebensqualität: Short Form Health Survey (SF-26) - Insomnia Severity Index (ISI) - Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	- Sign. Verbesserung in Depressivität (GDS), Schlafqualität (PSQI) in VG, aber nicht in KG - Sign. Verbesserung in Schlafstörungen in VG und KG - Gesundheitsbezogene Lebensqualität: keine sign. Verbesserung des Gesamtscores, jedoch der Subskalen <i>Mentale Gesundheit</i> , Energie und Müdigkeit. <i>Gesundheitswahrnehmung</i> in VG
Hirosaki et al. (2013)	VG: N = 14, Alter: <i>M</i> = 68.2 (6.49) KG: N = 13 (Wartegruppe), Alter: <i>M</i> = 69.8 (5.93) Messung: t1 (Baseline), t2 (3 Mo-nate nach Baseline), t3 (6 Monate nach Baseline)	- Aufbau jeder Sitzung: 10 minütiger Vortrag über Gesundheitsthemen im Alter, 50 min. Comedyprogramm (Videoaufnahme oder Live), 60 min. Bewegungsübungen - 10x wöchentlich, 2 Std	- Geriatric Depression Scale (GDS) - 1 Item zur Bewertung der Gesundheit - Physiologische Werte: Knochen-dichte, Blutzucker	- sign. Verbesserung der Knochen-dichte und des Blutzuckers zu t2 in der VG im Vergleich zur KG, jedoch zu t3 dieselben Werte wie zu t1 - sign. Verbesserung der subjektiven Gesundheitseinschätzung in VG - keine sign. Veränd. der Depressivität
DeKeyser-Ganz, & Jacobs (2014)	VG: N = 50, KG: N = 42 Alter: <i>M</i> = 76.9 (6.8) Prä- und Postmessung	- „Humor as a Way of Life“- Programm: Integration von Humor in den Alltag, Entwicklung heiterer Umgebung, lustige Videos, Teilen persönlicher lustiger Anekdoten und Witze, Erinnern an lustige Situationen, ... - 12x wöchentlich, 2-3 Std	- RAND Health Status Questionnaire - General Well Being Scale (GWB) - Brief Symptom Inventory (BSI)	- sign. Verbesserung nur in Subskalen <i>positives Wohlbefinden</i> (GWB), <i>Angst</i> (GWB), und <i>Depressivität</i> (BSI) in VG

Tabelle 3

Übersicht von Humorinterventionsstudien in psychogeriatrischen Abteilungen

Quelle	Studiendesign, Stichprobe	Humorintervention	Messinstrumente	Ergebnisse
Walter et al. (2007)	VG-Alzheimer: N = 10 VG-Depression: N = 10 ST-Alzheimer: N = 10 ST-Depression: N = 10 Alter: $M = 87$ [62-89] Prä- und Postmessung	- lustige Erzählungen durch Leiter, Aktivierung von lustigen, biografischen Erinnerungen und des Humors - alle 2 Wochen, 1 Std	- Geriatric Depression Scale (GDS) - Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER) - Lebensqualität: Anamnestic Comparative Self Assessment Scale (ACSA)	- keine Veränderungen für Vpn mit Alzheimer - sign. Verbesserung für Vpn mit Depression in VG und ST: Lebensqualität (ACSA), Depression (GDS), tägliche Aktivitäten und Stimmung (NOSGER) - VG war nicht besser als ST
Hirsch, Junglas, Konradt, & Jonitz (2010)	VG: N = 52, Alter: $M = 73.79$ (6.31) ST: N = 38, Alter: $M = 71.92$ (5.58) Prä- und Postmessung	- Rollenspiel, clowneske Interventionen, Witzrunde, Tanz, Musik, Singen, Hausaufgaben - 2x wöchentlich, 8x	- Geriatrische Depressionsskala (GDS) - Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-12) - State-Trait-Heiterkeitsinventar (STHI) - Satisfaction with Life Scale (SWLS) - Resilienzskala (RS-11) - Beck-Depressionsinventar (BDI-II)	- sign. Verbesserung Resilienz (RS-11) und Lebenszufriedenheit (SWLS) nur in VG - bei mittelschwerer und schwerer Depression in VG sign. Verbesserung in Heiterkeit, Ernst, schlechte Laune (STHI), Lebenszufriedenheit (SLWS) - VG und ST sign. Verbesserungen in Depressivität (GDS), Suizidalität (BDI-II) und allgemeinen Gesundheitszustand (SF-12)
Konradt, Hirsch, Jonitz, & Junglas (2012)	VG: N = 49, Alter: $M = 73.47$ (6.15) ST: N = 50, Alter: $M = 71.42$ (5.17) Prä- und Postmessung	- Humortraining nach McGhee - 8x, 2x / Woche, 1 Std	- Geriatric Depression Scale (GDS) - Nurses Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) - Becks Depression Inventory (BDI-II) - Short Form Health Survey (SF-12) - State-Trait Cheerfulness Inventory (STCI) - Satisfaction with Life Scale (SLS)	- sign. Verbesserungen in Depression (GDS), Suizidalität (NGASR, BDI-II), State-Heiterkeit und State-schlechte Stimmung (STCI) in VG und ST - sign. Verbesserungen in State-Ernsthaftigkeit (STCI), Lebenszufriedenheit (SLS), Physische Gesundheit (SF-12) nur in VG - sign. Verbesserung in Trait-Schlechte Laune (STCI) nur in ST

Tabelle 4
Übersicht von Humorinterventionsstudien in Senioren- und Seniorenpflegeheimen

Quelle	Studiendesign, Stichprobe	Humorintervention	Messinstrumente	Ergebnisse
Houston, McKee, Carroll, & Marsh (1998)	VG: N = 31, KG: N = 30 mit Prä- und Postmessung Alter: M = 83,7 (6.79) [63-97]	- Old-time sing-a-long (singen und tanzen auf lustige Weise teils mit Verkleidung) - 4x wöchentlich, 1 Std.	- General Health Questionnaire (GHQ) - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	- sign. Verbesserung nur in VG: GHQ: Angst, HADS: Angst, Depression - keine Veränderung: GHQ: somatische Symptome, schwere Depression, soziale Dysfunktion
Tse, Lo, Cheng, Chan, Chan, & Chung (2010)	VG: N = 36, Alter: M = 78,25 [60-89] KG: N = 34, Alter: M = 79,38 [65-93] Prä- und Postmessung	- Erstellung eines Portfolios „My Happy Collection“, Witze, lustige Geschichten, Vorträge über Humor, Lachübungen, Spiele, Zaubershow - 8x wöchentlich, 1 Std	- Cantonese Verbal Rating Scale: Schmerz - Subjective Happiness Scale - Revised UCLA Loneliness Scale: Einsamkeit - Life Satisfaction Index A	- sign. Verbesserung in allen Messwerten: Schmerz, Wahrnehmung von Einsamkeit, Fröhlichkeit (Happiness) und Lebenszufriedenheit in VG im Vergleich zur KG
Goodenough et al. (2012), Brodaty et al. (2014)	VG: N = 189, Alter: M = 84,5 (7.5) KG: N = 209, Alter: M = 84,5 (8.7) Messung: t ₁ (Baseline), t ₂ (Woche 13), t ₃ (Woche 26)	- Komponente 1: ElderClowns: Interaktion mit BewohnerInnen und Personal durch Musik, Mimik, Witze, Bewegungsspiele wie Luftballontennis, Puppen. Gruppenintervention, aber im Anschluss auch einzelne Besuche bei BewohnerInnen in deren Zimmern; 12x wöchentlich, 2 Std - Komponente 2: LaughterBoss: ein Angestellter pro Seniorenheim wird in Humortechniken trainiert, um auch nach Sitzungen spielerisch mit den Teilnehmenden im Alltag zu interagieren	- Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) - The quality of life in dementia population scale (DEMQOL) - Neuropsychiatric Inventory- Nursing Home version (NPI-NH) - withdrawal Subscale of Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES) - LaughterChart: Engagement/ Interaktion der BewohnerInnen in Sitzungen bewertet durch ElderClowns und LaughterBoss - LaughterBoss Commitment subscale - Management Support Subscale	- Sign. Verbesserung von Agitation (CMAI) in VG im Vergleich zur KG - keine sign. Veränderungen in Depression (CSD), Lebensqualität (DEMQOL), soziales Engagement (MOSES), Verhaltensstörungen (NPI-NH) Multilevel Pfadanalyse: - Management Support korrelierte mit mittlerer Effektstärke mit LaughterBoss Commitment → - LaughterBossCommitment korrelierte positiv mit großer Effektstärken mit BewohnerInnenengagement → - Engagement der BewohnerInnen (LaughterChart) korrelierte mit mittlerer Effektstärke mit Reduktionen in Depression (CSD), Agitation (CMAI) und neuropsychiatrischen Symptomen (NPI-NH)
Behrouz et al. (2017)	VG: 28 Vpn, Alter: M = 73.9 (4.3); KG: 27 Vpn, Alter: M = 73.9 (5.8); Messung: t ₁ , t ₂ (Woche 3), t ₃ (Woche 6)	- Spiele mit lustigen Utensilien, Musik, Witze, Lachübungen, lustige Videos - 6x wöchentlich, 1 Std	- Modified German Version of the Brief Pain Inventory	- sign. Verbesserung des Schmerzes in VG im Vergleich zur KG

5.5. Effekte von Humortrainings

Im Kapitel (5.2 – 5.4) wurden Studien beschrieben, die Humortrainings untersuchten. Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Studien im Bezug auf gesundheitsbezogene Variablen, die in dieser Masterarbeit untersucht werden, zusammengefasst und näher beleuchtet: Verbessern Humortrainings die Lebensqualität der Teilnehmenden? Verändern sie den Affekt und reduzieren sie die Depressivität der Teilnehmenden?

5.5.1. In Bezug auf die Förderung von Lebensqualität

Das Konzept der *Lebensqualität* ist im Zusammenhang mit der Erweiterung des traditionellen Gesundheitsbegriffs entstanden (Daig & Lehmann, 2007). Im Jahr 1947 definierte die Weltgesundheitsorganisation [WHO] Gesundheit als Zustand, der sich nicht nur durch das Freisein von Krankheit auszeichnet. Vielmehr ist unter Gesundheit ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens zu verstehen (Bullinger, Siegrist, & Ravens-Sieberer, 2000). Durch die Hinzunahme der psychischen und sozialen Dimension betont diese Definition nun das subjektive Erleben von betroffenen Personen (Bullinger et al., 2000).

Zur Erfassung der *subjektiven Lebensqualität*, entwickelt die Projektgruppe „Quality of Life“ der WHO (WHOQOL Group) (WHOQOL Group, 1993) ein internationales Messinstrument. Die WHOQOL Group definiert Lebensqualität als die subjektive Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation (Angermeyer, Kilian, & Matschinger, 2000; WHOQOL Group, 1993). Diese wird im Kontext der eigenen Kultur und des jeweiligen Wertesystems betrachtet (WHOQOL Group, 1993).

Im Folgenden werden Studien beschrieben, die die Effekte von Humortrainings auf die Förderung der Lebensqualität der Teilnehmenden untersuchten.

Walter et al. (2007) führten eine Pilotstudie mit gerontopsychiatrischen PatientInnen durch. Hierbei wurde der Effekt eines Humortrainings auf die *subjektive Lebensqualität* von PatientInnen mit Depressionen und PatientInnen mit Alzheimer-Erkrankung untersucht. In beiden PatientInnengruppen wurde die Versuchsgruppe (n = 10) mit einer Kontrollgruppe (n = 10) verglichen. Die ProbandInnen der Versuchsgruppe erhielten neben der medikamentösen

Standardtherapie zusätzlich ein Humortraining (zweiwöchentlich, zu je 60 Minuten). Die Kontrollgruppe erhielt die medikamentöse Standardtherapie. Alle ProbandInnen nahmen bei der Aufnahme in die geriatrische Klinik an einer Prämessung und vor der Entlassung an einer Postmessung teil. Die *subjektive Lebensqualität* wurde mit der Anamnestic Comparative Self Assessment Scale (ACSA; Bernheim & Byse, 1983) erhoben. Das Humortraining fand während dem Klinikaufenthalt der ProbandInnen statt. Der Zeitraum der Hospitalisierung betrug im Median 15 Wochen (Range von 4 bis 28 Wochen). Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass depressive PatientInnen beider Gruppen nach der Postmessung eine höhere Ausprägung der *subjektiven Lebensqualität* angaben. Bei PatientInnen mit Alzheimer Erkrankung zeigten sich in beiden Gruppen keine Veränderungen in der Ausprägung der *subjektiven Lebensqualität*.

Auch die Ergebnisse der Studie von Hirsch et al. (2010) zeigten, dass ein Humortraining (zweimal wöchentlich, zu je 60 Minuten, insgesamt 8 Sitzungen) bei alten Menschen mit einer Depression zu einer signifikanten Verbesserung der Ausprägung der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität*, erhoben mit dem Short Form Health Survey (SF-12; Bullinger & Kirchberger, 1998), führt. Allerdings zeigten auch ProbandInnen der Kontrollgruppe (Standardtherapie der gerontopsychiatrischen Klinik) eine signifikante Verbesserung in der Ausprägung der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität*.

In einer quasi-experimentellen Studie untersuchten Konradt et al. (2012) die Auswirkungen eines Humortrainings auf die *gesundheitsbezogene Lebensqualität* von depressiven PatientInnen. ProbandInnen der Versuchsgruppe (n = 49) erhielten neben der personalisierten Standardtherapie der gerontopsychiatrischen Klinik zusätzlich ein Humortraining (zweimal pro Woche, zu je 60 Minuten, insgesamt 8 Sitzungen). ProbandInnen der Kontrollgruppe (n = 50) erhielten die personalisierte Standardtherapie. Alle ProbandInnen nahmen an einer Prä- und Postmessung teil. Die *gesundheitsbezogene Lebensqualität* wurde mit dem Short Form Health Survey (SF-12; Bullinger & Kirchberger, 1998) erhoben. Der SF-12 erfasst zwei Hauptdimensionen (körperliche und psychische Summenskala). Die Ergebnisse der Studie zeigten eine signifikante Verbesserung in der Ausprägung der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* bei ProbandInnen der Versuchsgruppe.

Die Ausprägung der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* zeigte bei ProbandInnen der Kontrollgruppe keine Veränderung.

Allerdings gibt es auch Studien, die keine signifikante Verbesserung der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* nach Humortrainings feststellen (DeKeyser-Ganz & Jacobs, 2014; Ko & Youn, 2011). Ko und Youn (2011) untersuchten in einer randomisierten Studie den Effekt eines Humortrainings auf die *gesundheitsbezogene Lebensqualität* von selbständigen, noch im eigenen Haushalt lebenden SeniorInnen. ProbandInnen der Versuchsgruppe (n = 48) nahmen an einem Humortraining (einmal pro Woche, zu je 60 Minuten, insgesamt 4 Sitzungen) teil. ProbandInnen der Kontrollgruppe erhielten keine Intervention. Beide Gruppen nahmen an einer Prä- und einer Postmessung teil. Die *gesundheitsbezogene Lebensqualität* wurde mit dem Short Form Health Survey-36 (SF-36; Bullinger & Kirchberger, 1998) erhoben. Die Ergebnisse der Studie zeigten in beiden Gruppen keine signifikanten Veränderungen in den Hauptdimensionen der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität*.

Angesichts der zuvor beschriebenen Studienergebnisse (DeKeyser-Ganz & Jacobs, 2014; Hirsch et al., 2010; Konradt et al., 2012; Ko & Youn, 2011; Walter et al., 2007) lässt sich festhalten, dass die Befundlage der Effekte von Humortrainings auf die Förderung der Lebensqualität inkonsistent ist. Es zeigen sich jedoch Hinweise, dass Humortrainings das Potenzial haben die Lebensqualität von Menschen höheren Alters zu fördern (Hirsch et al., 2010; Konradt et al., 2012; Walter et al., 2007).

5.5.2. In Bezug auf die Veränderung von positiven und negativen Affekt
Emotion, Stimmung und Temperament sind miteinander verbundene, aber unterschiedliche Konzepte (für eine Beschreibung der Konzepte siehe Gray & Watson, 2003), die unter Affekt zusammengefasst werden (siehe Abb. 2). Sie werden oft nach der Dauer unterschieden, wobei Emotion eher als kurz andauernd und Stimmung sowie Temperament als länger andauernd beschrieben werden (Watson & Vaidya, 2003).

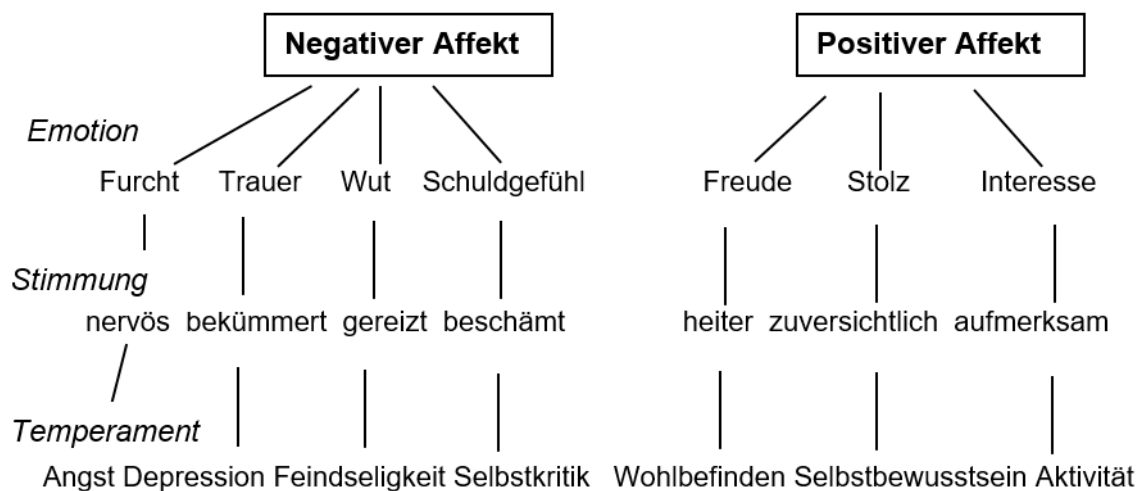


Abbildung 2. Rahmenmodell für die Struktur von positiven und negativen Affekt: Emotion, Stimmung und Temperament, ins Deutsche übersetzt aus Gray & Watson, 2003, S.38

Unter einem positiven Affekt versteht man demnach angenehme (Gefühls-) Zustände wie z.B. Heiterkeit, Freude, Enthusiasmus, Zuversicht, Interesse, oder Gefühle der Zugehörigkeit (Gray & Watson, 2003, 2007). Unter einem negativen Affekt versteht man unangenehme (Gefühls-) Zustände wie z.B. Angst, Trauer, Ärger oder Schuld (Gray & Watson, 2003).

Können Humortrainings zu einer Steigerung des positiven Affekts beitragen? Crawford & Caltabiano (2011) fanden in einer Versuchsgruppe mit einem Humortraining basierend auf McGhee eine signifikante Verbesserung im positiven Affekt (gemessen mit PANAS von Watson, Clark, & Tellegen, 1988) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne Intervention und einer Kontrollgruppe mit sozialen Treffen (Teerunde). Der positive Affekt stieg in der Humortrainingsgruppe im Zeitverlauf zwischen einer Prä-, Post- und Follow-Up Messung signifikant an.

In einem Prä – Postvergleich zeigten sich in Versuchsgruppen mit Humortrainings basierend auf McGhee signifikante Verbesserungen in der *Heiterkeit* (Falkenberg, Buchkremer, Bartels, & Wild, 2011; Ruch et al., 2018; Tagalidou et al., 2018), gemessen durch das STCI (Ruch et al., 1997). Die Studie von Ruch et al. (2018) maß die *Heiterkeit* vor und nach jeder einzelnen Einheit. Dabei zeigte sich, dass sie allerdings auch in einer Kontrollgruppe mit sozialen Treffen signifikant anstieg.

Im gerontologischen Bereich zeigte sich, dass die *Heiterkeit* sowohl in einer Versuchsgruppe mit einem Humortraining basierend auf McGhee als auch in einer Kontrollgruppe mit Standardtherapie signifikant stieg (Konradt et al., 2012). Die Humortrainingsgruppe zeigte jedoch eine Tendenz, für eine stärkere Zunahme der Heiterkeit als die Vergleichsgruppe (Konradt et al., 2012). In der Studie von Walter et al. (2007) verbesserte sich bei PatientInnen mit Depressionen in einer Humortrainingsgruppe die *Stimmung* signifikant (gemessen mit der Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients von Spiegel et al., 1991), jedoch gab es dieselbe Verbesserung auch in der Kontrollgruppe mit Standardtherapie.

Den oben genannten Studien zufolge, gibt es Hinweise, dass Humortrainings den positiven Affekt fördern, insbesondere bei Humortrainings basierend auf McGhee. Zu beachten ist jedoch, dass bei Studiendesigns mit Kontrollgruppen die Humortrainings meist nicht wirksamer waren als Standardtherapien (Konradt et al., 2012; Walter et al., 2007) oder als eine alternative Intervention (Ruch et al., 2018).

Ebenso zeigten sich bei der Veränderung des negativen Affekts durch Humortrainings im Prä-Postvergleich unterschiedliche Befunde: Der negative Affekt, gemessen durch den PANAS (Watson et al., 1988) sank in einer Humortrainingsgruppe im Zeitverlauf, wobei es allerdings keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu den Kontrollgruppen gab (Crawford & Caltabiano, 2011). Bezüglich der *schlechten Laune*, gemessen mit dem STCI (Ruch et al., 1997) gibt es in einer Studie (Tagalidou et al., 2018) signifikante Verbesserungen durch das Humortraining, in anderen Studien blieb sie unverändert (Falkenberg, 2010; Ruch et al., 2018). Bei der Studie von Ruch et al. (2018) waren die Ausgangswerte jedoch bereits sehr niedrig, wodurch es kaum Möglichkeiten zur Verbesserung gab (Bodeneffekt). Auch bei Studien im gerontologischen Bereich, gab es einerseits in einer Humortrainingsgruppe signifikante Verbesserungen der schlechten Laune (Hirsch et al., 2010), andererseits verbesserte sie sich in einer Kontrollgruppe mit Standardtherapie ebenfalls (Konradt et al., 2012).

Die *Angst* sank signifikant in Humortrainingsgruppen (Cai et al., 2014; Crawford & Caltabiano, 2011; Tagalidou et al., 2018), auch im gerontologischen Bereich nach

einem Humortraining (DeKeyser-Ganz, & Jacobs, 2014) und nach einer Humorintervention (Houston et al., 1998).

Zusammenfassend kann man sagen, dass auch die Befundlage hinsichtlich einer Reduzierung des negativen Affekts durch Humortrainings nicht eindeutig ist (DeKeyser-Ganz & Jacobs, 2014; Hirsch et al., 2010; Ko & Youn, 2011; Konradt et al., 2012; Walter et al., 2007), wobei die Humortrainingsgruppen in ihrer Wirksamkeit den Standardtherapien nicht immer überlegen waren, wobei es im Speziellen Hinweise auf eine Reduzierung der *Angst* gibt (Cai et al., 2014; Crawford & Caltabiano, 2011; DeKeyser-Ganz & Jacobs, 2014; Houston et al., 1998; Tagalidou et al., 2018). Die depressive Symptomatik, die auch dem negativen Affekt zuzuordnen ist, wird im folgenden Kapitel ausführlich behandelt.

5.5.3. In Bezug auf die Reduktion von Depressivität

Depressive Symptome gehören zu den häufigsten psychischen Beschwerden (Hautzinger, Bailer, Hofmeister, & Keller, 2012). Wesentliche Symptome sind Gefühle der Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Interessenverlust, Verlust der Freude, Selbstabwertung, Ermüdung und Konzentrationsstörungen (Hautzinger, 2002; Thakur & Blazer, 2008). Im Folgenden werden Studien beschrieben, die die Effekte von Humortrainings auf die Förderung der depressiven Symptomatik der Teilnehmenden untersuchten.

In einer einarmigen Pilotstudie mit einem subklinischen Sample (n = 35) zeigten Tagalidou et al. (2018), dass nach einem Humortraining (einmal pro Woche, zu je 90 Minuten, insgesamt 7 Sitzungen) die *depressive Symptomatik* der ProbandInnen signifikant abnahm. Der Effekt des Humortrainings auf die Reduktion der *depressiven Symptomatik* erwies sich als stabil und zeigte sich auch noch 4 Wochen (Follow-up Messung) nach Beendigung des Humortrainings. Als Erhebungsinstrument diente die Allgemeine Depressionsskala (ADS; Hautzinger, et al., 2012).

In drei weiteren Studien konnte gezeigt werden, dass nach der Teilnahme an Humortrainings die Ausprägung der *depressiven Symptomatik* bei depressiven PatientInnen in höherem Alter signifikant abnahm (Hirsch et al., 2010; Konradt et al., 2012; Walter et al., 2007). In der Studie von Konradt et al. (2012) zeigte sich

bei ProbandInnen der Humortrainingsgruppe außerdem ein signifikanter Rückgang *suizidaler Tendenzen*. In den Studien stellte sich allerdings heraus, dass auch in der Kontrollgruppe (medikamentöse Standardtherapie) die Ausprägung der *depressiven Symptomatik* (Konradt et al., 2012; Hirsch et al., 2010; Walter et al., 2007) und *suizidalen Tendenzen* (Konradt et al., 2012) signifikant abnahm. Als Erhebungsinstrumente dienten die Geriatric Depression Scale (GDS; Yesavage et al., 1983) und das Nurses Global Assessment of Suicide Risk (NGASR; Cutcliffe & Barker, 2004).

In der von Ko und Youn (2011) durchgeführten, randomisierten Studie konnte gezeigt werden, dass sich die Ausprägung der *depressiven Symptomatik* bei selbständig lebenden SeniorInnen, die an einem Humortraining teilnahmen, signifikant reduzierte. Bei ProbandInnen der Kontrollgruppe zeigten sich im Prä-Postvergleich keine signifikanten Veränderungen der *depressiven Symptomatik*. Als Erhebungsinstrument diente die Geriatric Depression Scale (GDS; Yesavage et al., 1983).

Eine weitere Studie mit quasi-experimentellem Design untersuchte den Effekt eines Humortrainings (einmal pro Woche, 2-3 Stunden, insgesamt 12 Sitzungen über einen Zeitraum von 5 Monaten) bei SeniorInnen, die im eigenen Haushalt leben (DeKeyser-Ganz & Jacobs, 2014). ProbandInnen der Kontrollgruppe erhielten keine Intervention. Beide Gruppen nahmen an einer Prä- und einer Postmessung teil, wobei die Postmessung einen Monat nach Beendigung des Humortrainings stattfand. Die Ergebnisse der Studie von DeKeyser-Ganz und Jacobs (2014) zeigten, dass die Ausprägung der *depressiven Symptomatik* bei SeniorInnen der Humortrainingsgruppe signifikant abnahm. ProbandInnen der Kontrollgruppe zeigten keine signifikanten Veränderungen in der Ausprägung der *depressiven Symptomatik*.

Betrachtet man die wissenschaftliche Befundlage gibt es Hinweise dafür, dass sich Humortrainings positiv auf den Ausprägungsgrad der *depressiven Symptomatik* von SeniorInnen auswirken (DeKeyser-Ganz & Jacobs, 2014; Hirsch et al., 2010; Konradt et al., 2012; Ko & Youn, 2011; Tagalidou et al., 2018; Walter et al., 2007). Vergleicht man den Effekt von Humortrainings mit dem von medikamentöser Standardbehandlung (Walter et al., 2007) bzw. personalisierter

Standardtherapie gerontopsychiatrischer Kliniken (Hirsch et al., 2010; Konradt et al., 2012) gibt es wesentliche Anhaltspunkte dafür, dass sich beide Zugänge positiv auf das psychologische Wohlbefinden von SeniorInnen auswirken. (Hirsch et al., 2010; Konradt et al., 2012; Walter et al., 2007).

5.6. Zusammenfassung und Bewertung des Standes der Forschung zu Humortrainings allgemein und im gerontopsychologischen Bereich

5.6.1. Stand der Forschung

Humortrainings werden etwa seit den 1990er Jahren erforscht (Lowis, 1997; McGhee, 1994; Nevo et al., 1998) und zielen darauf ab, Humorfähigkeiten und weitere gesundheitsbezogene Merkmale (z.B. positiven und negativen Affekt, Lebensqualität und Depressivität) zu verbessern (Nevo et al., 1998).

Hinsichtlich der Verbesserung von Humorfähigkeiten zeigte sich, dass Humortrainings teilweise signifikante Verbesserungen im Humorverhalten (Karnieli-Miller et al., 2018), dem Einsatz von Humor als Bewältigungsstrategie (Falkenberg, Buchkremer, Bartels, & Wild, 2011; Lowis, 1997; Tagalidou et al., 2018) und der Humorproduktion sowie der Humorwertschätzung (Cai et al., 2014; Nevo et al., 1998) erreichten. Ruch et al. (2018) fanden nach einem Humortraining basierend auf McGhee einen verbesserten Sinn für Humor, gemessen mit der Sense of Humor Scale (McGhee, 1999). Bei Humortrainings und Humorinterventionen im gerontologischen Bereich (DeKeyser-Ganz & Jacobs, 2014; Goodenough et al., 2012; Hirsch et al., 2010; Konradt et al., 2012; Mathieu, 2008; Tse et al., 2010) ist auffallend, dass diese nicht hinsichtlich der Verbesserung der Humorfähigkeiten untersucht wurden. Vielmehr stand die Untersuchung der Verbesserung von gesundheitsbezogenen Merkmalen im Vordergrund (für einen Überblick siehe Tab. 2-4; Kapitel 5.4).

Hinsichtlich gesundheitsbezogener Merkmale bei Humortrainings im Allgemeinen zeigten sich Hinweise für die Verbesserungen des positiven Affekts (Crawford & Caltabiano, 2011), wie der Heiterkeit (Falkenberg, Buchkremer, Bartels, & Wild, 2011; Ruch et al., 2018; Tagalidou et al., 2018) und Reduzierungen des negativen Affekts (Cai et al., 2014; Crawford & Caltabiano, 2011; Tagalidou et al., 2018) und der Depressivität (Cai et al., 2014; Tagalidou et al., 2018). Hinweise für solche

Verbesserungen gibt es auch bei Studien im gerontologischen Bereich für den positiven (Konradt et al., 2012; Walter et al., 2007) sowie den negativen Affekt und die Depressivität (DeKeyser-Ganz & Jacobs, 2014; Hirsch et al., 2010; Ko & Youn, 2011; Konradt et al., 2012), wobei die Humortrainingsgruppen in ihrer Wirksamkeit den Standardtherapien nicht immer überlegen waren (Hirsch et al., 2010; Konradt et al., 2012; Walter et al., 2007). Anzumerken ist auch, dass Personen höheren Alters mit Alzheimer-Erkrankung keine Verbesserungen durch ein Humortraining erreichten (Walter et al., 2007).

Ob Humortrainings die Lebensqualität verbessern, wurde bisher fast ausschließlich in Humortrainings in psychogeriatrischen Abteilungen untersucht: Hierbei zeigten sich Verbesserungen der Lebensqualität durch Humortrainings (Hirsch et al., 2010; Konradt et al., 2012; Walter et al., 2007), wobei die Standardtherapien teilweise dieselbe Wirkung erzielten (Hirsch et al., 2010; Walter et al., 2007). Allerdings erzielten Ko & Youn (2011) durch ein Humortraining keine Verbesserung der Lebensqualität.

Zusammenfassend kann man sagen, dass Humortrainings als nicht-pharmakologische Behandlungsmethode eine nützliche und kosteneffektive Intervention darstellen (Ko & Youn, 2011) und auch als Ergänzung zu Standardtherapien eingesetzt werden können (Hirsch et al., 2010).

5.6.2. Schwierigkeiten bisheriger Forschung

Einige Aspekte erschweren eine zusammenfassende Interpretation bisheriger Forschungsergebnisse. Beim Großteil der Studien handelte es sich nicht um randomisierte Studiendesigns (DeKeyser-Ganz & Jacobs, 2014; Hirsch et al., 2010; Konradt et al., 2012; Tagalidou et al., 2018), weshalb keine kausalen Schlussfolgerungen bezüglich der Wirksamkeit von Humortrainings getroffen werden können. Des Weiteren waren die untersuchten Stichprobenumfänge klein (Crawford & Caltabiano, 2011; Falkenberg, Buchkremer, Bartels, & Wild, 2011; Hirsch et al., 2010; Hirotsaki et al., 2013; Ko & Youn, 2011; Mathieu, 2008; Ruch et al., 2018; Tagalidou et al., 2018; Walter et al., 2007). Die Aussagekraft der Studienergebnisse ist möglicherweise in Bezug auf männliche Teilnehmer eingeschränkt, da ein Großteil der untersuchten Stichproben überwiegend weiblich

war (Crawford & Caltabiano, 2011; DeKeyser-Ganz & Jacobs, 2014; Hirosaki et al., 2013; Ko & Youn, 2011; Ruch et al., 2018; Tagalidou et al., 2018).

Ein weiterer Aspekt, der den direkten Vergleich der Studienergebnisse erschwert, ist dass sich die untersuchten Humortrainings teilweise stark voneinander unterscheiden. Dies betrifft die Häufigkeit und Länge der durchgeführten Sitzungen, aber auch die Inhalte der Humortrainings (DeKeyser-Ganz & Jacobs, 2014; Ko & Youn, 2011; Hirsch et al., 2010; Walter et al., 2007). Des Weiteren wurden in manchen Studien Inhalte des standardisierten Humortrainings nach McGhee (1996; 2010) adaptiert (Falkenberg, Buchkremer, Bartels, & Wild, 2011; Tagalidou et al., 2018), um diese stichprobenspezifisch anzupassen. Außerdem sind Studienergebnisse erschwert miteinander vergleichbar, da dieselben untersuchten Konstrukte mit unterschiedlichen Messinstrumenten erhoben wurden (z.B. variierte die Erhebung der Lebensqualität: DeKeyser-Ganz & Jacobs, 2014; Hirsch et al., 2010; Walter et al., 2007).

5.6.3. Forschungslücken und weiterführender Forschungsbedarf

Der Bedarf für die Erforschung der Wirksamkeit von Humortrainings im gerontopsychologischen Bereich bleibt weiterhin bestehen. Dies ist damit zu begründen, dass die Anzahl der Forschungsarbeiten, welche sich mit der Anwendung von Humortrainings in der Pflege beschäftigt sehr gering ist (Hirsch & Ruch, 2010). Bei den untersuchten Stichproben handelte es sich stets um SeniorInnen. Allerdings unterschieden sich die ProbandInnen der Zielgruppen bezüglich ihres Gesundheitszustandes, ihrer Selbständigkeit und der aktuellen Wohnform (für einen Überblick siehe Tab. 2 - 4; Kapitel 5.4). Nach unserem Wissen gibt es bislang nur eine Studie (Konradt et al., 2012), die das *Humortraining nach McGhee* (2010), in einer gerontopsychiatrisch/ psychotherapeutischen Abteilung, auf seine Wirksamkeit überprüft. Die Zielgruppe der institutionalisiert lebenden SeniorInnen war, was die Anwendbarkeit und Wirksamkeit von Humortrainings betrifft, bisher kaum Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen.

Aufgrund der inkonsistenten Befundlage (siehe Kap. 5.5) zu der Wirksamkeit von Humortrainings auf *Humorfähigkeiten*, *Lebensqualität*, *Depressivität* sowie

positiven und *negativen Affekt*, besteht weiterhin Forschungsbedarf. Denn derzeit kann keine eindeutige Aussage zur Wirksamkeit getroffen werden.

Neben den bereits erwähnten Schwächen im Studiendesign (siehe vorhergehender Abschnitt) sollten zukünftige Studien die Untersuchung der zeitlichen Stabilität der Effekte berücksichtigen. Beim Großteil bisheriger Studien fehlte eine Follow-Up Messung und die Effekte wurden lediglich durch den Vergleich der Veränderungen von einer Prä- und Postmessung untersucht. (DeKeyser-Ganz & Jacobs, 2014; Falkenberg, Buchkremer, Bartels, & Wild, 2011; Hirsch et al., 2010; Houston et al., 1998; Konradt et al., 2012; Ko & Youn, 2011; Mathieu, 2008; Tse et al, 2010; Walter et al., 2007).

Da der Anteil institutionalisiert lebender SeniorInnen durch den demografischen Wandel zunehmen wird, ist dieser Forschungsbereich von zunehmender Relevanz (Firgo & Famira-Mühlberger, 2014; Scholta, 2007). Dementsprechend sollte in Zukunft der Einsatz von standardisierten Humortrainings in Seniorenpflegeheimen dahingehend untersucht werden, ob positive gesundheitsbezogene Veränderungen erreicht werden können.

II. Empirischer Teil

6. ZIELSETZUNG DER STUDIE

Das erste Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, das Manual von Falkenberg et al. (2013) "Humorfähigkeiten trainieren: Manual für die psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis" für den gerontopsychologischen Bereich zu adaptieren. Es handelt sich um eine Adaptierung für BewohnerInnen von stationären Seniorenpflegeheimen.

Des Weiteren liegt der Schwerpunkt der Arbeit auf der Evaluation der Wirksamkeit dieses Humortrainings. Überprüft wird hierbei anhand des Vergleichs mit einer Kontrollgruppe, ob eine Teilnahme am Humortraining (HT) mit positiven Veränderungen primärer und sekundärer Outcomes einhergeht.

Hierbei werden folgende primäre Outcomes untersucht: Drei Humorfähigkeiten, nämlich Humor in Form von Lachen ausdrücken zu können; die Fähigkeit, selbst Humor zu produzieren (verbaler Humor); die Fähigkeit, über sich selbst lachen zu können. Zusätzlich werden Heiterkeit als aktuelle Stimmung und positiver Affekt als primäre Outcomes untersucht. Des Weiteren werden Depressivität, Lebensqualität, negativer Affekt und Affektbalance - als sekundäre Outcomes - in die Studie inkludiert.

Die Evaluation der Bewertungen und Rückmeldungen auf das HT ist das dritte Ziel. Hierbei geht es im weiteren Sinne auch um Rückschlüsse auf das Gelingen der Adaptierung und die Frage, ob das HT als Interventionsprogramm in Seniorenpflegeheimen implementiert werden sollte.

6.1. Fragestellungen

Die vorliegende Arbeit bearbeitet drei Fragestellungen. Zum einen wird in der hypothesenüberprüfenden Fragestellung 1 (F1) die Wirksamkeit des Humortrainings evaluiert: Verbessern sich die abhängigen Variablen in der Versuchsgruppe nach dem Humortraining (t₂) im Vergleich zur Kontrollgruppe?

Die abhängigen Variablen werden in primäre und sekundäre Outcomes unterteilt.

Die primären Outcomes beinhalten alle Variablen, deren direkte Veränderung das Hauptziel des Humortrainings darstellt. Hierzu zählen die Humorfähigkeiten *Lachen*, *Verbaler Humor* und *Über sich selbst lachen* sowie *Heiterkeit* und *positiver Affekt*. Die sekundären Outcomes beinhalten verschiedene Maße der physischen und psychischen Gesundheit. Die Veränderung der sekundären Outcomes ist wünschenswert, aber nicht direkt Inhalt des Trainings. Diese liegen folglich außerhalb des direkten Wirkungsbereichs. Hierzu zählen die *Lebensqualität* (physisches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen, Umwelt), *Depressivität*, *negativer Affekt* und die *Affektbalance*.

Die hypothesenprüfende Fragestellung 2 (F2) dient der Überprüfung der Stabilität des Effekts des Humortrainings und beantwortet die Frage: Bleibt der Effekt der Intervention auf die abhängigen Variablen über 4 Wochen stabil?

Zum anderen wird in der deskriptiven Fragestellung 3 (F3) die Eignung des Humortrainings auf Basis des Feedbacks der Teilnehmenden evaluiert: Wie bewerten die Teilnehmenden das Humortraining? Zur Beantwortung dieser Fragestellung werden qualitative und quantitative Antwortformate herangezogen, um einen besseren Einblick in das Humortraining zu bekommen und um die Ergebnisse der Fragestellungen 1 und 2 differenzierter interpretieren zu können. Einerseits wird im Zuge der Fragestellung 3 ausgewertet, wie die Teilnehmenden selbst das Humortraining bewerten und ob sie es weiterempfehlen würden. Andererseits wird die Teilnahmebereitschaft durch die Auswertung der Anwesenheiten der Teilnehmenden in den einzelnen Einheiten und der Anzahl der durchgeführten Humorübungen zwischen den Einheiten beschrieben.

6.2. Hypothesen

Im Folgenden werden die Hypothesen angeführt, die im Rahmen dieser Arbeit geprüft wurden.

6.2.1. Baselinevergleich

Um zu überprüfen, ob sich die Kontroll- und Versuchsgruppe zur Prämessung unterscheiden, wurde ein Baselinevergleich bezüglich aller soziodemografischen Variablen sowie aller abhängigen Variablen durchgeführt. Hierbei ist die Beibehaltung der H_0 , dass sich die Variablen zwischen den Gruppen zur Prämessung nicht unterscheiden, wünschenswert.

Unterscheiden sich die zwei Gruppen (Versuchsgruppe, Kontrollgruppe) zu Beginn der Studie (t_1) hinsichtlich der demografischen Variablen?

Exemplarisch werden hier lediglich die Hypothesen zu einer der demografischen Variablen angeführt.

H_0 : Die Versuchsgruppe und die Kontrollgruppe unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der Verteilung des *Geschlechts* zu dem Messzeitpunkt t_1 .

H_1 : Die Versuchsgruppe und die Kontrollgruppe unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der Verteilung des *Geschlechts* zu dem Messzeitpunkt t_1 .

Analog dazu sind die Hypothesen H_0 bzw. H_1 zu allen weiteren soziodemografischen Variablen: *Familienstand*, *Bildungsstand*, *Wohnform*, *Teilnahme an Heimaktivitäten*, *vorhandene Erkrankung* formuliert.

Unterscheiden sich die zwei Gruppen (Versuchsgruppe, Kontrollgruppe) zu Beginn der Studie (t_1) hinsichtlich der abhängigen Variablen?

Exemplarisch werden hier lediglich die Hypothesen zu einer der abhängigen Variablen angeführt.

H_0 : Die Versuchsgruppe und die Kontrollgruppe unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der Skala *Lachen* (*Sense of Humor Scale*) zu dem Messzeitpunkt t_1 .

H_1 : Die Versuchsgruppe und die Kontrollgruppe unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der Skala *Lachen* (*Sense of Humor Scale*) zu dem Messzeitpunkt t_1 .

Analog dazu sind die Hypothesen zu allen untersuchten abhängigen Variablen der primären Outcomes:

- Humorfähigkeiten: *verbaler Humor*, *über sich selbst lachen* (Sense of Humor Scale)
- *Heiterkeit* (Heiterkeitsinventar des STCI-S)
- *positiver Affekt* (SPANE)

und der sekundären Outcomes

- *Lebensqualität*: physisches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen, Umwelt (WHOQOL-BREF)
- *Depressivität* (ADS-K)
- *negativer Affekt* und die *Affektbalance* (SPANE)

formuliert.

6.2.2. Hypothesen der Fragestellung 1

Fragestellung 1: Überprüfung der Wirksamkeit des Humortrainings: Verbessern sich die abhängigen Variablen in der Versuchsgruppe nach dem Humortraining (t_2) im Vergleich zur Kontrollgruppe?

Fragestellung 1a: Erhöht sich die Humorfähigkeit *Lachen* in der Versuchsgruppe nach dem Humortraining (t_2) im Vergleich zur Kontrollgruppe?

Exemplarisch werden hier lediglich die Hypothesen zu einer der Skalen zur Erfassung der Humorfähigkeiten angeführt.

$H_0(1.1)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant niedrigere oder gleiche Werte hinsichtlich der Skala *Lachen* (*Sense of Humor Scale*) im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_1 und t_2 .

$H_1(1.1)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant höhere Werte hinsichtlich der Skala *Lachen* (*Sense of Humor Scale*) im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_1 und t_2 .

Analog zu H_0 bzw. $H_1(1.1)$ sind die Hypothesen H_0 bzw. $H_1(1.2)$ bis (1.3) zu den weiteren Skalen der Humorfähigkeiten *verbaler Humor* (1.2) und *über sich selbst lachen* (1.3) der *Sense of Humor Scale* formuliert.

Fragestellung 1b - Erhöht sich die Heiterkeit in der Versuchsgruppe nach dem Humortraining (t_2) im Vergleich zur Kontrollgruppe?

$H_0(1.4)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant niedrigere oder gleiche Werte hinsichtlich der Skala *Heiterkeit (Heiterkeitsinventar)* im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_1 und t_2 .

$H_1(1.4)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant höhere Werte hinsichtlich der Skala *Heiterkeit (Heiterkeitsinventar)* im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_1 und t_2 .

Fragestellung 1c - Verändert sich der Affekt in der Versuchsgruppe nach dem Humortraining (t_2) im Vergleich zur Kontrollgruppe?

$H_0(1.5)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant niedrigere oder gleiche Werte hinsichtlich der Skala *positiver Affekt (SPANE)* im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_1 und t_2 .

$H_1(1.5)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant höhere Werte hinsichtlich der Skala *positiver Affekt (SPANE)* im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_1 und t_2 .

$H_0(1.6)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant höhere oder gleiche Werte hinsichtlich der Skala *negativer Affekt (SPANE)* im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_1 und t_2 .

$H_1(1.6)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant niedrigere Werte hinsichtlich der Skala *negativer Affekt (SPANE)* im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_1 und t_2 .

$H_0(1.7)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant niedrigere oder gleiche Werte hinsichtlich der Skala *Affektbalance (SPANE)* im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_1 und t_2 .

$H_1(1.7)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant höhere Werte hinsichtlich der Skala *Affektbalance (SPANE)* im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_1 und t_2 .

Fragestellung 1d - Erhöht sich die Lebensqualität in der Versuchsgruppe nach dem Humortraining (t_2) im Vergleich zur Kontrollgruppe?

Exemplarisch werden hier lediglich die Hypothesen zu einer der Skalen zur Erfassung der Lebensqualität angeführt.

$H_0(1.8)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant niedrigere oder gleiche Werte hinsichtlich der Skala *physisches Wohlbefinden (WHOQOL-BREF)* im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_1 und t_2 .

$H_1(1.8)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant höhere Werte hinsichtlich der Skala *physisches Wohlbefinden (WHOQOL-BREF)* im Vergleich zur Kontrollgruppe

zwischen den Messzeitpunkten t_1 und t_2 .

Analog zu H_0 bzw. $H_1(1.8)$ sind die Hypothesen H_0 bzw. $H_1(1.9)$ bis (1.12) zu den weiteren Skalen der Lebensqualität *psychisches Wohlbefinden* (1.9), *soziale Beziehungen* (1.10), *Umwelt* (1.11) und *globale Lebensqualität und Gesundheit* (1.12) formuliert.

Fragestellung 1e - Verringert sich die Depressivität in der Versuchsgruppe nach dem Humortraining (t_2) im Vergleich zur Kontrollgruppe?

$H_0(1.13)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant höhere oder gleiche Werte hinsichtlich der *Depressivität (ADS-K)* im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_1 und t_2 .

$H_1(1.13)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant niedrigere Werte hinsichtlich der *Depressivität (ADS-K)* im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_1 und t_2 .

6.2.3. Hypothesen der Fragestellung 2

Fragestellung 2: Bleibt der Effekt der Intervention auf die abhängigen Variablen über 4 Wochen stabil?

Fragestellung 2a - Bleiben die Humorfähigkeiten in der Versuchsgruppe ein Monat nach dem Humortraining (zwischen t_2 und t_3) im Vergleich zur Kontrollgruppe erhöht?

Exemplarisch werden hier lediglich die Hypothesen zu einer der Skalen zur Erfassung der Humorfähigkeiten angeführt.

$H_0(2.1)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant niedrigere oder gleiche Werte hinsichtlich der Skala *Lachen (Sense of Humor Scale)* im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_2 und t_3 .

$H_1(2.1)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant höhere Werte hinsichtlich der Skala *Lachen (Sense of Humor Scale)* im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_2 und t_3 .

Analog zu H_0 bzw. $H_1(2.1)$ sind die Hypothesen H_0 bzw. $H_1(2.2)$ bis (2.3) zu den weiteren Skalen der Humorfähigkeiten *Verbaler Humor* (2.2) und *über sich selbst lachen* (2.3) der *Sense of Humor Scale* formuliert.

Fragestellung 2b - Bleibt die Heiterkeit in der Versuchsgruppe ein Monat nach dem Humortraining (zwischen t_2 und t_3) im Vergleich zur Kontrollgruppe erhöht?

$H_0(2.4)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant niedrigere oder gleiche Werte hinsichtlich der Skala *Heiterkeit (Heiterkeitsinventar)* im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_2 und t_3 .

$H_1(2.4)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant höhere Werte hinsichtlich der Skala *Heiterkeit (Heiterkeitsinventar)* im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_2 und t_3 .

Fragestellung 2c - Bleibt der Affekt in der Versuchsgruppe ein Monat nach dem Humortraining (zwischen t_2 und t_3) im Vergleich zur Kontrollgruppe verändert?

$H_0(2.5)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant niedrigere oder gleiche Werte hinsichtlich der Skala *positiver Affekt (SPANE)* im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_2 und t_3 .

$H_1(2.5)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant höhere Werte hinsichtlich der Skala *positiver Affekt (SPANE)* im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_2 und t_3 .

$H_0(2.6)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant höhere oder gleiche Werte hinsichtlich der Skala *negativer Affekt (SPANE)* im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_2 und t_3 .

$H_1(2.6)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant niedrigere Werte hinsichtlich der Skala *negativer Affekt (SPANE)* im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_2 und t_3 .

$H_0(2.7)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant niedrigere oder gleiche Werte hinsichtlich der Skala *Affektbalance (SPANE)* im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_2 und t_3 .

$H_1(2.7)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant höhere Werte hinsichtlich der Skala *Affektbalance (SPANE)* im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_2 und t_3 .

Fragestellung 2d - Bleibt die Lebensqualität in der Versuchsgruppe ein Monat nach dem Humortraining (zwischen t_2 und t_3) im Vergleich zur Kontrollgruppe erhöht?

Exemplarisch werden hier lediglich die Hypothesen zu einer der Skalen zur Erfassung der Lebensqualität angeführt.

$H_0(2.8)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant niedrigere oder gleiche Werte hinsichtlich der Skala *physisches Wohlbefinden (WHOQOL-BREF)* im Vergleich

zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_2 und t_3 .

$H_1(2.8)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant höhere Werte hinsichtlich der Skala *physisches Wohlbefinden (WHOQOL-BREF)* im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_2 und t_3 .

Analog zu H_0 bzw. $H_1(2.8)$ sind die Hypothesen H_0 bzw. $H_1(2.9)$ bis (2.12) zu den weiteren Skalen der Lebensqualität *psychisches Wohlbefinden (2.9)*, *soziale Beziehungen (2.10)*, *Umwelt (2.11)* und *globale Lebensqualität und Gesundheit (2.12)* formuliert.

Fragestellung 2e - Bleibt die Depressivität in der Versuchsgruppe ein Monat nach dem Humortraining (zwischen t_2 und t_3) im Vergleich zur Kontrollgruppe verringert?

$H_0(2.13)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant höhere oder gleiche Werte hinsichtlich der *Depressivität (ADS-K)* im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_2 und t_3 .

$H_1(2.13)$: Die Versuchsgruppe hat signifikant niedrigere Werte hinsichtlich der *Depressivität (ADS-K)* im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen den Messzeitpunkten t_2 und t_3 .

7. METHODIK

7.1. Studiendesign

Bei der Studie handelte es sich um eine quasi-experimentelle Interventionsstudie mit Prämessung, Postmessung, Follow-Up und Kontrollgruppe (KG). Es gibt eine Versuchsgruppe (VG), die an dem 7-wöchigen Humortraining teilnahm und eine Kontrollgruppe, die keine Intervention, jedoch nach Beendigung der Studie als Aufwandsentschädigung und als Anreiz zur Studienteilnahme einen einmaligen CliniClown-Besuch erhielt. Für die Studie wurde das Humortraining in fünf verschiedenen privaten Wiener Seniorenpflegeheimen durchgeführt.

Aufgrund des naturalistischen Settings konnte die Zuteilung zu der Kontroll- und der Versuchsgruppe nicht randomisiert erfolgen. Diese erfolgte je nach Interesse der jeweiligen Haus- bzw. Pflegedienstleitungen und BewohnerInnen der Seniorenpflegeheime. Für die Rekrutierung der Kontrollgruppe wurde, um die angestrebte Stichprobengröße zu erreichen, zusätzlich in zwei weiteren

Seniorenpflegeheimen rekrutiert. Somit nahmen insgesamt an der Studie sieben private Wiener Seniorenpflegeheime teil.

Die Teilnehmenden beider Gruppen wurden längsschnittlich untersucht und füllten im Einzelsetting mit einer Versuchsleiterin zu drei Messzeitpunkten standardisierte Fragebögen aus. Die Prämessung (t_1) fand etwa eine Woche nach einem Kennenlernetreffen statt, bei dem die SeniorInnen über die Studie und die Teilnahmebedingungen informiert worden waren und sich zur Studienteilnahme durch das Unterschreiben von Einverständniserklärungen bereit erklärten. Eine Woche nach der ersten Testung startete das siebenwöchige Humortraining, das einmal wöchentlich für eine Stunde stattfand. Die KG erhielt in dieser Zeit keine Intervention. Wiederum eine Woche nach der letzten Humortrainingseinheit fand eine Postmessung (t_2) für beide Gruppen und einen weiteren Monat später eine Follow-Up Messung (t_3) statt, um überprüfen zu können, ob das Humortraining langfristige Veränderungen hervorrufen kann. Für eine ausführliche Beschreibung der Vorgehensweise bei der Datenerhebung wird auf das Kapitel 7.5 verwiesen.

Die Durchführung der Studie wurde von der Ethikkommission der Universität Wien mit einem positiven Votum genehmigt (Bearbeitungsnummer 00377). Die Kosten für die CliniClown-Besuche der KG und für benötigte Arbeitsmaterialien des Humortrainings wurden durch ein Förderungsstipendium der Universität Wien gedeckt.

7.2. Stichprobe

Im Folgenden wird beschrieben, welche Kriterien Personen erfüllen mussten, um in die Studie aufgenommen zu werden, wie die Stichprobe rekrutiert wurde und welche deskriptiven Charakteristika hierbei erfasst wurden.

7.2.1. Stichprobenkriterien

Die folgenden *Ein- und Ausschlusskriterien* wurden für eine Teilnahme an der Studie berücksichtigt: Die Zielgruppe sind institutionalisiert lebende Personen aus Wiener Seniorenpflegeheimen ab einem Alter von 65 Jahren. Um an dem HT teilnehmen zu können, sollten diese über ausreichendes Seh- und Hörvermögen sowie eine möglichst uneingeschränkte Motorik verfügen. Des Weiteren sollten sie ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache besitzen. Die kognitive Leistungsspanne sollte bei etwa einer Stunde liegen. Es sollte keine psychische

Störung vorliegen. Die physische Gesundheit sollte in einem Ausmaß vorhanden sein, dass Abwesenheit beim HT, beispielsweise durch häufige Spitalaufenthalte, vermieden werden kann. Die Erfüllung dieser Einschlusskriterien fand durch die subjektive Einschätzung der jeweiligen MitarbeiterInnen in den Seniorenpflegeheimen statt.

Als weiteres Kriterium sind außerdem die kognitiven Fähigkeiten der Versuchspersonen (Vpn) zu nennen. Für die Einschätzung des kognitiven Status wurde den für die Vorauswahl verantwortlichen MitarbeiterInnen die *Global Deterioration Scale* (GDS; Reisberg, Ferris, de Leon, & Crook, 1982) zur Verfügung gestellt. Die GDS ist ein Fremdbeurteilungsverfahren, welches Pflegekräften und Betreuungspersonal dazu dient, die kognitiven Beeinträchtigungen älterer Menschen hinsichtlich des Vorliegens einer Demenz einschätzen zu können. Die Skala unterscheidet zwischen sieben verschiedenen Schweregraden kognitiver Leistungseinbußen. Personen bis zum Schweregrad 3, dies entspricht geringen kognitiven Leistungseinbußen, konnten an der Studie teilnehmen (Reisberg et al., 1982).

7.2.2. Rekrutierung

Um das HT adaptieren zu können, fand zunächst eine „Pilotphase“ im Seniorenpflegeheim Senecura in Oberdöbling statt. Hierbei wurde das Konzept entwickelt und die einzelnen Einheiten in einem Probedurchgang durchgeführt. Im Anschluss erfolgte die Rekrutierung weiterer Seniorenpflegeheime. Zu Beginn erfolgte eine Kontaktaufnahme mit dem Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser (KWP), da aus einer vorhergehenden Interventionsstudie - aus dem Bereich der Positiven Psychologie - bereits ein Teilnahmeinteresse einzelner Wohnhäuser des KWP bekannt war (Gaberszig, 2018). Die Studienteilnahme wurde jedoch mit der Begründung eines zu großen organisatorischen und internen Aufwands abgelehnt.

In weiterer Folge fand die Rekrutierung von Seniorenpflegeheimen durch direktes Anschreiben der Haus- und/oder Pflegedienstleitungen von privaten Seniorenpflegeheimen mit oder ohne Förderung statt. Als Stichprobengröße wurden 80 (Vpn) angestrebt. Hiervon sollten sich 40 Vpn in der VG und 40 Vpn in der KG befinden. Da die Studienteilnahme an bestimmte Ein- bzw. Ausschlusskriterien gebunden war, wurde damit gerechnet, dass die

Datenerhebung und Durchführung des HT in mindestens fünf verschiedenen Seniorenpflegeheimen (10 Gruppen zu je 8 Personen) erfolgen wird.

Bestand von Seiten der Haus- bzw. Pflegedienstleitungen Teilnahmeinteresse, fand ein persönliches Treffen mit den beiden Versuchsleiterinnen (Autorinnen dieser Arbeit) statt. Dabei wurde der Ablauf der Studie besprochen, Organisatorisches geklärt (Raum- bzw. Zeitplanung) und darauf hingewiesen, welche Ein- und Ausschlusskriterien die Vpn erfüllen sollten. An dieser Stelle wurde auch um Unterstützung für die Vorauswahl geeigneter bzw. interessierter Vpn gebeten. Die Zuständigkeit für die Vorauswahl der Vpn wurde in den teilnehmenden Seniorenpflegeheimen an MitarbeiterInnen aus unterschiedlichen Bereichen übertragen (Klinische Psychologie, Wohnbereichsleitung, Senioren-Aktivitätenbetreuung, Leitung des sozialen Erlebens/Umfeldes, Sozialbetreuung, Pflegepersonal). *Abbildung 3* zeigt den Stichprobenverlauf der VG und *Abbildung 4* den Stichprobenverlauf der KG für die gesamte Datenerhebungsphase.

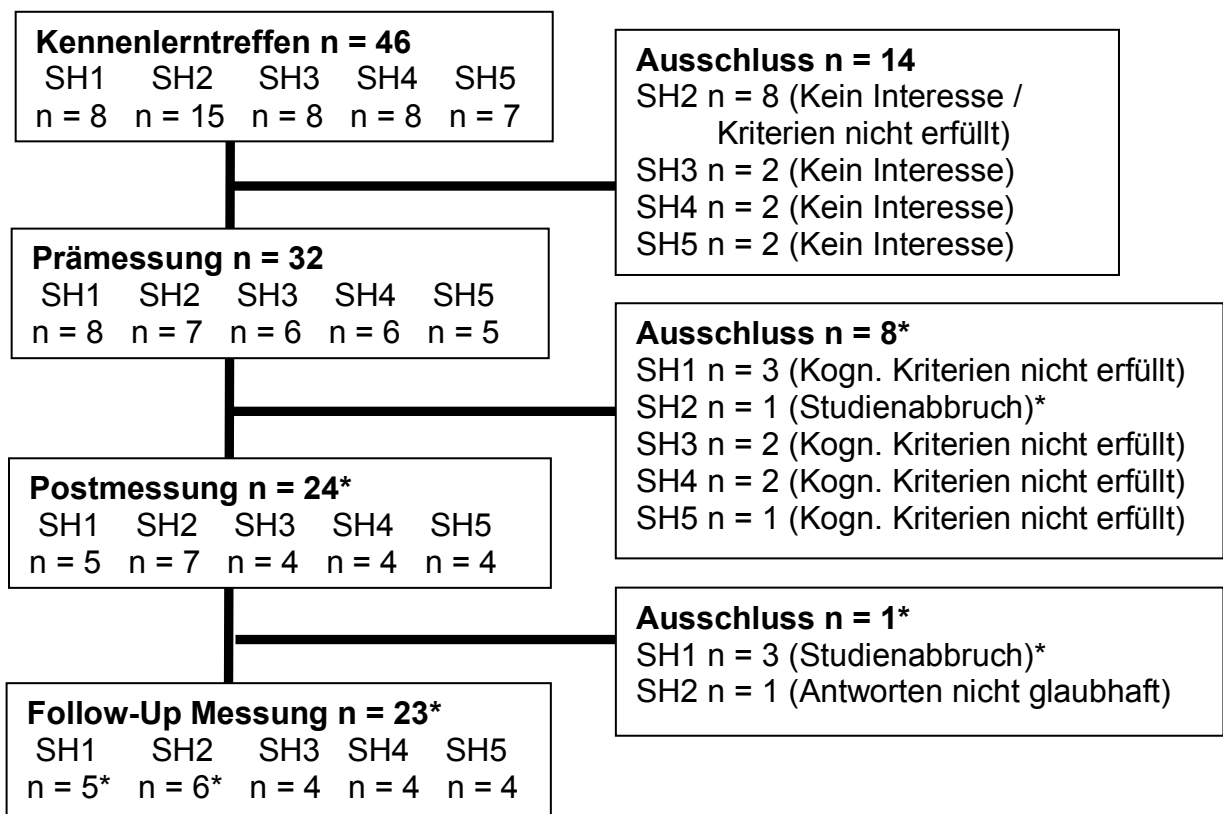


Abbildung 3. Verlauf der Teilnehmeranzahl der Versuchsgruppe (Humortraining) über alle Messzeitpunkte.

SH = Seniorenpflegeheim

*Die fehlenden Messwerte der StudienabbrecherInnen wurden durch Datenimputation geschätzt und dadurch in die statistischen Berechnungen miteinbezogen.

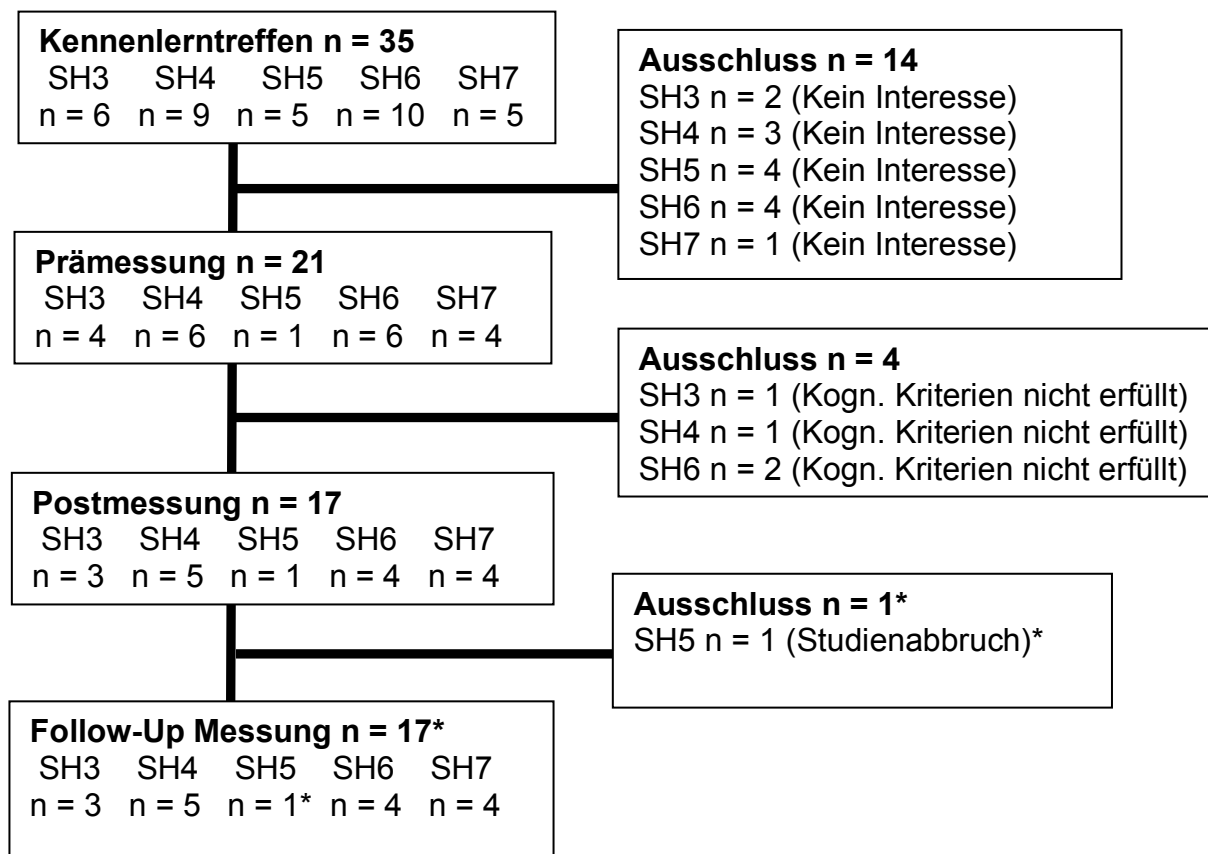


Abbildung 4. Verlauf der Teilnehmeranzahl der Kontrollgruppe über alle Messzeitpunkte

SH = Seniorenpflegeheim

*Die fehlenden Messwerte der Studienabbrecherin wurden durch Datenimputation geschätzt und dadurch in die statistischen Berechnungen miteinbezogen.

7.2.3. Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe setzte sich aus 40 ÖsterreicherInnen zusammen, die aus einer KG mit insgesamt 17 Teilnehmenden und aus einer VG mit insgesamt 23 Teilnehmenden bestanden. Die Teilnehmenden der VG waren zwischen 57 und 94 Jahren ($M = 80.3$, $SD = 9.19$) und der KG zwischen 73 und 98 ($M = 85.47$, $SD = 8.04$) Jahren alt. Dieser Unterschied zwischen den Gruppen war nicht signifikant, $t(36.84) = -1.89$, $p = .067$. Durchschnittlich lebten die Teilnehmenden der VG bereits seit drei Jahren ($M = 38.13$ Monate, $SD = 35.2$) und die Teilnehmenden der KG seit 2 Jahren und drei Monaten ($M = 27.65$ Monate, $SD = 19.71$) im Seniorenpflegeheim. Dieser Unterschied war ebenfalls nicht signifikant, $t(35.78) = 1.2$, $p = .239$.

Alle weiteren soziodemografischen Variablen der Stichprobe und deren statistischen Unterschiede zwischen der VG und der KG sind in der untenstehenden Tabelle 5 im Detail angeführt. Anzumerken ist, dass die Stichprobe fast ausschließlich weiblich war. Der Frauenanteil lag bei der VG bei 87% und bei der KG bei 94%. Hinsichtlich des Familienstandes war sowohl in der Versuchs- (57%) als auch in der Kontrollgruppe (71%) die Mehrheit verwitwet. Der höchste Bildungsabschluss war in der gesamten Stichprobe bei über zwei Drittel die Hauptschule oder die mittlere Reife, die mit einer Berufsausbildung wie einer Lehre gleichzusetzen ist. Vier Personen hatten die Matura oder einen Universitätsabschluss.

Hinsichtlich des Lebens im Heim wohnten 61% der VG und 77% der KG in einem Einzelzimmer. An Heimaktivitäten wie Ausflügen, Bingo, Kognitives Training, Tiertherapie, Kreatives Basteln, Bewegungsgruppen etc. nahmen 87% der VG und 71% der KG teil.

Bezogen auf den Gesundheitsstand gaben 78% der VG und 53% der KG an gegenwärtig krank zu sein. Hierbei wurde allerdings nicht nach der Schwere der Erkrankung differenziert. Die Spannweite reicht von einer Verkühlung über Gelenks- und Knochenabnutzungen bis hin zu schwerwiegenderen Erkrankungen wie Lähmungen, Parkinson, Epilepsie, Niereninsuffizienz etc.

Tabelle 5

Deskriptive Charakteristika der Versuchs- und Kontrollgruppe sowie deren statistische Unterschiede

	Versuchsgruppe		Kontrollgruppe		Prüfgröße (df)	p	sig
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent			
Geschlecht					χ^2 0.56 (c.F.)	.62	n.s.
weiblich	20	87	16	94.1			
männlich	3	13	1	5.9			
Familienstand					χ^2 2.45 (c.F.)	.79	n.s.
ledig	2	8.7	2	11.8			
verwitwet	13	56.5	12	70.6			
geschieden	5	21.7	3	17.6			
verheiratet - zusammenleben d	2	8.7					
verheiratet - getrennt lebend	1	4.3					
Bildungsstand					χ^2 2.24 (c.F.)	.78	n.s.
Volksschule	3	13	1	5.9			
Hauptschule	9	39.1	10	58.5			
Mittlere Reife	8	34.8	5	29.4			
Matura	1	4.3					
Universität	2	8.7	1	5.9			
Wohnform					χ^2 1.23 (38)	.23	n.s.
Einzelzimmer	14	60.9	13	76.5			
Doppelzimmer	8	34.8	4	23.5			
Dreibettzimmer	1	4.3					
Teilnahme an Heimaktivitäten	20	87	12	70.6	χ^2 1.64 (c.F.)	.25	n.s.
Vorhandene Erkrankung	18	78	9	52.9	χ^2 2.68 (1)	.09	n.s.

Anmerkung. n.s. = nicht signifikant, c.F. = Chi-Quadrat Test korrigiert nach Fisher

7.3. Adaptiertes Humortraining

Die Intervention dieser Studie basiert auf dem deutschen Manual "Humorfähigkeiten trainieren: Manual für die psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis" von Falkenberg et al. (2013), welches wiederum auf dem *7 Habit Humor Program* von McGhee (2010) (siehe Kapitel 5.3) aufbaut. Das deutsche Manual wurde als störungsübergreifendes Training im ambulanten, teilstationären oder stationären Bereich und als ergänzende Behandlung konzipiert. Als Zielgruppe werden Personen mit leichter bis mittelgradiger Symptomausprägung empfohlen. Nicht geeignet ist es für Personen mit akuten psychotischen oder manischen Episoden, akutem Substanzmissbrauch oder schwerer Depression. Es besteht aus sieben 60 – 90 minütigen Einheiten, die einmal wöchentlich stattfinden bei einer Gruppengröße von sechs bis maximal zehn Personen mit einem Trainingsleiter oder einer Trainingsleiterin. Zwischen den einzelnen Einheiten gibt es eine Liste mit freiwilligen Humorübungen, um das Gelernte in den Alltag zu transferieren. Im Folgenden wird beschrieben, wie das Humortraining für den Anwendungsbereich in Seniorenpflegeheimen adaptiert wurde.

7.3.1. Pilotphase

Das Manual von Falkenberg et al. (2013) wurde im Zuge einer siebenwöchigen Pilotphase in einem privaten Wiener Seniorenpflegeheim adaptiert. Die Sozialbetreuerinnen des Heims organisierten eine Gruppe bestehend aus sechs Teilnehmenden, die wöchentlich zum HT erschienen. In der Testphase wurde es von zwei Humortrainerinnen (Autorinnen dieser Arbeit) geleitet, um sich gegenseitig Feedback geben zu können. Der Testlauf diente dazu, um abzuklären, ob das Schwierigkeitsniveau der theoretischen Inhalte und der praktischen Übungen angebracht ist und um mögliche auftretende Schwierigkeiten während des HT besser abschätzen zu können. Anhand der gesammelten Erfahrungswerte wurde das Manual adaptiert und jeweils die nächste Einheit geplant.

7.3.2. Zielgruppe

Für diese Arbeit wurde das Humortraining für den Anwendungsbereich für SeniorInnen im Pflegeheim adaptiert. Die Zielgruppe war hier nicht mehr auf Personen mit psychischen Erkrankungen ausgelegt. Voraussetzung für die Teilnahme waren ausreichende kognitive Fähigkeiten, um dem Training eine Stunde folgen zu können. Die kognitiven Fähigkeiten durften nur leicht

eingeschränkt sein und eine ausgeprägte Demenz war kontraindiziert, da es viel Theorie beinhaltete und die interaktiven Übungen teils kognitiv anspruchsvoll sind. Es wurde so konzipiert, dass auch Personen im Rollstuhl und mit motorischen Beeinträchtigungen bei allen Übungen teilnehmen konnten. Weitere Voraussetzungen für die Teilnahme waren ein ausreichendes Seh-, Hör- sowie Sprachvermögen, um dem Training folgen sowie interaktiv mitarbeiten zu können.

7.3.3. Aufbau des Trainings

Das Training bestand wie das ursprüngliche Training ebenso aus sieben Einheiten, jedoch wurde die Gruppengröße auf sechs bis acht Personen und die Dauer auf maximal 60 Minuten reduziert. Der Ablauf und die Themen der Einheiten wurden beibehalten, jedoch wurden die einzelnen theoretischen Inhalte, praktischen Übungen und die Anzahl und das Ausmaß der Humorübungen stark vereinfacht. Die Einheiten folgten denselben Themen wie im Originaltraining (siehe Tab. 6).

Tabelle 6

Übersicht der Themen der Humortrainingseinheiten

Einheit	Thema und Inhalte
1. Einheit	Sinn für Humor hat jeder – ich auch! - Kennenlernen, Vorstellen des Programms, Diskussionsrunden zum Thema Humor: Warum ist der Sinn für Humor wichtig? Was bedeutet es, Sinn für Humor zu haben?
2. Einheit	Spiel & Spaß - Die Funktion von Spielen und einer spielerischen Haltung, Spiele spielen (Kegeln, Wer bin ich?, Pantomime)
3. Einheit	Witze erzählen und lachen - Witze vorlesen, Lachübung, Lachyoga

Fortsetzung der Tabelle 6 nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 6

Einheit	Thema und Inhalte
4. Einheit	Mit Worten spielen und Humor entstehen lassen - Mehrdeutigkeiten von Objekten erraten, Zungenbrecher, Wortspiele, Teekesselchen, Schauspiel: Gespräche zwischen Gegenständen
5. Einheit	Alltäglicher Humor - Bewusstmachen von Humor im Alltag, Spiel: Kreative Verwendungsmöglichkeiten von Alltagsgegenständen überlegen
6. Einheit	Über sich selbst lachen lernen - Verkleidungsstunde mit Spiegel
7. Einheit	In Stresssituationen den Humor nicht verlieren - Vorlesen einer Geschichte eines stressigen Tages und Diskussion über mögliche Copingstrategien, wie wirkt Humor gegen Stress, Feedbackrunde und Verabschiedung

Jede Einheit folgte demselben Ablauf. Gestartet wurde immer mit einer Aufwärmübung, dann folgte ein Theorieinput und eine anschließende Auflockerungsübung. Schließlich wurden passend zum theoretischen Inhalt der Einheit praktische Übungen wie etwa Diskussionsrunden, Spiele, Witze erzählen, Lachübungen, mit Gegenständen schauspielern, verkleiden durchgeführt. Damit sich die Teilnehmenden nicht nur in den Trainingsstunden, sondern auch zwischen den Einheiten, mit Humor auseinandersetzen, wurden nach den praktischen Übungen im Training Kärtchen mit einer Liste von freiwilligen Humorübungen ausgeteilt. Diese sollten bis zur nächsten Stunde alleine erledigt werden und wurden jeweils in der nächsten Einheit nach der Aufwärmübung besprochen. Jede Einheit endete mit einem Abschlussspiel.

7.3.4. Materialien

Alle Teilnehmenden erhielten Humormappen mit Informations- und Arbeitszetteln des Humortrainings, die sie zu jeder Einheit mitbringen sollten. Außerdem wurde ihnen in jeder Einheit ein Kärtchen mit einer Liste mit Humorübungen mitgegeben.

Damit die Erledigung dieser Übungen nicht vergessen wurde und präsent war, bekamen die Teilnehmenden als Erinnerungshilfe Fotohalter, mit denen sie die Kärtchen in ihrem Zimmer sichtbar aufstellen konnten. Ebenso wurden in jeder Einheit Namensschilder ausgeteilt, sodass sie sich leichter namentlich ansprechen konnten und sich diese nicht merken mussten.

7.3.5. Adaptierung der Einheiten

Um einen besseren Einblick zu erhalten, inwiefern die einzelnen Einheiten des Humortrainings nach Falkenberg et al. (2013) verändert wurden, wird die erste Einheit mit deren Änderungen exemplarisch näher beschrieben. Das Manual gibt immer mehrere Vorschläge für Übungen und Spiele an, aus denen der Trainingsleiter oder die Trainingsleiterin frei wählen kann. Ausgewählt wurden für das Humortraining für SeniorInnen meist Übungen, die am wenigsten adaptiert werden mussten.

So schlagen Falkenberg et al. (2013) vor, die erste Einheit "Sinn für Humor hat jeder - ich auch!" mit einer Aufwärmübung zu starten, bei der alle Teilnehmenden ihren Namen nennen und mit einem Geräusch, einer Geste oder einem Gesichtsausdruck das Gefühl ausdrücken sollen, welches sie empfanden als sie den Gruppenraum betraten. Im Zuge der Pilotphase wurde festgestellt, dass diese Übung bereits kognitiv sehr anspruchsvoll ist. Für die Zielgruppe ist es besser, Übungen langsam zu steigern und Wiederholungen einzuführen, um eine Überforderung zu vermeiden. Die Teilnehmenden müssen sich langsam an die Aufgabe gewöhnen können. Außerdem sollte für jede einzelne Übung mehr Zeit eingeplant werden. So startete die Aufwärmübung in der adaptierten Fassung mit einem Kennenlernballspiel. In der ersten Ballrunde warf man einen Ball immer zu seinem rechten Sitznachbarn weiter und die Person mit dem Ball in der Hand nannte ihren Namen und wie es ihr geht. In der zweiten Ballrunde nannte jeder sein Alter und in der dritten seinen Geburtsort. Erst in der vierten Runde wurde die Übung aus dem Manual vereinfacht übernommen und jeder stellte mit einer Gestik dar, wie er sich gerade fühlte.

Im Probelauf hat sich herausgestellt, dass es notwendig war, die Komplexität dieser Aufgabe zu reduzieren, indem man innerhalb einer Aktion die Auswahlmöglichkeiten stark einschränkt und immer auf das aktuelle Befinden fokussiert. So musste die Auswahl von "Geräusch, Gestik oder Mimik" auf "Gestik"

eingeschränkt werden sowie die Fragestellung auf das aktuelle Befinden abzielen anstatt auf das Befinden, als sie den Raum betraten.

Nach der Aufwärmübung bekamen alle Teilnehmenden in der adaptierten Version Namensschilder umgehängt, um das Merken der Namen zu vereinfachen. Anschließend wurden die Gruppenregeln besprochen und mit Hilfe von Informationszetteln in den Humormappen das Programm des Humortrainings vorgestellt.

Anschließend wurde aus dem Manual das Auflockerungsspiel “Hokuspokus Zauberei” übernommen, bei dem die Trainingsleiterin auf einen Stuhl steigt und die Personen in verschiedenste Tiere, Personen oder Gegenstände verwandelt, wie sich gegenseitig ankläffende Hunde, Roboter auf dem Mond, etc.

Ebenso wurde der praktische Teil zum Thema “Sinn für Humor hat jeder - ich auch” aus dem Manual übernommen und nur geringfügig gekürzt. Darin gab es Diskussionsrunden, bei denen die Teamleiterin die Ergebnisse auf einem Flipchart niederschrieb. Erörtert wurden die Fragen “Warum ist Sinn für Humor wichtig?” und “Was bedeutet es, Sinn für Humor zu haben?”. Weiter wurde darüber diskutiert, wie die eigenen Humorvorlieben aussehen. Wer oder was bringt einem zum Lachen? Im Anschluss wurden die Humoraufgaben für die nächste Einheit ausgeteilt.

Das Abschlussspiel aus dem Manual konnte nicht übernommen werden, da die feinmotorischen Ansprüche zu hoch gewesen wären. Stattdessen wurde ein eigens ausgedachtes Spiel namens “Hui oder Brrr” eingesetzt, bei dem sich die Teilnehmenden noch besser kennenlernen sollten. Es wurden ihnen Fragen gestellt, auf die sie mit „ja“ oder „nein“ antworten konnten, z.B. “Sind Sie in Wien geboren?”, “Sind Sie in Niederösterreich geboren?”, “Sind Sie über 80 Jahre alt?” oder “Essen Sie gerne Schnitzel?”. Alle sollten zeitgleich antworten, jedoch war die Aufgabenstellung anstatt “ja” zu sagen, mit den Händen zu winken und “Huiiiii” zu rufen. Statt “nein” sollte jeder “Brrr” sagen und dabei den Kopf schütteln.

7.4. Untersuchungsinstrumente

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden für die Beantwortung der Fragestellungen folgende Selbstbeurteilungsfragebögen verwendet.

7.4.1. Soziodemografische Daten

Folgende soziodemografische Variablen wurden zu Beginn erhoben: Geschlecht, Alter, Familienstand, Staatsangehörigkeit, Muttersprache, höchste abgeschlossene Ausbildung, Anzahl der Kinder, vorhandenes Gesundheitsproblem.

Des Weiteren wurden folgende Variablen erhoben, die sich auf die Wohn- und Lebenssituation im Seniorenpflegeheim beziehen: Aufenthaltsdauer, Zimmerart, Teilnahme an angebotenen Heimaktivitäten. Die Erhebung der Variablen diente der näheren Beschreibung der Stichprobe.

Alle Items der nachfolgenden Untersuchungsinstrumente wurden auf den Zeitraum der vergangenen zwei Wochen vereinheitlicht, um eine änderungssensitive Messung zu ermöglichen.

7.4.2. Primäre Outcomes

Die *Sense of Humor Scale* (SHS) von McGhee (1999) wurde nach seiner Definition von Humor entwickelt. Sie misst den Sinn für Humor, der sich aus den sechs Humorfähigkeiten *Humor genießen*, *Lachen*, *Verbaler Humor*, *Entdecken von Humor im Alltag*, *über sich selbst lachen* und *Humor unter Stress* zusammensetzt. Folglich ist sie speziell für die Evaluation des Humortrainings geeignet, das ebenfalls ursprünglich von McGhee entwickelt wurde. Eingesetzt wurde die deutsche, adaptierte Version des Lehrstuhls Ruch der Universität Zürich (Ruch & Heintz, 2018). Die Items sind verhaltensnah formuliert, wodurch einige allerdings nicht auf den Alltag in Seniorenpflegeheimen zutreffen. Daher sind lediglich die Skalen der Humorfähigkeiten *Lachen*, *Verbaler Humor* und *Über sich selbst lachen* mit jeweils acht Items für die Stichprobe dieser Arbeit adäquat. Somit wurde auf die Bildung eines Gesamtwertes *Sinn für Humor* verzichtet und nur einzelne Humorfähigkeiten betrachtet. Die Interne Konsistenz Cronbachs Alpha beträgt bei diesen drei Skalen *Lachen* $\alpha = .82$, *Verbaler Humor* $\alpha = .88$ und *Über sich selbst lachen* $\alpha = .89$. Das Antwortformat ist eine Likert-Skala von eins (starke Ablehnung) bis sieben (starke Zustimmung). Gebildet wird ein Summenscore pro Skala, dessen Wertebereich jeweils zwischen 8 und 56 liegt. Je höher der Wert, desto stärker ist eine Humorfähigkeit ausgeprägt.

Beispielitem: "Ich erzähle oft lustige Geschichten."

Mit dem Heiterkeitsinventar aus der Kurzform des *State-Trait-Heiterkeitsinventar* (STHI-S <30>) (Ruch et al., 1997) wird der *State Heiterkeit*, die heitere Stimmung, gemessen. Es handelt sich hierbei um eine Subskala mit 10 Items, deren interne Konsistenz Cronbach Alpha bei $\alpha = .93$ liegt. Die Antwortkategorien sind 1 = trifft gar nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft etwas zu und 4 = trifft sehr zu. Es wird ein Summenscore gebildet, dessen Wertebereich zwischen 10 und 40 liegt. Ein hoher Wert steht für eine stark ausgeprägte heitere Stimmung.

Zwar ist das STHI-S keine direkte Messung des Sinns für Humor, der durch das Humortraining verbessert werden soll, jedoch stellt der *State Heiterkeit* eine wichtige Basis für diesen dar (Ruch et al., 1996).

Beispielitem: "Mir war zum Lachen zumute."

Positiver Affekt - Scale of Positive and Negative Experience (SPANE-P; Diener et al. 2009) erfasst mit sechs Items den positiven Affekt auf einer fünfstufigen Likert-Skala, welche von 1 = *nie oder sehr selten* bis 5 = *sehr oft oder immer*, reicht. Erhoben wird folglich die Häufigkeit, in der positive Gefühle erlebt werden. In der vorliegenden Arbeit wird die deutsche Übersetzung von Berend und Vogt (2015) verwendet. Die interne Konsistenz Cronbach Alpha liegt bei $\alpha = .87$ (Fisseni, 2004). Gebildet wird ein Summenscore, der zwischen den Werten 6 und 30 liegt. Je höher die Ausprägung, desto höher ist der positive Affekt.

Beispielitem: „In den vergangenen zwei Wochen habe ich mich glücklich gefühlt“

7.4.3. Sekundäre Outcomes

Die Skala *Negativer Affekt und Affektbalance - Scale of Positive and Negative Experience (SPANE-N, B; Diener et al. 2009)* erfasst mit jeweils sechs Items den *positiven* und den *negativen Affekt*. Diese sollen auf einer fünfstufigen Likert-Skala beurteilt werden, welche von 1 = *nie oder sehr selten* bis 5 = *sehr oft oder immer* reicht. Erhoben wird folglich die Häufigkeit, in der positive bzw. negative Gefühle erlebt werden. Des Weiteren lässt sich aus den Summenwerten der beiden Subskalen ein Gesamtwert bilden, welcher die Balance zwischen positivem und negativem Affekt erfasst. Der Gesamtwert der *Affektbalance* wird durch die Subtraktion des Summenwerts der negativen Gefühle von dem der positiven Gefühle errechnet. Anhand dieses Wertes lässt sich die Dominanz negativer bzw. positiver Gefühle erkennen. In der vorliegenden Arbeit wird die deutsche Übersetzung der Skala von Berend und Vogt (2015) verwendet. Die interne

Konsistenz (Cronbachs Alpha) der Subskalen liegen zwischen $.81 \leq \alpha \leq .87$ und sind somit zufriedenstellend. Die Gesamtskala kommt auf eine interne Konsistenz von $\alpha = .89$ (Diener et al., 2009).

Beispielitem: „In den vergangenen zwei Wochen habe ich mich traurig gefühlt“

Mit der *deutschsprachigen Kurzversion des WHOQOL (WHOQOL-BREF*; Angermeyer et al., 2000) wurde die *subjektive Lebensqualität (Quality of Life)* erfasst. Es handelt sich hierbei um ein Messinstrument der Weltgesundheitsorganisation, welches aus 26 Items besteht. Der Fragebogen kann bei gesunden Personen, aber auch bei Personen mit körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen angewendet werden. Mit diesem generischen Selbstbeurteilungsinstrument können vier Dimensionen erfasst werden: *physisches Wohlbefinden* (sieben Items), *psychisches Wohlbefinden* (sechs Items), *soziale Beziehungen* (drei Items) und *Umwelt* (acht Items). Zusätzlich beinhaltet der Fragebogen zwei globale Items (allgemeine Lebensqualität und generelle Gesundheit). Der Gesamtwert der Dimensionen reicht von 0 bis 100.

Cronbachs Alpha, an dem sich die interne Konsistenz erkennen lässt, liegt für die einzelnen Dimensionen im Bereich von $.57 \leq \alpha \leq .88$. Des Weiteren gibt es Normwerte für verschiedene Altersgruppen der Allgemeinbevölkerung und Vergleichswerte für somatische PatientInnen. Betrachtet man die interne Konsistenz der einzelnen Dimensionen, so liegen alle Werte über $\alpha = .70$ und sind somit zufriedenstellend. Eine Ausnahme bildet der deutlich geringere Wert von $\alpha = .57$. Dieser wurde bei somatischen PatientInnen in der sozialen Dimension gefunden. Die Aussagekraft ist folglich eingeschränkt. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass die soziale Dimension lediglich von drei Items gebildet wird.

Beispielitem: „Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?“

Die Allgemeine Depressionsskala-Kurzform (ADS-K; Hautzinger & Bailer, 1993) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument mit 15 Items. Es eignet sich für die Untersuchung nicht-klinischer Stichproben. ProbandInnen schätzen auf einer vierstufigen Skala ein, inwiefern eine Beeinträchtigung durch depressive Symptome vorhanden ist. Die Skala ist wie folgt aufgebaut: 0 = *selten oder überhaupt nicht*, 1 = *manchmal*, 2 = *öfters*, 3 = *meistens, die ganze Zeit*. Die Symptome beziehen sich auf

emotionale, motivationale, kognitive, somatische und auch motorische/interaktionale Beeinträchtigungen. Der Summenwert wird als Kennwert der aktuellen depressiven Symptomatik interpretiert. Für die Interpretation steht ein Cut-Off-Wert zur Verfügung. Der Gesamtwert kann von 0 bis 45 reichen, wobei der Cut-Off-Wert bei >17 liegt. Personen, die einen kritischen Wert erreichen, können als auffällig depressiv eingestuft werden.

Des Weiteren enthält die Skala ein Lügenkriterium, das es ermöglicht Fragebogenantworten zu identifizieren, die als unglaublich einzustufen sind. Der kritische Wert liegt hier bei < -24 Punkten. Die Interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der ADS-K liegt in verschiedenen Stichproben zwischen $.88 \leq \alpha \leq .95$ und ist somit zufriedenstellend.

Beispielitem: „Während der letzten zwei Wochen haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen.“

7.5. Datenerhebung

Im Folgenden wird näher auf die Vorgehensweise bei der Datenerhebung eingegangen. Die Vpn wurden beim Ausfüllen der Paper-Pencil-Fragebögen aufgrund diverser erschwerender Bedingungen (z.B. Verständnisschwierigkeiten bei Instruktionen/Fragebogen, feinmotorische Probleme, Sehschwäche/visuelle Defizite, Aufmerksamkeitsspanne) von den Versuchsleiterinnen unterstützt.

Die Bearbeitung des Fragebogens dauerte zwischen 30 und 60 Minuten. Sie wurde im Einzelsetting durchgeführt und fand in den meisten Fällen auf dem Zimmer der SeniorInnen statt. Ausnahmen bildeten wenige Vpn, die in Gemeinschaftsräumen befragt werden wollten. Darüber hinaus gab es vereinzelt auch Befragungen, bei denen sich weitere Personen im Zimmer der Vpn befanden (MitarbeiterInnen der Seniorenpflegeheime, Mitbewohner der SeniorInnen, BesucherInnen). Jedoch wurde in jedem einzelnen Fall sichergestellt, dass die Vpn mit dem Befragungssetting einverstanden waren.

Vor dem Beginn der Erhebung wurden die Vpn erneut über Dauer und Kontext der Befragung informiert. Es erfolgte außerdem eine genaue Aufklärung über die Anonymität der Datenerhebung, Themen der Datenerhebung und die Möglichkeit, Fragen nicht beantworten zu müssen.

Schriftliche Teile (Instruktionen, Fragen, Skalen) wurden den Vpn von der

jeweiligen Versuchsleiterin vorgelesen. Zur visuellen Veranschaulichung aller vorkommenden Skalen bzw. deren Antwortabstufungen (z.B. 5 = *sehr zufrieden*) dienten Skalenkarten. Diese wurden in Schriftgröße 75pt angefertigt und gut sichtbar auf dem Tisch ausgelegt. Außerdem wurden die Skalenkarten dazu verwendet, den Vpn erneut den genauen Aufbau der Skalen bzw. Abstufungen zu erklären. Zusätzlich konnte mit deren Verwendung auch die Aufmerksamkeit der Vpn aufrechterhalten werden, da die Neuordnung zu Interaktionen zwischen den Vpn und der Versuchsleiterin führte, Material dadurch gewissermaßen abwechslungsreich präsentiert werden konnte und es dadurch zu natürlichen Pausen im Ablauf kam. Eine weitere Erleichterung für die Vpn ergab sich durch die Möglichkeit auf die passende Antwortmöglichkeit zeigen zu können. Bei Verständnisschwierigkeiten wurden auf einfache und kurze Erklärungen bzw. Umformulierung geachtet.

Mit dieser Vorgehensweise wurden nacheinander alle 87 Items des Fragebogens erhoben und die jeweiligen Antworten der Vpn von der Versuchsleiterin angekreuzt. Um Effekte sozialer Erwünschtheit zu minimieren, wurde in den VG die Datenerhebung nicht von der Person durchgeführt, die das HT leitete.

Die Dauer der gesamten Testung, welche drei Datenerhebungen umfasst, wurde als zumutbar eingeschätzt.

7.6. Durchführung des Trainings

Die Leitung der Humortrainingsgruppen übernahm jeweils eine der AutorInnen dieser Arbeit. Die Gruppen wurden mit 6-8 TeilnehmerInnen durchgeführt. Das Training fand regelmäßig einmal wöchentlich zur selben Uhrzeit statt. Insgesamt gab es 7 Einheiten und die Dauer pro Einheit betrug circa 60 Minuten. Für die Studie wurde das Humortraining in fünf privaten Wiener Seniorenpflegeheimen durchgeführt. Die Räumlichkeiten wurden von den Seniorenpflegeheimen zur Verfügung gestellt, sodass diese den TeilnehmerInnen bekannt waren. Beide Autorinnen adaptierten gemeinsam, im Zuge einer Pilotphase, das Manual von Falkenberg et al. (2013). Um eine möglichst standardisierte Durchführung der Humortrainingsgruppen zu ermöglichen, orientierten sich beide TrainingsleiterInnen an dem adaptierten Manual. Auch bei der Verwendung von zusätzlichen Gegenständen (Bälle, Verkleidungsgegenstände etc.) wurde auf

Ähnlichkeit bzw. Vergleichbarkeit geachtet. Über den Zeitraum des gesamten Humortrainings nahmen TeilnehmerInnen zusätzlich an ihren gewohnten Heimaktivitäten (z.B. kognitives Training, Tiertherapie, Kreatives Basteln, Bewegungsgruppe) teil.

7.7. Geplante statistische Auswertung

Die deskriptiv- und inferenzstatistischen Analysen der Daten erfolgten durch die Verwendung des Computerprogramms *IBM SPSS Statistics (Version 24.0)*. Das Signifikanzniveau wurde mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit von $\alpha = 5\%$ festgelegt. Demnach ist, im Rahmen von Hypothesenprüfungen, ein Ergebnis mit $p < .05$ als *statistisch signifikant* zu bezeichnen, welches in der vorliegenden Arbeit mit *signifikant* abgekürzt wird.

Bei der Datenauswertung wurde eine *Intention to Treat (ITT) - Analyse* durchgeführt. Bei diesem Prinzip werden alle Vpn in die Analyse einbezogen, die das Training begonnen haben. Das bedeutet, dass die Daten aller Vpn ausgewertet werden müssen. Dies erfolgt unter Beibehaltung der ursprünglichen Gruppenzuteilung und unabhängig davon, was im Studienverlauf geschieht (Kleist, 2009; Weiß, 2013).

Da bei diesem Prinzip eine möglichst vollständige Datenerfassung im Vordergrund steht, wurden folglich auch Daten von TeilnehmerInnen der VG in den Datensatz inkludiert, welche die Mindestanwesenheit unterschritten. Diese wurde im Vorhinein auf 75% festgelegt, welches einer Anwesenheit in fünf der sieben Einheiten entspricht.

Die Ersetzung (Imputation) von fehlenden Werten (missing-values) der Post- bzw. Follow-Up Messung erfolgte mit dem *Expectation-Maximization-Algorithmus (EM-Algorithmus)*. Fehlende Werte werden bei diesem iterativen Verfahren in zwei Schritten durch Maximum-Likelihood-Schätzung imputiert (Schafer & Graham, 2002). So konnten fehlende Werte von insgesamt vier StudienabbrecherInnen imputiert und so weiterhin in die statistischen Berechnungen einbezogen werden.

Um die Hypothesen zu überprüfen, wurde für die Fragestellungen 1a - 1e eine *mixed ANOVA (Varianzanalyse)* durchgeführt. Dabei handelt es sich um ein 2 x 3 - *faktorielles Messwiederholungsdesign*. Die Versuchs- und Kontrollgruppe bilden den unabhängigen Zwischensubjektfaktor und die Messzeitpunkte (Prä-, Post- und Follow-Up Messung) den abhängigen Innersubjektfaktor. Im vorliegenden Fall hat der Zwischensubjektfaktor zwei Stufen, wohingegen der Innersubjektfaktor drei Stufen aufweist. Die abhängige Variable stellen die jeweiligen Konstrukte der einzelnen Fragestellungen dar. Messwiederholungsanalysen werden verwendet, um die Veränderung über die Zeit zu erfassen (Bortz & Schuster, 2010).

In einem ersten Schritt wurden die Voraussetzungen einer ANOVA mit Messwiederholung überprüft. Das Verfahren der Varianzanalysen ist auch bei der Verletzung einzelner Voraussetzungen robust. Das bedeutet, dass keine Einschränkungen bei der Interpretation der Ergebnisse auftreten. Die Robustheit gegenüber Voraussetzungsverletzungen (Abweichungen von der Normalverteilung, Varianzhomogenität) gilt bei annähernd gleich großen Stichprobenumfängen, welche in diesem Fall vorliegen (Bortz & Schuster, 2010).

Die Voraussetzungen der *mixed ANOVA* lauten wie folgt (Field, 2013): die abhängige Variable muss ein metrisches Datenniveau (Intervallskalierung) aufweisen. Des Weiteren müssen die Messwerte unabhängig voneinander sein, was durch das Zwischen - Subjekt - Design gewährleistet ist. Eine weitere Voraussetzung betrifft die Normalverteilung der abhängigen Variable (innerhalb der Stufen des unabhängigen Faktors) und die Varianzhomogenität (innerhalb der Stufen des abhängigen Faktors) (Field, 2013).

Bei signifikanten Haupteffekten und/oder signifikanten Wechselwirkungen, wurden als Post-hoc Test paarweise Vergleiche mit Bonferroni-Korrektur durchgeführt. Zur Beurteilung der praktischen Relevanz von Ergebnissen und der Stärke des Effekts wurde die standardisierte Effektgröße η^2 gewählt. Gemäß der Klassifikation nach Cohen (1988) ist ein Wert ab $\eta^2 \geq .01$ als kleiner, ein Wert ab $\eta^2 \geq .06$ als mittlerer und ein Wert ab $\eta^2 \geq .14$ als großer Effekt einzustufen.

8. ERGEBNISDARSTELLUNG

8.1. Überprüfung der Voraussetzungen

Zur Überprüfung der Normalverteilung wurde der *Kolmogorov-Smirnov-Test* durchgeführt. Hierbei wurden bis auf die Skalen *Soziale Beziehungen (WHOQOL-BREF)* und *Lachen (Sense of Humor Scale)*, in der Vergleichsgruppe, keine Verletzungen festgestellt.

Die geforderte Voraussetzung der Varianzhomogenität (innerhalb der Stufen des abhängigen Faktors) wurde mittels *Levene-Test* überprüft. Diese war mit Ausnahme der Skalen *Psychisches Wohlbefinden (WHOQOL-BREF)* zum Messzeitpunkt t_3 , *Soziale Beziehungen (WHOQOL-BREF)* zum Messzeitpunkt t_1 , *Heiterkeit (STHI-S <30>)* zum Messzeitpunkt t_3 und *Depressivität (ADS-K)* zum Messzeitpunkt t_3 , gegeben.

Eine letzte Voraussetzung ist die der Sphärizität, die mittels *Mauchly Test* geprüft wird. Ein signifikantes Ergebnis bedeutet, dass die Annahme der Sphärizität verletzt ist. In drei Fällen konnte eine Signifikanz gezeigt werden. Es wurde das Korrekturverfahren nach Huynh-Feldt verwendet und mit dem Korrekturfaktor ϵ adjustiert, genauer gesagt wurden zur Berechnung des p-Wertes die nach Huynh-Feldt korrigierten Freiheitsgrade verwendet (Field, 2013).

8.2. Reliabilitätsanalyse verwendeter Verfahren

Um die Zuverlässigkeit und Messgenauigkeit der verwendeten Verfahren bzw. der herangezogenen Skalen zu berechnen, wurde eine Reliabilitätsanalyse zum Messzeitpunkt t_1 durchgeführt. Tabelle 7 zeigt die testtheoretischen Kennwerte (Cronbachs α).

Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass die Mehrzahl der Reliabilitäten als zufriedenstellend eingeschätzt werden kann. Die Skalen des WHOQOL-BREF erreichen Werte knapp unter dem anzustrebenden Schwellenwert von .70. Dies spricht jedoch nicht notwendiger Weise gegen die Verwendung der einzelnen Skalen (Bortz & Döring, 2006; Schmitt, 1996). Auf die Problematik der sozialen Dimension des WHOQOL-BREF wurde bereits im Kapitel 7.4.3 zu den verwendeten Untersuchungsinstrumenten hingewiesen.

Tabelle 7

Cronbachs α der verwendeten Verfahren in der durchgeführten Studie zu t_1 (Interventionsbeginn)

Verfahren	Skala	Cronbach's α
WHOQOL-BREF	Physisches Wohlbefinden	.65
	Psychisches Wohlbefinden	.69
	Soziale Beziehungen	.35
	Umwelt	.66
HI		.94
ADS-K		.76
SHS	Lachen	.74
	Verbaler Humor	.86
	Über sich selbst lachen	.83
SPANE	Positiver Affekt	.87
	Negativer Affekt	.76

Anmerkungen. WHOQOL-BREF = Kurzversion des WHOQOL zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität, HI = Heiterkeitsinventar, ADS-K = Allgemeine Depressionsskala-Kurzform, SHS = Sense of Humor Scale, SPANE = Scale of Positive and Negative Experience.

8.3. Baselinevergleich

Da die Teilnehmenden aufgrund des naturalistischen Settings nicht vollständig randomisiert zu Versuchs- und Kontrollgruppen zugeteilt werden konnten, wurde überprüft, ob sich die Gruppen bereits vor Beginn des Humortrainings bei der Prämessung (t_1) in relevanten Merkmalen unterschieden. Hierzu wurde der *Welch-Test* für metrische Variablen eingesetzt, da die Sphärizität bei der abhängigen Variable *Soziale Beziehungen* (WHOQOL-BREF) verletzt war. Für eine Methodeneinheitlichkeit der Untersuchung der Unterschiede zwischen den Gruppen wurde dieser für alle interessierenden metrischen Variablen angewendet. Des Weiteren ist der *Welch-Test* generell robuster als der *t-Test* und auch bei Verletzungen der Normalverteilung bei metrischen Daten dem *U-Test* vorzuziehen (Kubinger, Rasch, & Moder, 2009). Für kategoriale Variablen wurde der Chi-Quadrat Test bzw. bei niedrigen Erwartungswerten (kleiner fünf) der *exakte Test nach Fisher* angewendet.

Keine Testung mittels *Welch-Tests* oder *Tests nach Fisher* fiel signifikant aus, d.h. die VG und KG unterschieden sich in keiner der untersuchten Variablen zu t_1 signifikant voneinander. Somit wurden alle Null-Hypothesen des Kapitel 6.2.1 Baselinevergleich beibehalten: Die VG und die KG unterscheiden sich zu Beginn der Studie nicht signifikant hinsichtlich aller soziodemografischen (siehe Tab. 5) und abhängigen Variablen (siehe Tab. 8). Die Gruppen sind somit als vergleichbar zu betrachten.

Tabelle 8

Baselinevergleich: Mittelwerte der erhobenen abhängigen Variablen in der Versuchs- und Kontrollgruppe sowie deren statistische Unterschiede zu t_1 (vor Interventionsbeginn)

Skala	VG n = 23 M (SD)	KG n = 17 M (SD)	Prüfgröße (df)	p	sig
Sense of Humor Scale:					
Lachen	38.13 (8.42)	37.35 (6.89)	t 0.32 (37.55)	.75	ns
Verbaler Humor	31.70 (9.23)	32.53 (10.25)	t -0.27 (32.46)	.79	ns
Über sich selbst lachen	36.22 (9.54)	36.71 (9.69)	t -0.16 (34.32)	.88	ns
STHI-S: Heiterkeit	26.52 (6,35)	26.47 (8.2)	t 0.02 (29.14)	.98	ns
SPANE:					
Positiver Affekt	18.74 (3.7)	20.76 (5.44)	t -1.33 (26.54)	.20	ns
Negativer Affekt	13.35 (4.15)	11.59 (3.76)	t 1.40 (36.36)	.17	ns
Affektbalance	5.39 (6.93)	9.18 (7.56)	t -1.62 (32.84)	.12	ns
WHOQOL-BREF:					
Globale Lebensqualität und Gesundheit	59.78 (22.60)	61.03 (20.67)	t -0.18 (36.21)	.86	ns
Physisches Wohlbefinden	56.37 (15.68)	57.98 (13.98)	t -0.34(36.59)	.73	ns
Psychisches Wohlbefinden	59.78 (15.16)	63.73 (19.42)	t -0.70 (29.33)	.49	ns
Soziale Beziehungen	71.38 (17.91)	68.63 (9.56)	t 0.63 (35.06)	.54	ns
Umwelt	65.63 (16.56)	68.20 (11.28)	t -0.58 (37.81)	.56	ns
ADS-K: Depressivität	13.26 (7.03)	12.71 (6.87)	t 0.25 (35.08)	.80	ns

Anmerkungen. ns = nicht signifikant, STHI-S = State-Trait Heiterkeits-Inventar – State, ADS-K = Allgemeine Depression Skala – Kurzform, WHOQOL-BREF = Kurzversion des WHOQOL zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität

8.4. Hypothesenprüfung – Fragestellung 1 und 2

Anschließend werden die Ergebnisse der statistischen Analysen präsentiert, um die zuvor angeführten Fragestellungen 1 und 2 (Kapitel 6.2) zur Evaluation der Wirksamkeit des Humortrainings und zur Überprüfung der Stabilität des Effekts und deren Hypothesen zu beantworten. Die Hypothesen werden hier nicht erneut angeführt, sondern sind dem Kapitel 6.2.2 und 6.2.3 zu entnehmen.

8.4.1. Primäre Outcomes

Zunächst werden die Ergebnisse der primären Outcomes dargestellt, deren direkte Veränderung das Hauptziel des Humortrainings war. Hierzu zählen die Humorfähigkeiten „*Lachen*“, „*verbaler Humor*“ und „*über sich selbst lachen*“ sowie „*Heiterkeit*“ und „*positiver Affekt*“.

Die Fragestellungen, welche die Wirksamkeit des HT (F 1a – F 1c) und die Stabilität des Effekts (F 2a – F 2c) hinsichtlich sekundärer Outcomes untersuchten, wurden mittels 2 (Gruppe) x 3 (Messzeitpunkt) - faktorieller Varianzanalyse mit Messwiederholung überprüft.

Ein Überblick aller Ergebnisse dieser Analyse ist in Tabelle 9 dargestellt. Hier sind neben Mittelwert (*M*) und Standardabweichung (*SD*) auch die exakten Werte der Prüfgrößen, p-Werte und Punktschätzer der Effektstärken angegeben.

Tabelle 9
Zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholung für die Überprüfung der Unterschiede zwischen den Gruppen zu den drei Messzeitpunkten in den primären Outcomes

Versuchsgruppe n = 23					Kontrollgruppe n = 17					
	Prämessung	Postmessung	Follow-Up	Prämessung	Postmessung	Follow-Up				
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	F	df	p	η ²
Primäre Outcomes										
Lachen - SHS	38.13 (8.42)	37.96 (7.79)	35.74 (7.81)	37.35 (6.89)	35.41 (8.84)	34.65 (9.55)				
Wechselwirkung Gruppe x Zeit							0.47	2, 76	.63	.01
Gruppe							3.48	2, 76	.04*	.08
Gruppe							38	1, 38	.54	.01
Verbaler Humor - SHS	31.70 (9.23)	33.22 (8.63)	30.83 (7.51)	32.53 (10.25)	32.53 (7.67)	28.88 (9.04)				
Wechselwirkung Gruppe x Zeit							0.9	2, 76	.41	.02
Gruppe							4.59	2, 76	.01**	.11
Gruppe							0.06	1, 38	.81	.001
Über sich selbst lachen - SHS	36.22 (9.54)	36.04 (7.40)	32.43 (8.13)	36.71 (9.69)	36.65 (9.07)	33.82 (9.67)				
Wechselwirkung Gruppe x Zeit							0.08	2, 76	.92	0.002
Gruppe							4.95	2, 76	.01**	.12
Gruppe							0.11	1, 38	.74	.003
Heiterkeit - STHI-S	26.52 (6.35)	26.26 (4.64)	25.43 (5.33)	26.47 (8.2)	28.71 (7.26)	23.53 (8.68)				
Wechselwirkung Gruppe x Zeit							4.01	2, 76	.02*	.1
Gruppe							7.87	2, 76	.001***	.17
Gruppe							0.01	1, 38	.93	.001
Positiver Affekt - SPANE-P	18.74 (3.7)	19.65 (3.9)	19.65 (2.25)	20.76 (5.44)	18.94 (6.05)	18.94 (4.64)				
Wechselwirkung Gruppe x Zeit							3.49	2, 76	.04*	.08
Gruppe							0.39	2, 76	.68	.01
Gruppe							0.03	1, 38	.87	.00

Anmerkungen. *p < .05, **p < .01, ***p < .001, η^2 = partielles Eta-Quadrat

Humorfähigkeiten

Mittels einer 2-faktoriellen ANOVA mit Messwiederholung wurde untersucht, ob sich die Kontrollgruppe (KG) von der Versuchsgruppe (VG) zwischen den drei Messzeitpunkten hinsichtlich der Humorfähigkeiten, die mit der SHS gemessen wurden, unterschieden. Deren Ergebnisse sind im Detail der Tabelle 9 und den Abbildungen 5, 6 und 7 zu entnehmen.

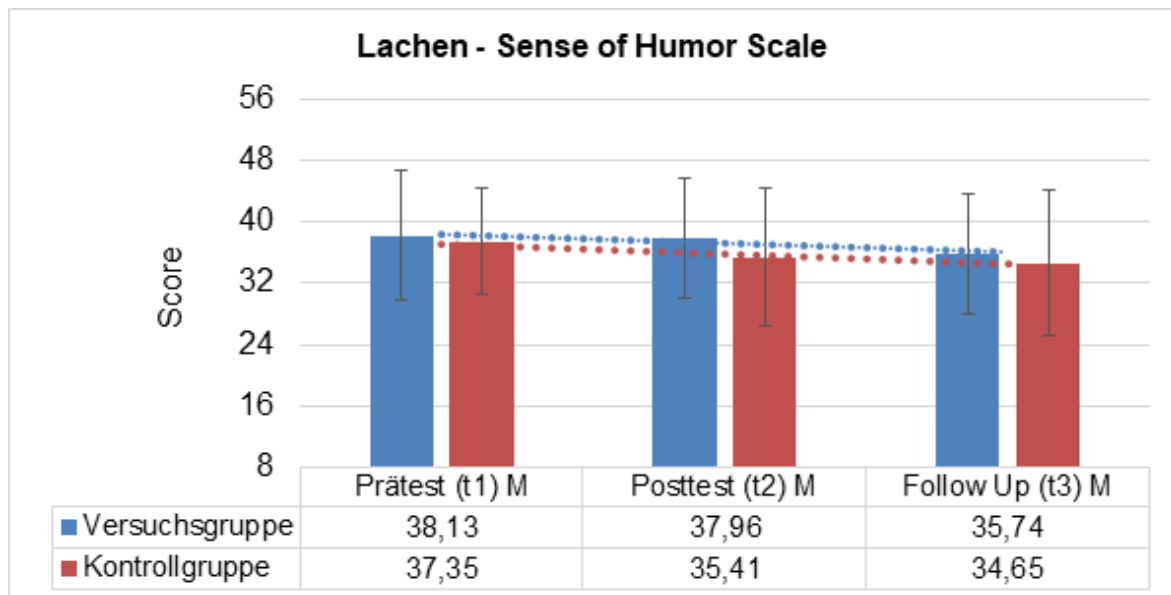


Abbildung 5. Veränderung der Mittelwerte der Skala *Lachen* (Sense of Humor Scale) für die Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen der Prä- und Postmessung sowie dem Follow-Up.

M = Mittelwert. Die Fehlerbalken stellen die Standardabweichungen dar. Die punktierte Linie zwischen den Messzeitpunkten stellt eine lineare Trendlinie dar.

Bei der Humorfähigkeit „*Lachen*“ gab es keine signifikante *Wechselwirkung Gruppe x Zeit*. Dadurch konnte der signifikante *Haupteffekt Zeit*, $F(2,76) = 3.48$, $p = .04$ mit einer mittleren Effektstärke $\eta_p^2 = .08$ uneingeschränkt interpretiert werden. Um festzustellen zu welchen Zeitpunkten (t_1 , t_2 , t_3) es eine signifikante Veränderung im Zeitverlauf gab, wurden paarweise Vergleiche mit Bonferroni-Korrektur durchgeführt. Hier zeigte sich, dass es einen tendenziellen Unterschied ($p = .06$) zwischen Prätest und Follow-Up im Zeitverlauf für beide Gruppen gab, *Lachen* nahm ab.

Diese Ergebnisse zeigen folglich, dass für die Fragestellung 1a sowie für die Fragestellung 2a die $H_0(1.1, 2.1)$ beibehalten wird, da die Ausprägungen in der

Skala *Lachen* (Sense of Humor Scale) in der Versuchsgruppe zwischen t_1 und t_2 sowie zwischen t_2 und t_3 nicht signifikant höher ausfallen im Vergleich zur Kontrollgruppe. Entgegen den Erwartungen nimmt das *Lachen* im Zeitverlauf zwischen Prä-Messung und Follow-Up in beiden Gruppen ab.

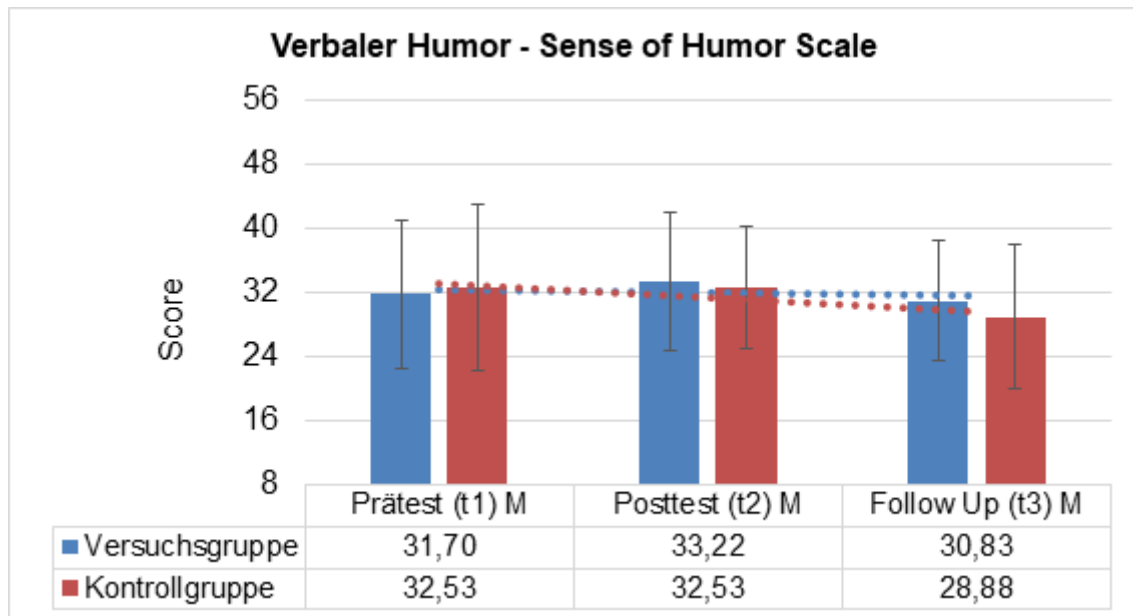


Abbildung 6. Veränderung der Mittelwerte der Skala Verbaler Humor (Sense of Humor Scale) für die Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen der Prä- und Postmessung sowie dem Follow-Up.

M = Mittelwert. Die Fehlerbalken stellen die Standardabweichungen dar. Die punktierte Linie zwischen den Messzeitpunkten stellt eine lineare Trendlinie dar.

Bei der Humorfähigkeit “*Verbaler Humor*” gab es ebenfalls keine signifikante Wechselwirkung Gruppe $\times$ Zeit und der Haupteffekt Zeit fiel auch hier signifikant aus, $F(2,76) = 4.59$, $p = .01$, mit einer mittleren Effektstärke von $\eta_p^2 = .11$. Hier zeigten die paarweisen Vergleiche mit Bonferroni-Korrektur, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen t_2 und t_3 ($p = .006$) gab, bei dem der *verbale Humor* in beiden Gruppen abnahm.

Bezogen auf die Hypothesen zeigen diese Ergebnisse, dass für die Forschungsfrage 1a sowie für die Forschungsfrage 2a die H_0 (1.2, 2.2) beibehalten wird, da die Skala *Verbaler Humor* (Sense of Humor Scale) in der Versuchsgruppe zwischen t_1 und t_2 sowie zwischen t_2 und t_3 im Vergleich zur Kontrollgruppe nicht signifikant höher ist.

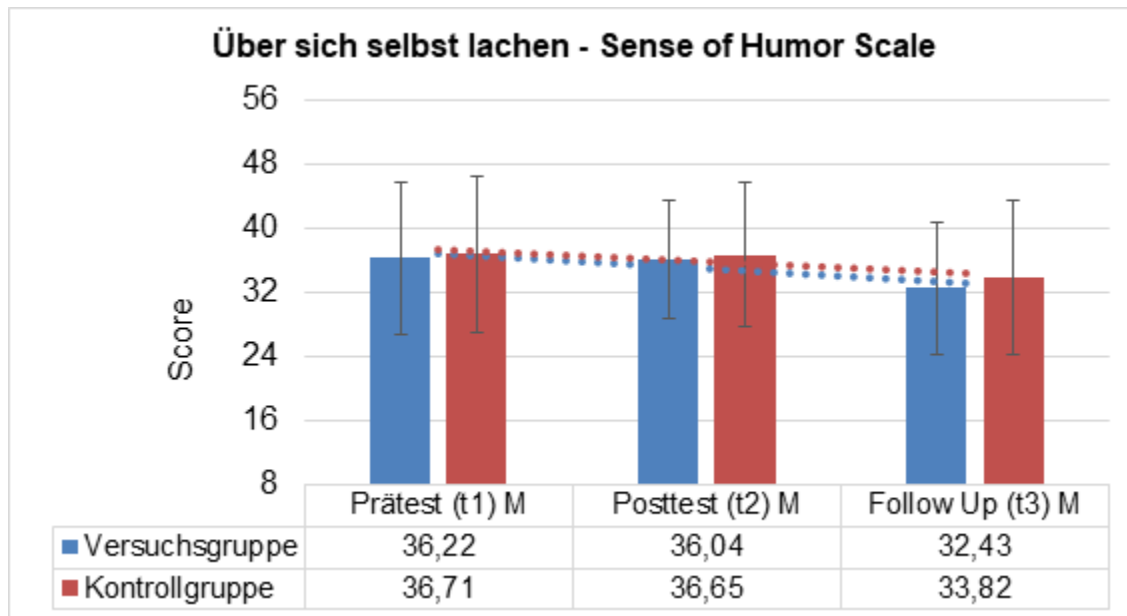


Abbildung 7. Veränderung der Mittelwerte der Skala Über sich selbst lachen (Sense of Humor Scale) für die Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen der Prä- und Postmessung sowie dem Follow-Up.

M = Mittelwert. Die Fehlerbalken stellen die Standardabweichungen dar. Die punktierte Linie zwischen den Messzeitpunkten stellt eine lineare Trendlinie dar.

Bei der Humorfähigkeit “*über sich selbst lachen*” gab es wie bei den anderen beiden Humorfähigkeiten keine signifikante *Wechselwirkung Gruppe x Zeit* und der *Haupteffekt Zeit* fiel signifikant aus, $F(2,76) = 4.95$, $p = .01$ mit einem mittelstarken Effekt von $\eta_p^2 = .12$. Hier zeigten die paarweisen Vergleiche mit Bonferroni-Korrektur, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen t_1 und t_3 ($p = .04$) sowie zwischen t_2 und t_3 ($p = .009$) gab. Das “*über sich selbst lachen*” nahm in beiden Gruppen über den Zeitverlauf ab.

Folglich zeigen diese Ergebnisse, dass für die Forschungsfrage 1a sowie 2a die $H_0(1.3)$ beibehalten wird, da die Skala *Über sich selbst lachen* (Sense of Humor Scale) in der Versuchsgruppe zwischen t_1 und t_2 sowie zwischen t_2 und t_3 nicht signifikant höher ist im Vergleich zur Kontrollgruppe. Gegen die Erwartungen nahm “*über sich selbst lachen*” in beiden Gruppen im Zeitverlauf (zwischen t_1 und t_3 sowie zwischen t_2 und t_3) ab.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass sich bei allen Humorfähigkeiten keine signifikanten Wechselwirkungen *Gruppe x Zeit* oder signifikante *Haupteffekte Gruppe* zeigten. Bei den signifikanten *Haupteffekten Zeit* gab es nie

signifikante Unterschiede zwischen t_1 und t_2 , zwischen denen das Humortraining stattgefunden hat und eine Verbesserung der Humorfähigkeiten in der Versuchsgruppe erwartet wurde. Das heißt, es gab keine signifikanten Verbesserungen der Humorfähigkeiten in der VG im Vergleich zur KG. Stattdessen gab es bei der Skala *Lachen* eine tendenzielle Abnahme im Zeitverlauf für beide Gruppen zwischen t_1 und t_3 . Die Skala *Verbaler Humor* wies eine signifikante Abnahme zwischen t_2 und t_3 für beide Gruppen auf. Die Skala *Über sich selbst lachen* nahm in beiden Gruppen signifikant zwischen t_1 und t_3 sowie t_2 und t_3 ab.

Heiterkeit

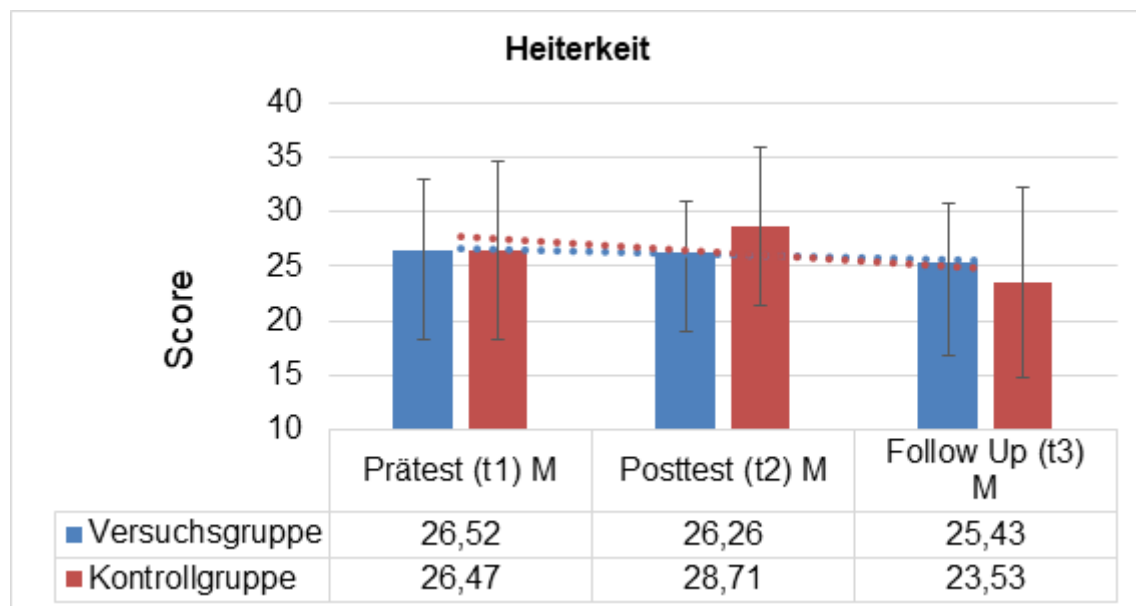


Abbildung 8. Veränderung der Mittelwerte der Heiterkeit (Heiterkeitsinventar des STCI-S) für die Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen der Prä- und Postmessung sowie dem Follow-Up.

M = Mittelwert. Die Fehlerbalken stellen die Standardabweichungen dar. Die punktierte Linie zwischen den Messzeitpunkten stellt eine lineare Trendlinie dar.

Mittels einer 2-faktoriellen ANOVA mit Messwiederholung wurde untersucht, ob sich die Kontrollgruppe von der Versuchsgruppe zwischen den Messzeitpunkten hinsichtlich der Heiterkeit, gemessen mit dem STHI-S, unterschieden. Wie in der Tabelle 9 zu erkennen ist, zeigte sich eine signifikante Wechselwirkung Gruppe x Zeit, $F(2,76) = 4.01$, $p = .02$ mit einem kleinen Effekt von $\eta p^2 = .1$ und ein signifikanter Haupteffekt Zeit $F(2,76) = 7.87$, $p = .001$ mit einem starken Effekt von $\eta p^2 = .17$. Hierbei zeigte sich mittels paarweiser Vergleiche mit Bonferroni

Korrektur, dass es zwischen t_1 und t_3 ($p = .05$) sowie zwischen t_2 und t_3 ($p = < .01$) einen signifikanten Unterschied in der Heiterkeit für beide Gruppen zusammen gab. Dies darf aufgrund der signifikanten Wechselwirkung jedoch nicht uneingeschränkt interpretiert werden. Daher wurde als zusätzlicher Test eine einfaktorielle ANOVA separat für die KG und die VG berechnet, um feststellen zu können, ob es innerhalb der Gruppen signifikante Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten gibt. Die Heiterkeit in der KG veränderte sich signifikant im Zeitverlauf, $F(2, 32) = 7.40$, $p = < .01$ mit einem starken Effekt $\eta^2 = .32$. Hierbei zeigte sich mittels paarweiser Vergleiche mit Bonferroni Korrektur, dass die Heiterkeit in der KG nur signifikant zwischen t_2 und t_3 ($p = .005$) abnahm. Allerdings veränderte sich die Heiterkeit in der VG nicht signifikant, $F(2, 44) = 0.84$, $p = .44$ mit einem kleinen Effekt $\eta^2 = .04$.

Die *Wechselwirkung Gruppe x Zeit* kam demnach dadurch zustande, dass die Werte in der *Heiterkeit* zwischen t_1 und t_2 in der KG leicht (siehe Mittelwerte in Abb. 8), jedoch nicht signifikant ($p = .30$), stiegen, aber von t_2 auf t_3 signifikant abfielen ($p = .005$), während sie in der VG über alle drei Messzeitpunkte stabil blieben.

Bezogen auf die Hypothesen zeigen die Ergebnisse folglich, dass für die Forschungsfrage 1b sowie für die Forschungsfrage 2b die $H_0(1.4, 2.4)$ beibehalten wird, da die *Heiterkeit* (Heiterkeitsinventar des STCI-S) in der Versuchsgruppe zwischen t_1 und t_2 sowie zwischen t_2 und t_3 nicht signifikant höher ist im Vergleich zur Kontrollgruppe. Wider Erwarten blieben die Werte in der VG über die Zeit stabil, während die Heiterkeit in der KG zwischen t_2 und t_3 ($p < .01$) abnahm.

Positiver Affekt

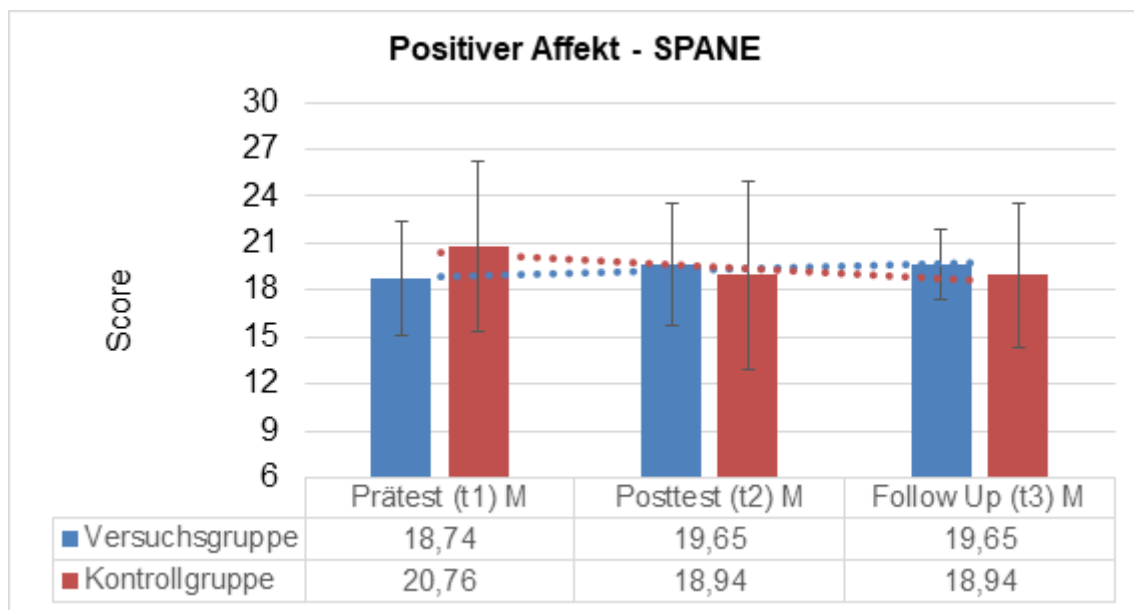


Abbildung 9. Veränderung der Mittelwerte des positiven Affekts (SPANE) für die Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen der Prä- und Postmessung sowie dem Follow-Up.

M = Mittelwert. Die Fehlerbalken stellen die Standardabweichungen dar. Die punktierte Linie zwischen den Messzeitpunkten stellt eine lineare Trendlinie dar.

Mittels einer 2-faktoriellen ANOVA mit Messwiederholung wurde untersucht, ob sich die Kontrollgruppe von der Versuchsgruppe zwischen den Messzeitpunkten hinsichtlich des *positiven Affekts*, gemessen mit dem SPANE-P, unterschied. Wie in Tabelle 9 ersichtlich, waren die beiden *Haupteffekte Zeit* und *Gruppe* nicht signifikant. Allerdings fiel die *Wechselwirkung Gruppe x Zeit* signifikant aus, $F(2,76) = 3.49$, $p = .04$, mit einem mittleren Effekt von $\eta_p^2 = .08$. Betrachtet man die Mittelwerte zu den einzelnen Messzeitpunkten (Abb. 9) scheint es, dass die Wechselwirkung zustande kam, da zwischen t_1 und t_2 der positive Affekt in der VG leicht anstieg, während er in der KG leicht abnahm. Um herauszufinden, ob diese Veränderungen signifikant ausfallen bzw. für eine differenziertere Analyse der signifikanten Wechselwirkung, wurden zusätzliche Tests durchgeführt:

Ein t-Test für unabhängige Stichproben wurde gerechnet, um festzustellen, ob sich der *positive Affekt* in der VG und KG zu einem der Messzeitpunkte (t_1 , t_2 , t_3) signifikant voneinander unterscheidet: Zu keinem Messzeitpunkt gab es einen signifikanten Unterschied in der zwischen der KG und VG ($p \geq .20$). Um Veränderungen des *positiven Affekts* im Zeitverlauf innerhalb der Gruppen zu analysieren, wurde eine *einfaktorielle ANOVA* separat für die KG und die VG

berechnet. Hierbei zeigten sich ebenfalls keine signifikanten Veränderungen des *positiven Affekts* im Zeitverlauf für die VG, $F(2, 44) = .93$, $p = .40$ sowie für die KG, $F(2,32) = 2.63$, $p = .09$, d.h. der positive Affekt veränderte sich in keiner Gruppe im Zeitverlauf signifikant.

Bezüglich der Hypothesen zeigen diese Ergebnisse, dass für die Forschungsfrage 1c sowie die Forschungsfrage 2c trotz signifikanter Wechselwirkung die $H_0(1.5, 2.5)$ beibehalten werden, da der *Positive Affekt* (SPANE-P) in der Versuchsgruppe zwischen t_1 und t_2 sowie zwischen t_2 und t_3 nicht signifikant höher ist im Vergleich zur Kontrollgruppe.

8.4.2. Sekundäre Outcomes

Im Folgenden werden die Ergebnisse der sekundären Outcomes (*negativer Affekt*, *Affektbalance*, *Lebensqualität*, *Depressivität*) und deren inhaltliche Bedeutung dargestellt.

Die Fragestellungen, welche die Wirksamkeit des HT (F 1c – F 1e) und die Stabilität des Effekts (F 2c – F 2e) hinsichtlich sekundärer Outcomes untersuchen, wurden mittels 2 (Gruppe) x 3 (Messzeitpunkt) - faktorieller Varianzanalyse mit Messwiederholung überprüft.

Ein Überblick aller Ergebnisse dieser Analyse ist in Tabelle 10 dargestellt. Hier sind neben Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD) auch die exakten Werte der Prüfgrößen, p-Werte und Punktschätzer der Effektstärken angegeben.

Tabelle 10
Zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholung für die Überprüfung der Unterschiede zwischen den Gruppen zu den drei
Messzeitpunkten in den sekundären Outcomes

Versuchsgruppe n = 23				Kontrollgruppe n = 17							
		Prämessung	Postmessung	Follow-Up	Prämessung	Postmessung	Follow-Up				
		M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	F	df	p	η²
Sekundäre Outcomes											
Negativer Affekt - SPANE		13.35 (4.15)	14.30 (3.97)	15.48 (3.19)	11.59 (3.76)	12.65 (4.37)	14.24 (4.25)				
Wechselwirkung Gruppe x Zeit								0.11	2, 76	.9	.00
Zeit								8.34	2, 76	.001***	.18
Gruppe								2.14	1, 38	.15	.05
Affektbalance - SPANE		5.39 (6.93)	5.26 (7.38)	4.35 (4.25)	9.18 (7.56)	6.29 (8.11)	4.76 (7.97)				
Wechselwirkung Gruppe x Zeit								1.71	2, 76	.19	.04
Zeit								3.4	2, 76	.02*	.10
Gruppe								0.8	1, 38	.38	.02
WHOQOL-BREF											
Globale QoL und Gesundheit		59.78 (22.60)	55.98 (18.02)	57.61 (14.47)	61.03 (20.67)	59.56 (22.76)	58.09 (18.19)				
Wechselwirkung Gruppe x Zeit								0.16	2, 76	.85	.004
Zeit								0.56	2, 76	.58	.01
Gruppe								0.11	1, 38	.74	.004
Physisches Wohlbefinden		56.37 (15.68)	58.70 (14.95)	56.99 (14.98)	57.98 (13.98)	52.10 (12.94)	53.57 (13.77)				
Wechselwirkung Gruppe x Zeit								2.51	2, 76	.09	.06
Zeit								0.66	2, 76	.52	.02
Gruppe								0.46	1, 38	.50	.01
Psychisches Wohlbefinden		59.78 (15.16)	59.06 (14.69)	56.70 (11.56)	63.73 (19.42)	59.80 (18.75)	57.84 (20.98)				
Wechselwirkung Gruppe x Zeit								0.31	1.73, 66	.71	.01
Zeit								2.03	1.73, 66	.15	.05
Gruppe								0.18	1, 38	.69	.01

Fortsetzung Tabelle 10 nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 10

Versuchsgruppe Kontrollgruppe										
n = 23 n = 17										
	Prämessung	Postmessung	Follow-Up	Prämessung	Postmessung	Follow-Up				
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	F	df	p	η^2
Soziale Beziehungen										
Wechselwirkung Gruppe x Zeit	71.38 (17.91)	70.65 (16.64)	69.93 (15.84)	68.63 (9.56)	71.08 (13.54)	69.12 (9.67)	0.31	2, 76	.74	.01
Zeit							0.22	2, 76	.8	.01
Gruppe							0.07	1, 38	.80	.01
Umwelt										
Wechselwirkung Gruppe x Zeit	65.63 (16.56)	65.76 (13.54)	64.81 (13.10)	68.20 (11.28)	67.83 (15.81)	65.81 (11.87)	0.13	1.8, 68.71	.86	.01
Zeit							0.64	1.81, 68.61	.52	.02
Gruppe							0.21	1, 38	.65	.01
Depressivität - ADS-K										
Wechselwirkung Gruppe x Zeit	13.26 (7.03)	14.00 (7.48)	13.30 (5.29)	12.71 (6.87)	14.18 (7.81)	15.94 (7.92)	1.31	1.69, 63.02	.28	.03
Zeit							1.31	1.66, 63.02	.28	.03
Gruppe							0.16	1, 38	.70	.004

Anmerkungen. *p < .05, **p < .01, ***p < .001, η^2 = partielles Eta-Quadra

Negativer Affekt und Affektbalance

Zur Beantwortung der Fragestellung, ob sich Personen der Versuchs- und Kontrollgruppe hinsichtlich ihres Affekts voneinander unterscheiden, wurden die zwei Skalen (*negativer Affekt* und *Affektbalance*) der SPANE herangezogen. Zur Veranschaulichung der Ergebnisse dienen Abbildung 10 und Abbildung 11.

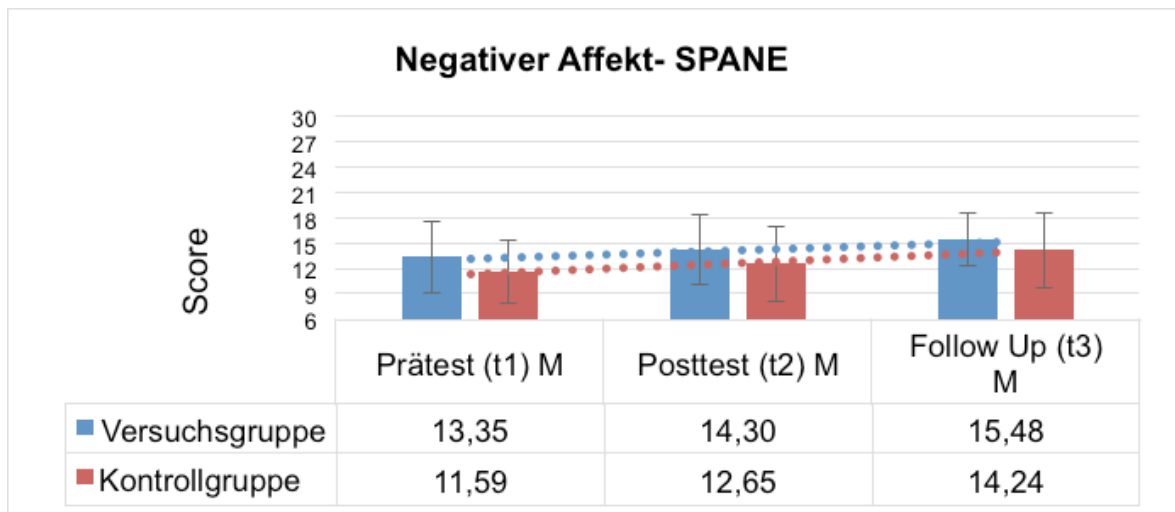


Abbildung 10. Veränderung der Mittelwerte des negativen Affekts (SPANE) für die Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen der Prä- und Postmessung sowie dem Follow-Up.

M = Mittelwert. Die Fehlerbalken stellen die Standardabweichungen dar. Die punktierte Linie zwischen den Messzeitpunkten stellt eine lineare Trendlinie dar.

In Bezug auf den *negativen Affekt* ergab sich ein signifikantes Ergebnis für den Faktor Zeit $F(2,76) = 8.34$, $p \leq .001$, $\eta_p^2 = .18$, wobei der Effekt als groß einzustufen ist. Anschließend durchgeführte paarweise Vergleiche mit Bonferroni-Korrektur zeigten, dass der *negative Affekt* in beiden Gruppen zwischen t_1 und t_3 signifikant zunahm $p \leq .001$. Außerdem zeigte sich eine tendenziell signifikante Zunahme des negativen Affekts $p = .08$ zwischen t_2 und t_3 . Es ergaben sich keine signifikanten Ergebnisse für den Haupteffekt der Gruppe $F(1,38) = 2.14$, $p = .15$, $\eta_p^2 = .05$, und die Wechselwirkung zwischen Gruppe und Zeit $F(2,76) = .11$, $p = .9$, $\eta_p^2 = .00$. Folglich gab es keine gruppenspezifischen Veränderungen im negativen Affekt im Zeitverlauf, die ein Hinweis für die Wirksamkeit des HT hätten sein können.

Die Ergebnisse zeigen, dass der *negative Affekt* in beiden Gruppen im Zeitverlauf zunimmt. Das Ergebnis für den Faktor Zeit ist statistisch signifikant, allerdings tritt

die Veränderung des negativen Affekts, insbesondere in der VG, nicht in die erwartete Richtung auf. Die Hypothese $H_0(1.6)$ der Fragestellung 1c und Hypothese $H_0(2.6)$ der Fragestellung 2c werden für die Skala *negativer Affekt* daher beibehalten. Die Annahme, dass durch das HT der *negative Affekt* im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant verringert wird, kann nicht unterstützt werden. Auch die Annahme, dass der Effekt des HT auf den *negativen Affekt* einen Monat nach der Intervention (t_3) stabil bleibt, kann nicht unterstützt werden.

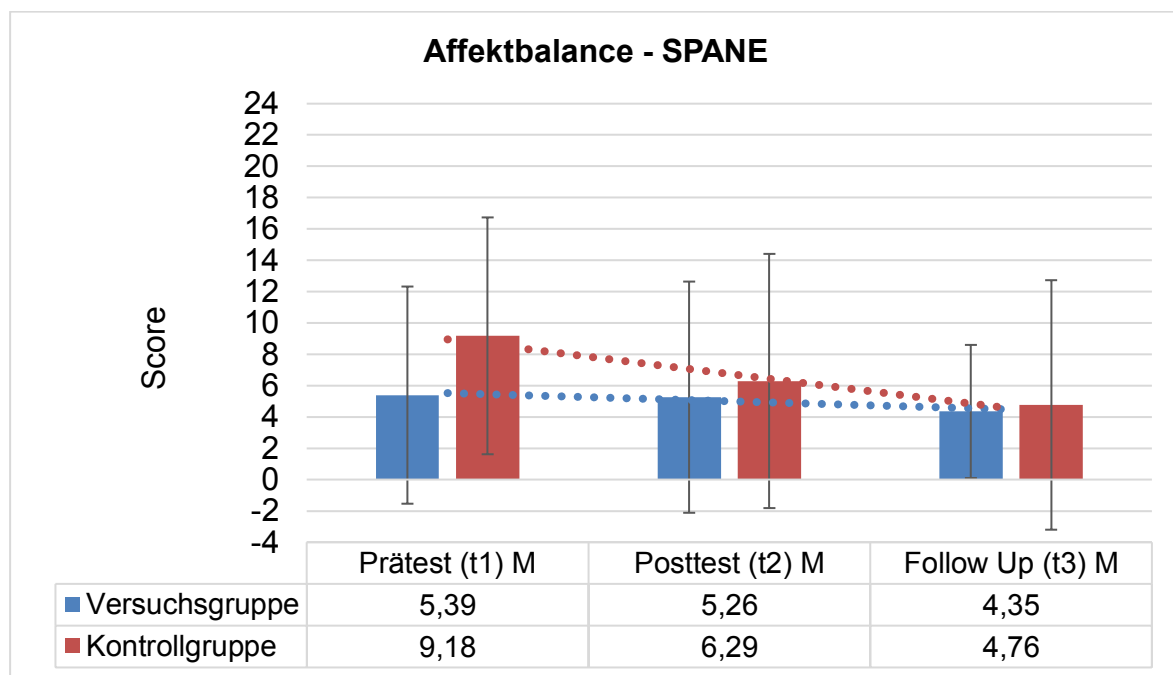


Abbildung 11. Veränderung der Mittelwerte der Affektbalance (SPANE) für die Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen der Prä- und Postmessung sowie dem Follow-Up.

M = Mittelwert. Die Fehlerbalken stellen die Standardabweichungen dar. Die punktierte Linie zwischen den Messzeitpunkten stellt eine lineare Trendlinie dar.

Für die Skala *Affektbalance* zeigte sich ein signifikantes Ergebnis für den Haupteffekt Zeit $F(2,76) = 3.4$, $p = .02$, $\eta_p^2 = .10$, wobei der Effekt als klein einzustufen ist. Paarweise Vergleiche mit Bonferroni Korrektur zeigten einen signifikanten Effekt $p = .01$ zwischen t_1 und t_3 . Im Zeitverlauf veränderte sich die Balance zwischen negativen und positiven Affekten signifikant. Die Dominanz positiver Affekte nahm signifikant ab. Es ergaben sich keine signifikanten Ergebnisse für den Haupteffekt Gruppe $F(1,38) = .8$, $p = .38$, $\eta_p^2 = .02$, und die

Wechselwirkung zwischen Gruppe und Zeit $F(2,76) = 1.71$, $p = .19$, $\eta_p^2 = .04$. Folglich veränderte sich die *Affektbalance* nach erfolgter Intervention nicht gruppenspezifisch. Das Ergebnis für den Faktor Zeit ist signifikant, allerdings tritt die Veränderung der *Affektbalance* nicht in die erwartete Richtung auf.

Die Hypothese $H_0(1.7)$ der Fragestellung 1c und Hypothese $H_0(2.7)$ der Fragestellung 2c werden für die Skala *Affektbalance* daher beibehalten. Die Annahme, dass durch das HT die *positive Affektbalance* im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant erhöht wird, kann nicht unterstützt werden. Auch die Annahme, dass der Effekt des HT auf die *positive Affektbalance* ein Monat nach der Intervention (t_3) stabil bleibt, kann nicht unterstützt werden.

Hinsichtlich einer Reduktion des negativen Affekts und einer Steigerung der *Affektbalance* in der VG bleibt zusammenfassend festzuhalten: Entgegen der angenommen Wirkungsrichtung kam es im Zeitverlauf in beiden Gruppen zu einer Zunahme des negativen Affekts und einer Abnahme der positiven *Affektbalance*.

Lebensqualität

Bezüglich der Skalen zur Erfassung der *Lebensqualität* ergaben sich keine signifikanten Ergebnisse. Der Haupteffekte für den Faktor Gruppe fiel nicht signifikant aus. Folglich bestehen zwischen Personen der VG und der KG keine Unterschiede hinsichtlich der *globalen Lebensqualität und Gesundheit* $F(1,38) = .11$, $p = .74$, $\eta_p^2 = .004$, dem *physischen Wohlbefinden* $F(1,38) = .46$, $p = .50$, $\eta_p^2 = .01$, *psychischem Wohlbefinden* $F(1,38) = .18$, $p = .69$, $\eta_p^2 = .01$, *sozialen Beziehungen* $F(1,38) = .07$, $p = .80$, $\eta_p^2 = .01$, und der *Umwelt* $F(1,38) = .21$, $p = .65$, $\eta_p^2 = .01$.

Des Weiteren ergaben sich keine signifikanten Haupteffekte für den Faktor Zeit. Im Zeitverlauf ($t_1 - t_3$) gab es keine signifikanten Veränderungen der Werte hinsichtlich der *globalen Lebensqualität und Gesundheit* $F(2,76) = .56$, $p = .58$, $\eta_p^2 = .01$, dem *physischen Wohlbefinden* $F(2,76) = .66$, $p = .52$, $\eta_p^2 = .02$, *psychischem Wohlbefinden* $F(1.73,66) = 2.03$, $p = .15$, $\eta_p^2 = .05$, *sozialen Beziehungen* $F(2,76) = .22$, $p = .8$, $\eta_p^2 = .01$, und der *Umwelt* $F(1.81,68.61) = .64$, $p = .52$, $\eta_p^2 = .02$.

Gleichermaßen ergaben sich keine signifikanten Wechselwirkungen zwischen den beiden Faktoren hinsichtlich der *globalen Lebensqualität und Gesundheit* $F(2,76) = .16$, $p = .85$, $\eta_p^2 = .004$, dem *physischen Wohlbefinden* $F(2,76) = 2.51$, $p = .09$, $\eta_p^2 = .06$, *psychischem Wohlbefinden* $F(1.73,66) = .31$, $p = .71$, $\eta_p^2 = .01$, *sozialen Beziehungen* $F(2,76) = .31$, $p = .74$, $\eta_p^2 = .01$, und der *Umwelt* $F(1.81,68.71) = .13$, $p = .86$, $\eta_p^2 = .01$. Demzufolge gab es keine signifikanten Veränderungen zwischen den beiden Gruppen über den Zeitverlauf.

Was die Wirksamkeit des HT bezüglich einer Steigerung der *Lebensqualität* betrifft, zeigen die Ergebnisse keine statistisch signifikanten Effekte. Demnach werden die Hypothesen der Fragestellung 1d $H_0(1.8)$ bis (1.12) und Fragestellung 2d $H_0(2.8)$ bis (2.12) aller Skalen der *Lebensqualität* beibehalten. Die Annahme, dass durch das HT die *Lebensqualität* im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant erhöht wird, kann nicht unterstützt werden. Auch die Annahme, dass der Effekt des HT auf die *Lebensqualität* ein Monat nach der Intervention (t_3) stabil bleibt, kann nicht unterstützt werden.

Depressivität

In Bezug auf die *ADS-K* ergaben sich in der *Depressivität* keine signifikanten Ergebnisse. Der Haupteffekte für den Faktor Gruppe fiel nicht signifikant aus $F(1,38) = .16$, $p = .70$, $\eta_p^2 = .004$. Folglich zeigten Personen der beiden Gruppen keine Unterschiede hinsichtlich ihrer Depressionswerte.

Des Weiteren ergab sich kein signifikanter Haupteffekt für den Faktor Zeit $F(1.66,63.02) = 1.31$, $p = .28$, $\eta_p^2 = .3$. Im Zeitverlauf ($t_1 - t_3$) gab es keine signifikanten Veränderungen der *Depressivität*. Gleichermaßen ergab sich keine signifikante Wechselwirkung zwischen den beiden Faktoren $F(1.69,63.02) = 1.31$, $p = .28$, $\eta_p^2 = .3$.

Was die Wirksamkeit des HT bezüglich einer Reduktion der Depressivität betrifft, zeigen die Ergebnisse keine statistisch signifikante Veränderung der beiden Gruppen über den Zeitverlauf. Demnach wird die Hypothese $H_0(1.13)$ der Fragestellung 1e und die Hypothese $H_0(2.13)$ der Fragestellung 2e beibehalten. Die Annahme, dass durch das HT die *Depressivität* im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant verringert wird, kann nicht unterstützt werden. Auch die

Annahme, dass der Effekt des HT auf die *Depressivität* ein Monat nach der Intervention (t_3) stabil bleibt, kann nicht unterstützt werden.

8.5. Fragestellung 3

Abschließend werden die Ergebnisse der Fragestellung 3, welche sich mit der Eignung des HT als Interventionsprogramm im Seniorenpflegeheim beschäftigt, dargestellt. Um sich ein Bild der Teilnahmebereitschaft der VG zu machen, erfolgte eine deskriptive Auswertung der Anwesenheiten im HT. Des Weiteren erfolgte eine Auswertung der Anzahl der durchgeführten Humorübungen.

Auf Basis des Feedbacks der Teilnehmenden wird außerdem die quantitative Bewertung des HT präsentiert. Danach folgen die Ergebnisse der qualitativen Bewertungen und Rückmeldungen der Teilnehmenden.

8.5.1. Teilnahmebereitschaft - Anwesenheit und Humorübungen

Die erwünschte Mindestanwesenheit der TeilnehmerInnen des HT ($n = 23$) wurde im Vorhinein auf 75% festgelegt, was einer Anwesenheit in fünf der sieben Einheiten entspricht. Dieses Kriterium erfüllten lediglich 70% der Stichprobe ($n = 16$).

An dieser Stelle werden auch die häufigsten Gründe für ein Fehlen der Teilnehmenden angeführt. Diese lassen sich in zeitliche/organisatorische und persönliche bzw. gesundheitsbedingte Gründe unterteilen. Zum erstgenannten Bereich gehören Überschneidungen des HT mit anderen Terminen (z.B. Arztbesuche, Therapien, alternative Beschäftigungstherapien, Besuch von Freunden oder Verwandten).

Zum zweitgenannten Bereich zählen krankheitsbedingte Ausfälle und das Fehlen aufgrund von schlechter Tagesverfassung, niedriger Motivation und geringem Teilnahmeinteresse. Tabelle 11 fasst die Anzahl der Anwesenheiten der Teilnehmenden im HT zusammen. So nahmen beispielsweise drei Personen (13%) lediglich an einer der Einheiten teil. Zu beachten ist, dass insgesamt sieben Personen (30%) der VG in höchstens vier der sieben Einheiten anwesend waren.

Tabelle 11

Ergebnisse der Anwesenheiten im Humortraining der Versuchsgruppe mit prozentualer Verteilung

Anzahl der Anwesenheiten	n	%
1	3	13.0
2	1	4.3
3	1	4.3
4	2	8.7
5	6	26.1
6	5	21.7
7	5	21.7

Im Rahmen der Fragestellung 3 erfolgte außerdem eine Auswertung der Anzahl erledigter Humorübungen. Wie im Kapitel 7.3 bereits näher beschrieben wurde, konnten die Teilnehmenden im Laufe des Humortrainings insgesamt sechs freiwillige Humorübungen machen. Hierbei erledigten insgesamt zehn Personen (43.5%) keine der Humorübungen. 13 Personen (56.5%) erledigten ein bis drei Humorübungen. Mehr als drei Humorübungen wurden von keiner der teilnehmenden Personen erledigt.

8.5.2. Auswertung der quantitativen Bewertung

Den Teilnehmenden des HT wurde zur Postmessung ein zusätzlicher Fragebogen zur Bewertung des Humortrainings vorgelegt, unabhängig davon wie oft sie in den Einheiten anwesend waren. Somit fließen in die folgenden Ergebnisse auch Bewertungen von Personen ein, denen es nur wenige Male oder sogar nur einmal möglich war, anwesend zu sein. Der Feedbackfragebogen wurde von 22 Teilnehmenden beantwortet (21 vollständig ausgefüllte Fragebögen).

Das Humortraining wurde von den Teilnehmenden mittels einer Schulnotenskala von eins bis fünf durchschnittlich mit 2.57 (SD = 0.68) bewertet (siehe Abb. 12). Knapp die Hälfte bejahte die Frage: "Würden Sie das Training weiterempfehlen?". Weniger als ein Sechstel der Teilnehmenden (4 Personen) würde es nicht weiterempfehlen und etwa ein Drittel war sich unschlüssig (siehe Abb 13). Weitere Fragen zur Bewertung des Humortrainings sind der Tabelle 12 zu entnehmen. Hierbei ist Item 4 besonders zu beachten, da *Humor im Alltag entdecken* eine relevante Humorfähigkeit ist und somit Ziel des Humortrainings war. Außerdem war die fünfte Einheit diesem Thema gewidmet.

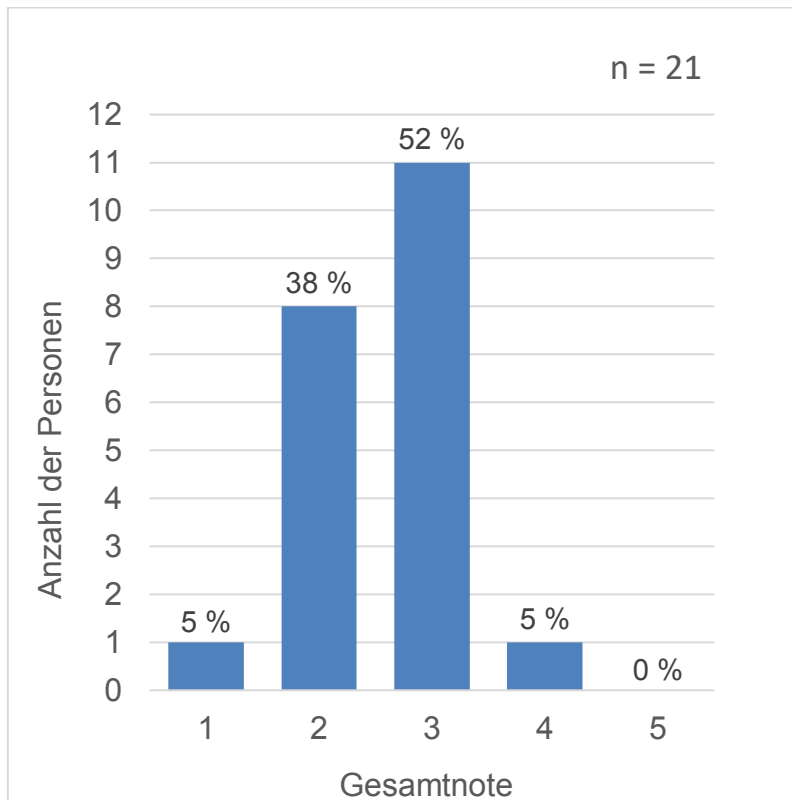


Abbildung 12. Bewertung des Humortrainings.

Anmerkungen. Item: Mit welcher Note bewerten Sie das gesamte Humortraining?

1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = genügend, 5 = nicht genügend.

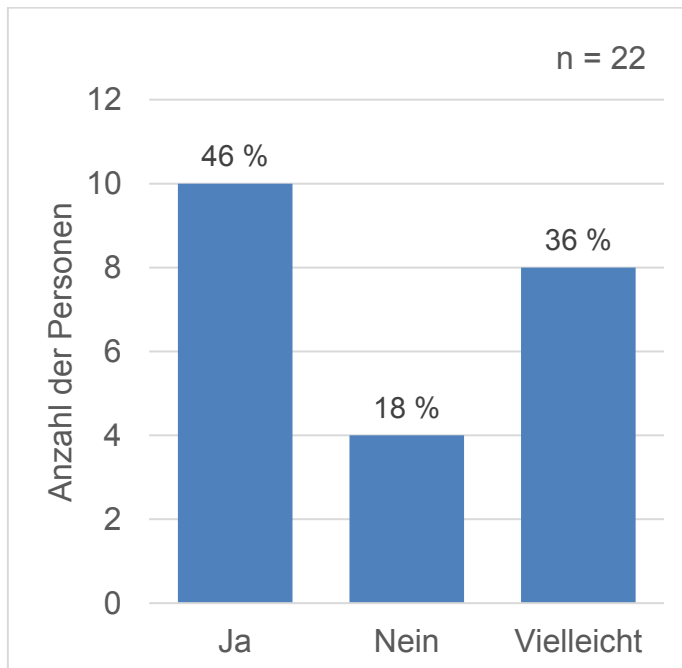


Abbildung 13. Weiterempfehlung des Humortrainings.

Anmerkung. Item: Würden Sie das Humortraining weiterempfehlen?

Tabelle 12

Fragen zur Bewertung des Humortrainings

Item	n = 22	M (SD)
1. Die Teilnahme am Humortraining hat mir Freude bereitet.		3.27 (1.12)
2. Die theoretischen Inhalte des Trainings waren für mich klar verständlich.		3.73 (0.99)
3. Die Spiele / praktischen Übungen haben mir gefallen.		3.68 (1.09)
4. Seit dem Training entdecke ich mehr Humor in meinem Alltag.		2.68 (1.76)

Anmerkungen. Fünfstufiges Antwortformat: 1 = überhaupt nicht, 2 = ein wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich, 5 = äußerst.

8.5.3. Auswertung der qualitativen Bewertung

Der Feedbackfragebogen ermöglichte es den Teilnehmenden außerdem, durch eine Frage im offenen Antwortformat, weitere Anmerkungen zum Humortraining zu machen. Die Ergebnisse der qualitativen Bewertungen und Rückmeldungen sind im Folgenden in positive und negative Aspekte unterteilt. Dabei ist zu beachten, dass es sich um eine Auswahl von Rückmeldungen handelt. Die Aufzählung deckt die wesentlichsten Bereiche ab.

Bezüglich der Inhalte der HT-Einheiten zeigte die Auswertung, dass Teilnehmenden vor allem das Erzählen/Vorlesen von Witzen (3. Einheit), die Verkleidungsstunde (6. Einheit) und das Singen/Anhören von Liedern gefiel. Als positiv wurden außerdem die familiäre Atmosphäre und das Engagement der Trainingsleiterinnen bezeichnet. Teilnehmende beschrieben das Humortraining im Vergleich mit anderen Heimaktivitäten als anspruchsvolle und schöne Abwechslung.

Negative Aspekte der Rückmeldungen bezogen sich auf folgende Aspekte: Einzelne Übungen (Lachyoga, Hokusfokuszauberei) wurden als übertrieben und/oder nicht altersgemäß (zu kindisch) erlebt. Bemängelt wurde außerdem die kleine Gruppengröße. Ein weiterer Aspekt betraf die Gruppendynamik bzw. den erhöhten Redebedarf einzelner TeilnehmerInnen. Rückmeldungen enthielten außerdem die Auffassung, dass Humor nicht trainierbar sei.

9. DISKUSSION

9.1. Zusammenfassung und Interpretation

Die vorliegende Arbeit verfolgte die Ziele, (1) ein siebenwöchiges Humortraining nach Falkenberg et al. (2013) für die Anwendung in Seniorenpflegeheimen zu adaptieren, (2) es hinsichtlich seiner Auswirkungen auf *Humorfähigkeiten*, *Heiterkeit*, *Depressivität*, *Stimmung* und *Lebensqualität* zu evaluieren und (3) aufgrund von Feedback durch die Teilnehmenden Rückschlüsse auf das Gelingen der Adaptierung und Implementierung zu ziehen. Untersucht wurde dies in einem quasi-experimentellen Studiendesign mit Versuchs- und Kontrollgruppe in sieben Wiener Seniorenpflegeheimen mittels standardisierten Selbstbeurteilungsfragebögen zu einer Prä-, Post- und Follow-Up Messung.

Dabei zeigte das Humortraining keine Wirksamkeit in den untersuchten Variablen. Entgegen den Erwartungen der Autorinnen gab es keine signifikante Veränderung in den abhängigen Variablen vor und eine Woche nach dem Humortraining, d.h. zwischen Prä- und Postmessung. Bei einer Wirksamkeit des Trainings hätte hier die Versuchsgruppe verbesserte Werte und die Kontrollgruppe stabile Werte aufweisen müssen.

Unter der Annahme einer generellen Verschlechterung in physischen und psychischen Merkmalen durch den fortschreitenden Alterungsprozess wäre auch denkbar gewesen, dass die Kontrollgruppe schlechtere Werte erzielt und die Humorgruppe stabil bleibt, da das Humortraining eine puffernde Wirkung gegenüber der Alterung haben könnte. Dennoch trat keiner dieser Effekte ein und es wurden durch das Humortraining keine Verbesserungen in den *Humorfähigkeiten* (Lachen, Verbaler Humor, Über sich selbst lachen), *Heiterkeit*, *Depressivität*, *Lebensqualität*, *positiver* oder *negativer Affekte* sowie der *Affektbalance* erreicht.

Außerdem zeigte sich bei Betrachtung aller drei Messzeitpunkte, dass die abhängigen Variablen für beide Gruppen tendenziell konstant blieben oder sich im Zeitverlauf verschlechterten. So blieben die Versuchs- und Kontrollgruppe über alle drei Messzeitpunkte hinweg hinsichtlich ihres *positiven Affekts*, ihrer *Depressivität* und ihrer *subjektiver Lebensqualität* stabil. Im Zeitverlauf

(Prämessung bis Follow-Up) gab es in beiden Gruppen eine tendenzielle Verschlechterung der *Humorfähigkeit* „Lachen“ und signifikante Verschlechterungen der *Humorfähigkeit* „über sich selbst lachen“, des *negativen Affekts* und der *Affektbalance*. Die *Humorfähigkeit Verbaler Humor* blieb zwischen der Prä- und der Postmessung stabil und verschlechterte sich nur signifikant zwischen der Postmessung und dem Follow-Up für beide Gruppen. Die Heiterkeit hingegen verschlechterte sich nur in der Kontrollgruppe signifikant zwischen der Post- und Follow-Up Messung, während sie in der Versuchsgruppe stabil blieb. Auch diese Ergebnisse sprechen nicht für eine Wirksamkeit des Humortrainings.

Die fehlende Wirksamkeit des Humortrainings spiegelte sich auch in dem Feedback der Teilnehmenden wider. Nur knapp die Hälfte der Teilnehmenden würde das Training weiterempfehlen, ein Sechstel (4 Personen) nicht und der Rest war diesbezüglich unentschlossen. Dennoch wurde das Humortraining nach einem Schulnotensystem von 1 (sehr gut) bis 5 (nicht genügend) durchschnittlich mit 2.57 ($SD = 0.68$), d.h. zwischen gut und befriedigend, bewertet.

Diese Ergebnisse sind insofern überraschend, als bisherige Humortrainings zumindest partielle Verbesserungen in psychologischen und physischen Merkmalen erzielten (Cai et al., 2014; Crawford & Caltabiano, 2011; Falkenberg, Buchkremer, Bartels, & Wild, 2011; Karnieli-Miller et al., 2018; Lowis, 1997; Nevo et al., 1998; Tagalidou et al., 2018; Ruch et al., 2018). Während manche Humortrainings nach Beurteilung der Teilnehmenden nur einen kleinen bis mittleren Beitrag leisteten, den Sinn für Humor zu verbessern (Nevo et al., 1998) und nur niedrigen bis moderaten Nutzen brachten (Lowis, 1997), zeigten die Humortrainings aufbauend auf McGhee immer positive Auswirkungen auf die Teilnehmenden, z.B. in den auch in dieser Studie gemessenen Konstrukten *Heiterkeit*, *Depressivität*, *positiver Affekt*, *Wohlbefinden* und *Lebenszufriedenheit* (Cai et al., 2014; Crawford & Caltabiano, 2011; Falkenberg, Buchkremer, Bartels, & Wild, 2011; Karnieli-Miller et al., 2018; Lowis, 1997; Nevo et al., 1998; Tagalidou et al., 2018; Ruch et al., 2018).

Es ist möglich, dass das Humortraining durch die Adaptierung für Seniorenpflegeheime und dementsprechender starker Vereinfachung, das

Humortraining nicht mehr dieselben Wirkfaktoren wie das ursprüngliche Humortraining nach McGhee beinhaltet. So hatte Ruch et al. (2018) festgestellt, dass in einer ähnlichen Kontrollgruppe mit Theorieinputs zum Thema Humor, lustigen Videos, Lachyoga, Wortspielen und Improvisationstheater nicht die Effekte gefunden wurden, wie im systematischen Humortraining nach McGhee. Dies spricht dafür, dem Originalwerk von McGhee stärker zu folgen, um positive Effekte zu erzielen.

Vergleicht man die Ergebnisse allerdings nur mit Humortrainingsstudien im geriatrischen Bereich, ist die Befundlage zur Wirksamkeit nicht eindeutig (Cai et al., 2014; Crawford & Caltabiano, 2011; Falkenberg, Buchkremer, Bartels, & Wild, 2011; Karnieli-Miller et al., 2018; Lowis, 1997; Nevo et al., 1998; Ruch et al., 2018; Tagalidou et al., 2018). In Studien mit Teilnehmenden aus gerontopsychiatrischen Abteilungen zeigte sich eine geringfügige (Hirsch et al., 2010; Konradt et al., 2012) bzw. keine Überlegenheit (Walter et al., 2007) eines zusätzlichen Humortrainings im Vergleich zu Standardtherapien. Außerdem stellte sich heraus, dass ein Humortraining auf Personen mit Alzheimer keine Wirkung hat (Walter et al., 2007). Dennoch gibt es speziell in Seniorenheimen Hinweise für signifikante Verbesserungen in der Fröhlichkeit und Lebenszufriedenheit durch Humortrainings (Houston et al., 1998; Tse et al., 2010). Die Befundlage bezüglich der Verbesserung der Depressivität und Lebensqualität ist uneinheitlich (Bega et al., 2017; Brodaty et al., 2013; Hirsch & Ruch, 2010; Houston et al., 1998; Ko & Youn, 2011; Konradt et al., 2012; Lebowitz et al., 2011; Tse et al., 2010).

Dennoch widersprechen die Ergebnisse den Erwartungen der Autorinnen, dass in der vorliegenden Studie in keiner der abhängigen Variablen eine signifikante Verbesserung erreicht wurde. In den folgenden Abschnitten werden Erklärungen für diese Ergebnisse diskutiert. Dies erfolgt anhand der Beschreibung von situativen, personalen und umweltbedingten Einflüssen. Gleichzeitig wird hierbei auch auf praktische Schwierigkeiten eingegangen, die sich bei psychologischen Interventionsstudien in Seniorenpflegeheimen ergeben.

9.1.1. Personale Einflüsse

Eine Studie von Ruch et al. (1990) deutet darauf hin, dass es alters- oder kohortenabhängige Humorvorlieben bei Witzen und Cartoons gibt. Dementsprechend ist zu bedenken, dass sich das Humortraining aus Übungen zusammensetzte, die durch den derzeitigen Zeitgeist geprägt sind und möglicherweise von der untersuchten Kohorte nicht als humorvoll erachtet wurde bzw. nicht deren Humorvorlieben entsprachen.

So gab es von manchen Teilnehmenden Rückmeldungen, dass einzelne Übungen und Spiele als übertrieben oder als zu kindisch erlebt wurden. Vereinzelt berichteten Personen auf das Item der Skala Humorfähigkeit Lachen „Ein Elternteil oder beide haben oft gelacht während ich aufwuchs“, davon, dass Väter im Krieg gefallen sind und es in ihrer Kindheit nichts zum Lachen gab. Den Testleiterinnen ist im Gespräch bei den Befragungen außerdem aufgefallen, dass die Items der Skala Humorfähigkeit *“über sich selbst lachen”* manchmal auf Widerstand stießen. Hier zeigte sich bei einigen Teilnehmenden die Einstellung, dass es unangebracht sei zu lachen, wenn etwas Peinliches passiert.

Neben persönlichen Einstellungen und Präferenzen der Kohorte sind auch kognitive und physische Faktoren zu bedenken. Das Humorverständnis ist im Alter aufgrund kognitiver Defizite teilweise beeinträchtigt (Mak & Carpenter, 2007; Schaier & Cicirelli, 1979; Shammi & Stuss, 2003; Uekermann et al., 2006). So wurde auch die Verständlichkeit der theoretischen Inhalte im Mittelwert zwischen mittelmäßig und ziemlich bewertet. Ebenso bearbeiteten die Teilnehmenden die Humorhausübungen kaum, da sie darauf vergaßen oder keine Motivation dafür aufbrachten. Diese könnten allerdings einen zentralen Wirkfaktor des Humortrainings darstellen, um das Gelernte anzuwenden und in den Alltag zu transferieren, was dadurch verabsäumt wurde. Studien zeigen, dass Interventionen insbesondere dann nachhaltig wirken, wenn die Teilnehmenden einen höheren Aufwand investieren und die Übungen selbstständig weiter ausführen (Edwards, 2013; Wellenzohn et al., 2016).

Schließlich ist auch die körperliche Verfassung der Teilnehmenden zu berücksichtigen. Viele Spiele mussten stark vereinfacht werden auf Kosten des Spaßfaktors, um den (fein)motorischen Einschränkungen und dem Rollstuhl gerecht zu werden.

9.1.2. Situative Einflüsse

Bei der Rekrutierung der Versuchspersonen bestand die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit mit dem Pflegeheimpersonal. Die Studienteilnahme war an bestimmte Ein- bzw. Ausschlusskriterien gebunden und die Erfüllung dieser Kriterien fand durch die Einschätzung des Pflegeheimpersonals statt. Insbesondere die Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten, anhand der *Global Deterioration Scale (GDS; Reisberg et al., 1982)* spielte eine wichtige Rolle. Dies ergibt sich aus der Tatsache, dass die Beantwortung der Fragebögen und die Teilnahme am Humortraining bei mittelschweren kognitiven Leistungseinbußen nicht möglich ist. Bei der Vorselektion der Vpn zeigten sich Schwierigkeiten, da das Kriterium der kognitiven Fähigkeiten teilweise nicht eingehalten wurde. In weiterer Folge wirkte sich dies auf den Stichprobenumfang der Studie aus, da die Daten dieser Vpn nicht ausgewertet wurden.

Eine Einbindung und Zusammenarbeit mit dem Heimpersonal ist unerlässlich. Dieses kann beispielsweise einschätzen für welche Personen eine Befragung zumutbar ist. Es zeigte sich auch, dass sich der Einsatz engagierter MitarbeiterInnen des Personals sehr positiv auf die Teilnahmebereitschaft der SeniorInnen auswirken kann. Während des Rekrutierungsprozesses sollte nicht nur das Heimpersonal, sondern auch BewohnerInnen ausführlich über Ziele und Inhalte der Intervention informiert werden. Der zeitliche Aufwand des Rekrutierungsprozesses sollte hierbei nicht unterschätzt werden.

Das HT ist für eine Gruppengröße von sechs bis maximal zehn Personen geeignet. In einigen Fällen ergaben sich wesentlich kleinere Gruppen. Die Ergebnisse der qualitativen Rückmeldungen zeigen, dass dies von Teilnehmenden bemängelt wurde. Dieser Aspekt könnte die Entwicklung einer positiven Gruppendynamik erschwert haben. Der Einsatz von Humortrainings als Interventionsverfahren, welche soziale Isolation reduzieren und so zu erhöhtem Wohlbefinden führen, ist Gegenstand von Forschungsarbeiten (Morse et al., 2018; Tse et al., 2010). Möglicherweise gab es zu wenig soziale Interaktionen zwischen den Teilnehmenden, sodass das HT keine Wirkung zeigte.

Der Aspekt der Gruppendynamik wurde zudem auch in den Rückmeldungen der Teilnehmenden thematisiert. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Zusammensetzung einer harmonischen und interaktiven Gruppe eine Herausforderung darstellte. Da die Anzahl geeigneter Vpn bereits von vornherein begrenzt war, befanden sich beispielsweise BewohnerInnen unterschiedlicher Heimstationen im HT. Es muss berücksichtigt werden, dass Teilnehmende ausreichend Zeit für gegenseitiges Kennenlernen benötigen. So war folgende Dynamik mehrfach zu beobachten: TeilnehmerInnen, die bereits im Vorhinein befreundet waren, interagierten viel miteinander und beeinflussten den Verlauf der Einheiten. Personen, die im Vorhinein wenig Kontakt mit den anderen TeilnehmerInnen hatten, fielen eher durch zurückhaltendes Verhalten auf und berichteten wenig.

Aus Studienergebnissen geht hervor, dass es extravertierten Personen gelingt einen größeren Nutzen aus humorbasierten Interventionen zu ziehen (Gander et al., 2013; Wellenzohn et al., 2018). Für die Adaptierung von Humortrainings bedeutet dies, dass Übungen und Diskussionsthemen beinhaltet sein sollten, die auch für introvertierte Personen geeignet sind. Möglicherweise wurde dieser Aspekt bei der Adaptierung des HT nicht ausreichend beachtet, sodass es insbesondere bei introvertierten Personen keine Wirksamkeit zeigen konnte.

Ein weiterer problematischer Aspekt ist die geringe Anwesenheit der TeilnehmerInnen im HT. Die erwünschte Mindestanwesenheit wurde auf 75% festgelegt. Dieses Kriterium erfüllte lediglich 70% der Stichprobe. Folglich waren sieben Personen in höchstens vier der sieben Einheiten anwesend. Dies könnte ein entscheidender Grund für die fehlende Wirksamkeit sein. Zu den häufigsten Gründen für ein Fehlen der TeilnehmerInnen zählten zeitliche Überschneidungen mit anderen Terminen. Auch persönliche bzw. gesundheitsbedingte Gründe führten zu einer geringen Anwesenheit. Dies stellt eine entscheidende Herausforderung bei der Durchführung von Studien im gerontopsychologischen Bereich dar.

9.1.3. Umweltbedingte Einflüsse

Aus bisherigen Forschungsergebnissen geht hervor, dass ein Wirkfaktor von Humorinterventionen ein positiver Humor-Fokus in der Gegenwart ist. Folglich ist das Erleben und Wahrnehmen positiver und lustiger Erlebnisse in der Gegenwart

wichtig (Wellenzohn et al., 2016). Menschen in Seniorenpflegeheimen erleben im Alltag zahlreiche Stressoren und eher selten positive Erfahrungen und humorvolle Erlebnisse. Diese beinhalten unter anderem die Auseinandersetzung mit dem eigenen Gesundheitszustand, den Verlust der eigenen Lebensführung und Frustrationen aufgrund von institutionellen Strukturen (Choi et al., 2008; Hunter & Gillen, 2009). So fanden in einem der Seniorenpflegeheime während der Interventionsphase Umbauarbeiten statt. Diese waren mit Personalwechsel und Übersiedlungen von BewohnerInnen auf andere Stationen verbunden. Ereignisse dieser Art wurden von einigen SeniorInnen als belastend erlebt und könnten daher die Entdeckung von Humor im Alltag erschwert haben. Das Entdecken von Humor im Alltag ist allerdings eine relevante Humorfähigkeit und stellte gleichzeitig ein wichtiges Ziel des HT dar (Falkenberg et al., 2013). Auch der Bewertung des HT durch die TeilnehmerInnen war zu entnehmen, dass dieses Ziel nicht erreicht wurde.

Externe Einflüsse und (kritische) Ereignisse könnten auch in der KG die Selbsteinschätzung der erhobenen Konstrukte beeinflusst haben. Hierbei ist zu bedenken, dass Werte durch solche Einflüsse nicht nur negativ, sondern auch positiv beeinflusst werden können. Insbesondere bei quasi-experimentellen Studiendesigns stellt die fehlende Kontrollierbarkeit von Störvariablen einen Nachteil dar. Diese störenden Einflussgrößen führen dazu, dass bei der Betrachtung von Studienergebnissen Alternativerklärungen berücksichtigt werden müssen (Bortz & Döring, 2006). So überschnitten sich die Messzeitpunkte der Studie mit Weihnachten und Neujahr. Dies könnte Schwankungen in den Werten zwischen der Post- und der Follow-Up Messung erklären, da auch die KG positive Einflüsse während der Interventionsphase erlebte. Möglicherweise wurden deshalb keine signifikanten Unterschiede zwischen der VG und der KG gefunden. Außerdem waren vier Personen (24%) der KG zwischen der Post- und Follow-Up Messung von kritischen Lebensereignissen (Krankenhausaufenthalte, Krankenhausaufenthalt einer guten Freundin, Einbruch in der ehemaligen Wohnung) betroffen. Dies könnte erklären, wieso sich die KG in den Konstrukten *Verbaler Humor*, *Heiterkeit* und *Affektbalance* verschlechterte, während die VG stabil blieb.

Eine weitere Einschränkung ergibt sich aus dem Angebot weiterer Aktivitäten in den Seniorenpflegeheimen. Ein Großteil der VG und KG gab an regelmäßig an diesen teilzunehmen. Studienergebnisse sprechen für einen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit von SeniorInnen und der regelmäßigen Teilnahme an Heimaktivitäten (Cramer et al., 2016). In der vorliegenden Arbeit unterschieden sich die beiden Gruppen nicht bezüglich der Teilnahme an weiteren Heimaktivitäten. Die Untersuchung der Wirksamkeit des Humortrainings wird durch den möglichen Einfluss dieser Aktivitäten jedoch erschwert, da diese die interne Validität einschränken.

9.2. Limitationen

Abschließend wird auf die Limitationen der vorliegenden Arbeit hingewiesen. Zunächst handelt es sich um ein quasi-experimentelles Design. Eine vollkommen randomisierte Gruppenzuteilung konnte aufgrund des naturalistischen Settings der Studie nicht erfolgen. Des Weiteren war ein Großteil der Stichprobe weiblich. Die Aussagekraft der Ergebnisse ist in Bezug auf männliche Senioren möglicherweise eingeschränkt. Des Weiteren ist der Stichprobenumfang beider Gruppen klein. Aus statistischer Sicht ist dies in Bezug auf die Teststärke kritisch zu betrachten. Aussagen zur Wirksamkeit und Generalisierbarkeit der Ergebnisse müssen daher mit Vorsicht interpretiert werden. Zukünftig sind randomisiert kontrollierte Studien mit größerem Stichprobenumfang notwendig, um die Wirksamkeit des adaptierten Humortrainings zu untersuchen.

Die Vergleichbarkeit der Versuchs- und Kontrollgruppe bezüglich relevanter Merkmale war zum Zeitpunkt der Prämessung gegeben. Allerdings lagen detaillierte Informationen bezüglich des Gesundheitszustandes der Vpn nicht vor. Dies bezieht sich beispielsweise auf die Diagnose körperlicher Erkrankungen, die Einnahme von Medikamenten und das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit. Ein interessanter Aspekt, der untersucht werden sollte, ist zudem die Wirksamkeit des Humortrainings bei verschiedenen Subgruppen. Hierbei könnte der Frage nachgegangen werden, ob sich je nach Ausprägungsgrad der depressiven Symptomatik unterschiedliche Effekte des Trainings zeigen. Darüber hinaus könnte auch das Ausgangsniveau der erhobenen Konstrukte und deren Zusammenhang mit primären und sekundären Outcomes untersucht werden.

Studien mit größerem Stichprobenumfang ermöglichen auch die Untersuchung möglicher Moderatorvariablen, wie dem Alter und dem Bildungsstand.

Bei der Betrachtung des Rekrutierungsprozesses müssen Selektionseffekte berücksichtigt werden. Zum einen gilt dies für die teilnehmenden Seniorenpflegeheime, zum anderen auch für die teilnehmenden Versuchspersonen. In beiden Fällen ist es möglich, dass besonders engagierte Personen Bereitschaft zur Studienteilnahme zeigten. Unterschiede zwischen den Personen, welche sich zur Studienteilnahme bereit erklärten und solchen, die eine Teilnahme ablehnten, wurden nicht untersucht.

Bezüglich der Datenerhebung ist anzumerken, dass ausschließlich Selbstbeurteilungsfragebögen verwendet wurden. Die Möglichkeit sozial erwünschtes Antwortverhalten zu zeigen und Antworten zu verfälschen sind Nachteile dieser Erhebungsmethode. Allerdings wurde, um Antwortverzerrungen in der VG zu minimieren, die Datenerhebung zum Messzeitpunkt t_2 und t_3 nicht von der Trainingsleiterin durchgeführt.

Besonders bei älteren Menschen kann es aufgrund von Verständnisproblemen zu Verzerrungen im Antwortverhalten kommen. Es wurde auf die Verwendung angemessener Hilfsmittel geachtet. Dennoch kam es vor allem bei der Skala der Sense of Humor Scale (Ruch & Heintz, 2018) zu Verständnisschwierigkeiten. Das Antwortformat ist eine siebenstufige Likert-Skala. Diese unterscheidet zwischen eins (starker Ablehnung), vier (neutral) und sieben (starker Zustimmung). Hierbei zeigte sich einerseits deutliche Antworttendenzen zur Mitte, andererseits auch eine Tendenz zu Extremantworten. So kam es zu Boden- und Deckeneffekten, die gleichzeitig zu Schwierigkeiten bei der Veränderungsmessung führten.

Forschungsarbeiten auf diesem Gebiet würden von Fragebögen profitieren, die speziell für hochbetagte Menschen geeignet sind. Ein Punkt, der in der Planungsphase zukünftiger Studien beachtet werden sollte, ist die Dauer der einzelnen Datenerhebungen. Dieser lag pro Vpn bei 30-60 Minuten pro Messzeitpunkt. Während der Befragung können Faktoren wie eine abnehmende Konzentrationsleistung oder Motivation das Antwortverhalten beeinflussen.

9.3. Implikationen

Nur wenige Studien beschäftigen sich mit SeniorInnen, welche in Seniorenpflegeheimen wohnen und keine oder lediglich leichte kognitive Beeinträchtigungen aufweisen. Die vorliegende Arbeit versucht einen Teil dieser Forschungslücke zu schließen und stellt folgende Implikationen fest.

Da das Humortraining in der untersuchten Version nicht wirksam war, wird eine weitere Adaptierung vorgeschlagen. Nach den gesammelten Erfahrungen sollte das Training von zwei HumortrainerInnen durchgeführt werden, da durch die Bedürfnisse der Teilnehmenden im Seniorenpflegeheim oft eine zweite Person als Assistenz benötigt wird. Zum Beispiel müssen bei Spielen wie Kegeln Personen im Rollstuhl zur Ausgangsposition geschoben werden, umgeworfene Kegeln wieder aufgestellt und die erreichten Punkte aufgeschrieben werden. Dies fällt leichter in einem Team von zwei Personen. Außerdem können zwei TrainingsleiterInnen miteinander interagieren, wenn die Teilnehmenden wenig Eigeninitiative zeigen und als Vorbildfunktion wirken. Dadurch kann besser eine heitere Stimmung erzeugt und die Gruppendynamik verbessert werden. Auch Lowis (1997) merkte an, dass die Inklusion von Personen mit Vorbildfunktion sinnvoll sein kann, um Personen mit wenig Eigeninitiative zu motivieren.

Weiter wurde beobachtet, dass sich die Teilnehmenden erst auf das Humortraining als neue Heimaktivität einstellen und gewöhnen mussten. Bei Gruppenkonstellationen, in denen sie sich nicht gegenseitig kennen, sollte daher eine längere Kennenlernphase eingebaut werden, um Hemmungen abzubauen. Die Teilnehmenden müssen langsam aus ihrer Komfortzone gelockt werden. Zu Beginn sollte auf Spiele bzw. Übungen verzichtet werden, die ein hohes Ausmaß an Blödelei beinhalten. So war in der ersten Einheit das Spiel "Hokuspokus Zauberei", bei dem die Teilnehmenden im Seniorenpflegeheim unter anderem Affen, sich gegenseitig ankläffende Hunde und Motorräder darstellen mussten, überfordernd. Es benötigt ein längeres Warmwerden und es wird generell eine Ausdehnung des Zeitraums des Gesamttrainings auf mehr als sieben Sitzungen empfohlen.

Zukünftige Studien sollten außerdem weitere gerontologische Zielgruppen untersuchen. Da es sich als äußerst schwierig erwies, in Seniorenpflegeheimen ausreichend Teilnehmende für angemessene Gruppengrößen zu finden, die den

Kriterien entsprachen, wäre es interessant, das Humortraining für Einrichtungen des Betreuten Wohnens anzubieten und zu evaluieren. Die dortigen BewohnerInnen haben ein höheres Maß an Selbstständigkeit und einen größeren Handlungsspielraum und könnten Humor aktiver in ihren Alltag integrieren.

Hinsichtlich des Studiendesigns sollten zukünftige Studien bei der Vorselektion der Teilnehmenden stärker auf die Einhaltung der Ein- und Ausschlusskriterien achten. Da die Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten durch das Heimpersonal nicht immer adäquat war, sollte der kognitive Status durch die Versuchsleiterinnen selbst erhoben werden. Außerdem ist eine starke Zusammenarbeit und Kommunikation mit dem Heimpersonal verstärkt zu fördern. So ist eine Kennenlernrunde und Präsentation der Studie mit allen relevanten MitarbeiterInnen empfehlenswert. Durch eine starke Einbindung des Managements und der MitarbeiterInnen sind auch positive Auswirkungen auf die Teilnehmenden des Humortrainings zu erwarten (Brodaty et al., 2013). Für die Datenerhebung mittels Fragebögen haben sich die Skalenkarten in Schriftgröße 75pt zur visuellen Veranschaulichung der Antwortmöglichkeiten als sehr hilfreich erwiesen (Kapitel 7.5). Diese sind für weitere Studien sehr zu empfehlen. Abgeraten wird von der Anwendung von Skalen mit siebenstufigen Antwortformaten. Diese stellten sich für manche BewohnerInnen im Seniorenpflegeheim als kognitiv sehr anspruchsvoll heraus.

Den Ergebnissen zufolge wird eine weitere Adaptierung des Humortrainings empfohlen. Außerdem sollte eine weitere Evaluierung mit unterschiedlichen gerontologischen Zielgruppen (Seniorenzentren, Betreutes Wohnen) erfolgen.

LITERATURVERZEICHNIS

- Abel, M. H. (2002). Humor, stress, and coping strategies. *Humor – International Journal of Humor Research*, 15, 365–381. doi:10.1515/humr.15.4.365
- Ackermann, A., & Oswald, W. D. (2008). Selbständigkeit erhalten, Pflegebedürftigkeit und Demenz verhindern. In W. D. Oswald, G. Gatterer, & U. M. Fleischmann (Hrsg.), *Gerontopsychologie – Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns* (S. 129–140). Wien: Springer.
- Angermeyer, M. C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.
- Auer, S. R., Donabauer, Y., Zehetner, F., & Span, E. (2007). Entlastung pflegender Angehöriger: Ein Programm der M. A. S Alzheimerhilfe. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 20, 169–174. doi:10.1024/1011-6877.20.23.169
- Auer, S. R., & Gatterer, G. (2012). Gerontopsychology in Austria: A rapidly growing working field for clinical psychologists. *Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 25, 155–159. doi:10.1024/1662-9647/a000065
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (Eds.) (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1992). Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In P. B. Baltes, J. Mittelstraß, & U. M. Staudinger (Hrsg.), *Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie* (S. 1–34). Berlin: De Gruyter.
- Baltes, M., & Carstensen, L. L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing & Society*, 16, 397–422. doi:0.1017/S0144686X00003603
- Bangerter, L. R., Van Haitsma, K., Heid, A. R., & Abbott, K. (2016). “Make me feel at ease and at home”: Differential care preferences of nursing home residents. *Gerontologist*, 56, 702–713. doi:10.1093/geront/gnv026
- Baumann, U., Laireiter, A. R., & Messer, R. (2008). Psychologische Beiträge zur Gerontologie. Bilanz über 10 Jahre Gerontopsychologie am Fachbereich Psychologie der Universität Salzburg. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 21, 41–47. doi:10.1024/1011-6877.21.1.41
- Baumann, U., Mitmansgruber, H., Thiele C., & Feichtinger, L. (2002). Klinische Gerontopsychologie – Übergang ins Seniorenheim: Eine Herausforderung für Senioren- und für Psychologen. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 283–316). Berlin: Springer.
- Beermann, U., & Ruch, W. (2011). Can people ever „laugh at themselves“? Experimental and correlational evidence. *Emotion*, 11, 492–501. doi:10.1037/a0023444
- Bega, D., Palmentera, P., Wagner, A., Hovde, M., Barish, B., Kwasny, M. J., & Simuni, T. (2017). Laughter is the best medicine: The second city improvisation as an intervention for Parkinson’s disease. *Parkinsonism & Related Disorders*, 34, 62–65. doi:10.1016/j.parkreldis.2016.11.001
- Behrouz, S., Mazlom, S. R., Kooshlar, H., Aghebati, N., Asgharipour, N., & Behnam, H. (2017). Investigating the effect of humor therapy on chronic pain in the elderly living in nursing homes in Mashhad, Iran. *Journal of Evidence-Based Care*, 7, 27–36.

doi:10.22038/ebcj.2017.24247.1529

- Bell, N. J., McGhee, P. E., & Duffey, N. S. (1986). Interpersonal competence, social assertiveness and the development of humour. *British Journal of Developmental Psychology*, 4, 51–55. doi:10.1111/j.2044-835X.1986.tb00997.x
- Berend, B., & Vogt, D. (2015). *Deutsche Übersetzung der Scale of Positive and Negative Experience (SPANE)*. Unveröffentlichter Bericht, Universität Trier.
- Berk, R. A. (2001). The active ingredients in humor: Psychophysiological benefits and risks for older adults. *Educational Gerontology*, 27, 323–339. doi:10.1080/036012701750195021
- Bernheim, J., & Byse, M. (1983). The anamnestic comparative self assessment (ACSA) for measuring the subjective quality of life of cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1, 25–38. doi:10.1300/J077v01n04_03
- Binder-Krieglstein, C. (2006). Das Langenloiser Modell - Spezielle Anwendung der Psychologie in Pflegeeinrichtungen. *Psychologie in Österreich*, 3/2006, 208–211.
- Binstock, R., & Masoro, E. (2001). "Successful aging" – useful or misleading concept. *Gerontologist*, 41, 415–418. doi:0.1093/geront/41.3.415
- Blazer, D. G. (2003). Depression in later life: Review and commentary. *Journal of Gerontology*, 58, 249–265. doi:10.1093/gerona/58.3.M249
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4., überarbeitete Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bowling, A. (2007). Aspirations for older age in the 21st century: What is successful aging? *International Journal of Aging and Human Development*, 64, 263–297. doi:10.2190/L0K1-87W4-9R01-7127
- Brinkman, R. (2014). *Angewandte Gesundheitspsychologie*. Hallbergmoos: Pearson Deutschland.
- Brodaty, H., Low, L. F., Liu, Z., Fletcher, J., Roast, J., Goodenough, B., & Chenoweth, L. (2013). Successful ingredients in the SMILE study: Resident, staff, and management factors influence the effects of humor therapy in residential aged care. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 1427–1437. doi:10.1016/j.jagp.2013.08.005
- Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). *SF-12 Fragebogen zum Gesundheitszustand – Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger, M., Siegrist, J., & Ravens-Sieberger, U. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin - eine Einführung. In M. Bullinger, J. Siegrist, & U. Ravens-Sieberger (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und – soziologischer Perspektive. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* (S. 11–21). Göttingen: Hogrefe.
- 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:10.1016/j.jpsychires.2014.09.010

- Choi, N. G., Ransom, S., & Wyllie, R. J. (2008). Depression in older nursing home residents: The influence of nursing home environmental stressors, coping, acceptance of group and individual therapy. *Aging & Mental Health*, 12, 536–547. doi:10.1080/13607860802343001
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cramer-Ebner, R., Dorn, C., Feilcke, A., & Hach, I. (2016). Befinden und psychosoziale Aktivitäten im Pflegeheim: Befragung von Bewohnern. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49(1), 1–8. doi:10.1007/s00391-016-1080-7
- Crawford, S. A., & Caltabiano, N. J. (2011). Promoting emotional well-being through the use of humour. *Journal of Positive Psychology*, 6, 237–252. doi:10.1080/17439760.2011.577087
- Cutcliffe, J. R., & Barker, P. (2004). The nurses global assessment of suicide risk (NGASR): Developing a tool for clinical practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 393–400. doi:10.1111/j.1365-2850.2003.00721.x
- Daig, I., & Lehmann, A. (2007). Verfahren zur Messung der Lebensqualität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 16, 5–23.
- Damianakis, T., & Marziali, E. (2011). Community-dwelling older adults' contextual experiencing of humour. *Ageing and Society*, 31, 110–124. doi:10.1017/S0144686X10000759
- DeKeyser-Ganz, F., & Jacobs, J. M. (2014). The effect of humor on elder mental and physical health. *Geriatric Nursing*, 35, 205–211. doi:10.1016/j.gerinurse.2014.01.005
- Diener, E., Wirtz, D., Biswas-Diener, R., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. W., & Oishi, S. (2009). New measures of well-being. In E. Diener (Ed.), *Assessing well-being* (pp. 247–266). New York: Springer.
- Dittrich, B., & Gatterer, G. (2002). Gerontopsychologie im Rahmen eines Geriatriezentrums: Rehabilitation und Behandlungsprogramme. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 15, 179–183. doi:10.1024//1011-6877.15.4.179
- Edwards, K. (2013). *The Role of Humor as a Character Strength in Positive Psychology*. Dissertation, University of Western Ontario. Zugriff am 10.04.2019. Verfügbar unter <https://ir.lib.uwo.ca/etd/1681>
- Falkenberg, I. (2010). Entwicklung von Lachen und Humor in den verschiedenen Lebensphasen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43, 25–30. doi:10.1007/s00391-009-0085-x
- 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, 454–457. doi:10.1016/j.psychres.2010.10.009
- Falkenberg, I., Jarmuzek, J., Bartels, M., & Wild, B. (2011). Do depressed patients lose their sense of humor? *Psychopathology*, 44, 98–105. doi:10.1159/000317778
- Falkenberg, I., McGhee, P., & Wild, B. (2013). *Humorfähigkeiten trainieren. Manual für die psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Feichtinger, L., Thiele, C., Baumann, U., Mitmansgruber, H., & Somweber, M. (2002). Der

- Umzug ins Seniorenheim aus der Sicht von nicht institutionalisierten Senioren. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 15, 125–137. doi:10.1024//1011-6877.15.3.125
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Firgo, M., & Famira-Mühlberger, U. (2014). Status quo und Zukunftspotenziale der Pflegedienstleistungen in Österreich. *WIFO-Monatsberichte*, 87, 631–642. Zugriff am 19.05.2019. Verfügbar unter https://www.wifo.ac.at/jart/prj3/wifo/resources/person_dokument/person_dokument.jart?publikationsid=47465&mime_type=application/pdf
- Fisseni, H. J. (2004). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Forstmeier, S., Uhlenhorff, H., & Maercker, A. (2005). Diagnostik von Ressourcen im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 18, 227–257. doi:10.1024/1011-6877.18.4.227
- Frankel, R. M., & Stein, T. (1999). Getting the most out of the clinical encounter: The four habits model. *Journal of Medical Practice Management*, 16, 184–191. doi:10.7812/TPP/99-020
- Frederiksen, H., McGue, M., Gaist, D., Nybo, H., Skytthe, A. E., Vaupel, J. W., & Christensen, K. (2002). Do children of long-lived parents age more successfully? *Epidemiology*, 13, 334–339.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218–226. doi:10.1037//0003-066X.56.3.218.
- Fredrickson, B. L., & Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition and Emotion*, 19, 313–332. doi:10.1080/02699930441000238
- Freud, S. (1905). *Der Witz und seine Beziehung zum Unbewußten*. Leipzig, Wien: Franz Deuticke.
- Frewen, P. A., Brinker, J., Martin, R. A., & Dozois, D. J. A. (2008). Humor styles and personality-vulnerability to depression. *Humor - International Journal of Humor Research*, 21, 179–195. doi: 10.1515/HUMOR.2008.009
- Gaberszig, K. (2018). *Interventionsstudie zur Steigerung des subjektiven Wohlbefindens und Glückerlebens älterer Menschen*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Universität Wien.
- Gander, F., Proyer, R. T., Ruch, W., & Wyss, T. (2013). Strength-based positive interventions: Further evidence for their potential in enhancing well-being and alleviating depression. *Journal of Happiness Studies*, 14, 1241–1259. doi:10.1007/s10902-012-9380-0
- Gatterer, G. (2007). Multiprofessionelles Geriatisches Assessment. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 20, 125–134. doi:10.1024/1011-6877.20.23.125
- Gebert, A. (2009). Gesundheitsförderung und Prävention. In C. Schmidt, A. Gebert, & F. Weidner (Hrsg.), *Beraterhandbuch – Präventive Hausbesuche bei Senioren* (S. 17–31). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

- Gelkopf, M. (2011). The use of humor in serious mental illness: A review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 342837. doi:10.1093/ecam/nep106
- Gerrig, R. J., & Zimbardo, P. G. (2008). *Psychologie* (18., aktualisierte Aufl.). München: Pearson Studium.
- Goldstein, J., & Ruch, W. (2018). Paul McGhee and humor research. *International Journal of Humor Research*, 31, 169–181. doi:10.1515/humor-2018-0031
- Goodenough, B., Low, L., Casey, A., Chenoweth, L., Fleming, R., Spitzer, P., ... Brodaty, H. (2012). Study protocol for a randomized controlled trial of humor therapy in residential care: The Sydney multisite intervention of laughterbosses and elderclowns (SMILE). *International Psychogeriatrics*, 24, 2037–2044. doi:10.1017/S1041610212000683
- Graf, G. (2018). Betreuung und Pflege betagter Menschen - eine ethische Perspektive. In M. M. Schimke, & G. Lepperdinger (Hrsg.), *Gesund altern. Einblicke und Ausblicke zum Thema "Alt werden und gesund bleiben"* (S. 293–308). Wiesbaden: Springer. doi:10.1007/978-3-658-19973-9_18
- Gray, E. K., & Watson, D. (2003). Emotion, mood, and temperament: Similarities, differences, and a synthesis. In R. L. Payne & C. Cooper (Eds.), *Emotions at work* (pp. 21–44). Chichester: John Wiley and Sons.
- Gray, E. K., & Watson, D. (2007). Assessing positive and negative affect via self-report. In J. A. Coan, & J. J. B. Allen (Eds.), *Handbook of emotion elicitation and assessment* (pp.13–24). Oxford: University Press.
- Greengross, G. (2013). Humor and aging: A mini-review. *Gerontology*, 59, 448–453. doi:10.1159/000351005
- Guralnik, J. M., & Melzer, D. (2002). Chronological and functional ageing. In J. R. M. Copeland, M. T. Abou-Saleh, & D. G. Blazer (Eds.), *Principles and practice of geriatric psychiatry* (pp. 71–74). New York: John Wiley & Sons.
- Guse, L. W., & Maseasar, M. A. (1999). Quality of life and successful aging in long-term care: Perceptions of residents. *Issues in Mental Health Nursing*, 20, 527–539. doi:10.1080/016128499248349
- Hautzinger, M. (2002). Depressive Störungen. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 141–163). Berlin: Springer.
- Hautzinger, M., & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressionsskala-Kurzform (ADS-K)*. Göttingen: Hogrefe
- Hautzinger, M., Bailer, M., Hofmeister, D., & Keller, F. (2012). *Allgemeine Depressionsskala (ADS)* (2., überarbeitete und neu normierte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Havighurst, R. J. (1961). Successful aging. *Gerontologist*, 1, 8–13.
- Havighurst, R. J. (1963). Successful aging. In R. H. Williams, C. Tibbits, & W. Donahue (Eds.), *Processes of aging* (pp. 299–320). New York: Atherton Press.
- Heuft, G. (1999). Verhaltenstherapeutische Verfahren bei älteren und alten Patienten. In G. Heuft, & M. Teising (Hrsg.), *Alterspsychotherapie – Quo vadis? Grundlagen, Anwendungsgebiete, Entwicklungen* (S. 41–47). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

- Hirosaki, M., Ohira, T., Kajiura, M., Kiyama, M., Kitamura, A., Sato, S., & Iso, H. (2013). Effects of a laughter and exercise program on physiological and psychological health among community-dwelling elderly in Japan: Randomized controlled trial. *Geriatrics & Gerontology International*, 13, 152–160. doi:10.1111/j.1447-0594.2012.00877.x
- Hirsch, R. D., Junglas, K., Konradt, B., & Jonitz, M. F. (2010). Humor therapy in the depressed elderly. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43, 42–52. doi:10.1007/s00391-009-0086-9
- Hirsch, R. D., & Ruch, W. (2010). Heiterkeit und Humor im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43, 5–7. doi:10.1007/s00391-009-0093-x
- Hofmann, J., Carretero-Dios, H., & Carrell, A. (2018). Assessing the temperamental basis of the sense of humor: Adaptation of the English language version of the state-trait cheerfulness inventory long and standard form. *Frontiers in Psychology*, 9, 2255. doi:10.3389/fpsyg.2018.02255
- Höfner, E. N. (2016). Es ist nicht immer Humor, wenn man trotzdem lacht: Der provokative Ansatz in der Therapie. In B. Wild (Hrsg.), *Humor in Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Aufl., S. 175–195). Stuttgart: Schattauer.
- Houston, D. M., McKee, K. J., Carroll, L., & Marsh, H. (1998). Using humour to promote psychological wellbeing in residential homes for older people. *Aging & Mental Health*, 4, 328–332. doi:10.1080/13607869856588
- Höwler, E. (2004). *Gerontopsychiatrische Pflege. Lehr und Arbeitsbuch für die Altenpflege* (2., überarbeitete Aufl.). Hannover: Brigitte Kunz Verlag.
- Hunter, R., & Gillen, M. C. (2006). Alcohol as a response to stress in older adults: A counseling perspective. *Adultspan Journal*, 5, 114–126. doi:10.1002/j.2161-0029.2006.tb00022.x
- Hunter, R., & Gillen, M. C. (2009). Stress coping mechanisms in elderly adults: An initial study of recreational and other coping behaviors in nursing home patients. *Adultspan Journal*, 8, 43–53. doi:10.1002/j.2161-0029.2009.tb00056.x
- Hurrelman, K., Klotz, T., & Haisch, J. (Hrsg.). (2007). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (2., überarbeitete Aufl.). Bern: Huber.
- Institut für Immobilien Bauen und Wohnen GmbH – Wien. (2013). *Gemeinnütziges Wohnen im Alter – Volkswirtschaftliche Analyse unterschiedlicher Wohn- und Betreuungsformen*. Zugriff am 06.06.2018. Verfügbar unter [http://iibw.at/documents/2013%20IIBW.%20Betreutes%20Wohnen%20\(20130309\).pdf](http://iibw.at/documents/2013%20IIBW.%20Betreutes%20Wohnen%20(20130309).pdf)
- Isen, A. M. (1997). Positive affect and decision making. In W. M. Goldstein, & R. M. Hogarth (Eds.), *Research on judgement and decision making: Currents, connections, and controversies* (pp. 509–536). Cambridge: Cambridge University Press.
- Isen, A. M., Daubman, K. A., & Nowicki, G. P. (1987). Positive affect facilitates creative problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1122–1131. doi:10.1037/0022-3514.52.6.1122.
- Jovanovic, V. (2011). Do humor styles matter in the relationship between personality and subjective well-being? *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 502–507. doi:10.1111/j.1467-9450.2011.00898.x
- Kahn, B. E., & Isen, A. M. (1993). The influence of positive affect on variety seeking

- among safe, enjoyable products. *Journal of Consumer Research*, 20, 257–270.
- Kaiser, H. J. (2008). Psychologische Prävention, Therapie und Rehabilitation. In W. D. Oswald, G. Gatterer, & U. M. Fleischmann (Hrsg.), *Gerontopsychologie – Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns* (S. 103–128). Wien: Springer.
- Karnieli-Miller, O., Michael, K., Segal, O., & Steinberger, A. (2018). Assessing an intervention focused on enhancing interpersonal communication skills and humor: A multi-method quasi-experimental study among medical students. *Health Communication*, 33, 1560–1572. doi:10.1080/10410236.2017.1384347
- Keltner, D., & Bonnano, G. A. (1997). A study of laughter and dissociation: Distinct correlates of laughter and smiling during bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 687–702. doi:10.1037/0022-3514.73.4.687
- Keltner, D., Capps, L., Kring, A. M., Young, R. C., & Heerey, E. A. (2001). Just teasing: A conceptual analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 127, 229–248. doi:10.1037//0033-2909.127.2.229
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first. Rethinking ageing*. Buckingham: Open University Press.
- Kitwood, T. (2016). *Demenz - der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen* (7., überarbeitete und ergänzte Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Kleist, P. (2009). Das Intention-to-Treat-Prinzip. *Swiss Medical Forum*, 9, 450–453. doi:10.4414/smf.2009.06848
- Knight, T., & Ricciardelli, L. A. (2003). Successful aging: Perceptions of adults aged between 70 and 101 years. *International Journal of Aging and Human Development*, 56, 223–245. doi:10.2190/CG1A-4Y73-WEW8-44QY
- Ko, H. J., & Youn, C. H. (2011). Effects of laughter therapy on depression, cognition and sleep among the community-dwelling elderly. *Geriatrics Gerontology*, 11, 267–274. doi:10.1111/j.1447-0594.2010.00680.x
- Konradt, B., Hirsch, R. D., Jonitz, M. F., & Junglas, K. (2012). Evaluation of a standardized humor group in a clinical setting: A feasibility study for older patients with depression. *Geriatric Psychiatry*, 28, 850–857. doi:10.1002/gps.3893
- Korpela, K., & Hartig, T. (1996). Restorative qualities of favorite places. *Journal of Environmental Psychology*, 16, 221–233. doi:10.1006/jevp.1996.0018
- Kubinger, K. D., Rasch, D., & Moder, K. (2009). Zur Legende der Voraussetzungen des t - Tests für unabhängige Stichproben. *Psychologische Rundschau*, 60, 26–27. doi:10.1026/0033-3042.60.1.26
- Kuiper, N. A., Grimshaw, M., Leite, C., & Kirsh, G. A. (2004). Humor is not always the best medicine: Specific components of sense of humor and psychological well-being. *Humor: International Journal of Humor Research*, 17, 135–168. doi:10.1515/humr.2004.002
- Kytir, J. (2007). Demografische Entwicklung. In Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.), *Hochaltrigkeit in Österreich eine Bestandsaufnahme* (S. 23–46). Wien. Zugriff am 19.05.2019. Verfügbar unter http://www.bse-vienna.at/pdf/Hochaltrigkeit_in_Oesterreich.pdf

- Laireiter, A. R., Baumann, U., Lenzenweger, R., Messer, R., Thiele-Sauer, C., Mitmansgruber, U., & Crombach, H. (2006). Klinisch-geronto-psychologische Intervention im Seniorenheim – Psychologische Therapie und Konsiliar-Liaison-Tätigkeit: Konzept und Ergebnisse. *Psychologie in Österreich*, 3/2006, 169–183.
- Lebowitz, K. R., Suh, S., Diaz, P. T., & Emery, C. F. (2011). Effects of humor and laughter on psychological functioning, quality of life, health status and pulmonary functioning among patients with chronic obstructive pulmonary disease: A preliminary investigation. *Heart and Lung*, 40, 310–319. doi:10.1016/j.hrtlng.2010.07.010
- Lefcourt, H. M., Davidson, K., Shepherd, R., Phillips, M., Prkachin, K., & Mills, D. E. (1995). Perspective-taking humor: Accounting for stress moderation. *Social and Clinical Psychology*, 14, 373–391. doi:10.1521/jscp.1994.14.4.373
- Lehr, U. (Hrsg.). (1979). *Interventionsgerontologie*. Darmstadt: Steinkopff.
- Lehr, U. (2006). Der demografische Wandel: Eine Herausforderung für jeden Einzelnen, die Gesellschaft und die Psychologie. *Psychologie in Österreich*, 3/2006, 154–160.
- Lehr, U. (2012). Prävention - eine Notwendigkeit in einer Gesellschaft des langen Lebens. *Public Health Forum*, 20, 2.e2–2.e4. doi:10.1016/j.phf.2011.12.010
- Lehr, U. (2013). Der demografische Wandel - Eine Herausforderung für Länder und Kommunen. In G. Bäcker, & R. G. Heinze (Hrsg.), *Soziale Gerontologie in gesellschaftlicher Verantwortung* (S. 145–155). Wiesbaden: Springer. doi:10.1007/978-3-658-01572-5
- Lenzen-Großimlinghaus, R., & Steinhagen-Thiessen, E. (2000). Geriatrie und geriatrische Rehabilitation. In H. W. Wahl, & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S. 290–295). Stuttgart: Kohlhammer.
- Low, L. F., Brodaty, H., Goodenough, B., Spitzer, P., Bell, J. P., Fleming, R., ... Chenoweth, L. (2013). The Sydney multisite intervention of laughterbosses and elderclowns (SMILE) study: Cluster randomised trial of humour therapy in nursing homes. *BMJ Open*, 3, 1–8. doi:10.1136/bmjopen-2012-002072
- Lowis, M. J. (1997). A humor workshop program to aid coping with life stress. *Mankind Quarterly*, 38, 25–38.
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H. H., Brähler, E., & Riedel-Heller, S. G. (2009). Prediction of institutionalization in the elderly: A systematic review. *Age and Ageing*, 39(1), 1–8. doi:10.1093/ageing/afp202
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., ... Riedel-Heller, S. G. (2012). Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 136, 212–221. doi:10.1016/j.jad.2010.11.033
- MacArthur Foundation. (2019). *Research Network on Successful aging*. Zugriff am 17.05.2019. Verfügbar unter <https://www.macfound.org/networks/past-research-network-on-successful-aging/>
- Maercker, A. (2002). Psychologie des höheren Lebensalters – Grundlagen der Alterspsychotherapie und klinischen Gerontopsychologie. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 1–53). Berlin: Springer.
- Maercker, A. (2003). Alterspsychotherapie. Aktuelle Konzepte und Therapieaspekte.

Psychotherapeut, 48, 132–149. doi:10.1007/s00278-003-0290-9

Mak, W., & Carpenter, B. D. (2007). Humor comprehension in older adults. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13, 606–614. doi:10.1017/S1355617707070750

Martin, R. A. (2001). Humor, laughter, and physical health: Methodological issues and research findings. *Psychological Bulletin*, 127, 504–519. doi:10.1037/0033-2909.127.4.504

Martin, R. A. (2007). *The psychology of humor: An integrative approach*. Burlington, MA: Elsevier Academic Press.

Martin, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B. J., Willcox, D. C., & Poon, L. W. (2015). Defining successful aging: A tangible or elusive concept? *Gerontologist*, 55, 14–25. doi:10.1093/geront/gnu044

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, 1313–1324. doi:10.1037/0022-3514.45.6.1313

Martin, R. A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J., & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the humor styles questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37, 48–75. doi:10.1016/S0092-6566(02)00534-2

Mathieu, S. (2008). Happiness and humor group promotes life satisfaction for senior center participants. *Activities, Adaptation & Aging*, 32, 134–148. doi:10.1080/01924780802143089

Matolyecz, E. (2011). *Pflege von alten Menschen*. Wien: Springer.

McGhee, P. E. (1979). *Humor: Its origin and development*. San Francisco: W. H. Freeman and Company.

McGhee, P. E. (1994). *How to develop your sense of humor*. Dubuque, IA: Kendall/Hunt Publishing.

McGhee, P. E. (1996). *Health, healing and the amuse system. Humor as survival training*. Dubuque, IA: Kendall Hunt Publishing Company.

McGhee, P. E. (1999). *Health, healing and the amuse system. Humor as survival training* (3rd ed.). Dubuque, IA: Kendall Hunt Publishing Company.

McGhee, P. E. (2010). *Humor as survival training for a stressed-out world. The 7 humor habits program*. Bloomington, IN: Author House.

McGhee (2016). Humor als Copingstrategie. Das 7-Humor-Habits-Trainingsprogramm (7HHP). In B. Wild (Hrsg.), *Humor in Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Aufl., S. 208–228). Stuttgart: Schattauer.

Menche, N. (2010). *Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe* (5., überarbeitete Aufl.). München: Elsevier.

Morse, L. A., Xiong, L., Ramirez-Zohfeld, V., Seltzer, A., Barsih, B., & Lindquist, L. A. (2018). Humor doesn't retire: Improvisation as a health-promoting intervention for older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 75, 1–5.

- Neubauer, G., & Gatterer, G. (2008). Pflege aus psychologischer Sicht. In W. D. Oswald, G. Gatterer, & U. M. Fleischmann (Hrsg.), *Gerontopsychologie - Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns* (S. 173–194). Wien: Springer.
- Nevo, O., Aharonson, H. M., & Klingman, A. (1998). The development and evaluation of a systematic program for improving sense of humor. In W. Ruch (Ed.), *The sense of humor: Explorations of a personality characteristic* (pp. 384–404). New York: Mouton de Gruyter.
- Nezlek, J. B., & Derks, P. (2001). Use of humor as a coping mechanism, psychological adjustment, and social interaction. *Humor, 14*, 395–414. doi:10.1515/humr.2001.011
- Nowossadeck, E. (2013). Pflegekräfte in Zeiten des demografischen Wandels: Probleme, Herausforderungen und Lösungsstrategien. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 56*, 1037–1039. doi:10.1007/s00103-013-1741-2
- Olson, M. L., Hugelshofer, D. S., Kwon, P., & Reff, R. C. (2005). Rumination and dysphoria: The buffering role of adaptive forms of humor. *Personality and Individual Differences, 39*, 1419–1428. doi:10.1016/j.paid.2005.05.006
- Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. (2017). *Die Bedeutung der 24-Stunden-Betreuung für die Altenbetreuung in Österreich*. Zugriff am 15.03.2019. Verfügbar unter <https://www.daheimbetreut.at/WIFO-Studie.pdf>
- Oswald, W. D. (2008). Gerontopsychologie – Gegenstand, Probleme und Perspektiven. In W. D. Oswald, G. Gatterer, & U. M. Fleischmann (Hrsg.), *Gerontopsychologie – Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns* (S. 1–13). Wien: Springer.
- Papousek, I. (2018). Humor and well-being: A little less is quite enough, *International Journal of Humor Research, 31*, 311–327. doi:10.1515/humor-2016-0114
- Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*, 603–619. doi:10.1521/jscp.23.5.603.50748
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. P. (2005). Assessment of character strengths. In G. P. Koocher, J. C. Norcross, & S. S. Hill (Eds.), *Psychologists' desk reference* (2nd ed., pp. 93–98). New York: Oxford University Press.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues. A handbook and classification*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Philipp, D., & Kliegl, R. (2000). Gedächtnistraining. In H. W. Wahl, & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S. 96–101). Stuttgart: Kohlhammer.
- Pinquart, M. (2012). Wirkung von Psychotherapie im Alter. In H. W. Wahl, C. Tesch-Römer, & J. P. Ziegelmann (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie: Interventionen für ein gutes Alter in 100 Schlüsselbegriffen* (S. 349–354). Stuttgart: Kohlhammer.
- Proyer, R. (2018). Playfulness and humor in psychology: An overview and update. *International Journal of Humor Research, 31*, 259–271. doi:10.1515/humor-2016-0080

- Quetelet, A. (1914). *Soziale Physik oder Abhandlung über die Entwicklung der Fähigkeit des Menschen - Erster Band*. Jena: Fischer Verlag.
- Rappold E., Nagl-Cupal, M., Dolhaniuk, I., & Seidl, E. (2009). Pflege und Betreuung II: Die formelle ambulante Pflege. In Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.), *Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme* (S. 389–402). Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1136–1139. doi:10.1176/ajp.139.9.1136
- Rijnaard, M. D., van Hoof, J., Janssen, B. M., Verbeek, H., Pocornie, W., Eijkelenboom, A., ... Wouters, E. J. M. (2016). The factors influencing sense of home in nursing homes: A systematic review from the perspective of residents. *Journal of Aging Research*, 4, 1–16. doi:10.1155/2016/6143645
- Rischaneck, U. (2009). Lebensformen und Wohnsituationen der Hochbetagten in Österreich. In Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.), *Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme* (S. 71–89). Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- Roos, N. P., & Havens, B. (1991). Predictors of successful aging: A twelve year study of Manitoba elderly. *American Journal of Public Health*, 81, 63–68. doi:10.2105/AJPH.81.1.63
- Rott, C. (2000). Intelligenztraining. In H. W. Wahl, & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S. 90–95). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *Gerontologist*, 37, 433–440. doi:10.1093/geront/37.4.433
- Ruch, W. (1993). Exhilaration and humor. In L. Lewis, & J. M. Haviland (Eds.), *The Handbook of emotion* (pp. 605–616). New York: Guilford Publications.
- Ruch, W. (1994). Temperament. Eysenck's pen system, and humor-related traits. *Humor - International Journal of Humor Research*, 7, 209–244. doi:10.1515/humr.1994.7.3.209
- Ruch, W. (1997). State and trait cheerfulness and the induction of exhilaration: A FACS study. *European Psychologist*, 2, 328–341. doi:10.1027/1016-9040.2.4.328
- Ruch, W., & Carrell, A. (1998). Trait cheerfulness and the sense of humor. *Personality and Individual Differences*, 24, 551–558. doi:10.1016/S0191-8869(97)00221-3
- Ruch, W., & Deckers, L. (1993). Do extraverts „like to laugh“: An analysis of the situational humor response questionnaire (SHRQ). *European Journal of Personality*, 7, 221–220. doi:10.1002/per.2410070402
- Ruch, W., & Heintz, S. (2018). Psychometric evaluation of the revised sense of humor scale and the construction of a parallel form. *International Journal of Humor Research*, 31, 235–257. doi:10.1515/humor-2016-0085
- Ruch, W., & Hofmann, J. (2017). Fostering humor. In C. Proctor (Ed.), *Positive psychology interventions in practice* (pp. 65–80). Cham: Springer.
- Ruch, W., Hofmann, J., Rusch, S., & Stolz, H. (2018). Training the sense of humor with the 7 humor habits program and satisfaction with life. *International Journal of Humor*

- Ruch, W., & Köhler, G. (1999). The measurement of state and trait cheerfulness. In I. Mervielde, I. Deary, F. De Fruyt, & F. Ostendorf (Eds.), *Personality psychology in Europe* (pp. 67–83). Tilburg: University Press.
- Ruch, W., & Köhler, G. (2007). A temperament approach to humor. In W. Ruch (Ed.), *The sense of humor: Explorations of a personality characteristic* (pp. 203–230). Berlin: 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-cheerfulness-inventory — STCI. *Humor - International Journal of Humor Research*, 9, 303–339. doi:10.1515/humr.1996.9.3-4.303
- Ruch, W., Köhler, G., & van Thriel, C. (1997). To be in good or bad humour: Construction of the state form of the state-trait-cheerfulness-inventory-STCI. *Personality and Individual Differences*, 22, 477–491. doi:10.1016/S0191-8869(96)00231-0
- Ruch, W., & McGhee, P. (2014). Humor intervention programs. In A. C. Parks, & S. M. Schueller (Eds.), *The wiley blackwell handbook of positive psychological interventions* (pp. 179–193). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Ruch, W., McGhee, P., & Hehl, F. J. (1990). Age differences in the enjoyment of incongruity-resolution and nonsense humor during adulthood. *Psychology and Aging*, 5, 348–355. doi:10.1037/0882-7974.5.3.348
- Ruch, W., Proyer, R. T., Harzer, C., Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2010). Values in action inventory of strengths (VIA-IS). *Journal of Individual Differences*, 31, 138–139. doi:10.1027/1614-0001/a000022
- Ruch, W., Proyer, R. T., & Weber, M. (2010). Humor as a character strenght among the elderly. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43, 8–12. doi:10.1007/s00391-009-0080-2
- Ruch, W., & Stevens, M. (1995). The differential effects of nitrous oxide on mood level: The role of trait-cheerfulness. 7th Meeting of the International Society for the Study of Individual Differences – ISSID, Juli 15-19, Warsaw, Poland.
- Ruch, W., & Zweyer, K. (2001). Heiterkeit und Humor: Ergebnisse der Forschung. In R. D. Hirsch, J. Bruder, & H. Radebold (Hrsg.), *Heiterkeit und Humor im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (S. 140–162). Bornheim-Sechtem: Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie.
- Saroglou, V., & Scariot, C. (2002). Humor Styles Questionnaire: Personality and educational correlates in Belgian high school and college students. *European Journal of Personality*, 16, 43–54. doi:10.1002/per.430
- Saup, W. (2000). Alten- und Pflegeheime. In H. W. Wahl, & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S. 242–248). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schaeffer, D., & Büscher, A. (2009). Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung – Empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42, 441–451. doi:10.1007/s00391-009-0071-3

- Schaeffer, D., & Ewers, M. (2013). Versorgung am Lebensende - Herausforderung in älter werdenden Gesellschaften. In G. Bäcker, & R. G. Heinze (Hrsg.), *Soziale Gerontologie in gesellschaftlicher Verantwortung* (S. 285–305). Wiesbaden: Springer. doi:10.1007/978-3-658-01572-5
- Schafer, J. L., & Graham, J. W. (2002). Missing data: Our view of the state of the art. *Psychological Methods*, 7, 147–177. doi:10.1037//1082-989X.7.2.147
- Schaier, A. H., & Cicirelli, V. G. (1976). Age differences in humor comprehension and appreciation in old age. *Journal of Gerontology*, 31, 577–582. doi:10.1093/geronj/31.5.577
- Schmidt, R. (2000). Schwierige Lebenslagen. In H. W. Wahl, & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S. 54–60). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmitt, N. (1996). Uses and abuses of coefficient alpha. *Psychological Assessment*, 8, 350–353. doi:10.40-3590/96/\$300
- Schneider, M. (2015). *Humor ist, wenn's wirkt! Metaanalyse zum Zusammenhang von Humor und psychischer Gesundheit*. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Scholta, M. (2007). Pflege und Betreuung III: Formelle institutionelle Pflege – Vom Armenasyl zur Hausgemeinschaft: Gemeinschaftliches Wohnen bei Betreuungs- und Pflegebedarf. In Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.), *Hochaltrigkeit in Österreich eine Bestandsaufnahme* (S. 328–347). Wien. Zugriff am 19.05.2019. Verfügbar unter http://www.bse-vienna.at/pdf/Hochaltrigkeit_in_Oesterreich.pdf
- Schöttke, H., Küpers, B., & Wiedl, K. H. (2011). Zu den Möglichkeiten erfolgreichen Alterns trotz körperlicher oder psychischer Erkrankungen: Eine psychologische Perspektive. In H. Remmers (Hrsg.), *Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog – Eine Forschungsbilanz* (S. 217–237). Göttingen: V&R unipress.
- Schröder, J., & Pantel, J. (2000). Prävention psychischer Krankheiten. In H. W. Wahl, & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S. 373–378). Stuttgart: Kohlhammer.
- Shaked, J. (2016). Der Witz in der analytischen Gruppenarbeit. In B. Wild (Hrsg.), *Humor in Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Aufl., S. 121–131). Stuttgart: Schattauer.
- Shammi, P., & Stuss, D. T. (2003). The effects of normal aging on humor appreciation. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 9, 855–863. doi:10.1017/S135561770396005X
- Shimonaka, Y., Nakazato, K., & Homma, A. (1996). Personality, longevity, and successful aging among Tokyo metropolitan centenarians. *The International Journal of Aging and Human Development*, 42, 173–187. doi:10.2190/umwd-64w7-3m2k-2mkjf
- Simmons, S. F., & Rahman, A. N. (2014). Next steps for achieving person-centered care in nursing homes. *Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine*, 15, 615–619. doi:10.1016/j.jamda.2014.06.008
- Spaderna, H. (2019). Chronische Erkrankungen und Pflege in der Grenzregion: Neue Perspektiven durch Pflegewissenschaft plus Gesundheitspsychologie. In R. Münnich, & J. Kopp (Hrsg.), *Pflege an der Grenze: Entwicklungen, Fragestellungen, Herangehensweisen* (S. 209–223). Wiesbaden: Springer.

- Spiegel, R., Brunner, C., Ermini-Fünfschilling, D., Monsch, A., Notter, M., Puxty, J., & Tremmel, L. (1991). A new behavioral assessment scale for geriatric out- and in-patients: The NOSGER (nurses' observation scale for geriatric patients). *Journal of the American Geriatrics Society*, 39, 339–347. doi:10.1111/j.1532-5415.1991.tb02897.x
- Stuck, A. E. (2000). Geriatrisches Assessment. In H. W. Wahl, & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S. 296–301). Stuttgart: Kohlhammer.
- Tagalidou, N., Loderer, V., Distlberger, E., & Laireiter, A. R. (2018). Feasibility of a humor training to promote humor and decrease stress in a subclinical sample: A single-arm pilot study. *Frontiers in Psychology*, 9, 577. doi:10.3389/fpsyg.2018.0057
- Tesch-Römer, C., & Wurm, S. (2012). Research on active aging in germany. *Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 25, 167–170. doi:10.1024/1662-9647/a000067
- Thakur, M., & Blazer, D. G. (2008). Depression in long-term care. *Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine*, 9, 82–87. doi:10.1016/j.jamda.2007.09.007
- Thieme, F. (2008). *Alter(n) in der alternden Gesellschaft: Eine soziologische Einführung in die Wissenschaft vom Altern(n)*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Thorson, J. A., & Falvey, C. P. (1993). Development and validation of a multidimensional sense of humor scale. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 13–23. doi:10.5430/jnep.v8n3p72
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (2009). Women, aging, and sense of humor. *Humor - International Journal of Humor Research*, 9, 169–186. doi:10.1515/humr.1996.9.2.169
- Titze, M. (2016). Wie therapeutisch sind Lachgruppen? In B. Wild (Hrsg.), *Humor in Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Aufl., S. 268–289). Stuttgart: Schattauer.
- Tse, M. M. Y., Lo, A. P. K., Cheng, T. L. Y., Chan, E. K. K., Chan, A. H. Y., & Chung, H. S. W. (2010). Humor therapy: Relieving chronic pain and enhancing happiness for older adults. *Journal of Aging Research*, 10, 1–9. doi:10.4061/2010/343574
- Uekermann, J., Channon, S., & Daum, I. (2006). Humor processing, mentalizing, and executive function in normal aging. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 12, 184–191. doi:10.1017/S1355617706060280
- Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms. Their role in a positive psychology. *American Psychologist*, 55, 89–98. doi:10.1037/0003-066X.55.1.89
- von Faber, M., Wiel, A. B., van Exel, E., Gussekloo, J., Lagaay, A. M., van Dongen, E., ... Westendorp, R. G. J. (2001). Successful aging in the oldest old: Who can be characterized as successfully aged? *Archives of Internal Medicine*, 161, 2694–2700. doi:10.1001/archinte.161.22.2694
- Wahl, H. W., Diehl, M., Kruse, A., Lang, F. R., & Martin, M. (2008). Psychologische Altersforschung: Beiträge und Perspektiven. *Psychologische Rundschau*, 59, 2–23. doi:10.1026/0033-3042.59.1.2
- Wahl, H. W., Tesch-Römer, C., & Ziegelmann, J. P. (Hrsg.). (2012). *Angewandte Gerontologie: Intervention für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Walden, R. (2010). Lernumwelten. In V. Linneweber, E. D. Lantermann, & E. Kals (Hrsg.),

- Spezifische Umwelten und umweltbezogenes Handeln* (S. 151–177). Göttingen: Hogrefe.
- Walter, M., Hänni, B., Haug, M., Amrhein, I., Krebs-Roubicek, E., Müller-Spahn, F., & Savaskan, E. (2007). Humor therapy in patients with late-life depression or Alzheimer's disease: A pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 77–83. doi:10.1002/gps.1658
- Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063–1070.
- Watson, D., & Vaidya, J. (2003). Mood measurement: Current status and future directions. In J. A. Schinka, & W. Velicer (Eds.), *Comprehensive handbook of psychology* (pp. 351–375). New York: Wiley.
- Weiß, C. (2013). *Basiswissen Medizinische Statistik* (6., überarbeitete Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Wellenzohn, S., Proyer, R. T., & Ruch, W. (2016). Humor-based online positive psychology interventions: A randomized placebo-controlled long-term trial. *Journal of Positive Psychology*, 11, 584–594. doi:10.1080/17439760.2015.1137624
- Wellenzohn, S., Proyer, R. T., & Ruch, W. (2018). Who benefits from humor-based positive psychology interventions? The moderating effects of personality traits and sense of humor. *Frontiers in Psychology*, 9, 821. doi:10.3389/fpsyg.2018.00821
- Wentura, D., & Greve, W. (2000). Krise und Bewältigung. In H. W. Wahl, & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S. 49–53). Stuttgart: Kohlhammer.
- Weyerer, S., & Zimmer, A. (2000). Belastung, Beanspruchung und Burnout. In H. W. Wahl, & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S. 347–352). Stuttgart: Kohlhammer.
- WHOQOL Group (1993). Study protocol for the World Health Organisation project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153–159.
- Wild, B. (2016). *Humor in Psychiatrie und Psychotherapie: Neurobiologie - Methoden - Praxis* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Willcox, B. J., He, Q., Chen, R., Yano, K., Masaki, K. H., Grove, J. S., ... Curb, J. D. (2006). Midlife risk factors and healthy survival in men. *JAMA*, 296, 2343–2350. doi:10.1001/jama.296.19.2343
- Wisocki, P. A. (2002). Angststörungen. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 167–190). Berlin: Springer.
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37–49.
- Yip, J. A., & Martin, R. A. (2006). Sense of humor, emotional intelligence, and social competence. *Journal of Research in Personality*, 40, 1202–1208. doi:10.1016/j.jrp.2005.08.005

Zimber, A. (2010). Belastungen, Ressourcen und Beanspruchung in der Altenpflege. In J. Haberstroh, & J. Pantel (Hrsg.), *Demenz psychosozial behandeln. Psychosoziale Interventionen bei Demenz in Praxis und Forschung* (S. 305–317). Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft Aka.

Ziv, A. (1981). *The psychology of humor*. Tel Aviv: Yahdav.

Zniva, R. (2016). *Ältere Konsumenten in Handel und Marketing. Empirische Überprüfung der Bedeutung von Convenience*. Wiesbaden: Springer. doi:10.1007/978-3-658-15589-6

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1 The 7 Humor Habits.	41
Tabelle 2 Übersicht von Humorinterventionsstudien mit selbstständig, im eigenen Haushalt lebenden SeniorInnen	47
Tabelle 3 Übersicht von Humorinterventionsstudien in psychogeriatrischen Abteilungen.....	48
Tabelle 4 Übersicht von Humorinterventionsstudien in Senioren- und Seniorenpflegeheimen.....	49
Tabelle 5 Deskriptive Charakteristika der Versuchs- und Kontrollgruppe sowie deren statistische Unterschiede.....	74
Tabelle 6 Übersicht der Themen der Humortrainingseinheiten	76
Tabelle 7 Cronbachs α der verwendeten Verfahren in der durchgeführten Studie zu t1 (Interventionsbeginn)	88
Tabelle 8 Baselinevergleich: Mittelwerte der erhobenen abhängigen Variablen in der Versuchs- und Kontrollgruppe sowie deren statistische Unterschiede zu t ₁ (vor Interventionsbeginn)	89
Tabelle 9 Zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholung für die Überprüfung der Unterschiede zwischen den Gruppen zu den drei Messzeitpunkten in den primären Outcomes	91
Tabelle 10 Zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholung für die Überprüfung der Unterschiede zwischen den Gruppen zu den drei Messzeitpunkten in den sekundären Outcomes.....	99
Tabelle 11 Ergebnisse der Anwesenheiten im Humortraining der Versuchsgruppe mit prozentualer Verteilung.....	106
Tabelle 12 Fragen zur Bewertung des Humortrainings.....	108

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1. State-Trait Modell der Erheiterbarkeit.....	22
Abbildung 2. Rahmenmodell für die Struktur von positiven und negativen Affekt: Emotion, Stimmung und Temperament	53
Abbildung 3. Verlauf der Teilnehmeranzahl der Versuchsgruppe (Humortraining) über alle Messzeitpunkte.....	71
Abbildung 4. Verlauf der Teilnehmeranzahl der Kontrollgruppe über alle Messzeitpunkte	72
Abbildung 5. Veränderung der Mittelwerte der Skala Lachen (Sense of Humor Scale) für die Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen der Prä- und Postmessung sowie dem Follow-Up.	92
Abbildung 6. Veränderung der Mittelwerte der Skala Verbaler Humor (Sense of Humor Scale) für die Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen der Prä- und Postmessung sowie dem Follow-Up.	93
Abbildung 7. Veränderung der Mittelwerte der Skala Über sich selbst lachen (Sense of Humor Scale) für die Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen der Prä- und Postmessung sowie dem Follow-Up.....	94
Abbildung 8. Veränderung der Mittelwerte der Heiterkeit (Heiterkeitsinventar des STCI-S) für die Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen der Prä- und Postmessung sowie dem Follow-Up.	95
Abbildung 9. Veränderung der Mittelwerte des positiven Affekts (SPANE) für die Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen der Prä- und Postmessung sowie dem Follow-Up.	97
Abbildung 10. Veränderung der Mittelwerte des negativen Affekts (SPANE) für die Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen der Prä- und Postmessung sowie dem Follow-Up.	101
Abbildung 11. Veränderung der Mittelwerte der Affektbalance (SPANE) für die Versuchs- und Kontrollgruppe zwischen der Prä- und Postmessung sowie dem Follow-Up.	102
Abbildung 12. Bewertung des Humortrainings.....	107
Abbildung 13. Weiterempfehlung des Humortrainings.....	107

ANHANG

Zusammenfassung

Ziele

In den letzten Jahrzehnten wurden zunehmend Humortrainings evaluiert. Dabei zeigten sich positive Effekte auf die Humorfähigkeiten und das psychische Wohlbefinden. Nur wenige Studien untersuchten die Anwendung und Wirksamkeit solcher Verfahren in Seniorenpflegeheimen. Die vorliegende Arbeit versucht diese Forschungslücke zu schließen, indem sie das Humortraining nach McGhee für den Anwendungsbereich in Seniorenpflegeheimen adaptierte und evaluierte. Außerdem beschreibt sie Herausforderungen psychologischer Interventionen in diesem Bereich.

Methodik

In einem quasi-experimentellen Studiendesign mit Versuchs- ($n = 23$) und Kontrollgruppe ohne Intervention ($n = 17$) wurden BewohnerInnen von sieben Wiener Seniorenpflegeheimen untersucht. Die Versuchsgruppe erhielt sieben Sitzungen eines Humortrainings, das wöchentlich stattfand. Die Konstrukte Humorfähigkeiten, Heiterkeit, Depressivität, positiver und negativer Affekt sowie Lebensqualität wurden mittels standardisierter Selbstbeurteilungsfragebögen erhoben. Diese wurden zu drei Zeitpunkten vorgegeben: eine Woche vor Beginn (Prämessung), eine Woche nach Abschluss (Postmessung) sowie einen Monat nach Abschluss (Follow-Up) des Humortrainings.

Ergebnisse

Das Humortraining erzielte keine Effekte. Beide Gruppen blieben im Zeitverlauf stabil oder verschlechterten sich tendenziell. Obwohl das Training keine signifikanten Verbesserungen erreichte, schätzten die Teilnehmenden es als zusätzliche Heimaktivität.

Schlussfolgerung

Es wird eine weitere Adaptierung des Trainings sowie eine weitere Evaluierung mit unterschiedlichen gerontologischen Zielgruppen (Seniorenzentren, Betreutes Wohnen) empfohlen.

Schlüsselwörter: Seniorenpflegeheim, Humortraining, Humorfähigkeiten, psychisches Wohlbefinden

Abstract

Objectives

In recent decades, humor training has been increasingly evaluated. Positive effects were found on humor skills and mental well-being. Only a few studies have examined the feasibility and effectiveness of such procedures in nursing homes for the elderly. The present study attempted to close this research gap by adapting and evaluating the humor training by McGhee for nursing homes. It also provides a description of the challenges of psychological interventions in nursing homes.

Methods

In this quasi-experimental intervention study residents of seven Viennesian nursing homes were examined in an experimental group (n = 23) and a control group without intervention (n = 17). The training group received seven sessions of humor related training once a week. The constructs humor skills, cheerfulness, depression, positive and negative affect as well as quality of life were examined using standardized self-assessment questionnaires. These were given at three measurement points: one week before the start (pre-measurement), one week after the completion (post-measurement) and one month after the completion (follow-up) of the humor training.

Results

No effects were found of the humor training program on any outcome variable. Outcome measures in both groups remained stable over time or showed a decreasing tendency. Although the training program did not lead to significant improvements, participants appreciated it as an additional activity in their nursing homes.

Conclusion

Further adaptation of the humor training program is recommended. In addition further evaluation with different gerontological target groups (senior citizens' centre, assisted living facility) is recommended.

Key words: nursing home, elderly, humor training program, humor skills, psychological well-being