

# **Demenz – „Humor ist, wenn man trotzdem lacht“** Zitat von Otto Julius Bierbaum (1865 – 1910)

## **Humor in der ergotherapeutischen Arbeit mit Men- schen mit Demenz**

Maleka Friebe  
S13574579

Jessica Buschor  
S13574645

Departement: Gesundheit  
Institut für Ergotherapie  
Studienjahr: 2013  
Eingereicht am: 04.05.2016  
Begleitende Lehrperson: Dr. Yvonne Treusch

**Bachelorarbeit  
Ergotherapie**



## **Der Humor**

*Humor ist sozusagen unser Senf des Lebens.  
Er macht ein Stücklein trocken Brot zum Leibgericht.  
Wer ihn nicht selbst besitzt, der hamstert ihn vergebens,  
so hat man ihn entweder – oder hat ihn nicht.*

*Humor ist schwierig oder gar nicht zu ergründen.  
Er ist stets taktvoll, niemals vorlaut und nicht spitz.  
Humor ist zu erleben und nicht zu erfinden,  
im Gegensatz zu seinem kleinen Bruder Witz.*

*Humor ist unser Freund in allen Lebenslagen,  
weil er dem Herz entspringt und nicht dem Intellekt.  
Man kann zum Beispiel mit Humor die Wahrheit sagen,  
so daß sie uns bekommt und halb so bitter schmeckt.*

*Humor blüht auch an kühlen Dauerregentagen  
und stimmt uns fröhlich, wenn es noch so schaurig ist.  
Ja, mit Humor läßt sich sogar ein Humorist ertragen,  
und wenn er wirklich noch so traurig ist.*

Fred Endrikat

(1890 – 1942), deutscher Kohlenpott-Dichter und Bänklersänger

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	<b>4</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
1.1 Darstellung des Themas .....	6
1.2 Begründung der Themenwahl.....	6
1.3 Problemstellung .....	7
1.4 Fragestellung .....	8
1.5 Zielsetzung .....	8
<b>2 Theoretischer Hintergrund</b> .....	<b>9</b>
2.1 Ergotherapie und Demenz .....	9
2.2 Demenz und Humor .....	14
2.3 Die Anatomie des Lachens .....	15
2.4 Nachgewiesene Effekte von Humor.....	17
2.5 Das Humorverständnis von Personen mit Demenz .....	18
<b>3 Methodisches Vorgehen</b> .....	<b>21</b>
3.1 Keywords und Vorgehen bei der Literaturrecherche.....	21
3.2 Ein- und Ausschlusskriterien .....	23
3.3 Selektion der Hauptstudien .....	24
3.4 Hauptstudien .....	24
3.4.1 Zum Thema Humor und Ergotherapie.....	24
3.4.2 Zum Thema Humor und Demenz .....	25
3.5 Analyse .....	27
3.6 Transfer in die Praxis.....	29
<b>4 Resultate aus den Studien</b> .....	<b>29</b>
4.1 Effekt von Humor auf die kognitive Leistung .....	29
4.2 Effekt von Humor auf die Psyche .....	29
4.3 Effekt von Humor auf die Partizipation.....	30
4.4 Humor als therapeutisches Werkzeug .....	30
4.5 Humor als evaluatives Instrument .....	31
4.6 Humoreinsatz in der Therapie.....	32
4.7. Kontextfaktoren und Beziehungsförderung .....	32
4.8 Therapeutic Use of Self .....	33
4.9 Kontraindikationen von Humor in der Therapie .....	34
4.10 Well-Being.....	34
<b>5 Diskussion</b> .....	<b>34</b>
5.1 Kritische Beurteilung der Hauptstudien.....	34
5.2 Limitationen der Hauptstudien .....	36
5.3 Kritische Diskussion der Resultate .....	37
<b>6 Transfer in die Praxis</b> .....	<b>38</b>
6.1 Humor als Copingstrategie.....	39
6.2 Transfer zu Occupational Balance.....	39
6.3 Transfer zu CMOP-E .....	43
6.3.1 Umwelt .....	44
6.3.2 Betätigung .....	45
6.3.3 Person .....	45
6.3.3.1 Spiritualität .....	45
6.3.3.2 Performanzkomponenten .....	46
6.4 Verknüpfung der Elemente durch die Autorinnen dieser Bachelorarbeit .....	47
6.5 CMCE.....	47
6.5.1 Coachen.....	50
6.5.2 Zusammenarbeit .....	50
6.5.3 Beteiligen .....	50

<b>7 Schlussfolgerung</b> .....	<b>51</b>
7.1 Limitationen der vorliegenden Bachelorarbeit .....	51
7.2 Implikationen .....	52
7.3 Beantwortung der Fragestellung .....	53
7.4 Empfehlung für die Praxis .....	53
7.5 Empfehlung für weiterführende Forschung.....	54
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>56</b>
<b>Verzeichnisse</b> .....	<b>62</b>
Abbildungsverzeichnis .....	62
Tabellenverzeichnis.....	63
Abkürzungsverzeichnis.....	63
<b>Glossar</b> .....	<b>64</b>
<b>Wortzahl</b> .....	<b>73</b>
<b>Danksagung</b> .....	<b>74</b>
<b>Eigenständigkeitserklärung</b> .....	<b>74</b>
<b>Anhang 1</b> .....	<b>75</b>
Suchmatrix .....	75
<b>Anhang 2</b> .....	<b>78</b>
Zusammenfassung der Hauptstudien .....	78
<b>Anhang 3</b> .....	<b>85</b>
Kritische Beurteilung der Hauptstudien.....	85

## **Vorwort**

In der vorliegenden Bachelorarbeit werden zu Gunsten der Leserlichkeit stets die weibliche Form bei der *Ergotherapeutin* und die männliche Form bei *Klienten* gewählt. Männliche beziehungsweise weibliche Personen werden in diesen Schreibweisen jeweils miteingeschlossen.

Wenn die Zusammensetzung von männlichen und weiblichen Personen bei Studienteilnehmenden nicht näher erläutert wird, wird die Bezeichnung *die Teilnehmenden* verwendet, welche sowohl die weibliche als auch die männliche Form beinhaltet. Begrifflichkeiten, welche in der Arbeit nicht näher erörtert werden, werden unmittelbar danach mit ° gekennzeichnet und im Glossar auf Seite 64 erklärt.

## **Abstract**

**Theoretischer Hintergrund:** Demenzbetroffene sind in ihrer Handlungsfähigkeit und Partizipation eingeschränkt, wodurch ihre Lebensqualität leidet. Die Ergotherapie leistet einen wichtigen Beitrag zur Förderung des Wohlbefindens von Klienten mit Demenz. Humor wird im Klientenkontakt von Mitarbeitern des Gesundheitswesens trotz bewiesener positiver Effekte häufig als unprofessionell angesehen. Aktuell existiert keine Literatur, welche den Effekt von Humorgebrauch in der ergotherapeutischen Arbeit auf Menschen mit einer Demenz behandelt.

**Ziel:** Es soll aufgezeigt werden, wie und mit welchem Effekt Humor in der Ergotherapie mit Menschen mit Demenz eingesetzt werden kann.

**Methode:** Sieben Hauptstudien wurden nach einer Literaturrecherche zu *Humor und Demenz* sowie *Humor und Ergotherapie* in fünf Datenbanken zur Bearbeitung der Fragestellung bestimmt und kritisch beurteilt. Die Resultate wurden nach Überthemen geordnet und in ergotherapeutische Modelle übertragen. Schlussfolgerungen wurden für den Humoreinsatz in der ergotherapeutischen Arbeit mit Klienten mit Demenz gezogen.

**Relevante Ergebnisse:** Humor in der Ergotherapie kann Personen mit Demenz aktivieren, die partnerschaftliche Zusammenarbeit, die Interaktion und das Well-Being fördern. Ergotherapeutinnen nutzen Humor als Mittel für die Beziehungsförderung, zur Klientenevaluation und zur Konfrontationsvermeidung.

**Schlussfolgerung:** Die Wahrnehmung von Humor ist subjektiv, daher kann keine allgemeingültige Anleitung für das Einbringen von Humor gegeben werden. Feingefühl und Empathie sind notwendig, damit Humor seine positive Wirkung nicht verfehlt.

## **1 Einleitung**

Festzustellen, dass eine Demenz einsetzt, stellt für Betroffene eine enorme Belastung dar. Erinnerungsausfälle erzeugen psychischen Stress und das Gefühl des Ausgeliefert-Seins. Im weiteren Verlauf einer Demenz können sie zusätzlich unter Nebensymptomen wie Depression, Apathie°, Wahnvorstellungen oder Aggressivität leiden (Schaade, 2006).

Da klingt der Satz „Humor ist, wenn man trotzdem lacht“ von Otto Julius Bierbaum (1865–1910) nach blanker Ironie. Dabei könnte gerade Lachen auf das Wohlbefinden Betroffener Wirkung zeigen. Den Satz „Lachen ist gesund“ hat wahrscheinlich jeder schon einmal gehört. Belegt wird dies durch zahlreiche Studien zum Thema Humor und Gesundheit (Kesselring & Unteregger, 2011).

### **1.1 Darstellung des Themas**

Lachen ist eine universelle Sprache, die keine Grenzen kennt und auf der ganzen Welt, wenn auch in verschiedenen Facetten, existiert (Eibl-Eibesfeldt, 1972). Noch wenig bekannt ist jedoch, wie Professionen des Gesundheitswesens, so auch die Ergotherapeutinnen, Humor in der Therapie einsetzen können, um eine positive Wirkung auf Klienten mit einer Demenz zu erzielen. In dieser Arbeit wird Literatur zur Thematik Humorgebrauch in der ergotherapeutischen Arbeit mit Klienten mit Demenz untersucht, analysiert und diskutiert.

In Kapitel 1 werden die Begründung der Themenwahl, die Problem- und die Fragestellung dargelegt. Unter Kapitel 2 wird der theoretische Hintergrund zur Thematik, sowie Definitionen von Humor, Ergotherapie und Demenz erläutert. In Kapitel 3 wird das methodische Vorgehen beschrieben. Die Resultate aus den Hauptstudien werden in Kapitel 4 aufgeführt und in Kapitel 5 diskutiert. In Kapitel 6 wird der Transfer der Resultate in die ergotherapeutische Praxis dargestellt. Das Kapitel 7 zeigt in der Schlussfolgerung Limitationen der vorliegenden Bachelorarbeit auf, gibt Empfehlungen für die Praxis ab und bietet einen Ausblick für die Zukunft.

### **1.2 Begründung der Themenwahl**

Beide Autorinnen dieser Bachelorarbeit haben bereits Erfahrungen mit an Demenz erkrankten Menschen sammeln dürfen. Sie beobachteten, dass trotz durch die

Krankheit erschwerter verbaler Kommunikation, positiv vermittelte Stimmungen während der Therapie gut aufgenommen wurden. Obwohl Therapie und Inhalt bereits nach kurzer Zeit wieder vergessen waren, hielt die positive Stimmung bei den Klienten über die Intervention hinaus an. Besonders berührten sie Momente der Freude und des Lachens, die sie mit diesen Klienten teilen durften, auch wenn die Gesamtsituation ernst war.

Beide Autorinnen sind der Auffassung, dass jeder Mensch lachen kann, es aber ein Talent ist, andere Menschen zum Lachen bringen zu können. Beiden ist aufgefallen, dass es Menschen gibt, die das Talent trotz Demenz nicht verloren haben. Diese Erkenntnis beschreibt auch Moos (2011).

Aufgrund dieser Gedanken wurde das Thema Humor und Demenz in der Ergotherapie gewählt.

Die Autorinnen dieser Arbeit stellen die Hypothese auf, dass positiv vermittelte Emotionen durch humorvolle Aktivitäten und gemeinsames Lachen in der Ergotherapie bei Menschen mit Demenz über die Intervention hinaus anhalten und Betroffenen zu mehr Well-Being<sup>o</sup> und somit zu einer verbesserten Lebensqualität verhelfen können. Die Fähigkeit von Personen mit Demenz auf Emotionen zu reagieren, könnte in der Ergotherapie als Ressource genutzt werden, um ihnen zu Wohlbefinden und verbesserter Lebensqualität zu verhelfen.

### **1.3 Problemstellung**

Neben den Hauptsymptomen der Demenz können Begleitsymptome wie Depression, Unruhe, aggressives Verhalten, Schlafstörungen, Wahn und Halluzinationen auftreten. Auch diese Symptome werden oft medikamentös behandelt (Schaade, 2006). Medikamente wiederum können Nebenwirkungen verursachen (Schweizerische Alzheimervereinigung, n.d.). Die Erforschung neuer Behandlungsansätze und -methoden, um Klienten mit Demenz die Partizipation<sup>o</sup> zu ermöglichen sowie Lebensqualität und Wohlbefinden zu verbessern, ist daher von zentraler Bedeutung (Schaade, 2006).

Takeda, Hashimoto, Kudo, Okochi, Tagami, Morihara,... & Tanaka (2010) schreiben, dass Humorgebrauch im Umgang mit Menschen mit Demenz eine alternative Behandlungsmethode darstellen könnte.

Die Anzahl an evidenzbasierten Studien zu nicht-medikamentösen Behandlungen und Therapien im Bereich der Demenz ist aber nach wie vor gering (Schweizerische Alzheimervereinigung, n.d.).

Dass Humor in Lachtherapien oder Lachyoga ein zentrales Thema darstellt, ist bekannt. Einige Studien existieren ebenfalls zum Umgang mit Humor durch das Pflegepersonal im Klientenkontakt.

Humor als therapeutisches Mittel findet in der Praxis noch wenig Beachtung. Einen Grund dafür beschreibt Yates (2001) in einem Artikel. Seriosität werde oftmals mit Professionalität verwechselt und Personen im Berufsalltag würden daher wenig Humor einsetzen. Gerade im Gesundheitswesen, wo Krankheiten und Unfälle für gedrückte Stimmung sorgen, nehmen Professionsangehörige oftmals Abstand von einem humorvollen Umgang mit Betroffenen. Diese Haltung steht jedoch im Widerspruch zur nachgewiesenen positiven Wirkung von Humor und Heiterkeit auf die Psyche, die physiologischen Strukturen und somit auf das Wohlbefinden des Menschen. Wie Ergotherapeutinnen zu Humor in der ergotherapeutischen Arbeit mit Demenzklienten stehen und wie sie Humor bei der Arbeit einsetzen, oder gar als therapeutisches Mittel verwenden, wurde bisher kaum diskutiert.

#### **1.4 Fragestellung**

Wie und mit welchem Effekt kann Humor in der ergotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit Demenz eingesetzt werden?

#### **1.5 Zielsetzung**

Mit der Beantwortung der Fragestellung möchten die Autorinnen dieser Bachelorarbeit Möglichkeiten und Grenzen vom Einsatz von Humor als Werkzeug in der Ergotherapie aufzeigen. Positive oder negative Effekte auf den Menschen mit Demenz und auf die Therapie im Allgemeinen sollen beleuchtet und kritisch diskutiert werden. Die gewonnenen Erkenntnisse aus der Literatur sollen konkrete Inputs für die Praxis liefern.

## 2 Theoretischer Hintergrund

### 2.1 Ergotherapie und Demenz

Ergotherapeutinnen versuchen den Klienten umfassend wahr zu nehmen und diesem klienten- und bedürfnisgerecht bei seiner Problemstellung zu unterstützen (World Federation of Occupational Therapists [WFOT], 2016; Fisher, 2009). Das Kernelement der Ergotherapie ist die Betätigung. Unter Punkt 6.3.2 *Betätigung* wird der Begriff *Betätigung* nach Townsend und Polatajko (2007) im ergotherapeutischen Sinne näher erläutert.

In der Ergotherapie wird davon ausgegangen, dass der Mensch ein handelndes Wesen ist und sich durch sein Tun und seine Selbstständigkeit definiert. Dies trifft vor allem auf westliche Kulturen zu (Iwama, Thomson & MacDonald, 2009). Dabei versuchen Ergotherapeutinnen gemeinsam mit dem Klienten möglichst alltagsnahe Interventionen zu gestalten, welche ihm entsprechen und für ihn bedeutungsvoll sind (Fisher, 2009). Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit erachten die Definition von *Ergotherapie* des ergotherapeutischen Weltverbandes (WFOT) als die umfangreichste. Sie beinhaltet neben der Handlungsfähigkeit, welche bei Menschen mit Demenz stark eingeschränkt ist, auch das Well-Being<sup>o</sup> und die Partizipation<sup>o</sup>:

„Occupational therapy is a client-centred health profession concerned with promoting health and well being through occupation. The primary goal of occupational therapy is to enable people to participate in the activities of everyday life. Occupational therapists achieve this outcome by working with people and communities to enhance their ability to engage in the occupations they want to, need to, or are expected to do, or by modifying the occupation or the environment to better support their occupational engagement.“  
(WFOT, 2016)

Ergotherapeutinnen stehen verschiedene theoretische Modelle zur Verfügung, die ihnen helfen, dem Klienten die passende Behandlung zukommen zu las

sen. Unterschieden wird zwischen konzeptionellen Modellen und Prozessmodellen. Konzeptionelle Modelle dienen der vereinfachten Darstellung von komplexen Strukturen und Zusammenhängen (Hagedorn, 2000). Prozessmodelle stellen vereinfacht einen komplexen Prozess dar. Für die vorliegende Bachelorarbeit werden die konzeptionellen Modelle *Canadian Model of Occupational Performance & Engagement* [CMOP-E] (Townsend & Polatajko, 2007) und das *3-Dimensionen-Modell der Occupational Balance* (Jonsson & Persson, 2006) herangezogen. Anhand dieser Modelle wird versucht die Resultate der Literaturrecherche in die ergotherapeutische Praxis zu transferieren. Die Modelle werden unter Punkt 6 *Transfer in die Praxis* erklärt.

Neben Bereichen der Pädiatrie, Orthopädie, Neurologie und Psychologie sind Ergotherapeutinnen zunehmend in der Geriatrie vertreten. Eines der Symptome, hervorgerufen durch verschiedene Krankheiten, mit dem Ergotherapeutinnen immer wieder in Berührung kommen, ist die Demenz.

Demenz wird laut International Classification of Diseases [ICD-10] (2016) folgendermassen beschrieben:

„Demenz ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen einschliesslich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet. Gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.“ (ICD-10, 2016)

Bei der Demenz wird zwischen primärer und sekundärer Demenz unterschieden. Bei der primären Demenzform zerfallen Gehirnzellen ohne bekannte Ursache für die Krankheit. Krankheiten, die eine primäre Demenz zur Folge haben, sind nicht heilbar.

Die sekundäre Demenz wird durch die Schädigung des Gehirns durch äussere Einflüsse oder andere organische Erkrankungen hervorgerufen.

In der folgenden Abb. 1 werden einige Demenzformen veranschaulicht.

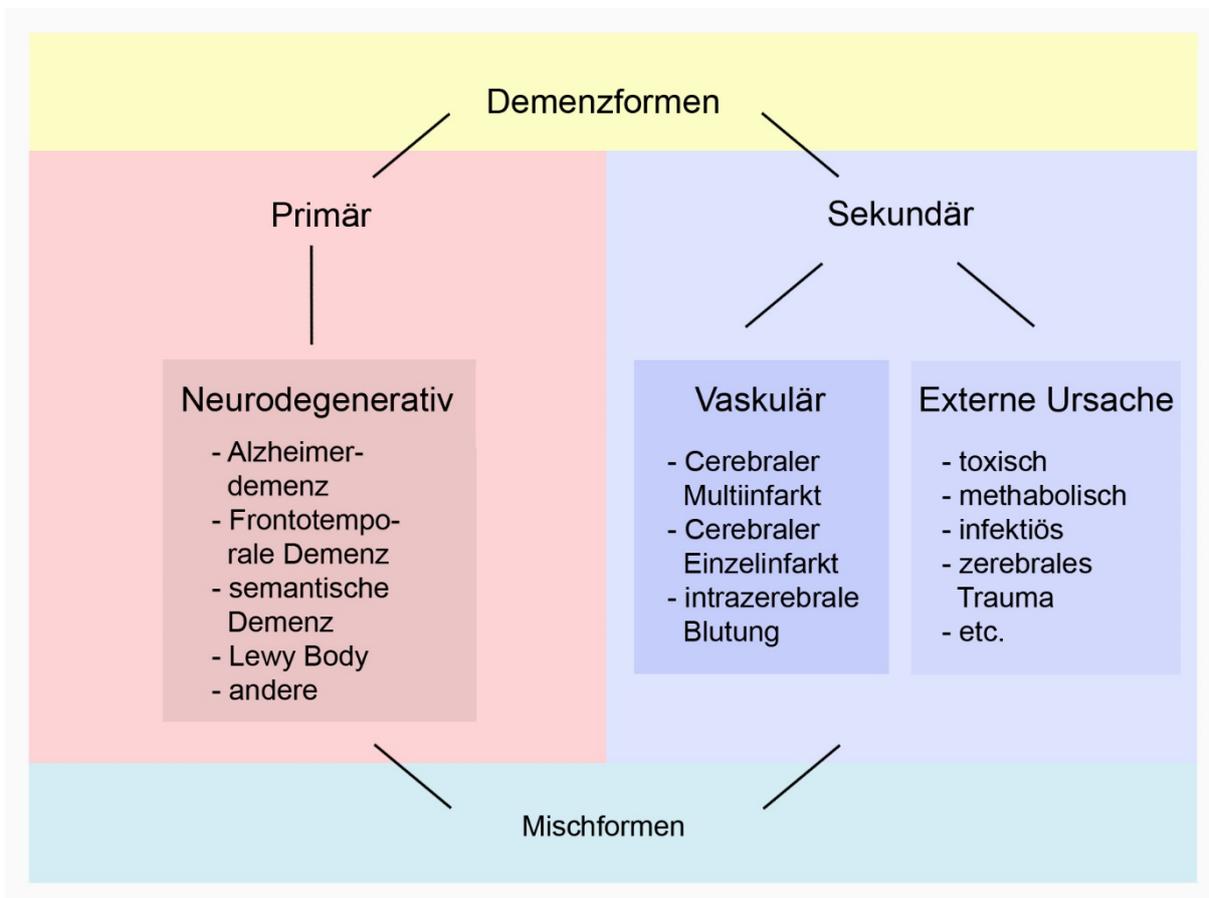


Abb. 1 Darstellung der Demenzformen. Grafik: Jessica Buschor

Die häufigste Ursache für Demenz ist die Alzheimer-Krankheit. Mit rund 15% folgen vaskuläre Formen der Demenz, in Folge von Durchblutungsstörungen. Ähnlich viele Demenzerkrankungen sind Mischformen von Alzheimer- und Vaskulärer Demenz. Mit geringerem Anteil, rund 5%, folgen Demenzen aus anderen neurologischen Erkrankungen, wie Chorea Huntington, Creutzfeld-Jakob-Krankheit, Morbus Parkinson usw. Auch die Frontotemporale° Demenz nimmt einen geringen Anteil ein. Rund 5%

der Demenzformen sind reversible Formen, zurückzuführen auf beispielsweise Hirntumore, Schilddrüsenerkrankungen, Nieren- oder Lebererkrankungen, zerebrale Traumata, Alkoholismus und viele mehr (Demenz-Leitlinie, 2008; Frauenknecht & Lieb, 2011). Bei früher Erkennung ist es möglich diese Ursachen zu behandeln und die Demenz zu heilen (Schaade, 2006). In Abb. 2 wird die prozentuale Verteilung grafisch dargestellt.

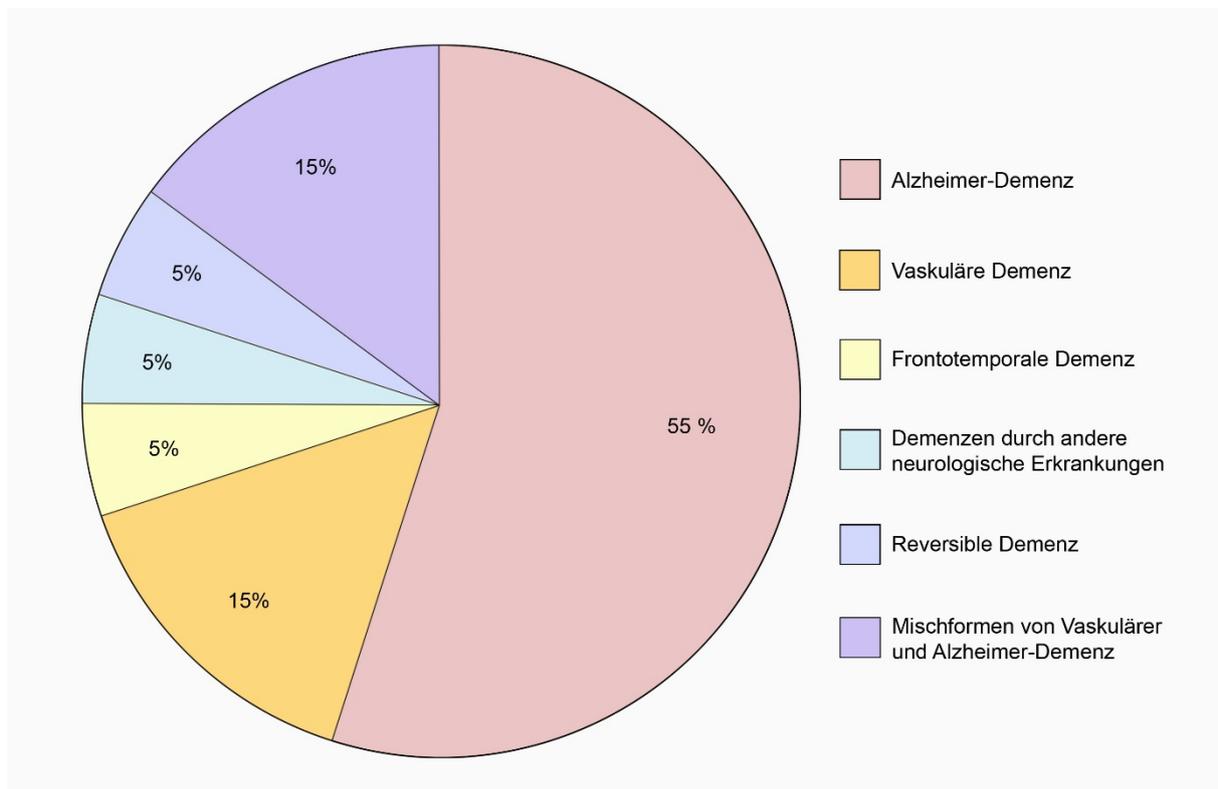


Abb. 2 Häufigkeiten der Demenzformen. Grafik: Jessica Buschor

In der Schweiz leiden nach aktuellen Daten 119 000 Menschen an Demenz (Schweizerische Alzheimervereinigung, n. d.). Die Lebenserwartung der Bevölkerung ist steigend, weswegen davon ausgegangen werden kann, dass auch Demenzerkrankungen sich weiter häufen werden (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2013). Aufgrund der hohen Anzahl an Betroffenen und den daraus resultierenden Kosten für die Betreuung, wird das Versorgungssystem der Schweiz vor eine Herausforderung gestellt. Mit der Verabschiedung der *Nationalen Demenzstrategie 2014-2017* des Bundesamtes für Gesundheit wird versucht dieser Herausforderung zu begegnen. Vier

Bereiche wurden mit der Strategie fokussiert, in denen Massnahmen zur Verbesserung getroffen werden sollen:

- *Sensibilisierung der Bevölkerung*
- *Auf- und Ausbau von Angeboten für Demenzbetroffene zur Entlastung betreuender Angehöriger*
- *Sicherstellung der Versorgungsqualität und Fachkompetenz sowie die*
- *verstärkte Berücksichtigung in der Versorgungsplanung*  
(Schweizerische Eidgenossenschaft, 2013)

Die Ergotherapie leistet auf diesen Gebieten bereits wichtige Arbeit. Das übergeordnete Ziel der Ergotherapie ist laut Schaade (2006) das Leisten von Hilfestellung für Betroffene, damit sie ihre verbleibende Lebenszeit bestmöglich verbringen können sowie die Unterstützung der Angehörigen.

Sowohl durch die Demenz und ihre Begleitsymptome als auch durch Nebenwirkungen der Medikamente, wie zum Beispiel Angstzustände, aggressives Verhalten oder Apathie°, sind Betroffene oftmals gehindert sozial zu partizipieren° und mit ihren Mitmenschen in Interaktion zu treten. Ihr Wohlbefinden und ihre Lebensqualität leiden unter diesen Beschneidungen.

Laut Schaade (2006, S.10) ist es unter anderem das Ziel der Ergotherapie „Kognitive Fähigkeiten, soweit sie noch vorhanden sind, möglichst lange zu erhalten und zu trainieren“, „Depressionen und Aggression, Gereiztheit und Angstzustände abzubauen“ und „Sozialverhalten zu beeinflussen.“

Durch Strukturierung des Tagesablaufes, Anpassung der Nahrung, Raumstrukturierung und angepasste Pflege, sowie mit Behandlungskonzepten wie das Bobath- oder Affolterkonzept, werden bis anhin Menschen mit Demenz so weit wie möglich in der Bewältigung ihres Lebens unterstützt (Schaade, 2006, S. 10-15, S. 24-25). Schaade (2009) empfiehlt in der Ergotherapie mit Menschen mit Demenz den Fokus nicht nur auf Defizite, sondern auch auf Ressourcen der Klienten zu legen, um möglichst klienten- und lösungsorientiert arbeiten zu können.

## 2.2 Demenz und Humor

Obwohl Menschen mit Demenz viele ihrer Fähigkeiten während des Krankheitsverlaufs einbüßen, bleibt die Fähigkeit auf Emotionen aus ihrem Umfeld zu reagieren und sich anstecken zu lassen (Moos, 2011).

Dass Humor erfolgreich im Gesundheitswesen eingesetzt werden kann, zeigt das Beispiel der *humor foundation*, die 1996 in Australien gegründet wurde. Diese organisiert Besuche von Clowndoktoren, welche Kindern in Spitälern fröhliche und lustige Momente beschere und sie vom ernsten und sterilen Spitalalltag ablenken. Das Projekt war erfolgreich, worauf im Jahr 2000 die Idee der *Elder Clowns*<sup>o</sup> entwickelt wurde. Diese arbeiten bis heute in Einrichtungen mit Menschen mit einer Depression oder einer Demenz (humourfoundation, 2015). Elder Clowns<sup>o</sup> finden viel Anerkennung und werden in Gesundheitseinrichtungen zunehmend etabliert.

Jedoch ist das was als lustig empfunden wird sehr subjektiv. Insgesamt existieren auf der Welt über 100 Definitionen zu Humor (Schmitt & Williams, 1971). Bis heute findet jedoch keine Definition Allgemeingültigkeit. Je nach Blickwinkel kann Humor einen Zustand bezeichnen, wie Amüsiertheit oder Heiterkeit, oder eine Eigenschaft, z.B. einen *Sinn für Humor* haben. Humor wird jedoch auch als Reaktion, beispielsweise Lachen oder Erheiterung, auf einen mentalen Prozess beschrieben, bei dem eine lustige Inkongruenz festgestellt wird. Auch der Auslöser, der Stimulus, wie ein Comedyfilm<sup>o</sup>, wird je nach Definition als Humor bezeichnet (MacGee, 2001).

Die Grenzen von Humor sind diffus und je nach Sichtweise wird Humor unterschiedlich interpretiert und erklärt.

Robinson (2002) stellt in ihrem Buch *Praxishandbuch therapeutischer Humor: Grundlagen und Anwendung für Gesundheits- und Pflegeberufe* folgende Definition auf:

„Um nicht dieselben Fehler wie so viele vor mir zu machen und zwischen all diesen Begrifflichkeiten unterscheiden zu wollen, soll Humor [...] als ein umfassendes und vielschichtiges Phänomen betrachtet werden, das im natürlichen Umfeld in unterschiedlichster Form auftreten und verschiedenste emotionale Funktionen und Zwecke besitzen kann. Da Hu-

mor im Gesundheitswesen als ein Bestandteil der Kommunikation angesehen wird, dürfte es sinnvoll und hilfreich sein, jede Kommunikation als Humor zu bezeichnen, die von den Beteiligten als komisch wahrgenommen wird und dazu führt, dass diese lachen oder lächeln und Belustigung empfinden. Ausserdem soll der Begriff Humor [...] im Sinne eines generellen Konzeptes verwendet werden, das einen dreiphasigen Prozess aus kognitiver Kommunikation, emotionaler Reaktion (Belustigung, Freude) und physischer Reaktion (Lachen etc.) umfasst.“ (S. 10)

Bischofberger (2002) ist der Meinung, dass Humor individuell abhängig von Lebenserfahrung, Geschlecht, Alter und kulturellem Hintergrund ist.

„Humor ist ein menschliches Phänomen, das sich trotz Gesundheitsbeeinträchtigung und Behinderung durch alle Lebensphasen hindurch zieht. Sowohl die Gabe als auch die Fähigkeit, Humor wahrzunehmen und ausdrücken zu können, verändert sich im Laufe der Biografie. Daher können sich auch die Bedürfnisse der kranken Menschen und deren Familien in Bezug auf Heiterkeit und Lachen wandeln. Im Zentrum steht stets das Ziel, den krankheitsbedingten Missgeschicken und Unzulänglichkeiten mit heiterer Gelassenheit zu begegnen.“ (S. 35)

Je nach Definition werden einzelne Begriffe, die in Zusammenhang mit Humor stehen, beispielsweise Ironie, Sarkasmus, guter, schlechter, schwarzer Humor usw. ebenfalls noch genauer definiert, was die Überschaubarkeit um ein weiteres vermindert.

Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit halten sich für die weiterführende Arbeit an die oben genannten Definitionen von Bischofberger (2002) und Robinson (2002).

### **2.3 Die Anatomie des Lachens**

Lachen infolge von Humor erfolgt als Reaktion auf eine unerwartete oder absurde Wendung eines Verlaufes, bei der geglaubt wurde, das Ende gekannt zu haben. Auch eine Inkongruenz eines Sachverhaltes kann ein Lachen erzeugen (Wild, 2007).

Lachen ist eine urtümliche Reaktion, welche auf frühe Evolutionsschritte<sup>o</sup> zurückgeht und wird daher auch heute noch im menschlichen Gehirn in ursprünglicheren Hirnarealen ausgelöst (Kesselring & Unteregger, 2011).

Echtes Lächeln, das sogenannte *Duchenne-Lächeln*, benannt nach dem Physiologen Guillaume Duchenne de Boulogne, wird von *willkürlichem Lächeln* unterschieden (Wild, 2007). Beim Duchenne-Lächeln wird neben den Mundwinkeln auch die Muskulatur um die Augen, welche die Lidspalte verengt, aktiviert. Insgesamt sind mehr Gesichtsmuskeln beim Lachen involviert als beim willkürlichen Lächeln. Zudem sind je nach Lach-Variante unterschiedliche Gehirnareale aktiv. Das willkürliche Lächeln wird von der Pyramidenbahn<sup>o</sup> gesteuert. Beim Duchenne-Lächeln hingegen ist das limbische System<sup>o</sup> aktiviert, welches für Emotionen verantwortlich ist (Wild, 2007).

Lachen ist nicht eine gesteigerte Form von Lächeln, sondern ein unwillkürlicher körperlicher Reflex ausgelöst durch einen Trigger<sup>o</sup> als Reaktion auf einen emotionalen Prozess (Wild, 2007, Kesselring & Unteregger, 2011). Der Lach-Reflex muss nicht zwingend durch positive Emotionen ausgelöst werden. Lachen kann auch eine Übersprunghandlung sein, wie z.B. zur Stressreduktion oder Lösung der Anspannung. Auch Aggressionen können ein Lachen auslösen (Niehaus, 2010). Laut Provine (1993) sind nur 20% des Lachens auf eine humoristische Situation zurückzuführen. Guillaume Duchenne de Boulogne stellte bei seinen Experimenten fest, dass durch mechanische Stimulation der Gesichtsmuskulatur Veränderungen der inneren Befindlichkeit der Probanden wahrnehmbar wurden (Kesselring & Unteregger, 2011). Das zeigt, dass nicht nur die Aktivierung eines bestimmten Hirnareals ein Lachen oder Lächeln auslöst, sondern umgekehrt motorische Veränderungen der Gesichtsmuskulatur Hirnareale in einen Erregungszustand versetzen können, welche für Emotion zuständig sind.

Lachen kann zudem ansteckend sein. Beispielsweise werden beim Hören von Lachen oder bei der Betrachtung von Fotos mit lachenden Gesichtern die gleichen Hirnareale aktiviert, wie bei der Empfindung von Freude (Niehaus, 2010). Nachgewiesen wurde, dass dieses Phänomen auf die Spiegelneuronen zurückzuführen ist (Warren, Sauter, Eisner, Wiland, Dresner, Wise,... & Scott, 2006; Niehaus, 2010).

Spiegelneuronen spiegeln einen beobachteten motorischen Vorgang und aktivieren das betreffende motorische Gehirnareal, obwohl selber keine Bewegung ausgeführt wird (Gaschler, 2007). Wenn beispielsweise beobachtet wird, wie jemand seinen Arm ausstreckt, um nach einem Apfel zu greifen, so werden im Gehirn des Beobachters die gleichen motorischen Gehirnareale aktiviert, obwohl die Bewegung nicht selber ausgeführt wird. Auf das Beobachten von Lachen bei Anderen trifft ähnliches zu. Hierbei findet ebenfalls eine Aktivierung im prämotorischen Cortex statt, der den Bewegungsvorgang für die Gesichtsmimik spiegelt (Warren, Sauter, Eisner, Wiland, Dresner, Wise,... & Scott, 2006). Durch die Veränderung der Gesichtsmuskulatur wird wiederum das Gehirnareal, das Emotionen erzeugt, aktiviert (Kesselring & Unteregger, 2011).

Trigger<sup>o</sup>, welche ein Lachen auslösen, können verschiedener Art sein und werden je nach Form in unterschiedlichen Hirnarealen verarbeitet. Spässe, welche mit dem Sinngehalt des Wortes spielen, setzen hauptsächlich den posterioren<sup>o</sup> Temporallappen<sup>o</sup> in Erregung. Witze und Spässe, die im Wortlaut und -klang spielerisch variieren, aktivieren eher den linken inferioren<sup>o</sup> Präfrontalkortex<sup>o</sup> (Wild, Rodden, Grodd & Ruch, 2003; Wild, Rodden, Rapp, Erb, Grodd, & Ruch, 2006; Meyer, Baumann, Wildgruber & Alter, 2007). Wenn eine Situation oder eine Aktion nicht kongruent mit der Erwartung verläuft, so wird der mediane<sup>o</sup> ventrale<sup>o</sup> Präfrontalkortex<sup>o</sup> in einen Erregungszustand versetzt (Mobbs, Greicius, Abdel-Azim, Menon & Reiss, 2003). Dieses Hirnareal ist verantwortlich für das Belohnungsempfinden bei Menschen und Primaten (Goel & Dolan, 2001). Deswegen werden Lachen und Humor als wohltuend empfunden und Situationen und Unterhaltung, welche Lachen erzeugen, gesucht (Meyer et al., 2007).

## **2.4 Nachgewiesene Effekte von Humor**

Lachen und Heiterkeit kann sowohl auf die Psyche, als auch auf physische Strukturen eine positive Wirkung erzeugen. Mora-Ripoll (2010) zeigte in seinem narrativen Review auf, dass Humor und Lachen zwar in der Psychologie thematisiert wird, erstaunlicherweise aber nur eine kleine Rolle in der Biomedizin spielt. Dabei kann La

chen direkt zu physiologischen Veränderungen in der Muskulatur, im kardiovaskulären System und im Immun- und Neuroendokrin-System<sup>o</sup> führen. Dies hat positive Sofort- oder Langzeitauswirkungen auf den Körper (Dillon, Mindiff & Baker, 1986; Kesselring & Unteregger, 2011; Panksepp & Burgdorf, 2003). Fry und Savin (1988) konnten nachweisen, dass nach dem Lachen der Blutdruck tiefer als vor dem Lachen ist.

Lachen löst kurze, heftige Kontraktionen der Thorax Muskulatur, des Abdomens und des Zwerchfells aus, wodurch der Blutfluss zu den inneren Organen gefördert wird. Zudem wird eine Freisetzung von Neurotransmittern<sup>o</sup> ausgelöst, welche die Schmerzschwelle herabsetzen. Die Atmung wird tiefer und schneller, wobei die Sauerstoffaufnahme im Blut angeregt wird (Kesselring & Unteregger, 2011; Zweyer, Velker, & Ruch, 2004).

Bennett, Zeller, Rosenberg, & McCann (2003) konnten nachweisen, dass ausgelassene Heiterkeit einen signifikanten Anstieg der NK-Zellen zur Folge hat. Diese Zellen der Lymphozyten sind in der Lage abnorme Zellen, beispielsweise Tumorzellen oder virusinfizierte Zellen, aufzuspüren und abzutöten.

Auch für die psychische Gesundheit kann Lachen von Bedeutung sein. Humor kann Angststörungen entgegenwirken (Szabo, Ainsworth & Danks, 2005) und Stress reduzieren (Abel, 2002). Ein Sinn für Humor kann zudem das Selbstwertgefühl fördern und das Selbstbild verbessern (Kuiper & Martin, 1993).

Das Wissen um die positive Wirkung von Heiterkeit hat dazu beigetragen, dass der Einsatz von Humor in der Therapie in den vergangenen 30 Jahren an Bedeutung gewonnen hat (Ruch & Zweyer, 2001).

## **2.5 Das Humorverständnis von Personen mit Demenz**

Eine leichte Demenz ist kein Hindernis zu lachen oder humorvoll zu sein (Stevens, 2012). Personen mit einer beginnenden Demenz nutzen meist verbindenden, verunglimpfenden und dominanten Humor, um sich vor peinlichen Situationen zu schützen, welche durch die Erinnerungsausfälle entstehen können (Saunders, 1998).

Saunders (1998) definiert verbindenden Humor als die Humornutzung zum Beziehungsaufbau und dominanten Humor als Humor, welcher zum Zweck der Konversationssteuerung eingesetzt wird.

Die Erkenntnis von Saunders (1998) deckt sich mit der Aussage von Moos (2011), welcher in seiner Studie schlussfolgerte, dass alle Teilnehmer, welche unterschiedliche Ausprägungen der Demenzerkrankung hatten, Humor, Ironie und Sarkasmus in der Interaktion mit ihren Pflegenden nutzten. In der Analyse von Einzelfallstudien von Buckwalter, Gerdner, Hall, Stolley, Kudart und Ridgeway (1995) offenbarte sich, dass der Sinn für Humor bei vielen Personen mit Alzheimer-Erkrankung lange bewahrt bleibt und hin und wieder sichtbar wird. Ähnlich führen Takeda et al. (2010) in ihrem Essay auf, dass obwohl die Fähigkeit in sozialen Situationen mit einem angemessenen Lachen zu reagieren im Laufe der Demenz verloren geht, die basale Fähigkeit, Lachen als Reaktion auf angenehme Stimuli oder zum Abbau von Spannungen einzusetzen, bleibe.

Der Frontallappen spielt eine entscheidende Rolle für das Humorverständnis (Shammi & Stuss, 1999). Im Frontallappen werden abstrakte Interpretationen von Kommunikationsaspekten, wie Ironie oder Sarkasmus, verarbeitet (Bartolo, Benuzzi, Nocetti, Baraldi & Nichelli, 2006). Bei Klienten mit eingeschränkter Funktion des Frontallappens, insbesondere des rechten, besteht die Gefahr, dass Witze und Spässe nicht mehr korrekt aufgefasst werden können und das Lachen über den Witz aus dem Umfeld als Auslachen empfunden wird (Gardner, Ling, Flamm & Silverman, 1975).

Clark, Nicholas, Henley, Downey, Woollacott, Golden,... und Warren vom Dementia Research Centre des University Colleges in London untersuchten 2015 die Humorverarbeitung bei Patienten mit verhaltensbetonter Variante der frontotemporalen<sup>o</sup> und semantischen Demenz in Relation zu gesunden Menschen. Hierfür wurde ein kognitiver und neuroanatomischer Ansatz genutzt, um einen neuropsychologischen Test zu erstellen. Dieser fordert eine Entscheidung der Teilnehmenden über die humoristische Absicht von nonverbalen Cartoons, welche zum Teil in ihrer Pointe verändert wurden.

In einer weiteren Studie untersuchten Clark, Nicholas, Gordon, Golden, Cohen,

Woodward, ... und Warren (2016) die Vorlieben der an Demenz Erkrankten für verschiedene Comedy°-Stile, darunter Slapstick°, Satiren und absurde Komödien. Zusätzlich wurde untersucht, ob sich ihr Sinn für Humor in den letzten 15 Jahren in irgendeiner Weise geändert hatte. Dies wurde mittels einer Befragung von Familienangehörigen oder engen Freunde der Betroffenen erfasst. Die Ergebnisse haben die Autorinnen dieser Bachelorarbeit in Abb. 3 veranschaulicht.

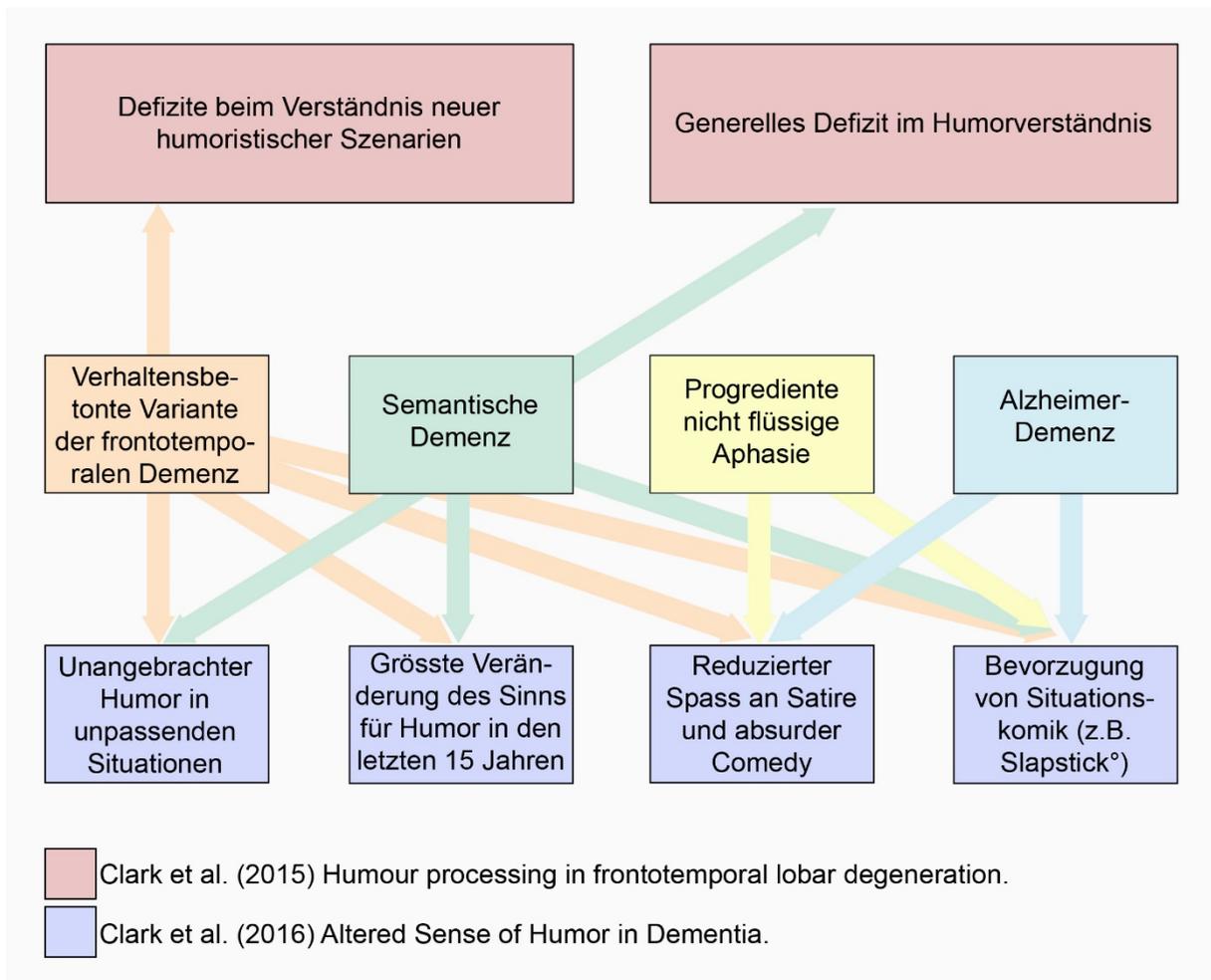


Abb. 3. Zusammenführung der Resultate aus den beiden Studien von Clark et al. 2015 und 2016. Grafik: Jessica Buschor

Die Frontotemporale° Demenz, semantische Demenz und progrediente° nicht-flüssige Aphasie sind klinische Unterformen der frontotemporalen° lobären° Degenerationen. Sie stellen Erkrankungen dar, deren Leitsymptome Veränderungen der Persönlichkeit, des Sozialverhaltens und der sprachlichen Fähigkeiten sind. Ursache dieser Erkrankungen ist ein Nervenzelluntergang im Stirnhirn (Frontalhirn) bzw. den

Schläfenlappen (Temporallhirn). Früher waren die Krankheitsbilder auch unter dem Namen *Morbus Pick* bekannt, dieser wird mittlerweile aber nicht mehr verwendet (Diehl-Schmid, 2013).

In der Zeitschrift *Gerontologie und Geriatrie 1* erschien von Rösner (2010) ein Artikel, in welchem die Arbeit eines Gericlowns beschrieben wird. Der Clown fungiere als Therapeut, der durch seine Humorintervention stimulations- und emotionsorientiert arbeite. Insbesondere Humor der verbinde, d.h. ein Wir-Gefühl erzeuge, im Sein und Handeln selbststärkend wirke oder helfe, unangenehme Situationen zu bewältigen, erziele einen positiven Effekt.

### **3 Methodisches Vorgehen**

Für die Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit wurde die Form der Recherche und Gegenüberstellung von Literatur gewählt. Diese Form ist für eine umfassende Analyse des Wissenstandes zum gewählten Thema und zur Beantwortung der Fragestellung gut geeignet. Die gefundene Literatur soll eine Übersicht zum Einsatz von Humor in der Ergotherapie und den Effekt von Humor auf Menschen mit Demenz geben.

#### **3.1 Keywords und Vorgehen bei der Literaturrecherche**

Vorab wurden passend zu der Fragestellung Keywords<sup>o</sup> sowie passende Synonyme, Unter- und Oberbegriffe bestimmt und ins Englische übersetzt. Zudem wurden unterschiedliche Schreibweisen miteinbezogen. Beispielsweise wird der deutsche Begriff *Humor* im Englischen *humor* wie auch *humour* geschrieben.

In einer ersten groben Literaturrecherche wurde keine Studie gefunden, welche alle drei Haupt-Keywords<sup>o</sup> *Humor*, *Demenz* und *Ergotherapie* beinhaltet. Somit haben die Autorinnen dieser Arbeit entschieden in zwei Richtungen zu suchen. Zum einen in Richtung *Humor und Demenz* und zum anderen in Richtung *Humor und Ergotherapie*. Anhand der Resultate der gefundenen Studien wurden die beiden Themenbereiche in der Diskussion miteinander verknüpft, um die Fragestellung zu beantworten.

Die Keywords<sup>o</sup> wurden in unterschiedlichen Kombinationen und mit Booleschen Operatoren<sup>o</sup> verknüpft. Bei Keywords<sup>o</sup>, deren Wortstamm auf unterschiedliche Weise enden konnten, wurde das Trunkierungszeichen \* angefügt. Beispielsweise, kann der Wortstamm *therap* auf *therapist* oder auf *therapy* enden. Mit dem angefügten \* wird in den Datenbanken nach allen Begriffen gesucht, die mit *therap* beginnen.

In der Tabelle 1 sind alle genutzten Keywords<sup>o</sup> aufgeführt.

Deutscher Begriff	Englischer Begriff	Synonyme	Trunkierungszeichen und Anführungszeichen
Ergotherapie	occupational therapy	occupational therapist	„occupational therap*“
Humor	humor / humour	joy, joke, joking, stand-up, comedy, amusement, laugh, laughing, fun	jok*, „stand-up comedy“, laugh*
Demenz	dementia	alzheimer’s disease	alzheimer* / „alzheimer’s disease“
Effekt	effect	impact, influence outcome	

Tabelle 1. Darstellung der Keywords. Grafik: Jessica Buschor

Die Recherche für die Hauptstudien zu dieser Bachelorarbeit wurde mit den Keywords<sup>o</sup> im NEBIS-Katalog<sup>o</sup> und in den Datenbanken Cinahl, AMED, Medline, OTDBase und Psycinfo und auf GoogleScholar vorgenommen. Die Kombination der Keywords<sup>o</sup> für die entsprechenden Datenbanken werden im Anhang 1 in der Suchmatrix aufgeführt.

Bei der Recherche in die Richtung *Humor und Demenz* wurde das Publikationsdatum in der Suchmaske auf 2005 gesetzt, um möglichst aktuelle Literatur zu erhalten. Bei der Richtung *Humor und Ergotherapie* wurde das Publikationsjahr offen gelassen, da es zu diesem Thema nicht genügend Literatur in den letzten Jahren gab. Zitierter oder erwähnter Literatur in den gefundenen Studien wurde nachgegangen und nach Prüfung der Relevanz für die Thematik gegebenenfalls miteinbezogen.

In den Datenbanken Cinahl, Medline und AMED wurden die meisten Treffer erzielt. Auf allen Datenbanken, sowie auf Google-Scholar wurden stets wieder dieselben Studien gefunden. Beim Durchlesen wurde schnell festgestellt, dass sich in der Literatur immer wieder aufeinander bezogen wurde. Somit kann gesagt werden, dass bei der Literaturrecherche eine Redundanz<sup>o</sup> erreicht wurde.

### **3.2 Ein- und Ausschlusskriterien**

Die Hauptstudien zu *Humor und Demenz* sollten mindestens eines der folgenden Kriterien beinhalten: Wirkung von Humor auf Menschen mit Demenz in einem therapeutischen oder therapieähnlichen Setting und/oder Verwendung von Humor durch das Fachpersonal des Gesundheitswesens im Umgang mit Klienten mit Demenz.

Bei der Literatur zum Thema *Humor und Demenz* wurden nur Studien miteingeschlossen, die nicht älter als zehn Jahre waren. Zudem wurden alle Formen sowie alle Stadien von Demenz berücksichtigt. Das Alter des Menschen mit Demenz galt nicht als ein Kriterium. Soziodemografische Merkmale wurden, sofern es sich um die Wirkung von Humor auf den Menschen mit Demenz handelte, nicht berücksichtigt, da die Autorinnen dieser Arbeit davon ausgingen, dass der Effekt von Humor überall auf der Welt gleich oder zumindest sehr ähnlich ausfallen würde. Studien, die zwar Humor behandelten jedoch nicht in reiner Kombination mit Demenz, sondern auch mit anderen Krankheitsbildern, wurden als Hauptstudien ausgeschlossen oder nur für den theoretischen Hintergrund und zur Untermauerung der Argumentation in der Diskussion verwendet.

Eine erste grobe Literaturrecherche zu *Ergotherapie und Humor* hat gezeigt, dass durchaus Literatur besteht, diese jedoch oft älter als zehn Jahre ist. Jüngere Studien zu diesem Thema gibt es bis dato kaum. Um genügend Literatur für die Bearbeitung der Fragestellung zu erhalten, wurde das Publikationsjahr der Studien offen gelassen. Die Studien müssen entweder die Wirkung von therapeutischem Humoreinsatz in der Ergotherapie oder Erfahrungen zum praktischen Humoreinsatz in der Ergotherapie beinhalten. Ausgeschlossen werden Studien, die Ergotherapie und Humor in Verbindung mit einem spezifischen Krankheitsbild, das nicht Demenz ist, behandeln.

### 3.3 Selektion der Hauptstudien

Insgesamt wurden 23 Studien bei der Recherche gefunden. Mittels Lesen der Titel und Abstracts<sup>o</sup> unter Einbezug der Ein- und Ausschlusskriterien wurde ihre Relevanz für die Beantwortung der Fragestellung geprüft.

Im Abstract<sup>o</sup> musste mindestens eine der folgenden Kombinationen Erwähnung finden:

*Humor und Ergotherapie*

*Humor und Demenz*

*Humor und Alzheimer*

12 Studien wurden dabei aussortiert. Die verbliebenen 11 Studien wurden grob gelesen und erneut auf Relevanz geprüft. Fünf weitere Studien wurden als ungeeignet erachtet. Die Studie von Takeda et al. (2010) erfüllt zwar die Einschlusskriterien, wurde aber in Form eines Essays geschrieben, in dem der Methoden- und Analyseteil fehlten. Zudem wurden hauptsächlich Meinungen und Annahmen der Autoren thematisiert und mit Literatur belegt. Aus diesen Gründen wurde diese Studie ebenfalls ausgeschlossen.

Die Studie von Bartlett (2012) entspricht vordergründig den Einschlusskriterien, wurde jedoch noch während der Beurteilung als unpassend für die Beantwortung der Fragestellung befunden. Die Studie behandelt das Vorgehen des Kreierens von Cartoons für Personen mit Demenz. Die Betroffenen spielten jedoch nur eine nebensächliche Rolle. Beschrieben wurde fast ausschliesslich der Prozess der Herstellung der Cartoons, was für die Zwecke der vorliegenden Arbeit als nicht relevant beurteilt wird.

### 3.4 Hauptstudien

Folgende sieben Studien wurden als Hauptstudien festgelegt:

#### 3.4.1 Zum Thema Humor und Ergotherapie

Leber, D. A. & Vanoli, E. G. (2001). Therapeutic Use of Humor: Occupational Therapy Clinicians' Perceptions and Practices. *The American Journal of Occupational Therapy*, 55(2), 221-225.

Southam, M. (2003). Therapeutic Humor: Attitudes and Actions by Occupational Therapists in Adult Physical Disabilities Settings. *Occupational Therapy in Health Care*, 17, 23-41.

Vergeer, G. & MacRae, A. (1993). The Use of Humor in Occupational Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 47, 678-684.

### 3.4.2 Zum Thema Humor und Demenz

Hafford-Letchfield, T. (2012). Funny things happen at the Grange: Introducing comedy activities in day services to older people with dementia – innovative practice. *Dementia*, 12(6), 840-852.

Low, L. F., Goodenough, B., Fletcher, J., Xu, K., Casey, A.-N., Chenoweth, L., Fleming, R., Spitzer, P. Bell, J.-P. & Brodaty, H. (2014). The Effects of Humor Therapy on Nursing Residents Measured Using Observational Methods: The SMILE Cluster Randomized Trial. *The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine*, 15(8), 564-569.

Stevens, J. (2011). Stand up for dementia: Performance, improvisation and stand up comedy as therapy for people with dementia; a qualitative study. *Dementia*, 11(1), 61-73.

Walter, M., Hänni, B., Haug, M., Amrhein, I., Krebs-Roubicek, E., Müller-Spahn F. & Savaskan, E. (2007). Humour therapie in patients with late-life depression or Alzheimer's disease: a pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 77-83.

Quantitative Studien wurden anhand des Beurteilungsrasters Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch und Westmorland (1998) und qualitative Studien nach Letts, Wilkins, Law, Stewart, Bosch und Westmorland (2007) beurteilt und auf Reliabilität° und Validität° geprüft, welche im Anhang 3 zu finden sind. Beide Beurteilungsbögen wurden

jedoch als ungeeignet und unübersichtlich erachtet, konnten jedoch zur Erstellung eines Beurteilungsraster in Eigenarbeit zu Hilfe genommen werden. Die Studien wurden erneut nach den selbstgestalteten Beurteilungsrastern ausgewertet.

Die Studie von Walter et al. (2007) erfüllt die Einschlusskriterien, wurde aber nach der Beurteilung aufgrund mangelnder Qualität nach der Beurteilung ausgeschlossen. Zum einen ist die Intensität der Durchführung der Interventionen fragwürdig, da die Humorthherapie für Personen mit Demenz nur alle zwei Wochen stattfand. Es ist zu bezweifeln, dass bei den langen Pausen eine Wirkung erzielt werden konnte. Laut Jette, Warren und Wirtalla (2005) ist eine erhöhte Intensität der Intervention entscheidend für ein gutes Ergebnis. Die Autoren Walter et al. (2007) nennen die geringe Intensität ebenfalls als Limitation ihrer Studie. Zudem wird geschrieben, dass während der Therapie jeweils nur sechs bis acht der zehn Teilnehmenden anwesend waren. Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit gehen davon aus, dass das Fehlen der Übrigen einen entscheidenden Einfluss auf das Resultat gehabt haben könnte. Zudem wurden in der Analyse unpassende Messungen vorgenommen. Mehr als zwei Variablen, insgesamt vier Variablen, wurden anhand des t-Tests<sup>o</sup> verglichen, was zu falschen Ergebnissen führte. Um einer Verfälschung bei Beantwortung der Fragestellung aufgrund der genannten Mängel vorzubeugen, wurden die Studienresultate nicht verwendet.

Die Studie von Low et al. (2014) wurde nach der Beurteilung anfangs als ungeeignet für die Beantwortung der Fragestellung erachtet. Im Abstract<sup>o</sup>, in der Einleitung und in der Diskussion ist zwar von Personen mit Demenz die Rede, jedoch nicht im Titel und in der Beschreibung der Stichprobe. So konnte nicht nachvollzogen werden, ob die Intervention ausschliesslich mit Personen mit Demenz durchgeführt wurde. Um diesen Punkt zu klären, wurde der Autorin Lee-Fay Low eine E-Mail geschrieben, welche umgehend beantwortet wurde. 77 % der teilnehmenden Personen hätten eine Demenz-Diagnose. Laut der Autorin sei es jedoch gut möglich, dass zudem eine Dunkelziffer bei den übrigen Personen bestehe, welche eine nicht diagnostizierte Demenz gehabt haben könnten. Aufgrund der hohen Beteiligung von Personen mit Demenz wurde die Studie nicht ausgeschlossen.

Die Zusammenfassungen der Studien sind im Anhang 2 einzusehen.

### 3.5 Analyse

Alle Resultate aus den sechs Hauptstudien wurden herausgeschrieben, ausgedruckt und einzeln ausgeschnitten. Für jede Studie wurde eine andere Papierfarbe gewählt. In einem interaktiven Prozess diskutierten beide Autorinnen dieser Bachelorarbeit die Resultate und sortierten diese nach Themen. Sobald mehrere Resultate zu einem gleichen, oder ähnlichen Thema passten, wurde ein Oberbegriff definiert, welcher das Thema beschreibt.

Mit Hilfe der verschiedenen Papierfarben zu jeder Studie wurde eine übersichtliche Darstellung erzielt. So konnte auf einen Blick erkannt werden, welche Autoren zu welchen Themen Resultate liefern konnten. In Abb. 4 und Abb. 5 wird die Vorgehensweise anhand von Fotos dargestellt.

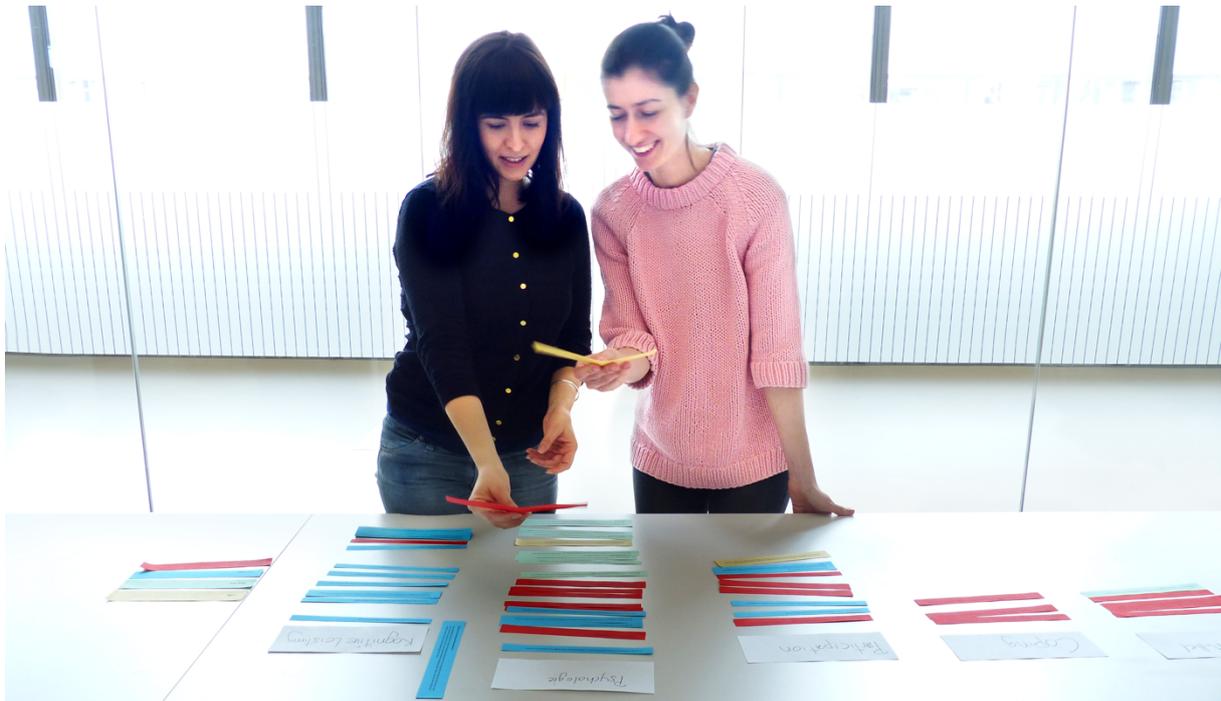


Abb. 4 Das Sortieren der Resultate aus den Hauptstudien. Foto: Jessica Buschor

Bei der Sortierung der Resultate der beiden Rechercherichtungen *Humor und Demenz* und *Humor und Ergotherapie* wurden diese vorerst getrennt voneinander Themen zugeordnet. Dies wurde entschieden aufgrund der Überlegung, dass die Resultate aus der Rechercherichtung *Humor und Ergotherapie* nicht ausschliesslich auf die Arbeit mit Menschen mit Demenz, sondern auf die ergotherapeutische Arbeit mit vielen verschiedenen Krankheitsbildern zurück zu führen sind. Es wurde befürchtet,

dass die Ergebnisse durch Vermischung der Rechercherichtungen verzerrt werden könnten.

Aus den Ergebnissen der beiden Rechercherichtungen ging jedoch hervor, dass sehr ähnliche Themen bei der Sortierung, wie *Coping*, *Partizipation*<sup>o</sup>, *Beziehungsförderung* etc., entstanden sind. Zudem wurden die Aussagen aus den Interviews mit Ergotherapeutinnen zum Thema Humorgebrauch in der Ergotherapie sehr allgemein gehalten und nicht zur Arbeit mit spezifischen Krankheitsbildern gemacht.

Schlussendlich entschieden die Autorinnen dieser Bachelorarbeit die Resultate der beiden Rechercherichtungen zu gleichen Themen trotzdem zusammen aufzuführen.



Abb. 5 Die Methodik der Ordnung der Resultate. Foto: Jessica Buschor

Anschliessend wurden die Resultate und Themen auf Relevanz für die Bearbeitung der Fragestellung geprüft. Themen, die nicht zur Beantwortung dienten, wurden aussortiert. Zum Beispiel gab es ein Thema *Nutzen von Humorgebrauch für die Psychohygiene der Ergotherapeutinnen*. Dabei wurde kein direkter Zusammenhang mit Klienten mit Demenz gefunden und das Thema aus diesem Grund ausgeschlossen.

### **3.6 Transfer in die Praxis**

Ergotherapeutische Modelle und Konzepte wurden systematisch zusammengetragen. Es wurde ergründet, in welches der Modelle und Konzepte die entstandenen Themen der Resultate am besten übertragen werden konnten. Diese wurden beschrieben und eine Verknüpfung mit den Resultaten (Punkt 5 *Diskussion*) hergestellt.

## **4 Resultate aus den Studien**

Die folgenden Resultate aus den Hauptstudien werden wie bereits unter 3.4. *Analyse* erwähnt unter den Überthemen unabhängig von ihrer Zugehörigkeit der Recherherichtung aufgeführt.

### **4.1 Effekt von Humor auf die kognitive Leistung**

In der Studie von Hafford-Letchfield (2012) zeigt sich, dass improvisierte Comedy°, welche in Workshops geübt wurde, eine verbesserte Kommunikation, Schlagfertigkeit und verbessertes Vorstellungsvermögen unter den Teilnehmenden zur Folge hatte. Stevens (2011) untersuchte die Thematik auf ähnliche Weise durch Stand-Up-Comedy° Workshops. Dabei wurden erhöhte Konzentration, verbessertes Erinnerungsvermögen und vermehrt durch Lachen ausgedrückte Freude an der Aktivität der Teilnehmenden beobachtet. Obwohl sich die Betroffenen zu Hause am selben Tag nicht mehr an die Teilnahme erinnern konnten, wussten einzelne noch, dass sie etwas Lustiges gemacht hatten. Ausserdem erinnerten sie sich bei längeren Performance-Sequenzen und Monologen an bereits bestehendes Material und Skripte und konnten darauf zurückgreifen. Bei einigen konnte ein hohes Lernlevel und die Übernahme von Routinen beobachtet werden. Wie Hafford-Letchfield (2012) beschreibt auch Stevens (2011) eine verbesserte Kommunikation, selbst bei Teilnehmenden, welche normalerweise kaum mehr agierten oder sprachen.

### **4.2 Effekt von Humor auf die Psyche**

Laut Hafford-Letchfield (2012) sorgte der Humor für eine gehobene Stimmung, Stressreduktion sowie erhöhtes Well-Being° unter den Teilnehmenden. Weiter führte der Workshop zu einer gesteigerten Eigeninitiative und brachte den eigenen Sinn für Humor sowie die Persönlichkeit der Teilnehmenden zum Ausdruck.

Auch Stevens (2011) beobachtete in seiner Studie, dass vermehrt gelacht wurde. Die Teilnehmenden gewannen an Selbstvertrauen und zeigten sich beim Spielen ihrer Rolle enthusiastisch.

Low et al. (2014) können in ihrer Studie aufzeigen, dass Humorthherapie eine Abnahme von Unruhe und ärgerlicher, ängstlicher oder trauriger Stimmung bei den Teilnehmenden bewirkte.

#### **4.3 Effekt von Humor auf die Partizipation**

Hafford-Letchfield (2012) beschreibt, dass selbst diejenigen, die körperlich nicht in der Lage waren zu tanzen oder zu singen, sich nach ihren Möglichkeiten im Raum mitbewegten. In der Comedy<sup>o</sup> kamen viele soziale Fähigkeiten zum Ausdruck. Auch wird berichtet, dass Beziehungen entwickelt und gefestigt wurden, sowohl zwischen Betreuten als auch zwischen den Angehörigen und Mitarbeitern. Die Mitarbeiter schätzten, dass sie die Betreuten auf eine viel natürlichere Weise kennenlernen konnten. Allerdings wird auch erwähnt, dass es länger dauerte die Männer zu involvieren als die Frauen.

Auch Stevens (2011) berichtet von einem wachsenden Gruppenzusammenhalt und Engagement sowie von einem positiven Effekt auf die Geselligkeit der Teilnehmenden. Alle Angehörigen seien bei der Endaufführung über die Interaktion der Betroffenen innerhalb der Gruppe überrascht gewesen, da sie das im Alltag nicht mehr erlebt haben.

Low et al. (2014) erwähnen ebenfalls den beobachtbaren Trend von vermehrt positivem Verhalten und geringerer aktiver Vermeidung der Partizipation<sup>o</sup> durch Humortherapien.

#### **4.4 Humor als therapeutisches Werkzeug**

Hafford-Letchfield (2012) beschreibt Humor in Kombination mit Mit- und Feingefühl als kraftvolles therapeutisches Mittel. Man könne damit viel über die Betroffenen erfahren und einen Einblick in die Realität Demenzerkrankter gewinnen, wodurch ein klientenzentriertes<sup>o</sup> Arbeiten ermöglicht werde. Weiter wird Lachen als eine Möglichkeit sich selbst angesichts eines heiklen Themas auszudrücken oder um Empathie mit dem Sprechenden zu zeigen, benannt. Ausserdem könne es genutzt werden, um

alltäglichen Problemen die Ernsthaftigkeit zu nehmen und um mit Stress umzugehen oder Lasten zu teilen. Schlussendlich sei Lachen eine Copingstrategie und ein guter Weg um das Well-Being° zu fördern.

Die Nutzung von Humor als Copingstrategie ist laut Vergeer und MacRae (1993) die häufigste Anwendung. Humor sei ein universell zugängliches Werkzeug, um mit Schwierigkeiten umgehen zu können, auch wenn diese nicht direkt kontrolliert werden können. Humor könne als Werkzeug zur Umwandlung von stressdominierten, negativen Denkweisen hin zu positiver Haltung verwendet werden und Probleme entschärfen, indem darin enthaltene absurde Elemente offenbart würden. So könne Humor einen Perspektivenwechsel einleiten, falls Klienten zu sehr auf ihre Krankheit, ihren Schmerz oder auf ihre Trauer fokussiert seien. Humor diene auch als Katalysator für den Heilungsprozess und der emotionalen Aufarbeitung von physischer Belastung, welche zwar noch nicht vollständig verarbeitet sei, jedoch schon Spass vertrage. Der Sinn für Humor des Klienten könne in der Therapie gefördert werden, um Hoffnung und Freude auszulösen.

Vergeer und MacRae (1993) beschreiben eine Wechselwirkung in der Beziehung zwischen Humor und Spiel sowie im emotionalen Self Care°, beim Copingprozess und dem Finden von Freude in Arbeitsaktivitäten. Der Gebrauch und die Förderung von Humor seien passend für die Ergotherapie, da diese mit der ergotherapeutischen Philosophie durch Aktivität eine Adaptation für das alltägliche Leben einzuleiten, übereinstimmen würde.

Southam (2003) konkretisiert, dass 84% der teilnehmenden Ergotherapeutinnen in der Umfrage angegeben haben, dass Humor Klienten beim Coping° schwieriger Situationen helfen könne. Ausserdem waren 64% der Befragten der Meinung, dass Humor die Compliance° und die Gesundheit der Klienten fördere. Die befragten Therapeutinnen waren sich einig, dass Humor in der Ergotherapie einen Stellenwert habe, jedoch in der Praxis noch wenig bewusste Anwendung finde.

#### **4.5 Humor als evaluatives Instrument**

Vergeer und MacRae (1993) sehen Humor auch als Mittel um evaluative Informationen über den Klienten zu erhalten. Es könne Aufschluss geben über kognitive und

soziale Fähigkeiten, Coping<sup>o</sup>-Fähigkeiten, Motivationsfaktoren, psychologische Faktoren sowie den Entwicklungsstatus des Klienten. Das Ziel der Ergotherapeutinnen sei es, den Klienten möglichst ganzheitlich wahrzunehmen. Dies erfordere jede Komponente seines Lebens und die Zusammenwirkung dieser, wahrzunehmen. Da Humor viele dieser Komponenten beeinflussen könne, solle dieser in der Therapie als Teil des ganzheitlichen Therapieansatzes betrachtet werden.

Mitarbeiter der Pflegeheime hätten während des Comedy<sup>o</sup>-Workshops viele Details über die Betreuten erfahren können und Einblicke in die Realität von Demenzbetroffenen erhalten.

#### **4.6 Humoreinsatz in der Therapie**

Über zwei Drittel der Studienteilnehmenden nutzen laut Southam (2003) spontanen Humor in 50 % oder mehr der Interaktionen mit ihren Klienten. Die Mehrheit nutze jedoch beide Arten, spontanen und geplanten Humor. 64% würden Humor in der Therapie zur Unterstützung des Copings<sup>o</sup> des Klienten nutzen, 39% der Befragten würden Humor einsetzen, um die physische Gesundheit des Klienten zu unterstützen. Rund ein Drittel der Befragten der Studie von Leber und Vanoli (2001) gaben an Medien oder Spielformen mit humoristischen Inhalten wie Clowning, lustige Kurzfilme, Geschichten oder Bilder in ihrer Institution zu verwenden.

Alle Teilnehmenden der Studie von Vergeer und MacRae (1993) gaben an Humor in der Therapie spontan zu nutzen und sahen Spontanität als einen Schlüsselfaktor in der erfolgreichen Humornutzung. Trotzdem sei es schon vorgekommen, dass Humor gelegentlich geplant eingesetzt wurde. Vorsätzliche Humortechniken könnten aber nur wirken, wenn spontane Elemente hineinfließen.

Leber und Vanoli (2001) kamen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass eine signifikant negative Korrelation<sup>o</sup> zwischen dem Dienstalter der Ergotherapeutinnen und dem Humorgebrauch während der Klienten-Evaluation<sup>o</sup> besteht.

#### **4.7. Kontextfaktoren und Beziehungsförderung**

Eine humorvolle Umgebung könne laut Vergeer und MacRae (1993) Ergotherapeutinnen dabei helfen ein optimales therapeutisches Milieu zu gestalten. Humor habe

nicht nur einen direkten Einfluss auf den Klienten selbst, sondern auch auf das Arbeitsklima und Wohlbefinden der Therapeutin. Der Studie kann auch entnommen werden, dass alle Teilnehmenden Humor als Mittel anwenden, um eine freundliche, komfortable und entspannte Atmosphäre an ihrem Arbeitsplatz zu schaffen. Auch der Nutzen für einen gleichberechtigten und kooperativen Beziehungsaufbau sowie als nichtkonfrontierenden Ansatz des Verhaltensmanagements werden genannt. Southam (2003) bestätigt ebenfalls, dass Ergotherapeutinnen Humor in erster Linie zur Beziehungsförderung nutzen.

#### **4.8 Therapeutic Use of Self**

In der Studie von Vergeer und MacRae (1993) wird der Gebrauch von Humor in der ergotherapeutischen Arbeit mit Klienten häufig in Zusammenhang mit dem therapeutic Use of Self<sup>o</sup> erwähnt. Humornutzung wurde von den Befragten als hilfreich für eine positive soziale Interaktion und zur Förderung von Empathie und Ehrlichkeit angesehen. Eine Teilnehmerin gab an, dass sie in der Lage war konfrontative Situationen zu vermeiden, indem sie durch eine humorvolle Haltung ihre Autoritätsrolle zu einer Gleichstellung mit den Klienten herunter zu brechen vermochte. Eine weitere Teilnehmerin äusserte, dass sie während der Arbeit mit Klienten nach Gründen suchen würde über sich selber zu lachen, um Distanz zwischen sich und dem Klienten abzubauen. Durch das Über-sich-selber-lachen habe sie vermitteln können, dass auch sie nicht fehlerlos sei und wie sie damit umgehe.

Der Einsatz von Humor in der Therapie erfordere einen professionellen und intuitiven Einsatz von Timing und Art des Humors. Zwei Teilnehmende gaben an, dass jede konstruktive Erfahrung von Humornutzung förderlich für Therapeuten sei, um ihren eigenen therapeutischen Humor zu entwickeln. So beschrieb eine Teilnehmende, dass sie sich erst mit fortgeschrittener Berufserfahrung in der Psychiatrie zugetraut habe, Humor einzusetzen. Anfangs habe sie gedacht, die Klienten wären zu labil, um mit humorvollen Äusserungen umgehen zu können. Aber nun wisse sie, dass die Klienten auf zwei verschiedene Weisen auf Humor reagieren können und beide Varianten Vorteile mit sich bringen würden. Die einen Klienten könnten Vorteile für sich aus dem Humor ziehen. Bei Klienten, welche negativ auf Humor reagieren würden, könne sie erkennen, dass in der Ergotherapie an ihren sozialen und persönlichen

Funktionen gearbeitet werden müsse, mit dem Ziel die Empfindlichkeit auf Humor zu verringern.

#### **4.9 Kontraindikationen von Humor in der Therapie**

Die Befragten in der Studie von Vergeer und MacRae (1993) waren sich einig, dass sich nicht jede Art von Humor in der ergotherapeutischen Arbeit eigne. Humor auf Kosten von Klienten, wie auch Humor, welcher ein abstraktes Denken voraussetze und den Klienten überfordern könnte, wurde als unpassend angesehen. Es dürfe nur Humor Einsatz finden, welcher auf einem gemeinsamen kulturellen Verständnis basiere.

#### **4.10 Well-Being**

Hafford-Letchfield (2012), Low et al. (2014) und Stevens (2011) konnten alle beobachten, dass die Humor- und Comedy<sup>o</sup>-Workshops einen positiven Einfluss auf die Stimmung der Teilnehmenden mit Demenz hatte. Vergeer & MacRae (1993) schreiben, dass Humor eine heilende Wirkung habe und ermöglichen würde das Leben zu geniessen.

### **5 Diskussion**

#### **5.1 Kritische Beurteilung der Hauptstudien**

Die Beurteilung der Hauptstudien erbrachte insgesamt eine durchschnittliche bis gute methodologische Qualität und eine gute Aussagekraft der Resultate. Die Studie von Leber und Vanoli (2001) der Forschungsrichtung *Ergotherapie und Humor* schnitt in der Beurteilung insgesamt am besten ab. Sie zeichnet eine detaillierte, nachvollziehbare Beschreibung der methodischen Vorgehensweise aus. Die Stichprobengrösse ist dem Forschungszweck angepasst und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar. Die kritische Auseinandersetzung mit Limitationen der Studie unterstützt ihre Glaubwürdigkeit. Sie wurde als valide<sup>o</sup> und reliabel<sup>o</sup> erachtet und die Resultate als vertrauenswürdig.

Auch die Studie von Vergeer und MacRae (1993) fiel in der Beurteilung mehrheitlich gut aus. Ein Mangel der Studie ist, dass die methodische Vorgehensweise nicht detailliert beschrieben wird und nicht immer nachvollziehbar ist. Die Kategorisierung der

Resultate und die Schlussfolgerung hingegen wurden als angemessen beurteilt. Konkrete Aussagen der Teilnehmenden werden im Ergebnisteil dargestellt. Es ist ersichtlich, wie viele der Teilnehmenden welche Aussage zur entsprechenden Thematik gemacht haben und es ist keine Pauschalisierung durch die Forscherinnen wahrnehmbar. Die Resultate wurden als vertrauenswürdig erachtet. Die dritte Studie der Rechercherichtung *Ergotherapie und Humor* von Southam (2003) weist einige Mängel in der Vorgehensweise auf. Es wurde wenig hinterfragt und trotz der geringen Rücklaufquote<sup>o</sup> der Fragebögen keine Verbesserungen oder Anpassungen des Fragebogens vorgenommen. Da für die Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit Resultate zur Art des Einsatzes von Humor durch Ergotherapeutinnen von Interesse sind und weniger Prozentzahlen zu Häufigkeiten, konnten die Resultate trotzdem verwendet werden. Die Analysemethoden wurden zudem als passend bewertet. Die Studie von Low et al. (2014) schnitt beim Forschungsbereich *Humor und Demenz* am besten ab. Einige Kritikpunkte sind in der Darstellung und Beschreibung der Massnahmen zwar aufgefallen, die Analysemethode wurde jedoch als angebracht angesehen und die Resultate als vertrauenswürdig beurteilt. Die Forscher üben unter Punkt *Limitationen* Eigenkritik, sodass davon ausgegangen werden kann, dass so seriös wie möglich gearbeitet wurde.

Ein grosser Kritikpunkt besteht darin, dass keine Angaben gemacht werden, wie gross der Anteil der Bewohner mit Demenz ist, was gerade für die Bearbeitung der Fragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit von entscheidender Bedeutung ist. Dieser Punkt konnte jedoch durch die Rückfrage bei der Autorin geklärt werden. Es wurde entschieden aufgrund der hohen Beteiligung von Personen mit Demenz (77%) die Ergebnisse für die Bearbeitung der Fragestellung zu verwenden. Trotzdem ist als kritisch zu erachten, nicht zu wissen in welcher Grössenordnung die Resultate der Low-Studie durch die Prozentzahl der Personen ohne Demenz kontaminiert<sup>o</sup> wurden. Da die Anzahl der Teilnehmenden ohne Demenz jedoch unter einem Drittel lag, gingen die Autorinnen dieser Bachelorarbeit davon aus, dass die mögliche Verzerrung durch diesen Umstand nicht signifikant ausgefallen ist.

Die Studie von Stevens (2011) fiel gesamthaft in der Beurteilung durchschnittlich aus. Zum Teil werden die methodische Vorgehensweise und die Beschreibung der

Stichprobe wenig ausführlich beschrieben. Aufgrund dessen, dass mehrere Varianten der Triangulierung° angewendet wurden und die Resultate aus Feldnotizen, Beobachtung durch unterschiedliche Personen und Interviewführung verschiedener beteiligter Personen im Konsens übereinstimmen, wurden die Resultate als vertrauenswürdig befunden.

Die Studie von Hafford-Lechfield (2012) fiel in der Beurteilung unterdurchschnittlich bis mittelmässig aus. Es wird kaum Triangulation° angegeben und bei der Analyse des Filmmaterials handelt es sich um einen Augenzeugenbericht. Deshalb ist anzunehmen, dass die Ergebnisse sehr subjektiv ausfallen. Die Resultate wurden daher zwar zur Beantwortung der Fragestellung miteinbezogen, jedoch als kritisch beurteilt. Die detaillierte Beurteilung der Hauptstudien ist in Anhang 3 einzusehen.

## **5.2 Limitationen der Hauptstudien**

Im Folgenden werden die ausschlaggebendsten Limitationen bei der Durchführung der Hauptstudien aufgezeigt.

Die subjektiven Meinungen der an Demenz erkrankten Teilnehmenden der Hauptstudien zum Thema *Humor und Demenz* konnten nicht berücksichtigt werden, was als eine der meist entscheidenden Limitationen angesehen werden kann. In der Studie von Stevens (2011) findet dieser Umstand Erwähnung, ohne dass der Grund dafür angegeben wird. Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit führen dies auf den Umstand zurück, dass die Teilnehmenden auf Grund der Demenz und dem damit einhergehenden Gedächtnisverlust, nicht fähig waren über ihre subjektive Empfindung während der Comedy°-Workshops und Humortherapien zu reflektieren. Als weitere Limitation kann genannt werden, dass in keiner der untersuchten Studien zum Thema eine allgemeingültige Definition für Humor angegeben wird. Somit kann schlecht nachvollzogen werden, was die Autoren und Autorinnen unter Humor verstehen. Snowden (2003) argumentiert, dass Forschungsergebnisse zum Thema Humor aus genannten Gründen kritisch zu beurteilen sind. Je nach Auffassung von Humor, sei der Spielraum, was als Humor bezeichnet wird, sehr gross. So könnten die gleichen Untersuchungen von zwei unabhängigen Forschern mit unterschiedlicher Auffassung von Humor durchgeführt, unterschiedliche Ergebnisse liefern.

### 5.3 Kritische Diskussion der Resultate

In keiner der Studien wird diskutiert, ob das Lachen der Teilnehmenden tatsächlich stets auf eine humoristische Situation zurückzuführen war. Gerade bei dem Krankheitsbild Demenz sollte aufgrund der reduzierten Fähigkeiten des Verständnisses (Clark et al., 2015; Clark et al., 2016) Vorsicht geboten sein. Wie im theoretischen Hintergrund beschrieben, existieren laut Schmitt und Williams (1971) unzählige Humordefinitionen. Zudem bestehen die Auffassungen, dass Lachen nicht mit Humor gleichgesetzt werden kann, da Lachen nicht zwingend ein Ergebnis von Humor sein muss – genauso wenig wie beispielsweise Schreien zwangsläufig eine Folge von Schmerz ist (Mahony, 2000; Foot, 1997). Gelächter kann möglicherweise als Folge einer Stresssituation oder Aggression auftreten, bei der Lachen als Mittel zur Spannungsreduktion erfolgt. Saunders (1998) beobachtete bei Personen mit leichter Demenz in der Interaktion mit dem Gesundheitspersonal, dass Lachen oft zum Dominieren, Verunglimpfen oder Beschwichtigen des Gegenübers eingesetzt wurde. Dies geschehe um sich selber vor peinlichen Situationen zu schützen. Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit sind der Meinung, dass es Einfühlungsvermögen und eine gute Menschenkenntnis braucht, um humorvolle Situationen mit an Demenz erkrankten Klienten richtig einschätzen und dementsprechend reagieren zu können.

Low et al. (2014) schreiben, dass Messungen jeweils während einer vorgegebenen Aktivität, während des Essens und zu einem Zeitpunkt in der Freizeit vorgenommen wurden. Dabei wurden signifikante Effekte auf die Stimmung der Teilnehmenden der Humorgruppen im Gegensatz zur Kontrollgruppe erfasst. Interessant wäre gewesen, wenn Angaben dazu gemacht worden wären, wie viel Zeit zwischen den Humorinterventionen und den Messungen vergangen war. Daraus hätte abgeleitet werden können, über welche Zeitspanne hinweg sich die Effekte von Humorinterventionen auf Betroffene auswirken können.

Stevens (2011) erwähnt, dass durch den Comedy°-Workshop ein erhöhtes Erinnerungs- und Lernvermögen der Teilnehmenden beobachtbar war. Es stellt sich die Frage, was diesen Effekt auslöste. Ob dies tatsächlich dem Einsatz von Humor zu verdanken war oder es möglicherweise daran lag, dass beim Workshop immer wieder dieselben oder sehr ähnliche Aktivitäten durchgeführt wurden, sodass sich eine Routine unter den Teilnehmenden einstellte, bleibt offen. Um diese Frage zu klären

bedarf es einer genaueren Nachforschung. Southam und Barker Schwartz (2004) vermuten hingegen tatsächlich einen Zusammenhang zwischen Humor und Lernen. Der Lernprozess könne möglicherweise verbessert werden, weil Humor die Aufmerksamkeit fördere. Dies wiederum könnte mit der Aktivierung des Belohnungssystems durch das Lachen (Goel & Dolan, 2001) in Zusammenhang stehen und dafür sprechen, dass Personen in humorvollen Situationen aufmerksamer sind. Die Aktivierung des Belohnungssystems könnte die Motivation steigern einem Vorgang aufmerksam zu folgen, was wiederum den Lernprozess unterstützen könnte. Siegel (1986) berichtet, dass die beiden Gehirnhälften während des Lachens auf ungewöhnliche Weise miteinander kommunizieren. Wird etwas als humorvoll erkannt, so arbeiten beide Hemisphären in Einklang (Ornstein, 1997). Druck oder Stress schränkt das Aufnahmevermögen des Menschen ein (Spitzer, 2008), Lachen hingegen dient dem Stressabbau (Abel, 2002). Durch das Erleben von Freude und Heiterkeit kann demnach Stress verringert und somit der Lernprozess begünstigt werden. „Nur ein entspanntes, gar vergnügtes Hirn lernt gut und gerne!“, Spitzer (2008).

Eine weitere Kritik liegt darin, dass kulturelle und geschlechterspezifische Aspekte in Bezug auf die Resultate zur Humorverwendung und Humorverständnis kaum diskutiert werden. Humor ist zwar eine universelle Ausdrucksform, welche dem zwischenmenschlichen Austausch dient, die Form der Verwendung und das Humorverständnis variiert jedoch von Kultur zu Kultur stark (Schugk, 2004; Nevo, Nevo & Yin, 2001). Auch das Geschlecht spielt eine Rolle (Knieper & Schenk, 2002; MacCullough & Taylor, 1993). Zum Beispiel werden Witze häufiger von Männern erzählt als von Frauen (Nevo et al. 2001, S. 145). In der Studie von Hafford-Letchfield (2012) wird allerdings erwähnt, dass es länger dauerte die Männer in den Comedy<sup>o</sup>-Workshop zu integrieren als die Frauen. Ob Unterschiede bezüglich der kulturellen Hintergründe der Teilnehmenden bestanden haben, wird in keiner der Hauptstudien thematisiert.

## **6 Transfer in die Praxis**

Im folgenden Abschnitt werden die Resultate in ergotherapeutische Modelle und Konzepte transferiert.

## **6.1 Humor als Copingstrategie**

Laut Habermann und Kolster (2002) sind Copingstrategien konstruktive, realitätsangepasste und flexible Auseinandersetzungen mit problematischen Situationen, in denen nicht mit Handlungsroutinen reagiert werden kann. Copingstrategien werden im Allgemeinen für die Krankheitsbewältigung benötigt. Für ein routiniertes Coping werden eine affektive und kognitive Abschätzung der Situation, der Lösungs- und Handlungsalternativen und ein Beurteilen während der Ausführung zur Neubewertung und zur alternativen Entwicklung benötigt (Habermann & Kolster, 2002).

Den humorvollen Aspekt in problematischen Situationen zu erkennen, kann der Problematik die Gewichtung nehmen (Hafford-Letchfield, 2012; Vergeer & MacRae, 1993) und könnte nach Meinung der Autorinnen dieser Bachelorarbeit zu Optimismus und Gelassenheit verhelfen. Ähnliches erwähnen Godfrey (2004) und Wilkins und Eisenbraun (2009), die besagen, dass Humor einen Perspektivenwechsel zu vollziehen vermag. Wenn sich in der Therapie herauskristallisiert, dass der an Demenz erkrankte Klient Humor zeigt und auch in schwierigen Situationen humorvoll reagieren kann, so sollte dies als Ressource (Schaade, 2009) angesehen und von der Therapeutin gefördert werden. Allerdings muss dieser Humorgebrauch unterschieden werden von dem von Menschen mit einer Demenz im frühen Stadium. Diese nutzen häufig Humor, um sich selbst vor peinlichen Situationen zu schützen, welche durch Erinnerungsausfälle entstehen können (Saunders, 1998). Sie könnten sensibler auf Witze oder Humor reagieren, da sie sich bewusst sind, dass sie Schwierigkeiten haben, komplizierte Inhalte zu verstehen (Takeda et al., 2010). Dies sollte die Ergotherapeutin berücksichtigen und abwägen inwiefern der Humorgebrauch den Klienten fördern oder verunsichern könnte. „Auch Aggression kann mit Lachen überdeckt sein, ebenso Unsicherheit oder die Abwehr von Gefühlen. Die wenigsten von uns lachen ohne äußeren Auslöser plötzlich los, wenn sie alleine sind. Wenn wir gekitzelt werden, kann es sein, dass wir aus Reflex lachen, auch wenn wir es schon längst nicht mehr lustig finden“ (Niehaus, 2010. S. 13).

## **6.2 Transfer zu Occupational Balance**

Agitiertheit<sup>o</sup> und Passivität sind die häufigsten Verhaltensstörungen, die mit einer Demenzerkrankung einhergehen. Diese Form des Verhaltens trete täglich auf und

werde als relativ resistent gegenüber Interventionen beschrieben (Halek & Bartholomeyczik, 2006). Passives Verhalten habe Ähnlichkeit mit Symptomen einer Depression. Diese könne aber auch unabhängig von einer Depression, anderen Begleiterkrankungen oder als Folge einer medikamentösen Behandlung, auftreten. Grundsätzlich steigt bei der Abnahme kognitiver Fähigkeiten die Wahrscheinlichkeit passiven Verhaltens an (Colling, 1999). Passives Verhalten fände häufig weniger Beachtung als agitiertes<sup>o</sup> Verhalten. Dies könne mit den Konsequenzen für den Betrachter zusammenhängen. Zurückhaltende, stille Menschen würden die Aufmerksamkeit wesentlich weniger herausfordern und aus diesem Grund wahrscheinlich als weniger belastend erlebt. Für die Betroffenen jedoch könne dieses Verhalten einen enormen Einfluss auf das alltägliche Leben und Wohlbefinden haben (Halek & Bartholomeyczik, 2006).

Stevens (2011) berichtet in seiner Studie, dass die Teilnehmenden während den Stand-Up-Comedy<sup>o</sup> Workshops enthusiastisch wirkten. Nach Ansicht der Autorinnen dieser Bachelorarbeit ist diese Aussage vor allem in Anbetracht des *3-Dimensionen-Modells der Occupational Balance* (Jonsson & Persson, 2006) für die Ergotherapie relevant. Dieses konzeptionelle Modell der Ergotherapie beschreibt die drei Dimensionen in denen eine Person Betätigung erlebt.

Die erste Dimension *Flowing* beschreibt die Befindlichkeiten *Flow* und *Kontrolle*. Dabei stimmen hohe bis moderate Anforderungen mit den zur Ausübung erforderlichen Fähigkeiten überein. Flowing-Betätigungen bringen ein Gefühl der Kompetenz mit sich und fördern somit das Well-Being<sup>o</sup>. Die zweite Dimension *Exacting* fasst Besorgnis, Ängstlichkeit und Erregung zusammen und beschreibt den Erfahrungszustand, bei dem hohe Anforderungen nicht mit persönlichen Fähigkeiten übereinstimmen. Diese Dimension ist jedoch gleichzeitig eine wichtige und notwendige Quelle für die persönliche Entwicklung und triggert<sup>o</sup> neue Flow-Erfahrungen. Die dritte Dimension *Calming* beinhaltet Entspannung, Langeweile und Apathie<sup>o</sup> und meint einen Zustand mit geringer bis moderater Anforderung, unabhängig von den persönlichen Fähigkeiten. Aber auch diese Dimension spielt eine wichtige Rolle in der Occupational Balance, da sie das Aufladen der Energieressourcen ermöglicht. Alle drei Dimensionen

sollten im Leben eines jeden Menschen ausgewogen vorhanden sein, damit ein Well-Being° zustande kommen kann.

Wie in Abb. 6 dargestellt, könnten die drei Dimensionen zu gleichen Teilen vorhanden sein. Die optimale Verteilung ist jedoch individuell (Reed & Sanderson, 1994).

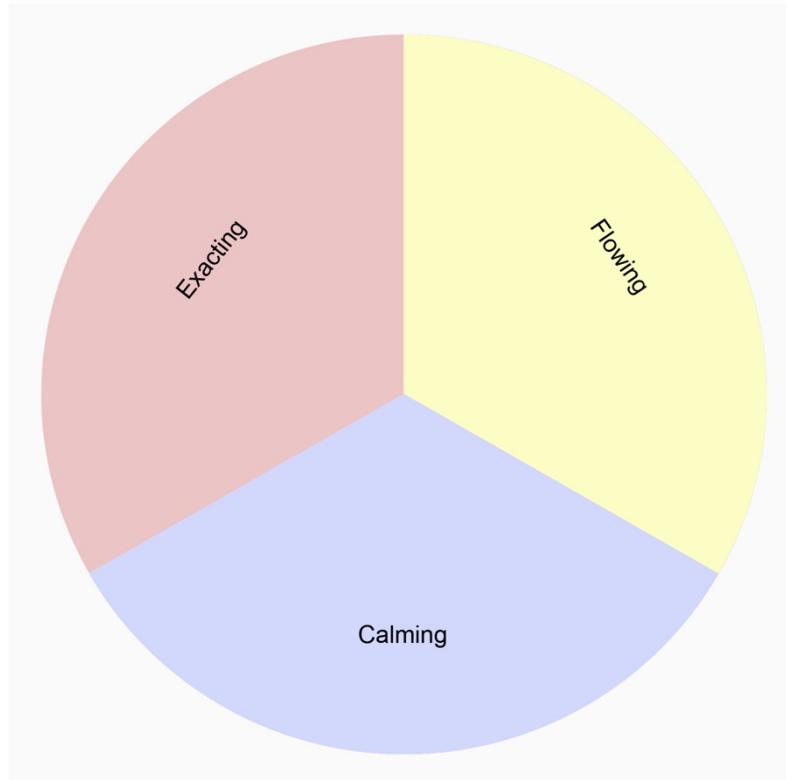
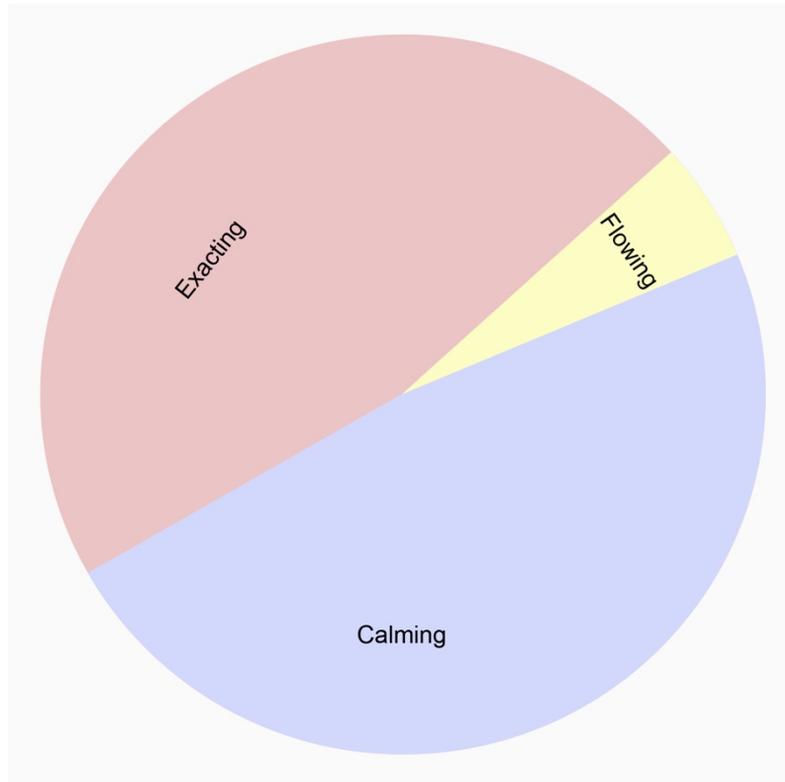


Abb. 6 Das 3-Dimensionenmodell der Occupational Balance. Grafik: Jessica Buschor

Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit gehen davon aus, dass sich Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz hauptsächlich in den letzteren Dimensionen Calming und Exacting bewegen, da erlebt wurde, dass die Klienten oftmals entweder aufgebracht, verwirrt und überfordert mit der Situation waren oder passiv und geistig abwesend wirkten. Überwiegen diese Zustände, so führt dies zu einer *occupational imbalance* (Abb. 7).



*Abb. 7 Darstellung der Verteilung der drei Dimensionen, wie sie bei Personen mit Demenz aussehen könnte. Grafik: Jessica Buschor*

Für ihr Well-Being° wäre es wichtig, ihnen Flow-Erlebnisse zu verschaffen. Allerdings erschweren Krankheitsbilder, welche die Konzentration und Aufmerksamkeit beeinträchtigen das Erleben von Flow (Csíkszentmihályi, 1990). Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit schlussfolgern daraus, dass Menschen mit einer ausgeprägten Demenz nicht, oder kaum mehr in der Lage sind, Flow zu erleben.

Bezieht man sich auf die Aussage von Stevens (2011), so aktivierte der Gebrauch von Humor die Teilnehmenden und sie nahmen während des Comedy-Workshops aktiv am Geschehen teil. Es lässt sich darüber streiten, ob Humor als Betätigung definiert werden kann. Wenn jedoch mit Hilfe von Humor Menschen mit Demenz angeregt werden innerhalb ihrer Fähigkeiten an einer Aktivität teilzunehmen und Freude und Wohlbefinden zu erleben, so sind die Autorinnen dieser Arbeit der Meinung, dass dies durchaus mit dem Erleben von Flow gleichgesetzt werden kann. Auf die Ergotherapie angewendet, könnten humorvolle Anteile hilfreich sein, während einer Intervention die Menschen zu aktivieren und sie für Momente aus dem Zustand des

Calming oder Exacting heraustreten zu lassen. Der Zustand, in dem sie sich in diesen Momenten befinden kann zwar nicht der herkömmlichen Definition von Flow zugeschrieben werden, ist jedoch ähnlich. Sie sind in dem Moment glücklich, erheitert und fühlen sich als Teil einer Gemeinschaft, auch wenn sie möglicherweise nicht wirklich verstehen, was ihre Aufgabe ist bzw. sie immer wieder an Grenzen ihres Könnens innerhalb der Tätigkeit stossen.

### **6.3 Transfer zu CMOP-E**

Ein weiteres ergotherapeutisches Modell, in das sich Humor transferieren lässt, ist das *Canadian Model of Occupational Performance & Engagement (CMOP-E)* [CMCE] (Townsend & Polatajko, 2007). Das CMOP-E ist ein konzeptionelles Modell und erklärt Zusammenhänge, welche die menschliche Performanz<sup>o</sup> ausmachen. Der Ergotherapeutin hilft es ihren Klienten umfassend wahrzunehmen und in der Evaluation<sup>o</sup> keinen Aspekt zu vergessen oder zu vernachlässigen. Die beiden Kernelemente des Modells sind Klientenzentriertheit<sup>o</sup> und Betätigung. Die Grundannahmen sind, dass Betätigung Auswirkungen auf Gesundheit und Well-Being<sup>o</sup> hat, Zeit organisiert, den Alltag strukturiert und dem Leben eine Bedeutung gibt. *Umwelt, Betätigung* und *Person* spielen im CMOP-E eine wichtige Rolle. Im Modell wird erklärt, wie die drei Elemente in Zusammenhang stehen und die Performanz<sup>o</sup> und die Partizipation<sup>o</sup> des Menschen beeinflussen. In Abb. 8 wird das Modell grafisch nach Townsend und Polatajko (2007) dargestellt. Die *Betätigung* verbindet die Person mit der Umwelt.

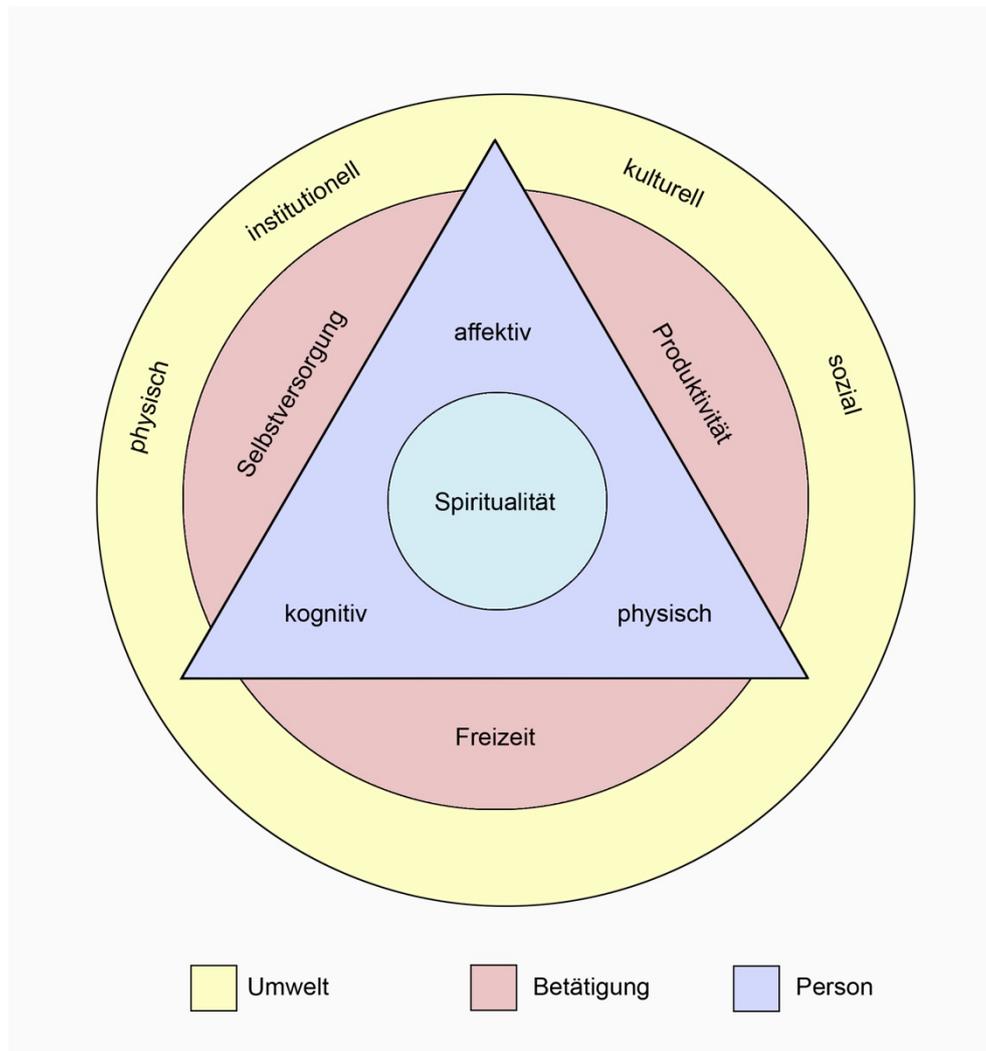


Abb. 8 Das CMOP-E Modell. Grafik: Jessica Buschor

Im Folgenden werden Begrifflichkeiten zum besseren Verständnis des Modells erklärt sowie für diese Arbeit relevante Teilbereiche näher erläutert.

### 6.3.1 Umwelt

Das im Modell enthaltene Element der *Umwelt* setzt sich aus den vier Faktoren *soziale*, *kulturelle*, *institutionelle* und *physische Umwelt* zusammen. Die *soziale Umwelt* bezeichnet soziale Beziehungen, Einstellungen und Überzeugungen. Unter *kulturelle Umwelt* fallen Traditionen und Werte von Personengruppen. Die *institutionelle Umwelt* beinhaltet gesellschaftliche Praktiken, ökonomische, rechtliche und politische In-

stitutionen. Die *physische Umwelt* setzt sich aus natürlichen und geschaffenen Räumen, in denen Betätigung stattfindet, zusammen. In der Ergotherapie wird die Umwelt des Klienten berücksichtigt und aktiv miteingebunden, um die Therapie sinnvoll und ganzheitlich auszurichten (Townsend & Polatajko, 2007).

Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit gehen davon aus, dass die Verwendung von Humor das therapeutische Setting und somit die institutionelle Umwelt mitgestalten kann. Laut den Ergebnissen von Vergeer und MacRae (1993) könne Humor dazu verhelfen ein optimales therapeutisches Milieu zu gestalten, indem er eine freundliche, komfortable und entspannte Atmosphäre schaffe. Gage (2002, S. 105) bestätigt diese Erkenntnis: „Klienten finden eine Umgebung wichtig, in der man bei der Arbeit auf das Ziel hin auch mal lachen kann“.

### **6.3.2 Betätigung**

Der Begriff *Betätigung* steht für bedeutungsvolle Handlungen, in welche die *Person* in ihrem Alltag eingebunden ist und wird im CMOP-E Modell umfassend definiert. Sie umfasst die Bereiche *Selbstversorgung*, *Produktivität* und *Freizeit*. Zur *Selbstversorgung* gehören alle Handlungen, die ausgeführt werden, um für sich selbst zu sorgen. *Produktivität* meint Tätigkeiten, welche einen Beitrag zum ökonomischen oder sozialen Leben leisten. Die *Freizeit* umfasst *Betätigungen*, die Erholung bieten oder soziale Aktivitäten sind (Jerosch-Herold, Marotzki, Stubner & Weber, 2009).

### **6.3.3 Person**

Im CMOP-E steht die *Person* im Mittelpunkt und definiert sich durch die *Spiritualität* sowie die *physischen*, *affektiven* und *kognitiven Performanzkomponenten*<sup>o</sup>. Diese geben auch Aufschluss über die individuellen Ressourcen und Einschränkungen in der Partizipation<sup>o</sup> der *Person*.

#### **6.3.3.1 Spiritualität**

Die *Spiritualität* liegt im Zentrum der Person und bezieht sich auf das persönliche Innere, den Wesenskern. Sie wird durch die *Umwelt* mitgeprägt, verleiht den *Betätigungen* Bedeutung und wird in deren Ausführungen sichtbar (Townsend & Polatajko, 2007). Ausserdem ist sie die durchdringende Lebenskraft, die zur Entwicklung des

Selbst und des Willens beiträgt. Darunter sind intrinsische Motivation, Werte und das Wesen der *Person* zu verstehen, welche sie motivieren, sich den Aufgaben des täglichen Lebens zu stellen. Laut der Studie von Hafford-Letchfield (2012) brachte der Humor-Workshop unter anderem die Persönlichkeit der Teilnehmenden zum Ausdruck. Dies könne dazu beitragen der Therapeutin ein ganzheitliches Bild des Klienten zu ermöglichen. Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit würden diesen Effekt von Humor der *Spiritualität* zuordnen.

### 6.3.3.2 Performanzkomponenten

Die *physische Performanzkomponente*<sup>o</sup> umfasst alle sensorischen und motorischen Funktionen. Zur *affektiven Performanzkomponente*<sup>o</sup> zählen die sozialen und emotionalen Funktionen. Die *kognitive Performanzkomponente*<sup>o</sup> schliesst alle mentalen, kognitiven und intellektuellen Funktionen ein. Unter anderem beinhaltet sie Perzeption<sup>o</sup>, Konzentration und Gedächtnis (Jerosch-Herold et al., 2009).

Der Studie von Low et al. (2014) ist ein Trend von vermehrt positivem Verhalten und geringerer aktiver Vermeidung der Partizipation<sup>o</sup> der Teilnehmenden zu entnehmen. Somit kann Humor bei Defiziten, welche die *affektiven Performanzkomponenten*<sup>o</sup> betreffen, eine Partizipation<sup>o</sup> fördern. Ausserdem kann der Sinn für Humor als Ressource der *affektiven Performanzkomponenten*<sup>o</sup> der Klienten in der Therapie unterstützt werden, damit dieser bei ihnen Hoffnung und Freude auslöse (Vergeer und MacRae, 1993).

Hafford-Letchfield (2012) und Stevens (2011) kamen in ihren Studien auf das Resultat einer verbesserten Kommunikation, selbst bei den Betroffenen, die in ihrem Alltag kaum mehr agieren oder sprechen. Daraus kann geschlossen werden, dass Kommunikation auch die *kognitiven Performanzkomponenten*<sup>o</sup> positiv beeinflussen kann.

Selbst auf *physische Performanzkomponenten*<sup>o</sup> kann Humor eine Wirkung haben, wie der Studie von Vergeer und MacRae (1993) entnommen werden kann. Darin wird Humor als ein Katalysator für den Heilungsprozess und die emotionale Aufarbeitung von physischer Belastung beschrieben. Humor sei ein eingebauter Mechanismus des Menschen, welcher bei der Heilung als Copingstrategie helfe den Heilungsprozess voran zu treiben.

#### **6.4 Verknüpfung der Elemente durch die Autorinnen dieser Bachelorarbeit**

Letztendlich stehen alle drei Elemente *Umwelt*, *Betätigung* und *Person* in engem Zusammenhang und nehmen gegenseitig Einfluss. Die *Betätigung* verbindet die *Person* mit der *Umwelt*. Die *Umwelt* selber und *Performanzkomponenten*<sup>o</sup> der *Person* wiederum erschweren oder begünstigen die *Betätigung*. Aus diesem Zusammenspiel ergeben sich die *Betätigungsperformanz*<sup>o</sup> und das Eingebundensein in eine *Betätigung* und die *Gesellschaft*.

Dass Humor diese Teilhabe fördern kann, zeigte sich in der Studie von Hafford-Letchfield (2012). Die Autorinnen dieser Bachelorarbeiten führen diese Umstände auf die *Umwelt* und die *Spiritualität* der *Person* zurück. Ein humorvolles Setting (*soziale* und *institutionelle Umwelt*) scheint den Resultaten der Studie von Hafford-Letchfield (2012) und Stevens (2011) zufolge, die *Motivation* (*Spiritualität* der *Person*) am Geschehen Teil zu nehmen, zu fördern und könnte somit Einfluss auf die *Betätigung* nehmen. Genauso könnte das Setting eine negative Wirkung auf die *Motivation*, die *Betätigung* und die *Partizipation*<sup>o</sup> haben, wenn Humor eine kontrainduktive Eigenschaft hat. Beispielsweise dann, wenn durch kognitive Einschränkungen (*kognitive Performanzkomponente*<sup>o</sup>) Humor nicht mehr verstanden wird (Clark et al. 2016) und das Lachen als Auslachen empfunden wird (Gardner et al., 1975).

#### **6.5 CMCE**

Im folgenden Abschnitt werden die Resultate in ein weiteres ergotherapeutisches Modell, das *Canadian Model of Client-Centered Enablement* [CMCE] übertragen. CMCE entstand aus einer Weiterentwicklung des CMOP-E und beschreibt grundlegende Kompetenzen der Ergotherapeutin, die gewährleisten, dass eine gute Zusammenarbeit mit dem Klienten stattfinden kann. Im CMCE werden diese dargestellt und beschrieben (Townsend & Polatajko, 2007).

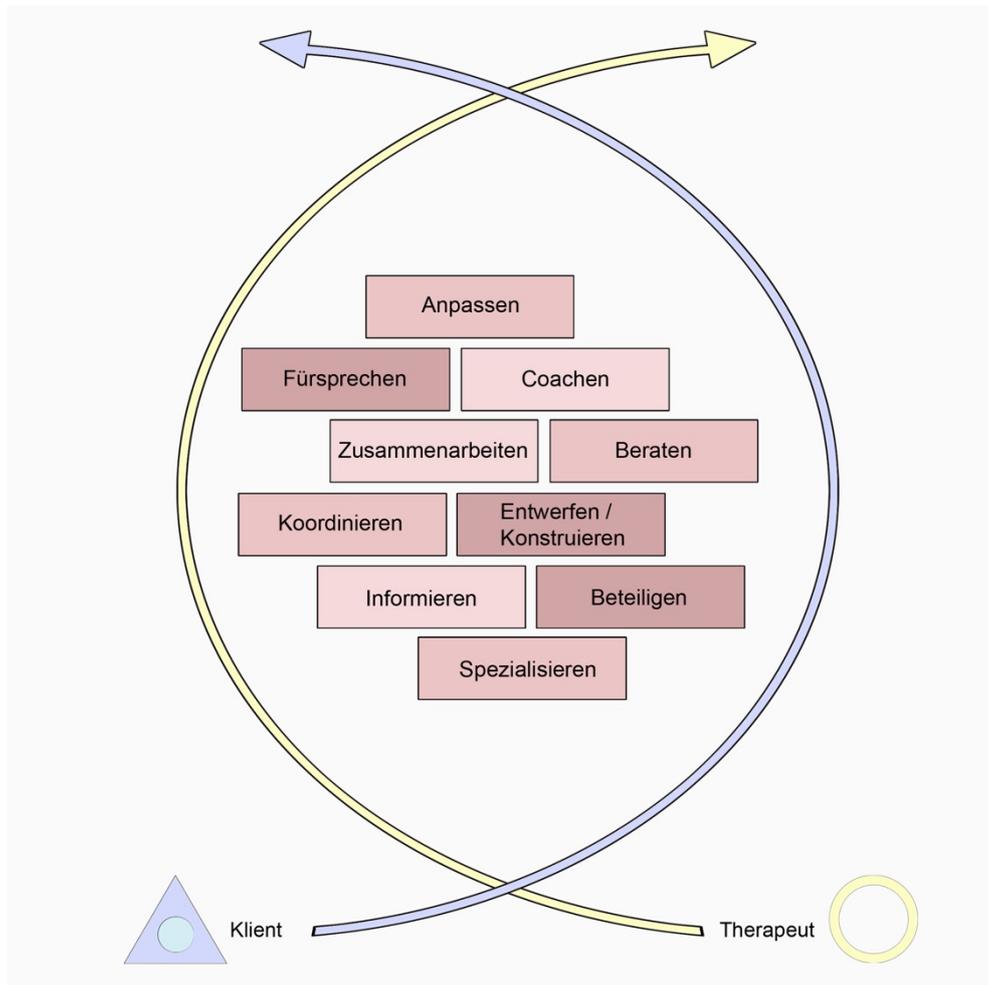


Abb. 9 Das Modell Canadian Model of Client-Centered Enablement. Grafik: Jessica Buschor

In der folgenden Tabelle 2 sind alle Enablement-Skills nach Haus (2005) beschrieben. Jene, welche für diese Arbeit Relevanz haben, sind optisch hervorgehoben.

Ermöglichungsfertigkeit ("enablement skill")	Beschreibung
Anpassen (adapt)	Passend machen für einen bestimmten Anwendungszweck oder eine bestimmte Situation. (Z.B. die Art und Weise der Durchführung der Betätigung)
Fürsprechen (advocate)	Sich einsetzen für Menschen bzw. gemeinsam mit ihnen, z. B. um kritische Aspekte aufzuzeigen, neue Formen der Aufteilung von Macht vorzuschlagen, im Rahmen der Lobbyarbeit oder um Entscheidern neue Handlungsoptionen nahezubringen.
Coachen (coach)	Kontinuierliche Partnerschaft mit dem Ziel, Klienten zu helfen, in ihrem privaten und beruflichen Leben optimale Ergebnisse zu erreichen, ihre Leistung zu verbessern und ihre Lebensqualität zu steigern.
Zusammenarbeiten (collaborate)	Zusammenarbeiten, besonders auf ein gemeinsames Ziel hin oder in Form einer gemeinsamen intellektuellen Anstrengung. Der Therapeut handelt nicht „für“ den Klienten, sondern mit ihm gemeinsam. Gemeinsam wird auf diese Weise mehr erreicht, als wenn jeder einzeln für sich arbeitet.
Beraten (consult)	Ansichten austauschen, sich absprechen. Erfolgt meist nicht nur mit dem Klienten selbst, sondern mit unterschiedlichsten Personen und Institutionen, z.B. Absprachen im interdisziplinären Team, mit Angehörigen, mit Kostenträgern, mit Selbsthilfegruppen usw.
Koordinieren (coordinate)	In einer gemeinschaftlichen Aktion oder Anstrengung etwas harmonisieren, in Übereinstimmung bringen oder kombinieren und anpassen, um einen bestimmten Effekt zu erzielen.
Entwerfen / konstruieren (design / build)	Entwurf / Konstruktion von Produkten wie z.B. Hilfstechnologien oder Orthosen, aber auch Gestaltung der emotionalen Umgebung und Konzeption sowie Ein- / Durchführung von (therapeutischen) Programmen und Dienstleistungen. „Design“ bedeutet so viel wie einen Plan zu formulieren, etwas zu entwickeln oder eine Strategie auszuarbeiten. „Design“ ist kombiniert mit „build“, um darauf hinzuweisen, dass die entwickelten Pläne auch in die Tat umgesetzt werden.
Informieren (educate)	Philosophien und Methoden der Edukation / Schulung - sowohl der Erwachsenenbildung als auch der Erziehung bei Klienten - mit Klienten anwenden, vor allem erfahrungs- und verhaltensbezogene Ansätze, die „learning by doing“ unterstützen.
Beteiligen (engage)	Klienten ins „Tun“ und „Teilhaben“ bringen, d. h. sie über das Reden hinaus in konkrete Aktionen zu bringen, mit denen sie und andere sich beschäftigen und einbringen.
Spezialisieren (specialize)	In besonderen Situationen spezifische Techniken anwenden, z.B. Lagerungsmethoden, neurophysiologische Verfahren oder Techniken der psychosozialen Rehabilitation, um Menschen zur Teilhabe an Betätigungen oder zu ihrem eigenen Empowerment zu befähigen.

*Tabelle 2. Beschreibung der Enablement-Skills. Grafik: Jessica Buschor*

Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit gehen davon aus, dass der Humorgebrauch in der ergotherapeutischen Arbeit Einfluss auf die Enablement-Skills *Coachen*, *Zusammenarbeit* und *Beteiligen* haben kann und werden nachfolgend mit den Resultaten in Zusammenhang gebracht.

### **6.5.1 Coachen**

In der Studie von Southam (2003) wird bestätigt, dass Ergotherapeutinnen Humor in erster Linie zur Beziehungsförderung nutzen. Humor sei nützlich für einen gleichberechtigten und kooperativen Beziehungsaufbau sowie als nichtkonfrontierender Ansatz des Verhaltensmanagements.

### **6.5.2 Zusammenarbeit**

Vergeer & MacRae (1993) kamen zum Schluss, dass Humornutzung von den Ergotherapeutinnen als hilfreich für eine positive soziale Interaktion, zur Förderung von Empathie und Ehrlichkeit angesehen wird. Auch könne durch eine humorvolle Haltung die Autoritätsrolle gegenüber einem Klienten zu einer Gleichstellung heruntergebrochen werden (Vergeer & MacRae, 1993). Eine partnerschaftliche Zusammenarbeit ist essentiell für eine klientenzentrierte<sup>o</sup> Therapie (Sumison, 2002). Lachen aktiviert das Belohnungssystem (Goel & Dolan, 2001) und wird daher als wohltuend empfunden. Aus diesem Grund werden humorvolle Situationen von Menschen gesucht. Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit vermuten, dass die Aktivierung des Belohnungssystems die Motivation eines Menschen fördert. Ein humorvolles therapeutisches Milieu könnte somit den Klienten motivieren und dessen Adherence<sup>o</sup> oder Compliance<sup>o</sup> fördern.

### **6.5.3 Beteiligen**

Stevens (2011) konnte während des Stand-Up<sup>o</sup>-Workshops einen wachsenden Gruppenzusammenhalt sowie zunehmendes Selbstvertrauen und Beteiligung am Gruppengeschehen bei den Teilnehmenden beobachten.

Hafford-Letchfield (2012) beschreibt Ähnliches. Selbst diejenigen, die körperlich nicht in der Lage waren zu tanzen oder zu singen, bewegten sich nach ihren Möglichkeiten

im Raum mit. In der Comedy<sup>o</sup> seien viele soziale Fähigkeiten zum Ausdruck gekommen. Stützt man sich auf Gaschler (2007), so spiegeln Spiegelneuronen motorische Fremdaktivitäten. Die Therapeutin könnte durch ihr Lächeln oder Grinsen den Klienten anstecken. Dieser lächelt dann ebenfalls, wobei die motorische Veränderung seiner Gesichtsmuskulatur wiederum die Hirnareale in einen Erregungszustand versetzen können, welche Emotionen auslösen (Warren et al., 2006). Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit gehen davon aus, dass die Ergotherapeutin durch ihr Auftreten und ihre therapeutische Haltung einen grossen Einfluss auf den emotionalen Zustand des Klienten und somit seiner Partizipation<sup>o</sup> haben kann.

## **7 Schlussfolgerung**

### **7.1 Limitationen der vorliegenden Bachelorarbeit**

Zur Forschungsrichtung *Humor und Ergotherapie* wurden nur wenige Studien gefunden und jene Studien, die den Einschlusskriterien für die Hauptstudien entsprachen, waren alle über zehn Jahre alt. Die jüngste Studie wurde von Southam (2003) veröffentlicht und ist zum Zeitpunkt der Erarbeitung der Bachelorarbeit 13 Jahre alt. Die Älteste, die von Vergeer und MacRae (1993), ist dreiundzwanzig Jahre alt. Aufgrund des hohen Alters der Hauptstudien zu *Humor und Ergotherapie* konnte kein aktuelles Bild zur Thematik dargestellt werden. Es stellt sich die Frage, wie sich die Haltung und Einstellung zu Humor in der Ergotherapie, sowie zur Verwendung von Humor als therapeutisches Mittel von Ergotherapeutinnen in den vergangenen zehn bis 20 Jahren verändert hat. Gerade weil die Profession der Ergotherapie zwischen 1980 und 2005 einen Paradigmenwechsel<sup>o</sup> durchlebt hat (Mentrup, 2015), könnte auch die Einstellung zu Humor in der Ergotherapie einen Wandel vollzogen haben.

Eine weitere Limitation ist die Herkunft der Studien, da alle drei Studien der Forschungsrichtung *Humor und Ergotherapie* in den USA durchgeführt wurden. Zwei der Studien zu *Humor und Demenz* wurden in Australien und nur die Studie von Hafford-Letchfield (2012) wurde in Europa (England) durchgeführt. Eine universell gültige Schlussfolgerung aus den Resultaten der Studien kann nicht für die Ergotherapie in

der Schweiz gezogen werden. In der Schweiz durchgeführte Studien könnten eventuell ein anderes Bild der Humorverwendung in der Ergotherapie mit Menschen mit Demenz aufzeigen.

In allen drei Hauptstudien zu *Humor und Demenz* wurden Gruppen-Interventionen durchgeführt. Die Ergotherapie findet jedoch oft im Einzelsetting statt. Daher war es nicht möglich konkrete Aussagen zur Wirkung von Humor auf das Individuum mit Demenz abzuleiten und in den ergotherapeutischen Kontext der Einzeltherapie zu transferieren.

In zwei der Studien, in der von Stevens (2011) und Hafford-Letchfield (2012), zum Themenbereich *Humor und Demenz* waren die Studienteilnehmenden Akteure im Geschehen. Sie mussten selber handeln. In der Studie von Low et al. (2014) waren die Teilnehmenden in der Rolle der Humor-Konsumenten. Ihnen wurde durch die Clowns eine Show geboten. Falls sie zur aktiven Teilnahme aufgefordert wurden, so ist dies der Studie nicht zu entnehmen. Interessant für die Beantwortung der Fragestellung wäre gewesen, wenn sich herauskristallisiert hätte, welche Variante, ob die des Menschen mit Demenz in der aktiven oder der passiven Rolle, den grösseren Effekt auf diesen gehabt hätte. Diese Frage konnte nicht abschliessend beantwortet werden.

## **7.2 Implikationen**

Bei den Autorinnen dieser Bachelorarbeit hat sich beim Lesen der Studien und des Hintergrundmaterials der Gesamteindruck ergeben, dass die Humorverwendung im Gesundheitswesen überwiegend positive Effekte hat. Allerdings liegt die Vermutung nahe, dass Humor ein Thema ist, mit dem sich vorwiegend Menschen beschäftigen, die einen natürlichen Zugang zu der Thematik haben, etwa durch ein humorvolles Wesen. Forschende, die mit der Thematik nichts anfangen können, kämen evtl. gar nicht auf die Idee, dass Humorgebrauch in der Therapie Forschungsrelevanz haben könnte.

Die Resultate aus den Studien haben ergeben, dass Humor ein wirkungsvolles Instrument ist, welches von grosser Bedeutung für die Ergotherapie allgemein und für die Arbeit mit Menschen mit einer Demenz sein kann.

In der vorliegenden Bachelorarbeit konnten positive und negative Effekte von Humor auf Menschen mit Demenz aufgezeigt und anhand von Modellen dargestellt werden, wie sich Humor in die Ergotherapie integrieren lässt.

So kann Humor als Teil der therapeutischen Haltung durch die Ergotherapeutin genutzt werden, um die Beziehung zum Klienten zu fördern, konfrontierende Situationen zu entschärfen, dem Klienten zu ermöglichen einen Perspektivenwechsel zu vollziehen und seine Motivation zu fördern. Gemeinsames Lachen und die Förderung des Sinnes für Humor kann das Well-Being<sup>o</sup> des Klienten unterstützen. Humor hat ausserdem aktivierende Eigenschaften und kann dem Klienten mit einer Demenz ermöglichen einen Flow-ähnlichen Zustand zu erleben. Möglicherweise kann auch das Erinnerungsvermögen von Klienten mit Demenz gefördert werden. Konkrete Vorschläge, wie Humor praktisch im ergotherapeutischen Setting mit Klienten mit Demenz integriert werden könnte, konnte die Literatur nicht aufzeigen.

### **7.3 Beantwortung der Fragestellung**

Die Frage nach den Effekten konnte beantwortet werden und der Übertrag auf ergotherapeutische Modelle wurde umgesetzt. Konkrete Beispiele für den ergotherapeutischen Einsatz von Humor bei Klienten mit einer Demenz konnten der Literatur nicht entnommen werden. Die von den Autorinnen dieser Bachelorarbeit aufgestellte Hypothese, dass therapeutischer Humor eine längerfristige Wirkung auf die Stimmung von Personen mit Demenz hat, konnte anhand dieser Bachelorarbeit nicht eindeutig untermauert werden.

### **7.4 Empfehlung für die Praxis**

Humor ist wahrscheinlich in den wenigsten Fällen der zentrale Therapieinhalt, doch kann Humor durchaus unterstützende Wirkung auf viele Konzepte und Aspekte der ergotherapeutischen Arbeit haben. Auch wenn oftmals die Angst besteht, dass Humor im klinischen Setting unangebracht sein könnte (Yates, 2001), empfehlen die Autorinnen dieser Bachelorarbeit in der Praxis nicht auf Humor zu verzichten. Humor

ist ein ureigenes Phänomen des Menschen (MacGhee, 1979), das unter anderem zur Bewältigung von Stresssituationen auftritt (Abel, 2002) und sich als Copingstrategie eignet (Vergeer & MacRae, 1993; Hafford-Letchfield; 2012; Southam, 2003). Dem Gebrauch von Humor sollte aus genannten Gründen Beachtung geschenkt werden. Richtig eingesetzt, bringt er für die Therapie viele Vorteile. „Man muss aber anpassen, dass der Spass auch zu der Kultur der Klientinnen passt“, Gage (2002, S. 105). Die Therapeutin sollte sich stets bewusst sein, welchen kulturellen Hintergrund der Klient mitbringt. Denn je nach Habitus<sup>o</sup> des Klienten könnte die Akzeptanz und das Verständnis von Humor variieren.

Ebenfalls beachtet werden muss, ob der Klient mit Demenz noch die Fähigkeit besitzt, Witze und Spässe zu verstehen. Je nach Demenzform, kann das Humorverständnis variieren (Clark et al., 2016) und es könnte sein, dass der Klient Spässe und Witze nicht mehr erkennen kann und das Lachen der Therapeutin oder aus dem Umfeld als Auslachen interpretiert (Gardner et al., 1975).

Obwohl Menschen im Verlauf der Demenz viele ihrer Fähigkeit verlieren, könnte sich eine fröhliche Stimmung im Therapiesetting trotzdem auf den Klienten übertragen. Das humorvolle therapeutische Setting könnte ihm zu einem Well-Being<sup>o</sup> und einem Flow-ähnlichen Zustand verhelfen und somit seine Lebensqualität ein Stück weit verbessern.

### **7.5 Empfehlung für weiterführende Forschung**

Für ein verbessertes Verständnis der Thematik ist Forschung zum Humoreinsatz in der Ergotherapie mit Demenzklienten nötig. Mit der Bearbeitung der vorliegenden Fragestellung konnte aufgezeigt werden, dass Humor ein entscheidender Faktor sein kann, wenn die Lebensqualität und das Well-Being von Personen mit einer Demenz positiv beeinflusst werden soll. Literatur mit konkreten Vorschläge für den Einsatz von Humor in der Therapie mit Klienten mit einer Demenz existiert bis dato keine. Beispielsweise könnte aufgezeigt werden, ob sich passives Konsumieren von Humor oder aktive Teilnahme am Humorgeschehen für Klienten mit Demenz besser eignen. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit konnten ausschliesslich aus Gruppeninterventionen abgeleitet werden. Weiterer Forschungsbedarf besteht auf dem Gebiet des Humorgebrauchs im Einzelsetting. Auch die konkrete Wirkungsspanne des Effekts,

der durch therapeutischen Humor ausgelöst wird könnte näher untersucht werden. Weitere Forschung bedarf es, um zu klären, ob Humor tatsächlich das Erinnerungsvermögen von Personen mit Demenz fördert, wie in der Studie von Stevens (2011) vermutet wird.

## Literaturverzeichnis

- Abel, M. H. (2002). Humor, stress, and coping strategies. *Humor - International Journal of Humor Research*, 15(4), 365-381.
- Bartlett, R. (2012). Playing with meaning: using cartoons to disseminate research findings. *Qualitative Research*, 13(2), 214-227.  
doi: 10.1177/1468794112451037
- Bartolo, A., Benuzzi, F., Nocetti, L., Baraldi, P. & Nichelli, P. (2006). Humor comprehension and appreciation: an fMRI study. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 18(11), 1789-1798.
- Bennett, M. P., Zeller, J. M., Rosenberg, L. & McCann, J. (2003). The effect of mirthful laughter on stress and natural killer cell activity. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 9(2), 38-42. doi.org/10.2307/368295
- Bischofberger, I. (2002). *Das kann ja heiter werden - Humor und Lachen in der Pflege*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Buckwalter, C., Gerdener, L. A., Hall, G. R., Stolley, J. M., Kudart, P. & Ridgeway, S. (1995). Shining Through: The humor and individuality of persons with Alzheimer's disease. *Journal of gerontological nursing*, 21(3), 11-16.
- Clark, C. N., Nicholas, J. M., Gordon, E., Golden, H. L., Cohen, M. H., Woodward, F. J., Macpherson, K., Slattery, C. F., Mummery, C. J., Schott, J. M., Rohrer, J. D. & Warren, J. D. (2016). Altered Sense of Humor in Dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 49, 111-119. doi: 10.3233/JAD-150413
- Clark, C. N., Nicholas, J. M., Henley, S. M. D., Downey, L. E., Woollacott, I. O., Golden, H. L., Fletcher, P. D., Mummery, C. J., Schott, J. M., Rohrer, J. D., Crutch, S. J. & Warren, J. D. (2015). Humour processing in frontotemporal lobar degeneration: A behavioural and neuroanatomical analysis. *Cortex*. 69. 47-59.
- Colling, K. (1999). Passive behaviors in dementia. Clinical application of the need driven dementia-compromised behavior model. *Journal of Gerontological Nursing*, 25(9), 27-32.
- Csikszentmihályi, M. (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York, NY: Harper and Row.
- Demenz-Leitlinie, (2008). Ursachen für eine potentiell reversible Demenz. DEGAM-Leitlinie. Heruntergeladen von [www.demenz-leitlinie.de/aerzte/Diagnostik/Differentialdiagnostik/revDemenz.pdf](http://www.demenz-leitlinie.de/aerzte/Diagnostik/Differentialdiagnostik/revDemenz.pdf) am 14.04.2016
- Diehl-Schmid, J. (2013). Das Wichtigste 11. Die Frontotemporale Demenz.

Heruntergeladen von [www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt11\\_frontotemporale\\_demenz.pdf](http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt11_frontotemporale_demenz.pdf) am 15.04.2016

- Dillon, K. M., Mindiff, B. & Baker, K. H. (1986). Positive emotional states and enhancement of the immune system. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 15, 13-18.
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1972). Similarities and differences between cultures in expressive movements. In R. A. Hide (Hrsg.), *Nonverbal Communication. Readings with Commentary* (S. 20-30). New York: Oxford University Press.
- Fisher, A. G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model, a Model for Planning and Implementing Top-down, Client-centered, and Occupation-based Interventions*. Colorado: Three Star Press Incorporated.
- Foot, H. C. (1997). Humor and laughter. In O. D. W. Hargie (Ed.), *The Handbook of Communication Skills* (pp. 259-284). London: Routledge.
- Frauenknecht, S. & Lieb, K. (2011). *Last Minute Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Urban & Fischer.
- Fry, W. F. & Savin, W. M. (1988). Mirthful laughter and blood pressure. *Humor - International Journal of Humor Research*. 1(1), 880-883.
- Gage, M. (2002). Klientenzentrierter Ansatz bei Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen. In T. Sumison, (Hrsg.), *Klientenzentrierte Ergotherapie* (S. 101-112). Stuttgart: Thieme.
- Gardner, H., Ling, P. K., Flamm, L. & Silverman, J. (1975). Comprehension and appreciation of humorous material following brain damage. *Brain*, 98, 399-412. doi.org/10.1093/brain/98.3.399
- Gaschler, K. (2007). Spieglein, Spieglein im Gehirn. In M. B. W. Spitzer (Hrsg.), *Braintertainment* (S. 72-80). Stuttgart: Schattauer.
- Godfrey, J. R. (2004). Toward optimal health: The experts discuss therapeutic humor. *Journal of Women's Health*, 13(5), 474-479.
- Goel, V. & Dolan, R. J. (2001). The functional anatomy of humour: segregating cognitive and affective components. *Nature Neuroscience*, 4, 237-238.
- Habermann, C. & Kolster, F. (2002) *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie*. 1. Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Hafford-Letchfield, T. (2012). Funny things happen at the Grange: Introducing comedy activities in day services to older people with dementia – innovative practice. *Dementia*, 12(6), 840-852.

- Hagedorn, R. (2000). *Ergotherapie - Theorien und Modelle. Die Praxis begründen*. Stuttgart: Thieme.
- Halek, M. & Bartholomeyczik, S. (2006). *Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.
- Haus, K. (2005). *Neurophysiologische Behandlung bei Erwachsenen*. Berlin: Springer.
- Humorfoundation. (2015). *Elder Clowns*. Heruntergeladen von [www.humorfoundation.com.au/our-work/elder-clowns.html](http://www.humorfoundation.com.au/our-work/elder-clowns.html) am 02.03.2016
- ICD-10, (2016). Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen. Heruntergeladen von [http://www.icd-code.de/icd/code/F00.-\\*.html](http://www.icd-code.de/icd/code/F00.-*.html) am 12.02.2016.
- Iwama, M. K., Thomson, N. & MacDonald, R. M. (2009). The Kawa model: The power of culturally responsive occupational therapy. *Disability and Rehabilitation*, 31, 1125-1135.
- Jerosch-Herold, C., Marotzki, U., Stubner, B. M. & Weber, P. (2009). *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (3. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Jette, D. U., Warren, R. L. & Wirtalla, C. (2005). The relation between therapy intensity and outcomes of rehabilitation in skilled nursing facilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(3), 373-379.
- Jonsson, H. & Persson, D. (2006). Towards an Experiential Model of Occupational Balance: An Alternative Perspective on Flow Theory Analysis. *Journal of Occupational Science*, 13(1), 62-73.
- Kesselring, J. & Unteregger F. (2011). Wie und warum lacht der Mensch. *Schweiz Medical Forum*, 11(40), 691-696.
- Knieper, T. & Schenk, E. (2002). *Humor in der Werbung ist eine ernste Sache: und eine Herausforderung für die Marktwirtschaft*. München: AGEMAS.
- Kuiper, N. A. & Martin, R. A. (1993). Humor and self-concept. *Humor - International Journal of Humor Research*, 6 (3), 251-270.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Formular zur kritischen Besprechung qualitativer Studien, McMaster-Universität*. Heruntergeladen von [www.canchild.ca/en/canchildresources/resources/quantformG.pdf](http://www.canchild.ca/en/canchildresources/resources/quantformG.pdf) am 09.02.2016
- Leber, D. A. & Vanoli, E. G. (2001). Therapeutic Use of Humor: Occupational

- Therapy Clinicians' Perceptions und Practices. *The American Journal of Occupational Therapy*, 55(2), 221-225.
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007). *Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien, McMaster-University*. Heruntergeladen von [www.canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/357/original/qualformG.pdf](http://www.canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/357/original/qualformG.pdf) am 09.02.2016
- Low, L. F., Goodenough, B., Fletcher, J., Xu, K., Casey, A.-N., Chenoweth, L., Fleming, R., Spitzer, P. Bell, J.-P. & Brodaty, H. (2014). The effects of humor therapy on nursing home residents measured using observational methods: The SMILE cluster randomized trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(8), 564-569. doi.org/10.1016/j.jamda.2014.03.017
- MacGee, P. (2001). *Humor and Health*. 1st International Summer School and Colloquium on Humor and Laughter: Theory, Research and Applications, Queen's University of Belfast.
- MacCullough, L. S. & Taylor, R. (1993). Humor in American, British and German Ads. *Industrial Marketing Management*, 22(1), 17-28.
- Mahony, D. (2000). Is laughter the best medicine or any medicine at all? *Eye on Psi Chi*, 3, 18-21. Heruntergeladen von [www.laughteryogaireland.net/Research/Is%20Laughter%20the%20Best%20Medicine%20or%20Any%20medicine%20at%20All%20by%20Diana%20L.%20Mahony.pdf](http://www.laughteryogaireland.net/Research/Is%20Laughter%20the%20Best%20Medicine%20or%20Any%20medicine%20at%20All%20by%20Diana%20L.%20Mahony.pdf) am 30.03.2016
- Mentrup, Ch. (2015). „It's boring. It's such a boring life.“ *Paradigmenentwicklung*. Zhaw – Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaft – Departement Gesundheit. Vorlesungsskript BA.ER.41. Heruntergeladen von [www.moodle.zhaw.ch/mod/folder/view.php?id=479289](http://www.moodle.zhaw.ch/mod/folder/view.php?id=479289) am 01.04.016.
- Meyer, M., Baumann, S., Wildgruber, S. & Alter, K. (2007). How the brain laughs: comparative evidence from behavioural, electrophysiological and neuro-imaging studies in humans and monkey. *Behavioral Brain Research*, 182, 245-260.
- Mobbs, D., Greicius M. D., Abdel-Azim E., Menon, V. & Reiss, A. L. (2003). Humour modulates the mesolimbic reward centers. *Neuron*, 40, 1041-1048.
- Moos, I. (2011). Humour, irony and sarcasm in severe Alzheimer's dementia – a corrective to retrogenesis?. *Ageing and Society*, 31(02), 328-346. doi.org/10.1017/S0144686X10001054
- Mora-Ripoll, R. (2010). The therapeutic value of laughter in medicine. *Alternativ Therapies in Health and Medicine*, 16(6), 56-64. doi.org/10.1891/1078-4535.15.1.39
- Nevo, O., Nevo, B. & Yin, J. L. S. (2001). Singaporean Humor. A Cross-Cultural,

- Cross-Gender Comparison. *Journal of General Psychology*. 2(128), 143-157.
- Niehaus, J. (2010). Humor, Lachen und Lächeln in der Ergotherapie. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 1, 1-18.
- Ornstein, R. (1997). *The right mind: Making sense of the hemispheres*. New York: Harcourt Brace & Company.
- Panksepp, J. & Burgdorf, J. (2003). "Laughing" rats and the evolutionary antecedents of human joy?. *Physiology & Behavior*, 79, 533-547.
- Provine, R. R. (1993). Laughter punctuates speech: Linguistic, social and gender contexts of laughter. *Ethology*, 95, 291–298.
- Reed, K. L. & Sanderson, S. N. (1994). *Models of Practice in Occupational Therapy*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Robinson, M. V. (2002). *Praxishandbuch therapeutischer Humor: Grundlagen und Anwendung für Gesundheits-und Pflegeberufe*. Bern: Hans Huber.
- Rösner, M. (2010). Der Gericlown: Eine Vorstellung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(1), 53-57. doi.org/10.1007/s00391-009-0075-z
- Ruch, W. & Zwyer, K. (2001). Heiterkeit und Humor. Ergebnisse der Forschung. In R. D. Hirsch, J. Bruder & H. Radebold (Hrsg.), *Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Heiterkeit und Humor im Alter (9-43)*, Band 2. Bornheim-Seckem: Chudeck-Druck.
- Saunders, P. A. (1998). "You're out of your mind!": Humor as a face-saving strategy during neuropsychological examinations. *Health Communication*, 10(4), 357-372. doi.org/10.1207/s15327027hc1004\_4
- Schaade, G. (2009). *Demenz: Therapeutische Behandlungsansätze für alle Stadien der Erkrankung*. Heidelberg: Springer.
- Schaade, G. (2006). *Ergotherapie bei Demenzerkrankung. Ein Förderprogramm*. 3. Auflage. Berlin: Springer.
- Schaade, (2012). *Ergotherapie bei Demenzerkrankung: Ein Förderprogramm*. 5. Auflage. Berlin: Springer.
- Schmitt, N. E. & Williams, D. I. (1971). The evolution of theories of humor. *Journal of Behavioral Science*, 95-106.
- Schugk, M. (2004). *Interkulturelle Kommunikation. Kulturbedingte Unterschiede in Verkauf und Werbung*. München: Vahlen.
- Schweizerische Alzheimervereinigung, (n. d.). Gesellschaft und Politik.

Heruntergeladen von <http://www.alz.ch/index.php/gesellschaft-politik.html>. am 17.10.2015

Schweizerische Eidgenossenschaft, (2013) Bund und Kantone verabschieden die Demenzstrategie. Heruntergeladen von [www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=51066](http://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=51066) am 11.03.2016

Shammi, P. & Stuss, D. T. (1999). Humour appreciation: a role of the right frontal lobe. *Brain*, 122, 657-666.

Siegel, B. (1986). *Love, medicine, and miracles*. New York: Harper and Row.

Snowden, A. (2003). Humor and health promotion. *Health Education Journal*, 62(2), 143-152.

Southam, M. (2003). Therapeutic Humor: Attitudes and Actions by Occupational Therapists in Adult Physical Disabilities Settings, *Occupational Therapy in Health Care*, 17, 23-41.

Southam, M. & Barker Schwartz, K. (2004). Laugh and Learn: Humor as a Teaching Strategy in Occupational Therapy Education. *Occupational Therapy In Health Care*, 18(1-2), 57-70.

Spitzer, M. (2008). *Wir lernen immer. Gehirnforschung und die Schule des Lebens*. DVD. Müllheim/Baden, Auditorium.

Stevens, J. (2012). Stand up for dementia: Performance, improvisation and stand up comedy as therapy for people with dementia; a qualitative study. *Dementia*, 11(1), 61-73. doi.org/10.1177/1471301211418160

Sumison, T. (2002). *Klientenzentrierte Ergotherapie. Umsetzung in die Praxis*. Stuttgart: Thieme.

Szabo, A., Ainsworth, S. E. & Danks, P. K. (2005). Experimental comparison of the psychological benefits of aerobic exercise, humor, and music. *Humor - International Journal of Humor Research*, 18(3), 235-246.

Takeda, M., Hashimoto, R., Kudo, T., Okochi, M., Tagami, S., Morihara, T., Sadick, G., & Tanaka, T. (2010). Laughter and humor as complementary and alternative medicines for dementia patients. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 10(28), 1-7. doi.org/10.1186/1472-6882-10-28

Townsend, E. & Polatajko, H. J. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.

Vergeer, G. & MacRae, A. (1993). The Use of Humor in Occupational Therapy. *The*

*American Journal of Occupational Therapy*, 47, 678-684.

Walter, M., Hänni, B., Haug, M., Amrhein, I., Krebs-Roubicek, E., Müller-Spahn, F. & Savaskan, E. (2007). Humour therapy in patients with late-life depression or Alzheimer's disease: a pilot study. *International Journal of geriatric psychiatry*, 22, 77-83.

Warren, J. E., Sauter, D. A., Eisner, F., Wiland, J., Dresner, M. A., Wise, R. J. S., Rosen, S. & Scott, S. K. (2006). Positive Emotions Preferentially Engage an Auditory-Motor "Mirror" System. *The Journal of Neuroscience*, 26(50), S. 13062-13075. doi:10.1523/JNEUROSCI.3907-06.2006

WFOT, (2012). *Definition of Occupational Therapy*. Heruntergeladen von <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx> am 01.04.2016

Wild, B. (2007). *Humor ernst genommen*. In M. Spitzer & W Bertram (Hrsg.), *Braintertainment* (S. 62–71). Stuttgart: Schattauer.

Wild, B., Rodden, F. A., Grodd, W. & Ruch, W. (2003). Neural correlates of laughter and humour. *Brain*, 126, 2121-2138.

Wild, B., Rodden, F. A., Rapp, A., Erb, M., Grodd, W. & Ruch, W. (2006). Humour and smiling. Cortical regions selective for cognitive, affective, and volitional components. *Neurology*, 66, 887-93.

Wilkins, J. & Eisenbraun, A. J. (2009). Humor theories and the physiological benefits of laughter. *Holistic Nursing Practice*, 23(6), 349-354.

Yates, S. (2001). Finding your funny bone: Incorporating humor into medical practice. *Australian Family Physician*, 30, 22-24. Heruntergeladen von <http://docfunny.com/practice.htm> am 12.10.2015

Zweyer, K., Velker, B. & Ruch, W. (2004). Do cheerfulness, exhilaration and humor production moderate pain tolerance? A FACS study. *Humor International Journal of Humor Research*, 17(1-2), 85-119.

## Verzeichnisse

### Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 *Darstellung der Demenzformen. Nach der Beschreibung von Schaade (2006). Grafik: Jessica Buschor*

Abb. 2 *Häufigkeiten der Demenzformen nach Frauenknecht und Lieb, Last minute Psychiatrie (2011). Grafik: Jessica Buschor*

- Abb. 3 *Zusammenführung der Resultate aus den beiden Studien von Clark et al. 2015 und 2016.* Grafik: Jessica Buschor
- Abb. 4 *Das Sortieren der Resultate aus den Hauptstudien.* Foto: Jessica Buschor
- Abb. 5 *Die Methodik der Ordnung der Resultate.* Foto: Jessica Buschor
- Abb. 6 *Das 3-Dimensionenmodell der Occupational Balance nach Jonsson und Persson, 1997.* Grafik: Jessica Buschor
- Abb. 7 *Darstellung der Verteilung der drei Dimensionen, wie sie bei Personen mit Demenz aussehen könnte.* Grafik: Jessica Buschor
- Abb. 8 *Das CMOP-E Modell nach Townsend und Polatajko, 2007.* Grafik: Jessica Buschor
- Abb. 9 *Das Modell Canadian Model of Client-Centered Enablement Townsend und Polatajko, 2007.* Grafik: Jessica Buschor

## **Tabellenverzeichnis**

- Tabelle 1. *Darstellung der Keywords.* Grafik: Jessica Buschor
- Tabelle 2. *Beschreibung der Enablement-Skills nach Haus, 2005, S. 57.* Grafik: Jessica Buschor

## **Abkürzungsverzeichnis**

<i>Abb.</i>	Abbildung
<i>Abs.</i>	Absatz
<i>et al.</i>	et alii (lateinisch für <i>und andere</i> )
<i>ect.</i>	et cetera (und so weiter)
<i>evt.</i>	eventuell
<i>li.</i>	links
<i>re.</i>	rechts
<i>untersch.</i>	unterschiedlich
<i>usw.</i>	und so weiter
<i>z.B.</i>	zum Beispiel

## **Glossar**

<i>Abstract</i>	Der Abstract gibt in Wissenschaftlichen Artikeln eine Übersicht über den Inhalt der Studie. Er beinhaltet in der Regel Ziel und Zweck der Studie / des Artikels, Methode der Vorgehensweise, Resultate und eine Schlussfolgerung
<i>Adherence</i>	Adherence wird in der medizinischen und therapeutischen Praxis fälschlicherweise oft mit Compliance° gleichgesetzt. Während die Compliance° die Einhaltung von Abmachungen und Anweisungen, wie beispielsweise die regelmässige Einnahme von Medikamenten bezeichnet, ist mit Adherence die aktive Beteiligung des Klienten an der Lösung seines Problems gemeint.
<i>ADL</i>	Abkürzung für activities of daily live. Engl: »Aktivitäten des täglichen Lebens«. ADL ist eine Bezeichnung im Betätigungsbereich des Modelles Occupational Therapy Practice Framework nach der American Occupational Therapy Association (AOTA)
<i>Agitiertheit / agitiert</i>	Agitiertheit (lat. <i>agere</i> : »handeln, treiben, führen, fortreiben, etwas tun«) ist in der Medizin eine Bezeichnung für ein neuropsychiatrisches Symptom, das sich in motorischer Unruhe und dem Gefühl des Getrieben- oder Getetztseins äußert <sup>[1]</sup> . Auch zielloses Umherwandern, Nesteln, Räumen, Umhergreifen, ständiges Sichausziehen und Zittern sind Erscheinungsformen der Agitiertheit.
<i>ANOVA</i>	Die Varianzanalyse (Analysis of Variance=ANOVA) ist eine Erweiterung des t-Tests° und wird genutzt um Aufschluss über Gesetzmässigkeiten hinter verschiedenen Datensätzen zu erlangen.

<i>Apathie</i>	Apathie bezeichnet in der Medizin die Teilnahmslosigkeit, mangelnde Erregbarkeit und Unempfindlichkeit gegenüber äußeren Reizen.
<i>Baseline</i>	Ausgangslage bei Beginn der Untersuchung des Forschungsgegenstandes. Z.B. wird die Verfassung von Studienteilnehmern zu Beginn ermittelt, um nach der Intervention den Effekt messen zu können.
<i>blinde / verblindet</i>	In Zusammenhang mit Studiendesigns ist mit <i>verblindet</i> gemeint, dass entweder die Probanden oder die Forscher über den Zweck der Studie im Unklaren gelassen werden, um zu verhindern, dass die Resultate aufgrund von Erwartungen verfälscht werden. Oft werden auch beide, Probanden und Forscher nicht über das Ziel informiert. Diese Variante wird als Double-blind Studie bezeichnet.
<i>Booleschen Operatoren</i>	Booleschen Operatoren sind Wörter wie <i>AND</i> , <i>OR</i> und <i>NOT</i> , die in der Recherche Keywords <sup>o</sup> verbinden, ergänzen oder ausschliessen, um die Trefferquote auszuweiten oder einzuschränken.
<i>Comedy</i>	Unter Comedy versteht man im deutschsprachigen Raum unterhaltsame Kleinkunstprogramme und bestimmte Arten von Unterhaltungssendungen im Fernsehen und Hörfunk.
<i>Compliance</i>	Unter Compliance wird die Bereitschaft zur Befolgung von Empfehlungen und Anweisungen verstanden. Verweigert er die Intervention oder ein Medikament, wird dies als Non-Compliance bezeichnet.

<i>Elder Clown</i>	Elder Clowns sind professionell geschulte Performer, welche in Demenzeinrichtungen, Alters- und Pflegeheimen arbeiten. Elder Clowns sind Teil der The Humour Foundation ( <a href="http://humourfoundation.com">humourfoundation.com</a> , 2015).
<i>Evaluation</i>	Mit Evaluation ist in der Ergotherapie und anderen gesundheitlichen Berufen die Erfassung des Klienten gemeint. Meistens wird diese anhand von Assessments, wie motorischen oder kognitiven Tests oder Gesprächen durchgeführt. In der Ergotherapie wird in der Regel versucht den Klienten unter Einbezug seines Umfeldes und seiner Interessen möglichst umfassend zu erfassen.
<i>Evidence</i>	Beweis, Beleg, Zeugnis
<i>Evolution</i>	Evolution (lateinisch <i>evolvere entwickeln</i> ) ist die allmähliche Veränderung der vererbaren Merkmale einer Population von Lebewesen von Generation zu Generation.
<i>frontotemporal</i>	Beschreibt das Areal der Stirn und der Schläfen.
<i>Habitus</i>	Der Habitus ist ein vielschichtiges System von Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsmustern, das die Ausführung und Gestaltung individueller Handlungen und Verhalten mitbestimmt und einen gesellschaftlichen Ursprung hat.
<i>inferior</i>	Teil der Lage- und Richtungsbezeichnungen welche in der Anatomie zur Beschreibung der Position, der Lage und des Verlaufs einzelner Strukturen dienen. Inferior heisst unten gelegen.

<i>Inklusion</i>	Einschliessung
<i>Keywords</i>	Keywords sind Schlüssel- oder Schlagwörter, die passend zu einem Thema formuliert werden und mit denen auf Datenbanken oder im Internet, z.B. auf Google, nach der gesuchten Information recherchiert werden kann ( <a href="https://de.wikipedia.org/wiki/Keyword_(Online-Marketing)">https://de.wikipedia.org/wiki/Keyword_(Online-Marketing)</a> ), eingesehen am 03.03.2016).
<i>Klientenzentriertheit</i>	In einer klientenzentrierten Art und Weise zu arbeiten, beinhalten eine gemeinschaftliche Beziehung mit dem Klienten aufzubauen sowie seine Interessen und Perspektiven zu verfolgen (Fisher, 2009).
<i>Ko-Intervention</i>	Als Ko-Intervention werden Massnahmen oder Faktoren bezeichnet, die gleichzeitig mit der beabsichtigten Intervention Einfluss auf die Probanden nehmen und das Studienergebnis beeinflussen können. Ko-Interventionen werden in der Regel soweit möglich zu vermeiden versucht.
<i>Kontaminierung</i>	Als Kontaminierung wird die nicht beabsichtigte Behandlung der Kontrollgruppe bezeichnet, wodurch der Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe geschmälert werden könnte.
<i>Korrelation</i>	In der Statistik beschreibt die Korrelation Zusammenhänge zwischen zwei Variablen. Dabei wird zwischen positiven und negativen Korrelationen unterschieden. Eine positive Korrelation bedeutet <i>je mehr desto mehr</i> (je mehr Futter, desto dickere Kühe). Eine negative Korrelation bedeutet <i>je mehr, desto weniger</i> (je mehr die Kühe fressen, desto weniger Futter hat es).

<i>Likert-Skala</i>	Skalen mit mehrstufig geordneten Antwortkategorien. Diese geben das Ausmass der Zustimmung bzw. Ablehnung an (z.B. stimme ich zu, stimme ich nicht zu, stimme ich gar nicht zu)
<i>Limbisches System</i>	Das limbische System ist ein phylogenetisch sehr alter Teil des Gehirns, der sich aus mehreren Strukturen zusammensetzt. Es werden ihm Leistungen wie die Steuerung der Funktionen von Antrieb, Lernen, Gedächtnis, Emotionen sowie vegetative Regulation der Nahrungsaufnahme, Verdauung und Fortpflanzung zugeschrieben.
<i>Lobär</i>	Organlappen (Lobus) betreffend
<i>median</i>	Teil der Lage- und Richtungsbezeichnungen welche in der Anatomie zur Beschreibung der Position, der Lage und des Verlaufs einzelner Strukturen dienen. Median heisst in der Mitte gelegen.
<i>Mockumentary</i>	Mockumentary ist ein fiktionaler Dokumentarfilm, der einen realen Dokumentarfilm parodiert. Vordergründig reale Begebenheiten werden inszeniert oder tatsächliche Dokumentarsequenzen in einen erfundenen Zusammenhang gebracht.
<i>NEBIS-Katalog</i>	NEBIS ist das Netzwerk von rund 140 Bibliotheken und Informationsstellen von Hochschulen, Fachhochschulen und Forschungsanstalten in der Schweiz. Im NEBIS-Katalog kann nach Literatur recherchiert werden. Dabei erfährt man in welcher Bibliothek sich die gesuchte Quelle befindet.

<i>Neuroendokrin-System</i>	Unter das Neuroendokrin-System fallen alle organischen Bestandteile, wie Zellen Organe und Teile von Organen, die für die Abgabe von Neurohormonen beteiligt sind.
<i>Neurotransmitter</i>	Neurotransmitter sind biochemische Stoffe, welche Reize von einer Nervenzelle zu einer anderen Nervenzelle oder Zelle weitergeben, verstärken oder modulieren.
<i>Paradigma</i>	Als Paradigma wird eine grundlegende Sichtweise bezeichnet, welche von Zeit zu Zeit durch eine neue ersetzt wird. Als Paradigmenwechsel kann beispielsweise eine zwischenzeitliche Krise einer Profession, die von innen oder von aussen stimuliert wird, bezeichnet werden.
<i>Partizipation</i>	Als Partizipation wird die Teilnahme einer Person oder Gruppe an Entscheidungsprozessen oder an Handlungsabläufen, die in übergeordneten Strukturen oder Organisationen stattfinden, bezeichnet.
<i>Performanz</i>	Fähigkeit, sinnvolle, kulturell bedingte und altersentsprechende Betätigungen auszuwählen, zu organisieren und für sich selbst zufriedenstellend auszuführen
<i>Perzeption</i>	Als Perzeption wird die gesamte Wahrnehmung und ihre Vorgänge bezeichnet
<i>posterior</i>	Teil der Lage- und Richtungsbezeichnungen welche in der Anatomie zur Beschreibung der Position, der Lage und des Verlaufs einzelner Strukturen dienen. Posterior heisst hinten gelegen.

<i>Präfrontalkortex</i>	Als Präfrontalkortex wird der vordere Rindenteil des Frontallappens (Stirnlappen) bezeichnet. Er ist für die exekutiven Funktionen zuständig und ist entscheidend am Arbeitsgedächtnis beteiligt.
<i>progredient</i>	Als progredient wird der fortschreitende Gesundheitszustand bezeichnet, im Gegensatz zu regredient, wenn sich der Gesundheitszustand verbessert.
<i>Pyramidenbahn</i>	Unter der Pyramidenbahn werden spezielle Nerven bzw. Nervenverbindungen im Übergangsbereich zwischen Gehirn und Rückenmark, also im <i>Zentralen Nervensystem</i> verstanden.
<i>Redundanz</i>	Eine Redundanz tritt ein, wenn ein Vorgang so lange wiederholt wird, bis die Daten gesättigt sind. Das heisst, ein Thema / Gegenstand kann so lange untersucht werden, bis keine neuen Informationen gefunden werden.
<i>Reliabilität / reliabel</i>	Die Reliabilität beurteilt die Messgenauigkeit eines Messinstrumentes. Das heisst nach einer wiederholten Messung desselben Phänomens / Gegenstandes unter den selben Bedingungen und Voraussetzungen muss das selbe Ergebnis erhalten werden.
<i>Rücklaufquote</i>	Als Rücklaufquote werden die tatsächlich erreichte Einheiten gemeint. Im Falle der Bachelorarbeit werden die tatsächlich ausgefüllten und retournierten Fragebögen der Studien Southam (2003) und Leber und Vanoli (2001) gemeint.

<i>Sampling</i>	Mit Sampling in der Forschung die Entnahme einer Stichprobe gemeint oder die Zusammenstellung (ebenfalls Stichprobe genannt) von Probanden für eine wissenschaftliche Untersuchung.
<i>Self Care</i>	Mit Self care, auch <i>health care</i> , ist gemeint, dass die Person ihrer Gesundheit Sorge trägt. Entweder wird dabei ein gesunder Lebensstil gepflegt, oder es werden aktiv Massnahmen ergriffen, wenn die Gesundheit bedroht wird.
<i>Slapstick</i>	Wird mit <i>Situationskomik</i> übersetzt und kommt aus der Filmbranche, bei der eine spezielle Form der Filmkomödie gemeint ist. Slapstick kommt in der Regel ohne das gesprochene Wort aus und die Komik entsteht durch übertrieben körperliches Schauspiel.
<i>Stand-Up-Comedy</i>	Unter Stand-Up-Comedy versteht man einen überwiegend gesprochenen Solovortrag eines Komikers als Kurzauftritt oder auch abendfüllendes Programm. Stand-Up-Comedy besteht meist aus einstudierten Nummern, die oft über Jahre gleich oder ähnlich vorgetragen werden. Aber auch spontane und unvorbereitete Elemente sind in den Darbietungen zu finden.
<i>Temporallappen</i>	Der Temporallappen liegt unterhalb des Frontal- und Parietallappens seitlich aussen (Schläfe).
<i>Transkribieren</i>	Transkribieren wird der Vorgang benannt, bei dem das gesprochene Wort, wie auch Gebärden lautgetreu in eine schriftliche Version gebracht wird.

<i>Triangulierung</i>	Damit Studienergebnisse als vertrauenswürdig erachtet werden, werden in Studien oftmals vielfältige Quellen und Perspektiven genutzt um die Gefahr eines systemischen Fehlers zu verringern. Dabei werden beispielsweise Daten aus verschiedenen Quellen erhoben, unterschiedliche Methoden der Datenerhebung angewendet oder es wird mehr als ein Forscher an der Analyse beteiligt. Diese Sicherheitsmassnahmen werden als Triangulation bezeichnet.
<i>Trigger / trigger</i>	Auslöser
<i>t-Test</i>	Die Überprüfung einer statistischen Nullhypothese anhand der t-Verteilung nennt man t-Test. Bei einer Nullhypothese wird davon ausgegangen, dass kein Effekt oder kein Zusammenhang vorliegt.
<i>Therapeutic Use of Self</i>	Der Begriff wird in der ergotherapeutischen Literatur verwendet, um die bewusste Beziehungsbildung der Therapeutin zum Klienten zu bezeichnen. Dabei nutzt die Therapeutin die eigene Persönlichkeit, ihre Ansichten und Wahrnehmungen bewusst als Teil des therapeutischen Prozesses.
<i>Validität / valide</i>	Die Validität ist das Gütekriterium der Zuverlässigkeit in der Messung. Ein Messinstrument ist valide, wenn es genau das misst, was es messen soll und Kontaminierung <sup>o</sup> vermeidet.
<i>ventral</i>	Teil der Lage- und Richtungsbezeichnungen welche in der Anatomie zur Beschreibung der Position, der Lage und des Verlaufs einzelner Strukturen dienen. Ventral heisst zur Vorderseite hin gelegen.

*Well-Being*

Das Zusammentreffen von guten Lebensbedingungen und positivem Wohlbefinden ist die erstrebenswerteste Kombination und wird als Well-Being bezeichnet.

## **Wortzahl**

Abstract: 199

Arbeit: 11745

## **Danksagung**

Ein herzliches Dankeschön geht an Frau Treusch. Sie hat uns als Mentorin gut unterstützt und war sich nicht zu schade uns sogar aus ihren Ferien eine Antwort auf eine dringliche Frage zukommen zu lassen. Sie stand uns regelmässig mit Geduld und Rat und Tat zur Seite.

Ein weiteres Dankeschön geht an Frau Huber, die uns in der Anfangsphase bei der Studienbeurteilung in der Methodenberatung sehr geholfen hat.

Vielen Dank für das hilfreiche Gegenlesen Reintraut Friebe, Daniela Mazenauer, André Burger und Matthias Schwarz. Ein besonders grosses Dankeschön geht an Salome Ehrat, die einige Stunden geopfert und unsere Arbeit zweimal durchgelesen und sich sogar durch die Anhänge gequält und zu guter Letzt auch noch einen prüfenden Blick auf das Abstract geworfen hat.

Für das Vermitteln von wertvoller Hintergrundliteratur danken wir herzlich Nina Stillhard.

Dem Bibliotheksteam danken wir für das stillschweigende Akzeptieren des monatelangen in Beschlagnehmens des Schliessfachs.

## **Eigenständigkeitserklärung**

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Nutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Maleka Friebe

Jessica Buschor

## Anhang 1

### Suchmatrix

#### AMED

(humour OR humor OR laugh* OR amusement OR jok* OR joy) AND (dementia OR alzheimer*)	3
occupation* therap* AND (humor OR humour)	13
occupation* therap* AND laugh*	4
occupation* therap* AND amusement	1
occupation* therap* AND (joy or jok*)	4

#### CINAHL

(humour OR humor OR laugh* OR amusement OR jok* OR joy) AND (dementia OR alzheimer*)	30
occupation* therap* AND (humor OR humour)	32
occupation* therap* AND laugh*	9
occupation* therap* AND amusement	0
occupation* therap* AND (joy or jok*)	15

#### ERIC via OvidSP

(humour OR humor OR laugh* OR amusement OR jok* OR joy) AND (dementia OR alzheimer*)	17
---	----

#### ERIC via ProQuest

(humour OR humor OR laugh* OR amusement OR jok* OR joy) AND (dementia OR alzheimer*)	19
occupation* therap* AND (humor OR humour)	1
occupation* therap* AND laugh*	1
occupation* therap* AND amusement	0
occupation* therap* AND (joy or jok*)	1

#### MEDELIN via Ovid

(humour OR humor OR laugh* OR amusement OR jok* OR joy) AND (dementia OR alzheimer*).ti.	66
(humour OR humor OR laugh* OR amusement OR jok* OR joy) AND (dementia OR alzheimer*) AND (effect OR influence OR im- pact).ti	18
(humour OR humor OR laugh* OR amusement OR jok* OR joy) AND (dementia OR alzheimer*) AND (effect OR influence OR im- pact).ti	1

occupation* therap* AND (humor OR humour)	20
occupation* therap* AND laugh*	2
occupation* therap* AND amusement	0
occupation* therap* AND (joy or jok*)	48

### MEDELINE via ProQuest

(humour OR humor OR laugh* OR amusement OR jok* OR joy) AND (dementia OR alzheimer*)	20
--	----

### MEDELINE via Web of Science

(humour OR humor OR laugh* OR amusement OR jok* OR joy) AND (dementia OR alzheimer*)	11
--	----

occupation* therap* AND (humor OR humour).ti.	4
occupation* therap* AND laughter.af.	74
occupation* therap* AND amusement.af.	12
occupation* therap* AND (joy or jok*).ab	5

### OTDBASE

(humour OR humor) AND (dementia OR alzheimer*)	1
(jok* OR joy) AND (dementia OR alzheimer*)	0
(laugh* OR amusement) AND (dementia OR alzheimer*)	0

occupation* therap* AND (humor OR humour)	21
occupation* therap* AND laugh*	5
occupation* therap* AND amusement	0
occupation* therap* AND (joy or jok*)	6

### PsycINFO

((humour OR humor OR laugh* OR amusement OR jok* OR joy) AND (dementia OR alzheimer*)).ti	10
---	----

### GoogleScholar

allintitle: alzheimer's humor	7
allintitle: dementia humor	7
allintitle: alzheimer's humour	2
allintitle: dementia humour	6
allintitle: dementia joy	9
allintitle: alzheimer's joy	2
allintitle: dementia amusement	1
allintitle: alzheimer's amusement	0
allintitle: dementia laughing	4
allintitle: alzheimer's laughing	1
allintitle: dementia laugh	2
allintitle: alzheimer's laugh	1
allintitle: dementia joy	7

allintitle: alzheimer's joy	1
allintitle: dementia joke	0
allintitle: alzheimer's joke	0
allintitle: dementia joking	0
allintitle: alzheimer's joking	0

Allintitle: Occupational therapy humor	8
Allintitle: Occupational therapy humour	1
Allintitle: Occupational therapy laughter	0
Allintitle: Occupational therapy amusement	0
Allintitle: Occupational therapy joy	0
Allintitle: Occupational therapy joke	0

## Anhang 2

### Zusammenfassung der Hauptstudien

**Leber, D. A. & Vanoli, E. G. (2001). Therapeutic Use of Humor: Occupational Therapy Clinicians' Perceptions and Practices. *The American Journal of Occupational Therapy*, 55(2), 221-225.**

Das Ziel der quantitativen Studie von Leber und Vanoli (2001) war die Dokumentation der Wahrnehmung und Praktizierung von Ergotherapeutinnen in Hinblick auf den Humorgebrauch mit Klienten. Ausserdem hoffte man, dass Unterschiede und Trends in der Haltung zu Humor und Praxis offenbart werden würden, welche Indikatoren für zukünftige Studien und Schulung sein könnten. Als Erhebungsinstrument diente ein Fragebogen. Je eine Frage wurde passend zu einer der von Vergeer und MacRae (1993) erstellten 16 Kategorien konzipiert. Die Umfrage umfasste somit 16 Fragen mit den Antwortkategorien einer fünf-Punkte Likert-Skala°. Eine Checkliste zu institutionellen Humoraktivitäten wurde beigelegt und zudem drei offene Fragen zu Humoraktivitäten gestellt, um beschreibende Kommentare zu erhalten. Acht zusätzliche Fragen zu demografischen Aspekten der Teilnehmenden selbst wurden formuliert betreffend Geschlecht, Alter, Abschlusslevel, Fachgebiet, Dienstalder, Bildungsstand und Arbeitsstunden pro Woche wurden formuliert und beigelegt. Die Validität° des Erhebungsinstruments wurde auf mehrere Arten sichergestellt, bevor die Umfrage durchgeführt wurde. Eine Gruppe von sechs Ergotherapeuten aus zwei verschiedenen Einrichtungen testete den Entwurf. Die Testumfrage wurde geprüft und Mängel am Design, z.B. ungünstige Formulierungen und unklare Erläuterungen, wurden für das finale Erhebungsinstrument verbessert. Zudem prüften sechs Forschungsexperten unterschiedlicher Fachgebieten das Instrument und den beigelegten Brief. Ihre Empfehlungen, welche den Umfang des Fragebogens und die damit verbundene Motivation zur Teilnahme betrafen, wurden berücksichtigt, um das Instrument zu verbessern und verständlicher zu machen. Letztlich wurden Fragen mit den Fünf-Punkt-Likert-Skalen° an die Validitätsprüfenden° gestellt, um zu ermitteln wie akkurat die Umfrage ihre Meinung zum Humorgebrauch in der Ergotherapie zum Ausdruck bringen kann.

Die 496 Ergotherapeutinnen wurden anhand einer computergenerierten Zufallsstichprobe aus der Liste von The American Occupational Therapy Association (AOTA) aus den gesamten USA bestimmt. Kriterien für die Inklusion<sup>o</sup> wurden breit gehalten, mit der Argumentation, dass dadurch ein repräsentatives Sampling<sup>o</sup> erhalten werden könne. Die Rücklaufquote<sup>o</sup> lag bei 61 %. Die Resultate ergaben eine signifikant positive Korrelation<sup>o</sup> zwischen der Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche und dem Level des Disagreement, dass Humorgebrauch unprofessionell sei gefunden. Weiter wurde eine signifikant negative Korrelation<sup>o</sup> bei der Anzahl Arbeitsstunden pro Woche und der Angabe, dass die Teilnehmenden lustige Geschichten mit den Klienten teilen, gefunden. Eine signifikant negative Korrelation<sup>o</sup> wurde zwischen dem Dienstalder in der Ergotherapie und dem Humorgebrauch während der Klienten-Evaluation<sup>o</sup> gefunden. Die offenen Fragen ergaben, dass Humor in der Ergotherapie vor allem für die Förderung der Therapeuten-Klienten-Beziehung, zur Evaluation<sup>o</sup> des Klienten, zur Steigerung der Motivation oder zum persönlichen Nutzen eingesetzt wird.

**Vergeer, G. & MacRae, A. (1993). The Use of Humor in Occupational Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 47, 678-684.**

Die qualitative Studie von Vergeer und MacRae (1993) hatte zum Ziel den Einsatz von therapeutischem Humor in der Ergotherapie zu ermitteln. Hierfür wurden elf Ergotherapeuten aus der San Francisco Bay Area, welche angegeben haben bereits Erfahrungen mit ergotherapeutischem Humor gemacht zu haben, anhand eines halbstrukturierten Interviews befragt. Die Teilnehmenden wurden durch ein selektives Sampling<sup>o</sup> bestimmt. Kriterien für die Teilnehmergruppe waren eine möglichst grosse Vielfalt an unterschiedlichem Klientel und Fachgebieten. Fünf der elf Interviews wurden anschliessend transkribiert<sup>o</sup>. Es wurde keine Begründung angegeben, weshalb die Wahl auf diese fünf Interviews fiel. Die Aussagen wurden nach Inhalt geordnet. Immer wenn eine Aussage von den bereits gemachten inhaltlich abwich, wurde eine neue Kategorie, eine sogenannte *meaning-unit*, gebildet. Insgesamt entstanden 16 meaning-units zu unterschiedlichen Themen. Die Resultate ergeben, dass die befragten Ergotherapeuten grundsätzlich positiv gegenüber therapeutischem Humor eingestellt sind und einige Humor sogar gezielt in der Therapie einsetzen.

**Southam, M. (2003). Therapeutic Humor: Attitudes and Actions by Occupational Therapists in Adult Physical Disabilities Settings. *Occupational Therapy in Health Care*, 17, 23-41.**

Southam (2003) untersuchte in seiner quantitativen Studie in welchem Umfang Ergotherapeutinnen Humor in der klinischen Praxis tatsächlich nutzen. Eine einmalige Erhebung per Fragebogen wurde durchgeführt. 1000 Ergotherapeutinnen wurden mit Hilfe eines Zufallgenerators aus dem *AOTA Physical Disabilities Special Interest Section* ausgewählt. Davon erklärten sich 311 (31%) dazu bereit an der Studie teilzunehmen wovon 283 (28%) den Einschlusskriterien zur Studienakzeptanz entsprachen. Die Einschlusskriterien beinhalteten, dass die Teilnehmenden aktuell oder innerhalb der letzten zwei Jahre mit körperlich Behinderten arbeiteten. Mit 31% ist die Rücklaufquote<sup>o</sup> eher gering, was der Autor auch bemängelt. Vermutungen oder Anpassungen wurden jedoch nicht vorgenommen. Der Fragebogen bestand aus 40 geschlossenen Fragen, die von 1 (gar nicht einverstanden) bis 6 (sehr einverstanden) beantwortet werden konnten. Die Fragen wurden zu vier sogenannten *key areas* gestellt: (a) *to build relationships*, (b) *to help clients cope with adversity*, (c) *to promote clients' physical health*, (d) *to facilitate compliance<sup>o</sup> with treatment*.

Die Validität<sup>o</sup> des Fragebogens wurde durch die Expertise von fünf Dr. Phil. Forschern und Forscherinnen in Ergotherapie und Humor überprüft und der Fragebogen anhand einer Zufallsstichprobe von 14 Ergotherapeutinnen, die den Kriterien der Studie entsprachen, jedoch nicht Teil der eigentlichen Studie waren, erneut auf die Validität<sup>o</sup> überprüft. Es wurden keine Probleme festgestellt.

Die Hypothese, dass die Mehrheit der Ergotherapeutinnen Humor in der Therapie anwenden, wurde bestätigt. Die Auswertung ergab zudem, dass die Befragten Humor zur Beziehungsförderung, als Coping für Schwierigkeiten von Patienten, zur Förderung der Gesundheit oder der Compliance<sup>o</sup> ihrer Klienten einsetzen würden.

**Low, L. F., Goodenough, B., Fletcher, J., Xu, K., Casey, A.-N., Chenoweth, L., Fleming, R., Spitzer, P. Bell, J.-P. & Brodaty, H. (2014). The Effects of Humor Therapy on Nursing Residents Measured Using Observational Methods: The SMILE Cluster Randomized Trial. *The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine*, 15(8), 564-569.**

Zweck der Studie war die Evaluation<sup>o</sup> des Effektes von Humorthherapie in Bezug auf Unruhe, Einstellung, positives Verhalten, den Affekt und Zufriedenheit bei Bewohnern von Pflegeheimen. Die Autoren schreiben, dass in der Vergangenheit verschiedene Methoden und Messinstrumente verwendet wurden, um die Stimmung von Bewohnern in Pflegeheimen mit grossem Anteil an Demenzkranken zu erheben. Mängel verschiedener Methoden werden in der Hintergrundliteratur aufgeführt. Die Forscher haben ein neues, geeignetes computerbasiertes Instrument entwickelt, das Behavior Engagement and Affect Measure (BEAM), das Verhalten und Stimmung misst und welches valide<sup>o</sup> und reliabel<sup>o</sup> wäre.

36 Pflegeheime wurden aufgrund von Ein- und Ausschlusskriterien der Bewohner für den Studienzweck als geeignet identifiziert. Die Bewohner mussten nach den Einschlusskriterien mindestens 50 Jahre alt sein, sich seit mindestens 12 Wochen und für weitere sechs Monate in der Einrichtung in Vollzeitpflege befinden und sollten in Gruppen gut zurechtkommen. In den 36 Häusern wurden sogenannte SMILE *Neighborhoods* gegründet. Eine *Neighborhood* bestand aus 40 Bewohnern, denen es möglich ist miteinander in Kontakt zu treten und mindestens einem Mitarbeiter, der bereit war für ein *Humor-Training*. Dieser erhielt eine Schulung, welche die Evidence<sup>o</sup>, dass Humor für die Gesundheit eine wichtige Rolle spielt, thematisiert. Zudem wurden praktische Wege vermittelt, wie Humor im täglichen Heimalltag eingebunden werden kann. Die Mitarbeiter wurden so zu sogenannten *LaughterBosses*. Diese assistierten während dem Besuch von Elder Clowns<sup>o</sup> und wurden ermutigt die Humorintervention im normalen Heimalltag fortzuführen.

Die SMILE *Neighborhoods* wurden in 18 Humorthherapiegruppen und 17 Kontrollgruppe, welche die übliche Betreuung erhielten, aufgeteilt.

Die Baseline<sup>o</sup> aller Bewohner wurde anhand des BEAM-Tests ermittelt.

Die Humorthherapiegruppen erhielten zwischen 9 und 12 Humorthapien durch einen

geschulten Performer (Elder Clown<sup>o</sup>), der Erfahrungen im Pflegesetting hat. Die Interventionen beinhalteten Witze, Musik, Slapstick<sup>o</sup> oder Unterhaltung beinhalten und fanden in Einzel- oder Gruppensituationen statt. Das Programm wurde während 26 Wochen durchgeführt. Nach Woche 13 und 26 wurde jeweils eine erneute BEAM-Testungen in den Bereichen *vorgegebene Aktivität*, *Freizeit* und *Mahlzeit* durchgeführt. Die Resultate ergaben insgesamt eine signifikante Steigerung in der Dauer von schwach positivem Verhalten, aktiver Vermeidung der Partizipation<sup>o</sup> und neutraler Stimmung entdeckt.

**Stevens, J. (2011). Stand up for dementia: Performance, improvisation and stand up comedy as therapy for people with dementia; a qualitative study. *Dementia*, 11(1), 61-73.**

Das Ziel der qualitativen Studie von Stevens (2011) war den Effekt eines Stand-Up-Comedy<sup>o</sup> Workshops auf Menschen mit einer leichten Demenz zu untersuchen und zu beschreiben. Der Workshop wurde in ein bereits bestehendes Programm mit verschiedenen Angeboten an Aktivitäten für Menschen mit Demenz, eingegliedert. Menschen mit Demenz wurden eingeladen daran teilzunehmen. Unter anderem war ein Einschlusskriterium, dass die Teilnehmenden mit Angehörigen (Ehepartner oder Kinder) zusammen wohnen und von diesen betreut würden. 15 Personen mit Demenz im Anfangsstadium (MMSE unter 22), davon acht Männer und sieben Frauen, nahmen am Workshop teil. Das Alter der Teilnehmenden lag zwischen 78 und 86 Jahren. Der Workshop wurde zwei Stunden wöchentlich über acht Wochen durchgeführt. Ein erfahrener Comedian mit über 20 Jahren Erfahrung als Komiker und Lehrer im Stand-Up<sup>o</sup> leitete die 15 Teilnehmenden an. Diese sollten aktiv in den Workshop mit einbezogen werden, um sie dabei zu fördern mit Humor andere und sich selber zum Lachen zu bringen. Am Ende des Workshops wurde eine Vorführung gemacht, zu der die Angehörigen eingeladen wurden. Eine Programmleiterin koordinierte den Workshop. Zur Datenerhebung wurden Beobachtungen, Feldnotizen und Einzelinterviews mit sechs Teilnehmenden, deren Angehörigen, dem Comedy<sup>o</sup>-Leiter und der Programmleiterin durchgeführt. Es wurden keine Gründe angegeben, warum die Wahl auf diese sechs Teilnehmenden und deren Angehörigen fiel. Die Daten wurden von zwei Forschern analysiert. Die Resultate haben ergeben, dass die Wirkung des

Comedy°-Workshops auf die Teilnehmenden positiv ausfiel. Verbesserungen des Erinnerungsvermögens, der Kommunikation, des Engagements und der Stimmung wurden dokumentiert.

**Hafford-Letchfield, T. (2012). Funny things happen at the Grange: Introducing comedy activities in day services to older people with dementia – innovative practice. *Dementia*, 12(6), 840-852.**

Die Autorin der Studie argumentiert in der Einleitung, dass dem Blickwinkel von Klienten des Gesundheitsmanagements oftmals zu wenig Beachtung geschenkt würde und hauptsächlich die Eindrücke des Personals zur Qualität und Effektivität der Betreuung gewichtet würden. Neue Perspektiven und Einblicke in eine verbesserte, effektivere Betreuung von Menschen mit Demenz müssten daher geschaffen werden. Lern- und Unterrichtsstrategien sollen für Personen des Gesundheitspersonals entwickelt werden, die ihnen helfen würden das Potential der Betreuung der Klienten zu maximieren und deren Autonomie trotz allem so weit wie möglich zu erhalten. In diesem Zusammenhang wurde ein Experiment durchgeführt, bei dem ein Comedy°-Programm innerhalb eines Tageszentrums für Menschen mit Demenz durchgeführt wurde. Das Projekt zielte darauf ab neue Lernstrategien anhand eines Kunst-orientierten Ansatz zur Bewältigung auftretender Problemen rund um das Thema Altern oder Well-being zu untersuchen. Diese Lernstrategien sollten schlussendlich digital als *Mockumentary*° für eine Analyse vorliegen. Daher wurde entschieden die Comedy°-Aktivitäten auf Video festzuhalten.

12 Klienten des Tageszentrums, vier Angehörige, acht Mitarbeiter und zwei Comedy-trainer° nahmen an dem Experiment teil. Beteiligt waren ausserdem ein Projektleiter, sowie eine verantwortliche Person für das Filmen und technische Angelegenheiten. Vier Workshops zum Thema *Besuch der Queen im Tageszentrum* wurden einmal pro Woche zwischen zwei bis drei Stunden durchgeführt.

Erst als das Comedy°-Programm beendet war und die Videos gesichtet wurden, beschloss die Autorin das Material für eine Studie zu beutzen. Die Analyse beruht daher auf einem Augenzeugenbericht des Projektleiters und der Sichtung des Filmmaterials. Die Autorin bemängelt, dass nur sehr wenige Ressourcen für eine Analyse vorlagen. Die Evaluation° wurde mit dem Projektteam diskutiert und Feedback von den Angehörigen eingeholt.

Die Resultate suggerieren, dass Humor einige Vorteile und positiven Effekte für Personen mit Demenz mitbringen. So soll Humor unter anderem hilfreich sein bei der Bewältigung von Stresssituationen, als Copingstrategie oder zur Unterstützung des Well-Being°.

**Walter, M., Hänni, B., Haug, M., Amrhein, I., Krebs-Roubicek, E., Müller-Spahn & F., Savaskan, E. (2007). Humour therapie 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**

Die quantitative Studie von Walter et al. (2007) untersucht Auswirkung von Humorthherapie auf Bewohner mit einer Alzheimer-Demenz und Bewohner mit einer Alters-Depression. Die Studie wurde in einer geriatrischen Einrichtung in Basel CH anhand eines Vorher-Nachher-Vergleichs und anhand einer Kontrollgruppe mit Standardtherapie durchgeführt. Insgesamt nahmen 40 Personen an der Studie teil. Die Wahl der Stichprobengrösse wird nicht begründet. 26 Frauen und 14 Männer im Alter von 62 bis 89, die an einer Demenz und/oder einer Depression leiden, wurden nahmen an der Studie teil.

Je zehn Bewohner mit einer Demenzdiagnose wurden in die Gruppe Humorthherapie und Standardtherapie eingeteilt. Mit den 20 Personen mit einer Alters-Depression wurde gleich verfahren, sodass schlussendlich vier Gruppen entstanden. Die beiden Humorgruppen erhielten alle zwei Wochen eine Stunde Humorthherapie, die beiden anderen Gruppen erhielten die übliche medikamentöse Standardtherapie. Die Autoren schreiben, dass jeweils zwischen sechs bis acht Personen der Gruppen an der Humorthherapie teilnehmen. Anhand den Assessments GDS, MMSE, NOSGER und ACSA wurde ein Vorher-Nachher Vergleich angestellt. Die Messungen wurden vor und nach den jeweiligen Therapien durchgeführt.

Die Ergebnisse sind nicht signifikant. Die Autoren nennen als Limitation der Studie, dass eine Stunde Therapie alle zwei Wochen möglicherweise zu wenig intensiv ist, um einen Effekt zu erzielen.

## Anhang 3

### Kritische Beurteilung der Hauptstudien

**Quelle:**

Leber, D. A. & Vanoli, E. G. (2001). Therapeutic Use of Humor: Occupational Therapy Clinicians' Perceptions und Practices. *The American Journal of Occupational Therapy*, 55(2), 221-225.

#### Studienbeurteilung Quantitatives Design

##### Zweck der Studie

---

Ziel war die Dokumentation der Wahrnehmung und Praktizierung von Ergotherapeutinnen in Hinblick auf den Humorgebrauch mit Klienten. Ausserdem hoffte man, dass Unterschiede und Trends in der Haltung zu Humor und Praxis offenbart werden, welche Indikatoren für zukünftige Studien und Schulung sein könnten. (S. 222, li. Spalte Mitte)

Hypothese: Es wird angenommen, dass praktizierende Ergotherapeutinne den Wert des Humorgebrauchs in der Praxis erkennen. (S. 224, re. Spalte Mitte)

##### Hintergrundliteratur

---

Viele Quellen wurden als Hintergrundliteratur beigezogen.

##### Begründung der Notwendigkeit für die Durchführung der Studie

Obwohl es viel Literatur gibt, welche den Beweis erbringt, dass Ergotherapeutinnen erwägen sollten, Humor als Behandlungszusatz zu nutzen, gibt es nur begrenzt empirische Evidenz, welche die Haltung von Gesundheitsprofessionen in Hinblick auf den Humorgebrauch mit Klienten misst. (S. 222, li. Spalte oben)

##### Beschreibung der Methode zur Stichprobenauswahl

---

- Computergenerierte Zufallsstichprobe aus einer Liste von The American Occupational Therapy Association (AOTA) mit 496 Ergotherapeutinnen und Ergotherapie-Assistentinnen aus den gesamten USA.
- Kriterien für die Inklusion<sup>o</sup> wurden breit gehalten, mit der Argumentation, dass dadurch ein repräsentatives Sampling<sup>o</sup> erhalten werden könne
- Retournierungsrate lag bei 61 %
- N = 496 Ergotherapeutinnen / 312 Teilnehmende (61 %) füllten den Fragebogen aus / 9 wurden aussortiert, da diese von bereits pensionierten Ergotherapeutinnen ausgefüllt wurden, oder durch das Postoffice wegen fehlerhaften Adressen zurückgeschickt wurden. (S. 223, li. Spalte oben)

##### Beschreibung der Teilnehmenden

- 34,3 % der Befragten waren zwischen 26 und 35 Jahre alt
- 44,2 % waren zwischen 36 und 50 Jahre alt
- Alle Befragten wurden in 5 geografische Regionen unterteilt

- Die Mehrheit arbeitete in den nordzentralen und nordöstlichen Regionen der USA
- Die Ergotherapeutinnen und Ergotherapie-Assistentinnen arbeiteten in einer Vielzahl von Settings unter anderem in Pflegeeinrichtungen, Schulen, Krankenhäuser, Domizil und Rehabilitationszentren
- Der Mittelwert der Dienstjahre lag bei 11,36
- Der Mittelwert der Arbeitsstunden pro Woche lag bei 34,26
- 84 % der Teilnehmenden waren Ergotherapeutinnen
- 91 % der Teilnehmenden waren Frauen

(S. 223, li. Spalte oben)

Die Teilnehmenden werden detailliert beschrieben

### **Einholung der Zustimmung**

Alle Teilnehmenden wurden über den Zweck der Studie informiert und die Rücksendung des Fragebogens wurde als Einwilligung zur Teilnahme angesehen. (S. 222, re. Spalte unten)

### **Ethikverfahren**

Keine Erwähnung eines Ethikverfahrens.

### **Beschreibung der Methodik**

---

#### **Studiendesign**

Das Studiendesign wurde nicht genannt. Es wird aber von den Autorinnen dieser Bachelorarbeit aufgrund der beschriebenen Methodik vermutet, dass es sich um eine Querschnittsstudie anhand eines Fragebogens handelt.

Die Autorinnen argumentieren ihre Wahl einer Umfrage, indem sie schreiben, dass durch dieses Instrument ein breites Spektrum an persönlichem und professionellem Humorgebrauch von Ergotherapeutinnen untersucht werden könne. (S. 222, re. Spalte oben)

Die Wahl des Studiendesigns wird von den Autorinnen dieser Bachelorarbeit als passend erachtet.

#### **Beschreibung der Intervention:**

Die Erstellung des Fragebogens und die Erhebung werden detailliert beschrieben. Je eine Frage wurde passend zu einer der von Vergeer und MacRae (1993) erstellten 16 Kategorien konzipiert. Diese Fragen sind einsehbar in der Tabelle 1 (S. 223 unten). Die Umfrage umfasste daher 16 Fragen mit den Antwortkategorien einer fünf-punkte Likert-Skala°. (S. 223, Tabelle) Eine Checkliste zu institutionellen Humoraktivitäten wurde beigelegt. Zudem wurden drei offene Fragen zu Humoraktivitäten gestellt, um beschreibende Kommentare zu erhalten. Acht zusätzliche Fragen zu demografischen Aspekten der Teilnehmenden selbst wurden gestellt, betreffend:

- Geschlecht
- Alter
- Abschlusslevel

- Fachgebiet
- Dienstalter
- Bildungsstand
- Arbeitsstunden pro Woche

(S. 222, li. Spalte unten)

Die Umfrage wurde an die Teilnehmenden verschickt, zusammen mit einem Begleitbrief, welcher Instruktionen zur Absolvierung der Umfrage sowie ihrer Rücksendung an die Forscher beinhaltet. Die Teilnehmenden wurden gebeten die Unterlagen innerhalb der nächsten zwei Wochen nach Erhalt zu retournieren.

Aufgrund der beschränkten Zeit wurde keine Zusatzumfrage verschickt. Was damit gemeint ist, wird in der Studie nicht näher erläutert.

Um die Teilnehmenden zu motivieren, formulierten die Forscher einen „fesselnden“ Deckbrief, versehen die Umschläge mit den Adressen handschriftlich, verwendeten lustigen Poststempel, legten einen retournierten und frankierten Umschlag bei, versprachen den Teilnehmenden eine Zusammenfassung der Resultate aus der Studie und signierten eigens die Deckbriefe. (S. 222, re. Spalte Mitte)

### **Beschreibung des Kontextes**

Die Studie wurde in den USA durchgeführt.

Eine nähere Beschreibung der Kontextfaktoren entfällt, da es sich um einen Fragebogen handelt, welcher durch die Teilnehmenden in ihrem persönlichen Umfeld ausgefüllt wurde.

### **Vermeidung von Kontaminierung°**

Wurde vermieden. Z.B. durch Ausschlusskriterien für die Teilnehmenden.

### **Ko-Interventionen°**

Da es sich um eine einmalige Umfrage handelt, entfällt dieser Punkt

### **Rolle des Forschers**

Der Forscher war während der Datenerhebung nicht anwesend.

### **Angemessenheit des Studiendesigns / der Methodik**

Die Art des Studiendesigns wird als angemessen erachtet.

### **Beschreibung der Datenerhebung und Dokumentierung**

Als Erhebungsinstrument diente eine Umfrage. (S. 222, li. Spalte unten)

### **Validität° des Instrumentes zur Datenerhebung**

Die Validität° des Erhebungsinstrumentes wurde auf mehrere Arten sichergestellt, bevor die Umfrage durchgeführt wurde: eine Gruppe von sechs Ergotherapeutinnen aus zwei verschiedenen Einrichtungen testeten den Entwurf. Die Testumfrage wurde geprüft und Mängel am Design, z.B. ungünstige Formulierungen und unklare Erläuterungen, wurden für das finale Erhebungsinstrument verbessert. Zudem prüften sechs

Forschungsexperten unterschiedlicher Themengebieten das Instrument und den beigelegten Brief. Ihre Empfehlungen, welche die Länge der Umfrage und die Motivation zur Teilnahme betrafen, wurden berücksichtigt, um das Instrument zu verbessern und verständlicher zu machen. Letztlich wurden Fragen mit den Fünf-Punkt-Likert-Skalen<sup>o</sup> an die Validitätsprüfenden<sup>o</sup> gestellt, um zu ermitteln wie akkurat die Umfrage ihre Meinung von Humorgebrauch in der Ergotherapie zum Ausdruck bringen kann. (S. 222, re. Spalte Mitte)

### **Reliabilität<sup>o</sup> der Outcommessungen**

Als negativ hervorzuheben ist, dass die Autorinnen der Studie nicht angeben, ob die Outcomes auf Reliabilität<sup>o</sup> getestet wurden.

### **Anzahl Outcommessungen**

Die Befragung war einmalig.

### **Beschreibung der Datenanalyse**

---

#### **Angemessenheit der Analysemethoden**

Test: Chi-Square für nominale Zusammenhänge und Mittelwertsberechnung. Der Test wird als angemessen erachtet.

#### **Angabe der Signifikanz**

Wird angegeben.

### **Klinische Bedeutung**

---

Aufgrund dessen, dass es sich nicht um eine Interventionsstudie handelt, wird dies in der Studie nicht angegeben.

Die Ergebnisse werden von den Autorinnen dieser Bachelorarbeit als bedeutend erachtet, da die Interventionsgruppe, sowie die Rücklaufquote<sup>o</sup> gross ist und die Ergebnisse signifikant ausfallen.

### **Verzerrungen**

---

Die Forscher bewerten die verbliebenen, nicht beantworteten 39% der Fragebögen kritisch. Vermutungen werden angestellt, dass die Personen, die den Fragebogen nicht beantwortet haben, möglicherweise eine negative Einstellung zum Humorgebrauch mit Klienten haben und dieses Thema für nicht wichtig genug hielten, um an der Studie teilzunehmen. Diese mögliche Einstellung zu therapeutischem Humor hätte ein weiteres, vertieftes Verständnis für dessen Praktizierung und Wahrnehmung in der Ergotherapie geben können. (S. 225, li. Spalte, mitte)

### **Limitationen**

---

Als positiv zu bewerten ist, dass die Forscherinnen auf die Limitationen eingehen. Es wird geschrieben, dass es positiv zu bewerten ist, dass die Rücklaufquote<sup>o</sup> bei 61 % liegt.

Die Forscherinnen sind ausserdem der Meinung, dass das Thema vertiefter hätte angegangen werden können. Da sie die Teilnehmenden zum Mitmachen motivieren wollten, hielten sie die Umfrage kurz.

Auch seien die Antwortskalen eher limitiert.

Ein weiterer Punkt, der als kritisch betrachtet wird ist, dass alle Teilnehmenden ausschließlich aus der AOTA-Liste gezogen wurden, in der nicht alle Ergotherapeutinnen vertreten sind.

(S. 225, re. Spalte Mitte)

### **Schlussfolgerung und Implikationen**

---

Die Autoren schliessen aus den Ergebnissen, dass die Mehrheit der Ergotherapeutinnen therapeutischen Humor als positiv bewerten. Diese Studie könnte eine Lücke zwischen viel vorhandener Literatur anderer Disziplinen der Gesundheit, welche bereits die Vorteile von Humor im Gesundheitsbereich behandeln, und dem Humorgebrauch von Ergotherapeutinnen schliessen. Die Resultate zeigen klar, dass Humor als vorteilhaftes therapeutisches Instrument empfunden wird, welches bereits in der Ergotherapie eingesetzt wird. (S. 225, re. Spalte oben)

Vorschläge der Autorinnen für weitere Forschung: (a) Bringt den Klinikern die Erfahrung mit Humorgebrauch Vorteile an ihrem Arbeitsplatz und ihrem Privatleben? (b) Verbessert Humorgebrauch im klinischen Setting die Wahrnehmung der Klienten in Bezug auf ihre Behandlung? (c) Würde die Schulung von Humorgebrauch in der Intervention mit Klienten Kliniker unterstützen ihren Humor passender und nutzbringender einzusetzen? (d) Wie beeinflussen individuelle Faktoren wie Kultur, Geschlecht und Alter den Humorgebrauch mit Klienten? (S. 225, li. Spalte unten)

### **Angemessenheit der Schlussfolgerungen**

Schlussfolgerungen werden als angemessen erachtet.

### **Vertrauenswürdigkeit / Würdigung der Studie**

---

Die Studie wird als valide<sup>o</sup> und reliabel<sup>o</sup> erachtet. Die Resultate als vertrauenswürdig.

**Quelle:**

**Southam, M. (2003). Therapeutic Humor: Attitudes and Actions by Occupational Therapists in Adult Physical Disabilities Settings. *Occupational Therapy in Health Care*, 17, 23-41.**

**Studienbeurteilung Quantitatives Design****Zweck der Studie**

---

Zweck und Fragestellung der Studie wurde klar formuliert. Sowohl im Abstract<sup>o</sup> als auch in der Studie unter einem separaten Kapitel. (S. 23, 28)

Hypothesen: Die Mehrheit der Ergotherapeutinnen würde Humor in der Therapie mit körperlich beeinträchtigten Erwachsenen einsetzen.

Die Mehrheit der Ergotherapeutinnen hat eine positive Haltung gegenüber Humor und würde diesen in folgenden vier Hauptkategorien einsetzen:

- a. zum Beziehungsaufbau
- b. zur Unterstützung des Coping bei Schwierigkeiten
- c. zur Unterstützung und Förderung der körperlichen Gesundheit
- d. zur Erleichterung der Compliance<sup>o</sup> bei der Behandlung (S. 28, Absch. unten)

Studienfrage: In welchem Umfang nutzen Ergotherapeutinnen tatsächlich Humor in der klinischen Praxis?

**Hintergrundliteratur**

---

Die Vorteile und Wichtigkeit von Humor wurde mit viel Hintergrundliteratur dargestellt. (S. 24 – 28)

**Begründung der Notwendigkeit für die Durchführung der Studie**

Notwendigkeit für eine weitere Untersuchung wurde wie folgt dargelegt:

Bis zum Zeitpunkt dieser Studie wurde noch keine Untersuchung darüber gemacht, inwiefern die Haltung gegenüber Humor und dem tatsächlichen Einsatz von Humor in der klinischen Praxis in Zusammenhang stehen. (S. 24., Absch. unten)

**Beschreibung der Methode zur Stichprobenauswahl**

---

N = 283 von 1000

Es wurden 1000 Ergotherapeutinnen mit Hilfe eines Computers per Zufall aus dem AOTA Physical Disabilities Special Interest Section ausgewählt. Davon erklärten sich 311 (31%) dazu bereit an der Studie teilzunehmen wovon 283 (28%) den Auswahlkriterien zur Studienakzeptanz entsprachen.

Die Auswahlkriterien waren:

Aktuell oder innerhalb der letzten zwei Jahre arbeitend mit körperlich Behinderten. (S. 29)

Die Rücklaufquote<sup>o</sup> ist gering (unter einem Drittel). Dies bemängelt der Forscher, macht jedoch keine Angaben zu Vermutungen zu der Ursache und nimmt auch keine

Anpassungen vor, um die Teilnehmerzahl noch einmal zu erhöhen. (S. 29 unten)  
Es wurde keine Aussagen zur Begründung der Stichprobengröße gemacht.

### **Beschreibung der Teilnehmenden**

Auswahlkriterien:

Ergotherapeutinnen, die aktuell oder innerhalb der letzten zwei Jahre mit körperlich Behinderten arbeiteten. (S. 29)

Die Beschreibung der Teilnehmenden fällt knapp aus.

### **Einholung der Zustimmung**

Es wurden keine Angaben dazu gemacht.

### **Ethikverfahren**

Den Teilnehmenden wurde Anonymität garantiert. Mehr wurde über die ethischen Prozesse nicht beschrieben. (S. 29 unten)

### **Beschreibung der Methodik**

---

#### **Studiendesign**

Der Forscher bezeichnet das Design als *Deskriptives-Zusammenhangs-Design*.

#### **Beschreibung der Intervention**

- Einmalige Erhebung per Fragebogen
- Der Fragebogen bestand aus 40 geschlossenen Fragen, die von 1 – 6 (gar nicht einverstanden bis sehr einverstanden) beantwortet werden konnten
- Die Fragen wurden zu vier sogenannten key areas gestellt: (a) *to build relationships*, (b) *to help clients cope with adversity*, (c) *to promote clients' physical health*, (d) *to facilitate compliance° with treatment*. Negativ zu bewerten ist, dass nicht beschrieben wird, nach welchen Kriterien diese vier *key areas* gebildet wurden (S. 28 unten)
- Weitere Fragen, die nicht zu den 40 Fragen gehören, zielten auf die Meinungen der Teilnehmenden zur Beziehung zwischen Humor und der Praxis von Ergotherapeutinnen ab und ob sie Humor spontan oder geplant einsetzen (S. 30)
- Am Ende folgen weitere offene Fragen, welche den Teilnehmenden die Möglichkeit gab, Kommentare zum Thema Humor in der Ergotherapie abzugeben (S. 30)

#### **Beschreibung des Kontextes**

Dieser Punkt entfällt, da es sich um einen Fragebogen handelt, welcher durch die Teilnehmenden in ihrem persönlichen Umfeld ausgefüllt wurde. Es kann nur gesagt werden, dass die Studie in den USA durchgeführt wurde.

#### **Vermeidung von Kontamination°**

Wird nicht angegeben.

#### **Ko-Interventionen°**

Entfällt.

## **Rolle des Forschers**

Der Forscher war während der Datenerhebung nicht anwesend.

## **Angemessenheit des Studiendesigns / der Methodik**

- Das Studiendesign ist angemessen, da keine Veränderung gemessen werden sollte, sondern eine aktuelle Momentaufnahme der Haltung, Einstellung und Gebrauch von Humor in der klinischen Praxis bieten sollte (S. 29)

## **Beschreibung der Datenerhebung und Dokumentierung**

---

### **Validität° der Instrumente zur Datenerhebung**

Die Validität° des Fragebogens wurde durch die Expertise von fünf Dr. Phil. Forschern in Ergotherapie und Humor überprüft und der Fragebogen anhand einer Zufallsstichprobe von 14 Ergotherapeutinnen, die den Kriterien der Studie entsprachen, jedoch nicht Teil der eigentlichen Studie waren, erneut auf die Validität° überprüft. Es wurden keine Probleme festgestellt. (S. 31., Absch. oben) Dies lässt jedoch zweifeln, da in der Regel immer etwas verbessert werden kann. Es wird nicht beschrieben wie die 14 Ergotherapeutinnen befragt wurden und wie die Antworten ausgewertet wurden. (S. 31 oben)

### **Reliabilität° der Outcommessungen**

Zur Überprüfung der Reliabilität° des Fragebogens wurde der *Cronbachs Alpha* Test durchgeführt. Das Ergebnis lag bei 0.94 was aussagt, dass der Fragebogen eine hohe Konsistenz aufweist. (S. 31 oben).

Die Outcommessung wird als reliabel° erachtet.

### **Anzahl Outcommessungen**

Die Befragung war einmalig.

## **Beschreibung der Datenanalyse**

---

### **Angemessenheit der Analysemethoden**

Die Analysemethoden / Tests werden als angemessen erachtet.

### **Angabe der Signifikanz**

Statistische Signifikanz wird angegeben.

### **Klinische Bedeutung**

---

Aufgrund dessen, dass es sich nicht um eine Interventionsstudie handelt, wird dies in der Studie nicht angegeben.

Die Klinische Bedeutung wird von den Autorinnen dieser Bachelorarbeit als gering erachtet, da die Rücklaufquote gering ausfiel und die Stichprobengröße dementsprechend niedrig ausfiel.

### **Verzerrungen**

---

Es ist unklar, wie *physische Beeinträchtigung* für die Teilnehmenden an der Studie definiert wurde, da in der Studie keinerlei Definition für diese Begrifflichkeit erläutert

wurde. (S. 29) Das Ergebnis kann dadurch verzerrt werden, weil nicht jeder das Gleiche unter physischer Beeinträchtigung verstehen könnte und der Begriff eine grosse Bandbreite an Möglichkeiten zulässt.

Zudem besteht die Gefahr der Verzerrung durch die geringe Rücklaufquote°. Möglicherweise haben nur Ergotherapeutinnen an der Umfrage teilgenommen, welche Humor in der Therapie nutzen, oder diesen als relevant erachten, was die Resultate stark in eine Richtung tendieren lassen könnte.

### **Schlussfolgerung und Implikationen**

---

- Die Hypothese, dass die Mehrheit der Ergotherapeutinnen Humor in der Therapie anwenden, sei bestätigt worden. Die Mehrheit der Teilnehmenden gaben an Humor in der Arbeit mit körperlich behinderten Erwachsenen anzuwenden.
- Ergotherapeutinnen würden Humor mehr zur Beziehungsförderung und als Coping für Schwierigkeiten von Patienten nutzen, als zur Gesundheitsförderung oder zur Förderung der Compliance° ihrer Klienten.
- Ergotherapeutinnen würden Humor häufiger spontan in der Therapie nutzen. Trotzdem würden einige zumindest ein wenig Zeit für Humor mit ihren Patienten einplanen. Trotzdem fände Humor als therapeutisches Mittel in der Praxis noch wenig Anwendung.
- Für die Praxis könne aus den Ergebnissen die Schlussfolgerung gezogen werden, dass Humor tatsächlich bei Ergotherapeutinnen einen Stellenwert habe und ihm einige positive Vorzüge zugesprochen würden, jedoch noch wenig bewusste Anwendung in der Praxis fände.
- Der Forscher der Studie vermutet, dass durch den Wissenszuwachs über die Vorteile von Humor mehr Ergotherapeutinnen bereit wären geplanten Humor in die Interventionen mit einfließen zu lassen. Die Ergebnisse würden ein Training der Ergotherapeutinnen zu therapeutischem Humor befürworten, um die Ergebnisse der Therapie zu verbessern. (S. 33 – 39)

#### **Implikationen**

- Weiterer Forschungsbedarf wurde empfohlen:
  1. Qualitative Studie über Diskrepanzen Humorhaltung und Gebrauch, speziell in Hinsicht auf physische Gesundheit und Compliance° in der Behandlung
  2. Studie zu spontanem und geplantem Humorgebrauch
  3. Studie über Klientenwahrnehmung in Bezug auf den Humorgebrauch durch die Kliniker
  4. Studie über mögliche Variierung des Humorgebrauchs je nach Kultur oder ethnischen Aspekten (S. 38 unten)

#### **Limitationen**

---

Geringe Rücklaufquote° bei den Fragebögen.

### **Schlussfolgerung und Implikationen**

---

#### **Angemessenheit der Schlussfolgerungen**

Die Schlussfolgerungen werden als angemessen erachtet.

#### **Vertrauenswürdigkeit / Würdigung der Studie**

---

Die Studie weist einige Mängel in der Vorgehensweise auf. Es wurde wenig hinterfragt und keine Verbesserungen vorgenommen betr. Rücklaufquote<sup>o</sup> und Anpassungen des Fragebogens. Aufgrund dessen, dass für die Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit Resultate zur Art des Einsatzes von Humor durch Ergotherapeutinnen von Interesse sind und weniger Prozentzahlen zu Häufigkeiten, können die Resultate trotzdem verwendet werden. Die Analysemethoden werden zudem als passend erachtet.

**Quelle:**

Low, L. F., Goodenough, B., Fletcher, J., Xu, K., Casey, A.-N., Chenoweth, L., Fleming, R., Spitzer, P. Bell, J.-P. & Brodaty, H. (2014). The Effects of Humor Therapy on Nursing Residents Measured Using Observational Methods: The SMILE Cluster Randomized Trial. *The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine*, 15(8), 564-569.

**Studienbeurteilung Quantitatives Design****Zweck der Studie**

Evaluation° des Effektes von Humorthherapie in Bezug auf Unruhe, Einstellung, positives Verhalten, Affekt und Zufriedenheit bei Bewohnern von Pflegeheimen. (S. 564, Abstract°, S. 565, li. Spalte unten)

**Hintergrundliteratur**

- Die Autoren schreiben, dass in der Vergangenheit verschiedene Methoden und Messinstrumente verwendet wurden, um die Stimmung von Bewohnern in Pflegeheimen mit grossem Anteil an Demenzzkranken zu erheben. Mängel verschiedener Methoden werden aufgeführt.
- Die Forscher haben ein neues, geeignetes computerbasiertes Instrument entwickelt, das Behavior Engagement and Affect Measure (BEAM), das Verhalten und Stimmung misst und welches valide° und reliabel° wäre. Es wird nicht explizit geschrieben, warum mit diesem Instrument die Studie durchgeführt wird und warum es an Forschung in der Humorthherapie bedarf. (S. 564 – 565, li. Spalte)

Die Hintergrundliteratur wird als genügend erachtet.

**Begründung der Notwendigkeit für die Durchführung der Studie**

Die Begründung für Notwendigkeit wird als plausibel erachtet.

**Beschreibung der Methode zur Stichprobenauswahl**

- Pflegeheime wurden gesucht in denen sogenannte *SMILE Neighborhood* gegründet werden konnten. *SMILE Neighborhood* waren Gruppen von 9 – 10 Bewohner.
- N = 36 Häuser

**Beschreibung der Teilnehmenden**

Kriterien für eine solche *SMILE Neighborhood* wurden mit Hilfe von facility managers definiert:

- Das Gebiet („area“) wird von weniger als 40 Bewohnern bewohnt wird
- Es ist den Bewohnern möglich miteinander in Aktion zu treten
- Die Mitarbeiter müssen in Humorthherapie trainiert werden

Ein- und Ausschlusskriterien für eine Teilnahme der Bewohner:

- Mindestens 50 Jahre alt

- Müssen mindestens seit 12 Wochen in der Einrichtung in Vollzeitpflege sein
- Dürfen kein Risiko für das Studienpersonal darstellen
- Sollten mindestens sechs weitere Monate in der Pflegeeinrichtung bleiben
- Sollten keine schwerwiegenden Kommunikationsprobleme haben
- Kein schwerwiegendes *Unwohl sein* haben
- Sollten in Gruppen zurechtkommen
- Dürfen keine starken psychischen Symptome haben
- Keine Angst vor Clowns oder Fremden haben

Schwer verständlich und ungenau beschrieben:

Es wird nicht beschrieben nach welchen Kriterien Pflegeheime ausgewählt wurden. Nicht klar wer die *facility managers* sind und welche Qualifikationen sie mitbringen.

Es ist nicht beschrieben, wie eine *area* aussieht. Es ist nicht klar verständlich, ob *areas* nach den Bewohnern, die dort wohnen, ausgewählt wurden, oder ob die Bewohner zu *areas* zusammengestellt wurden. Es wird ersteres vermutet.

Es werden keine genauen Angaben gemacht, wie viele Pflegeheimen, mit wie vielen Bewohnern teilnahmen. Im Abstract<sup>o</sup> wird von 35 Pflegeheimen geschrieben und im Text von 36 (S. 566, li. Spalte unten)

Als grossen Kritikpunkt zu bewerten ist, dass zwar im Abstract<sup>o</sup>, in der Einführung und in der Diskussion hauptsächlich von Personen mit Demenz geschrieben wird, aber weder aus dem Titel der Studie, noch aus der Beschreibung der Pflegeeinrichtungen oder in der Stichprobenauswahl und den Ein- und Ausschlusskriterien von Personen mit Demenz gesprochen wird. Es ist daher nicht eindeutig klar, ob die Studie ausschliesslich mit von Demenz betroffenen Personen gemacht wurde.

### **Ähnlichkeit zwischen Interventions- und Kontrollgruppe**

- Die *SMILE Neighborhoods* wurden aufgeteilt in eine Humorthherapiegruppe und eine Kontrollgruppe ohne Humorthherapie aufgeteilt.
- Mit Humorthherapie: 18 *SMILE Neighborhoods* mit 209 Bewohner.
- Ohne Humorthherapie: 17 *SMILE Neighborhoods* mit 189 Bewohnern

Die Autoren geben an, dass es keine schwerwiegenden Unterschiede in den ethnografischen Merkmalen von Interventions- und Kontrollgruppe gab (S. 566, re. Spalte). Aus Tabelle 1 (S. 566, re. Spalte oben) kann entnommen werden, dass die Verteilung tatsächlich bei vielen Kriterien ziemlich homogen ausgefallen ist, jedoch bei einigen Punkten, z.B. bei *happy mood* und *active disengagement*, grosse Diskrepanzen in der Verteilung feststellbar sind. Erst im letzten Satz des Diskussionssteiles (S. 568, li Spalte) wird dazu Stellung genommen und ausgesagt, dass die Diskrepanzen in den Outcomeberechnungen berücksichtigt und angepasst wurden. Es werden keine Angaben gemacht, wie die Diskrepanzen für die Anpassung berechnet wurden.

### **Einholung der Zustimmung**

Es wurde darauf geachtet, dass die Bewohner fähig sind, eine Entscheidungen zu treffen, ob sie an der Studie teilnehmen wollen. Ihre Zustimmung wurde schriftlich entgegengenommen.

Wenn die Bewohner nicht in der Lage waren schriftlich ihre Zustimmung zu geben, konnte diese der Vormund übernehmen. Der Abschnitt ist jedoch schwer verständlich und es ist nicht eindeutig wie genau die Zustimmungen eingeholt wurden. (S. 565, re. Spalte oben)

### **Ethikverfahren**

Es wird eine Ethikkommission erwähnt.

### **Beschreibung der Methodik**

---

#### **Studiendesign**

- Single-blind<sup>o</sup>-2-Group longitudinal cluster-randomized controlled design
- Argumentation: Um Verzerrungen vorzubeugen, wurde darauf geachtet, dass das Personal und die Bewohner nicht über die Intervention und die Zuteilung in Gruppen informiert wurden. (S. 2, li. Spalte, dritter Absch.)

#### **Beschreibung der Intervention:**

Humorthherapie: Die Intervention wurde in sechs Zyklen abgehalten. Sie umfasste folgende zwei Komponenten:

- LaughterBoss-Eintageschulung: Je ein ausgewählter Mitarbeiter pro Pflegeheim erhielt eine Schulung, welche die Evidence<sup>o</sup>, dass Humor für die Gesundheit eine wichtige Rolle spielt, thematisiert. Zudem wurden praktische Wege vermittelt, wie Humor im täglichen Heimalltag eingebunden werden kann. Die Mitarbeiter wurden so zu sogenannten *LaughterBosses*. Diese assistierten während dem Besuch von Elder Clowns<sup>o</sup> und wurden ermutigt, den Humor in das alltägliche Geschehen und in ihre Arbeit miteinfließen zu lassen
- Humorthérapien der Elder Clowns<sup>o</sup>: Zwischen 9 und 12 Humorthérapien wurden durch einen geschulten Performer (Elder Clown<sup>o</sup>), der Erfahrungen hatte im Pflegesetting, durchgeführt. Dies beinhaltete die Maximierung der Interaktion und des Engagements. Interventionen konnten Musik, Witze, Slapstick<sup>o</sup> oder Unterhaltung beinhalten und fanden in Einzel- oder Gruppensituationen statt
- Das Programm wurde während 26 Wochen durchgeführt. (S. 1., unten)

Es ist negativ zu bewerten, dass schwer nachvollziehbar ist, wie viel Humorthérapie tatsächlich jedem einzelnen Bewohner zuteilwurde. Es wird gesagt, dass die geschulten LaughterBosses dazu angehalten wurden, den Humor weiterhin, auch bei Abwesenheit der Elder Clowns<sup>o</sup>, fortzuführen. Wie intensiv dies jedoch durchgeführt wurde und ob in jedem Heim im gleichen Masse, wird nicht beschrieben.

- Kontrollgruppe: Wurde wie gewohnt betreut und bekam keine Humorthérapie

Keine genauere Beschreibung was die gewohnte Betreuung beinhaltet.

#### **Beschreibung des Kontextes**

Die Studie wurde in Australien durchgeführt.

Keine Beschreibung wo und in welchem Umfang die Humorthérapie durchgeführt wurde. Nicht nachvollziehbar, ob jeweils alle Bewohner einer *Neighborhood-Gruppe*

anwesend waren. Keine Beschreibung der Art und Weise, wie Elder Clowns° und LaughterBosses Humor in den Heimaltag einfließen liessen.

### **Vermeidung von Kontaminierung°**

Nicht angegeben.

### **Ko-Interventionen°**

Keine Aussage zu medikamentöser Behandlung oder parallel verlaufenden sonstigen Therapien. Weder zu der Interventionsgruppe noch zu der Kontrollgruppe. Dies ist als negativ zu bewerten.

### **Rolle der Forscher**

- Die Analyse der Baseline° wurde durch die erste Autorin (Lee-Fay Low) vorgenommen. (S. 565, unten)

Welche Rolle die Forscher während der Interventionen eingenommen hatten, wird nicht beschrieben. Auch nicht, wer die folgenden Outcome-Messungen durchführte.

### **Angemessenheit des Studiendesigns / der Methodik**

Aufgrund dessen, dass Heime gesucht wurden, in denen *SMILE Neighborhoods* gebildet werden konnten, konnte wahrscheinlich wenig flexibel bei der Zusammenstellung der Gruppen umgegangen werden, da ausschliesslich Bewohner der betr. Heime in Frage kamen. Zudem war es möglicherweise schwierig sicherzustellen, dass die Gruppen, sowie die einzelnen Bewohner ähnlich viel Humorintervention erhielten.

### **Beschreibung der Datenerhebung und Dokumentierung**

---

Die Outcomemessungen wurden mit dem *BEAM* gemacht. Da das *BEAM* kein bekanntes Messinstrument ist, kann nicht beurteilt werden, ob dieses dem Zweck angemessen ist.

### **Validität° der Instrumente zur Datenerhebung**

- Das Messinstrument *BEAM* wäre valide°, wird in der Studie geschrieben.

Keine Angaben, wie das Messinstrument auf Validität° geprüft wurde.

### **Reliabilität° der Outcommessungen**

- Das Messinstrument *BEAM* wäre reliabel°, wird in der Studie geschrieben.

Keine Angaben, wie das Messinstrument auf Reliabilität° geprüft wurde.

### **Anzahl Outcommessungen**

- 3 Testungen: Woche 0, Woche 13, Woche 26
- Jede Testung bestand aus 3 x 10 Minuten.
  - 10 min während einer strukturierten, vorgegebenen Aktivität
  - 10 min während der Freizeit
  - 10 min während einer Mahlzeit

## **Beschreibung der Datenanalyse**

---

### **Angemessenheit der Analysemethoden**

Die Forscher haben eine Varianzanalyse durchgeführt und geben den t-Wert an. Somit ist wahrscheinlich, dass sie eine Kontrastanalyse gemacht haben, d.h. alle Variablen mit allen Variablen verglichen. Dies hilft dabei, zu erkennen, wann über die gesamte Zeit hinweg das Entscheidende passierte. Die Tests werden als angemessen befunden.

### **Angabe der Signifikanz**

Die statistische Signifikanz wird angegeben.

### **Klinische Bedeutung**

---

Die Effektgrösse wird angegeben (Abstract<sup>o</sup>, S. 4 Tabelle 2).

### **Verzerrungen**

---

Siehe: *Ähnlichkeit zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.*

Unter dem Analyseteil der Studie ist die Rede von 36 Häusern, welche sich an der Studie beteiligten. Im Rest der Studie (u.a. im Abstract<sup>o</sup> und in der Tabelle 1) wird von 35 teilnehmenden Häusern gesprochen. Es konnte von den Studierenden dieser Bachelorarbeit keine Erklärung für diese Diskrepanz gefunden werden. Es muss also davon ausgegangen werden, dass ein Haus im Nachhinein ausgeschieden ist. Dieses Fehlen der Information wird als negativ bewertet.

### **Limitationen**

---

Die Forscher geben folgende Limitierungen ihrer Studie an:

- Obwohl die Studie als *single-blind* deklariert wurde, konnte dies nicht über die Dauer der Forschung aufrecht gehalten werden. Obwohl die Mitarbeitenden der teilnehmenden Häuser immer wieder darauf aufmerksam gemacht wurden, sickerten die Informationen an die jeweiligen Mitarbeiter durch, welche „blind“<sup>o</sup> gehalten werden sollten.
- Ausserdem könnten die teilnehmenden Häuser wenig repräsentativ für alle australischen Pflegeheime gewesen sein. Im Vergleich nationaler Daten hat sich nämlich ergeben, dass sie zwar ähnlich waren im Durchschnittsalter und im Level der Abhängigkeit ihrer Klienten, aber sich unterschieden in der Frauenquote und in dem Masse in der Hilfe bei ADL<sup>o</sup> gebraucht wird und dem Level des störenden Verhaltens.

### **Schlussfolgerung und Implikationen**

---

#### **Angemessenheit der Schlussfolgerungen**

Die Schlussfolgerungen werden als plausibel erachtet.

#### **Würdigung der Studie**

---

Die Analysemethode wird als angebracht erachtet. Einige Kritikpunkte sind in der Darstellung und Beschreibung der Massnahmen zwar aufgefallen, trotzdem werden

die Resultate als vertrauenswürdig erachtet. Die Forscher üben unter Punkt *Limitationen* Eigenkritik, sodass davon ausgegangen werden kann, dass so seriös wie möglich gearbeitet wurde.

Da jedoch keine Angaben gemacht werden, wie gross der Anteil an Bewohnern mit Demenz ist, können die Resultate für die Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit nicht verwendet werden. Es wird von den Autorinnen dieser Bachelorarbeit befürchtet, dass das Ergebnis stark verzerrt werden könnte, wenn nur ein geringer Anteil an Personen mit Demenz in der Studie vertreten waren.

**Quelle:**

Vergeer, G. & MacRae, A. (1993). The Use of Humor in Occupational Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 47, 678-684.

**Studienbeurteilung Qualitatives Design****Zweck der Studie**

---

- Der Zweck der Studie ist es, den Aspekt des therapeutischen Einsatzes von Humor zu untersuchen.
- Dokumentation der daraus resultierenden Erfahrungen der Ergotherapeutinnen.
- Versuch die Bedeutung des Phänomens *therapeutischer Humor* in der Arbeit der Ergotherapeutinnen herauszuarbeiten (S. 678 re. Spalte unten).

**Bezug zur Forschungsfrage**

Da die Studie den bewussten Humorgebrauch als Therapiemittel behandelt, können die Resultate für die Forschungsfrage von Nutzen sein.

**Hintergrundliteratur**

---

Viel Hintergrundliteratur wurde beigezogen.

**Begründung der Notwendigkeit für die Durchführung der Studie**

- Interesse am Thema therapeutischer Humor sei wachsend (S. 678, re. Spalte).
- Argumentation, dass Humor ein wichtiger Teil der Interaktion und Erfahrung ist (S. 678, Zeile 19, re. Spalte).
- Humor als Therapiewerkzeug in der Ergotherapie ist noch wenig bekannt (S. 678, re. Spalte).
- Argumentation, dass das Phänomen *therapeutischer Humor* untersucht werden muss, damit er in der Ergotherapie besser verstanden und weiter entwickelt werden kann (S. 678, re. Spalte).

**Theoretische Perspektive**

Quellen, die in der Einführung / theoretischer Hintergrund aufgeführt werden, sprechen alle für einen positiven Effekt vom Einsatz von (therapeutischem) Humor. (S. 678 re. Spalte). Daher ist anzunehmen, dass die Autorinnen erwarten, dass die Erfahrungen der Teilnehmenden mit therapeutischem Humor positiv ausfallen.

**Beschreibung der Methode zur Stichprobenauswahl**

---

- Alle Ergotherapeutinnen in der San Francisco Bay Area wurden kontaktiert und gefragt, ob sie praktische Erfahrungen zum therapeutischen Einsatz von Humor gemacht haben.
- Ein selektives Sampling<sup>o</sup> wurde erstrebt (unterschiedliches Alter der Patienten mit unterschiedlichen Einschränkungen).

- Nur Ergotherapeutinnen, die tatsächlich bereits Erfahrung mit therapeutischem Humor gemacht haben, wurden einbezogen.
- Keine wiederholte Kontrolle des selektiven Samplings°. (S. 679, li. Spalte)

### **Beschreibung der Teilnehmenden**

Es fehlt eine genaue Beschreibung der Teilnehmenden. Wie die Stichprobenauswahl getroffen wurde ist kurz beschrieben, aber auch hier hätte mehr ins Detail gegangen werden können. Etwa wie wurden die Teilnehmenden kontaktiert und über das Vorhaben der Studie informiert und für eine Teilnahme motiviert? Ob Redundanz° erreicht wurde, wird nicht angegeben.

### **Einholung der Zustimmung**

Es wird keine Einverständniserklärung der Teilnehmenden erwähnt (S. 279, li. Spalte).

### **Ethikverfahren**

Es werden keine Angaben zum Ethikverfahren gemacht.

### **Beschreibung der Methodik**

---

Eine Beschreibung des Designs ist nicht gegeben. Es wird davon ausgegangen, dass es sich um ein phänomenologisches, qualitatives Studiendesign handelt.

### **Beschreibung der Intervention**

- 11 Teilnehmer wurden interviewt und fünf Interviews wurden per Zufallsprinzip für die Analyse ausgewertet, aus Mangel an Zeit (S. 679, re. Spalte).
- Narrative Form wurde gewählt: In halbstrukturierten Interviews wurden Erfahrungen der Ergotherapeutinnen erfragt
- Die Fragen wurden genau definiert. Es wurden keine Erklärungen zu den Fragen abgegeben und bei den Antworten nicht weiter nachgehakt. Die Erzählenden konnten frei und so ausführlich antworten, wie sie wollten (S. 679, li. und re. Spalte).

Negativ zu bewerten ist, dass die Fragen nicht aufgelistet werden und nicht nachvollzogen werden kann, nach welchen Kriterien die Fragen entwickelt wurden.

### **Beschreibung des Kontextes**

- Die Studie wurde in den USA durchgeführt.
- Kontextfaktoren der Interviewdurchführung wurden nicht beschrieben. Kein Ort angegeben.
- Interviews dauerten zwischen 20 – 80 Minuten.
- Es wird nicht angegeben, wer das Interview führt und wer evt. Sonst noch anwesend ist.

### **Angemessenheit des Studiendesigns / der Methodik**

Da Erfahrungen von Ergotherapeutinnen zu therapeutischem Humor ergründet werden soll, kann das Studiendesign als passend bezeichnet werden.

## **Beschreibung der Datenerhebung und Dokumentierung**

---

- Tonbandaufnahmen wurden von den Interviews gemacht (S. 279, li. Spalte).

Es wird nur sehr wenig zur Datenerhebung geschrieben. Eine vertiefte Beurteilung ist daher nicht möglich.

## **Rolle des Forschers**

- Hintergründe, Motivation, Referenzen der Forscherinnen werden nicht genannt.
- Keine Beschreibung, welche Rolle die Forschenden während Erhebung und Analyse der Daten eingenommen haben

## **Beschreibung der Datenanalyse**

---

- Transkription der Interviews, jedoch wurde diese nicht genauer beschrieben (S.679, re. Spalte oben)
- Grobes Durchlesen aller Transkriptionen, um ein Gefühl für die Erzählungen zu erhalten (S.679, re. Spalte oben)
- Aufteilung der Aussagen in spezifische und generelle Aussagen
- Genaues Durchlesen der Transkriptionen und Ergründung von unterschiedlichen Bedeutungen, sogenannten *meaning-units* (S.679, re. Spalte Mitte)
- Jeder neuauftauchende Wechsel im Gesagten der Teilnehmer wurde als neue *meaning-unit* deklariert. Die essentielle Aussage aus solch einer Einheit wurde herausgezogen und aufgelistet (S.679, re. Spalte Mitte)
- Daraus entstanden 16 unterschiedliche Kategorien an *meaning-units* (S.679, re. Spalte Mitte)
- Nicht klar ersichtlich ist, ob nach unterschiedlichen Bedeutungen innerhalb eines Interviews, oder über alle Transkriptionen insgesamt gesucht wurde (S. 679, re. Spalte unten)
- Alle *meaning-units* eines Interviews wurden kombiniert und daraus für jeden Teilnehmer seine spezifische Bedeutung der Erfahrungen mit therapeutischem Humorgebrauch herausgearbeitet (S. 679, re. Spalte unten)

## **Überprüfbarkeit: Angabe von Entscheidungspfaden und Regeln**

Die Analyse und die Bildung der Kategorien wurde verständlich und nachvollziehbar beschrieben.

Begründung für Wahl der Analysemethode wurde mit Quellen untermauert (S. 679, re. Spalte oben).

Als negativ zu bewerten ist, dass keine Beispiele für die Veranschaulichung gemacht wurden, wie eine *meaning-unit* zustande kam.

## **Vertrauenswürdigkeit**

---

Bezug zu Konzepten der Ergotherapie wird hergestellt. (Z.B. *Therapeutic Use of Self*° (S.681, re Spalte unten))

Gegensätzliche Aussagen der Studienteilnehmer werden diskutiert (S.682, re. Spalte unten)

Keine kritische Beleuchtung von Schwierigkeiten der eigenen Arbeit.  
Informationen von fünf Studienteilnehmern wurden gesammelt, was als genügend Quellenmaterial erachtet wird (S.680, li. Spalte oben)

### **Triangulierung°**

Es wurde nur die Methode des Interviews gewählt (S.678, Abstract°).

Ein genaueres Bild hätten Beobachtungen der Studienteilnehmer bei der Interaktion mit ihren Patienten und/oder Befragung der Patienten nach ihren Erfahrungen gewährleistet werden können.

Keine Angaben, wie viele Forscher an der Datenerhebung und -analyse beteiligt waren.

Einige Theorien und Perspektiven werden genannt. Es könnten jedoch mehr sein.

Nicht ersichtlich, ob Studienteilnehmer die Ergebnisse zur Verifizierung vorgelegt bekamen.

### **Schlussfolgerung und Implikationen / Limitationen**

---

#### **Angemessenheit der Schlussfolgerungen**

Die Schlussfolgerungen werden als angemessen beurteilt.

Limitationen werden keine Angegeben, was als kritisch zu beurteilen ist.

#### **Würdigung der Studie**

---

Konkrete Aussagen der Teilnehmenden werden im Ergebnisteil dargestellt. In den 16 *meaning-units* wird stets angegeben wie viele der Teilnehmenden welche Aussage zur entsprechenden Thematik gemacht haben. Keine Pauschalisierung durch die Forscherinnen wahrnehmbar. Die Resultate werden als vertrauenswürdig erachtet.

**Quelle:**

**Stevens, J. (2011). Stand up for dementia: Performance, improvisation and stand up comedy as therapy for people with dementia; a qualitative study. *Dementia*, 11(1) 61-73.**

**Studienbeurteilung Qualitatives Design****Zweck der Studie**

---

- Effekt eines Stand-Up-Comedy° Workshops auf Menschen mit einer leichten Demenz untersuchen und beschreiben (S. 61, Abstract°).
- Hauptziel: Teilnehmer mit Demenz im Anfangsstadium aktiv in den Workshop miteinzubeziehen, ihren Humor zu fördern und sie selber und andere zum Lachen zu bringen (S. 61).
- Das Ziel ist nicht verallgemeinernde oder statistisch signifikante Resultate zu erzielen (S. 71, letzter Absch.).

**Bezug zur Forschungsfrage**

---

Die Studie könnte Antworten auf die Frage nach dem Effekt von Humor auf Menschen mit Demenz liefern und Ideen geben, welche Art von Humor eine positive Wirkung auf Menschen mit Demenz haben könnte.

**Hintergrundliteratur**

---

**Begründung der Notwendigkeit für die Durchführung der Studie**

Die Begründung der Notwendigkeit wird ausführlich angegeben und mit Hintergrundliteratur belegt.

- Begründung der Notwendigkeit: Bis anhin noch wenig über den Effekt von Humor auf Menschen mit Demenz bekannt (S. 62, erste Zeile)
- Nur eine Studie Walter et al (2007) wurde gefunden (S. 62, letzter Absch.).
- In allen gefundenen Studien zu Humoreinsatz wären Klienten passive Teilnehmer gewesen (S. 63, erster Absch.).
- Eine Studie wurde gefunden, in der beschrieben wird, dass die aktive Teilnahme von älteren Menschen an einem Work-Shop einen positiven Effekt auf deren Erinnerungsvermögen haben kann (S. 63, erster Absch.).

Letztere Punkte wurden nicht eindeutig als Begründung angeführt, doch werden sie von den Autorinnen dieser Bachelorarbeit als Untermauerung der Notwendigkeit angesehen, Teilnehmer der Studie aktiv mit ein zu beziehen.

**Theoretische Perspektive**

Erwartung und Hypothesen werden nicht angegeben. Dies ist als negativ zu bewerten. Aufgrund der hinzugezogenen Hintergrundliteratur ist eine Tendenz des Forschers jedoch zu erkennen.

**Beschreibung der Methode zur Stichprobenauswahl**

---

Keine Angaben, ob die Teilnehmenden gezielt ausgewählt und angefragt wurden am Workshop und somit an der Studie teil zu nehmen, oder ob die Workshop-Gruppe bereits bestand.

Eine genauere Beurteilung des Verfahrens der Zusammenstellung ist daher nicht möglich, was als negativ zu bewerten ist.

### **Beschreibung der Teilnehmenden**

Demenzgruppe:

- Waren 15 Personen mit Demenz eines bereits laufenden Kurzzeitprogrammes (Singen, Malen, Bingo) für Menschen mit Demenz und deren Angehörige, welche gemeinsam mit ihnen in einem Haushalt leben und deren Betreuung übernehmen (S. 65., letzter Absch.)
- Das Alter der Teilnehmenden lag zwischen 78 und 86 Jahren
- Die Ursachen für Demenz und die Symptome variierten, lagen jedoch bei der Minimentaltestung (MMSE) alle unter 22 Punkten.
- Die Gruppe besuchte bis anhin drei bis viermal pro Woche regelmässig Angebote wie Singen, Bingospielen und Malen (S. 65, letzter Absch.).

Die Beschreibung ihrer Verfassung zu Beginn der Untersuchung (Verstimmungen, Depressionen, Passivität, Unruhe etc.) und ihre Einstellung zum Thema Comedy° fehlt.

Die betreuenden Angehörigen:

- Alle bis auf einen betreuenden Angehörigen der Teilnehmenden leben mit ihnen zusammen.
- 11 der betreuenden Personen waren Ehegatten / Ehegattinnen.
- drei waren Kinder.
- einer war ein Freund.
- Der eine, der nicht im selben Haushalt wohnte wie sein betreuender Angehöriger, lebte jedoch ganz in der Nähe seines Kindes und wurde von diesem mehrere Stunden täglich betreut
- (S. 66, erster Absch.).
- Im Durchschnitt nahmen die betreuenden Angehörigen die Kurzzeitprogramme seit einem Jahr in Anspruch (S. 67, erster Abs.)

Keine näheren Angaben zur Situation des Zusammenlebens zu Beginn der Studie.

Leiter des Workshops:

- Stand-Up° Comedian mit über 20 Jahren Erfahrung als Performer, wie auch als Lehrer in Stand-Up-Comedy° (S. 64, letzter Absch.).

Keine näheren Angaben zu Geschlecht und Erfahrung mit Demenzkranken des Comedian.

Leiter der Kurzzeitprogramme:

- Weiblich

- Initiatorin der Forschung  
(S. 64, letzter Absch.).

Keine näheren Angaben zu Qualifikationen und Funktion innerhalb der Programme.

### **Einholung der Zustimmung**

Zustimmung wurde eingeholt.

- Alle Teilnehmenden mit Demenz waren in der Lage selber zu bestimmen, ob sie an der Studie teilnehmen möchten (S. 64., zweiter Absch.).
- Die betreuenden Angehörigen wurden informiert, um sicher zu stellen, dass die Teilnehmenden tatsächlich verstanden haben, dass die Teilnahme an der Studie informell und freiwillig ist (S. 64., zweiter Absch.)

### **Ethikverfahren**

- Ethikverfahren von einer anerkannten Ethikkommission geprüft (S. 64, zweiter Abs.).
- Menschen mit Demenz aus dem Kurzzeitprogramm und deren Angehörigen wurden durch den Kurzzeitkoordinator eingeladen an der Studie teilzunehmen (S. 64., zweiter Absch.).

Dieses Vorgehen ist als positiv zu bewerten

### **Beschreibung der Methodik**

---

Das Studiendesign wurde nicht genannt, es ist jedoch davon auszugehen, dass es sich um ein qualitatives, phänomenologisches Forschungsdesign handelt.

### **Beschreibung der Intervention:**

- Durchführung eines Workshop zwei Stunden wöchentlich über acht Wochen hinweg. Der Workshop endete mit einer öffentlichen Vorführung (S. 65., erster Absch.).
- hinweg mit einer öffentlichen Vorführung als Abschluss (S. 65., erster Absch.).
- Ein Stand-Up-Comedian mit 20 Jahren Erfahrung auf dem Gebiet des Comedy leitete die Gruppe an (S. 64, letzter Absch.).

### **Beschreibung des Kontextes**

- Die Studie wurde in Australien gemacht (S. 64., letzter Absch.).
- Die Studie wurde eingegliedert in eine Reihe laufender Kurzzeitprogramme für von Demenz betroffene Menschen (S. 64., letzter Absch.).
- Requisiten und Verkleidungen wurden verwendet (S. 65., Mitte)

Keine näheren Angaben zu Raum, Ort, weiteren Anwesenden.

### **Angemessenheit des Studiendesigns / der Methodik**

Das Studiendesign und die Methodik ist dem Forschungszweck angemessen. Die Wahl des Studiendesigns wird vom Forscher mit Literatur begründet (S. 63, unten).

### **Beschreibung der Datenerhebung und Dokumentierung**

---

Die Wahl der Datenerhebung wird vom Forscher mit Literatur begründet (S. 63, unten).

- Beobachtung mit Feldnotizen von drei Workshops, dem ersten, zweiten und letzten Workshop. Auch bei der Schlusspräsentation war der Forscher anwesend. Keine Angabe dazu, welche Rolle er dabei einnahm (S. 64, erste Spalte).
- Verwendung semistrukturierter Interviews (S. 63, zweitletzter Absch.)
- Interviewführung mit vier verschiedenen Parteien:
  1. Mit 14 von 15 Teilnehmenden des Workshops, Menschen mit Demenz
  2. Den betreuenden Angehörigen
  3. Den Teilzeitpflegenden während des Workshops
  4. Workshop-Leiter (Comedy°-Leiter) (S. 64., erster Absch.)

Interviews mit den Workshopteilnehmenden und deren betreuenden Angehörigen wurden per Telefon geführt

Keine Angaben darüber, aus welchem Grund einer der Teilnehmenden nicht interviewt wurde, was als negativ zu bewerten ist. Gründe für eine *Nicht-Teilnahme* am Interview könnten Einfluss haben auf das Ergebnis und führen dann zu Verzerrung, wenn sie nicht dokumentiert werden.

Die Dokumentation wird nur oberflächlich beschrieben.

Eine Beschreibung fehlt, von was Feldnotizen gemacht wurden. Zu Reaktionen des Individuums, Stimmung innerhalb der Gruppe, Kommunikation, Interaktion, Lachen etc...

Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und anschliessend transkribiert (S. 64., dritter Absch.).

Argumentation für die Methode des Interview per Telefon: Die Interviewten würden sich sicherer fühlen in einem familiären Umfeld und könnten sich ihrem Gutdünken entsprechend die Zeit für das Interview nehmen (S. 64., dritter Absch.)

Ansonsten wird nur sehr wenig zur Datenerhebung geschrieben. Eine vertiefte Beurteilung ist daher kaum möglich.

### **Rolle des Forschers**

Es wird erwähnt, dass gemeinsam mit dem Programmleiter die Interviews geplant wurden (S. 64., dritter Absch.). Als negativ zu bewerten ist jedoch, dass keine Angaben gemacht werden, wer die Interviews geführt hat.

Die Rolle des Forschers wird nicht durchgängig beschrieben

### **Beschreibung der Datenanalyse**

---

- Sechs Interviews wurden analysiert

Als negativ zu bewerten ist, dass nicht angegeben wird, weshalb von den ursprünglich 14 Interviews mit den Teilnehmenden nur sechs ausgewertet wurden und wieso die Wahl auf diese sechs Interviews viel – Gefahr der Verzerrung.

- Eine thematische Datenanalyse der Interviews mit den betreuenden Angehörigen wurde vorgenommen: Einteilung des Erfahrenen aus den Interviews in

vier Themen; (1) *Effekte auf Gedächtnis und Kommunikation*, (2) *Erinnerung und Erwartung an die Sessions*, (3) *Überraschung bei dem hohen Level an Performanz*, (4) *Skepsis wechselt zu „bitter-süßen“ Freude*. (S. 67 – 68)

Die Resultate aus den übrigen Interviews und den Feldnotizen werden zusammengefasst und mit Zitaten aus den Interviews in der Studie dargestellt.

### **Überprüfbarkeit: Angabe von Entscheidungspfaden und Regeln**

Hervortretende häufig gemachte Aussagen der betreuenden Angehörigen wurden in Themen zusammengefasst und daraus eine Aussage für die Findings gezogen. (S. 67, erster Absch.)

Zu den übrigen Interviews und Feldnotizen wurden keine Angaben gemacht.

### **Vertrauenswürdigkeit**

---

#### **Triangulierung°**

Die Analysen wurden von zwei Forschern vorgenommen, diskutiert und verglichen, was als positiv zu beurteilen ist.

Mehrere Perspektiven wurden untersucht.

Die der Angehörigen, des Workshop-Leiters und der Programmkoordinatorin.

Mehrere Methoden zur Datenerhebung wurden verwendet. Beobachtung, Feldnotizen und Interviews.

### **Schlussfolgerung und Implikationen / Limitationen**

---

#### **Angemessenheit der Schlussfolgerungen**

- Die Resultate hätten ergeben, dass das Comedy°-Programm eine gute Gelegenheit für die Teilnehmenden wäre, um viel und ausgiebig zu lachen
- Die Daten aus den Interviews mit den Pflegenden der Koordinatorin und den betreuenden Angehörigen würden suggerieren, dass Effekte auf das Erinnerungsvermögen, das Lernen, die Geselligkeit, die Kommunikation und möglicherweise auf das Selbstwertgefühl erzeugt werden könnte

Die Schlussfolgerungen werden als angemessen beurteilt.

Limitationen werden angegeben:

- Der Mangel an Wahrnehmung dieses Programmes durch Personen mit Demenz wird als kritisch erachtet. Die Teilnehmenden konnten aufgrund ihrer Erkrankung sich kurz nach den Kursen nicht mehr erinnern, dass sie teilgenommen hatten und somit keine konkreten Äusserungen dazu machen. Der Autor schreibt daher, es wäre sinnvoller gewesen die Interviews mit den Teilnehmenden gleich während der Workshops zu machen (S. 70, drittletzter Absch.).
- Als kritisch wird erachtet, dass der Forscher selber nicht mehr innerhalb des Workshops eingebunden zu haben (S. 70, zweitletzter Absch.).

Zu wenige Teilnehmer wird ebenfalls als Limitation gesehen (S. 70, letzter Absch.)

### **Würdigung der Studie**

---

Aufgrund der Verzerrungsgefahr könnten die Resultate aus den Interviews als kritisch erachtet werden. Die Beobachtung mit Feldnotizen wurden von der gesamten Gruppe gemacht, welche im Konsens mit den Daten aus den Interviews übereinstimmen. Deshalb werden die Resultate als vertrauenswürdig erachtet werden.

**Quelle:**

**Hafford-Letchfield, T. (2012). Funny things happen at the Grange: Introducing comedy activities in day services to older people with dementia – innovative practice. *Dementia*, 12(6), 840-852.**

**Studienbeurteilung Qualitatives Design****Zweck der Studie**

---

- Das ursprüngliche Ziel war, ausgehend von einem Experiment (Comedy° Workshop), die Sichtweise auf die Arbeit mit Menschen mit Demenz zu verändern und neue Perspektiven aufzuzeigen
- Durch Videodokumentation des Experimentes sollte Material in Form von Dokumentary° erstellt werden, was für Schulungszwecke von angehendem Gesundheitspersonal verwendet werden kann, um neue Perspektiven der Arbeit mit Betreuten aufzuzeigen (S. 843, mittlerer Absch.)
- Ursprünglich sollten keine Effekte des Comedy°-Workshops auf Menschen mit Demenz dokumentiert werden (S. 843, mittlerer Absch.)
- Erst bei Sichtung des Materials wurde nachträglich entschieden das Gesammelte zu Forschungszwecken zu nutzen und Effekte des Comedy°-Workshops auf Menschen mit Demenz zu dokumentieren

**Bezug zur Forschungsfrage**

---

Humor im Umgang mit Menschen mit Demenz wird thematisiert, was zur Beantwortung der Fragestellung dienen könnte.

Auch das Thema Well-Being° wird behandelt, was ein zentraler Aspekt in der Ergotherapie und somit auch für die vorliegende Arbeit ist.

**Hintergrundliteratur**

---

- Das Rollenverhältnis zwischen Pflegenden und Betreuten (Service-user) in Heimen wäre inzwischen überholt. Bis anhin würde man oftmals nur den Blickwinkel des Gesundheitspersonals auf die Betreuten kennen, welcher durch Autorität geprägt wäre und generalisierend wirke. Die Aussagen werden mit Literatur belegt. (S. 840 – 841, erster Absch.)

**Begründung der Notwendigkeit für die Durchführung der Studie**

- Das Filmmaterial wurde als wertvoll erachtet, weswegen beschlossen wurde, dieses zu Forschungszwecken zu nutzen

Keine Begründung dessen wieso es auf diesem Gebiet an Forschung bedarf. In der Einleitung wird nur die Begründung für das ursprüngliche Experiment genannt und mit Hintergrundliteratur unterlegt. (S. 840 – 841)

**Theoretische Perspektive**

Die Perspektive der Autorin geht aus der Hintergrundliteratur der Studie hervor. (S. 840 – 843)

### **Beschreibung der Methode zur Stichprobenauswahl**

---

- Das Projekt wurde in einem Tageszentrum durchgeführt, deren Leitung sich bereit erklärte daran teil zu nehmen (S. 843, zweiter Absch.).
- Am Projekt nahmen 12 Betreute mit Demenz und vier ihrer Angehörigen, acht Mitarbeiter und zwei Comedy<sup>o</sup>-Trainer teil. Ausserdem ein Projektleiter und eine verantwortliche Person für das Filmen und technische Angelegenheiten.

Keine Beschreibung vorhanden, wie und warum das Tageszentrum ausgewählt wurde. Möglicherweise fehlt dieser Punkt, da das Projekt ursprünglich nicht zu Forschungszwecken durchgeführt wurde. Dies wird aber nicht erwähnt.

### **Beschreibung der Teilnehmenden**

Die Teilnehmenden wurden nicht näher beschrieben. Es kann sich kein Bild gemacht werden, wer diese Personen waren, welche Einstellung und Erwartung sie gegenüber dem Projekt hatten und wie ihre Verfassung zu Beginn des Projektes war. Dieser Punkt ist als negativ zu bewerten.

### **Einholung der Zustimmung**

- In der Diskussion merkt die Autorin an, dass die Nutzung der gewonnenen Daten problematisch wäre, da die Teilnehmenden ursprünglich nur für die einmalig geplante Durchführung des Projektes ihre Einverständniserklärung gaben. Da die gewonnenen Daten jedoch zu Forschungszwecken weiterverwendet wurden, ergäbe sich eine ethisch kritische Situation (S. 850).

### **Ethikverfahren**

- Die ethische Freigabe wurde sowohl von der Universität, als auch von der lokalen Autorität erteilt (S. 844, erster Absch.).
- Ein Vertrag zwischen den Initianten des Projektes, dem Management des Tageszentrums und den Angehörigen der Betreuten Personen wurde abgeschlossen (S. 844, erster Absch.).

Es steht nicht geschrieben, wer die lokale Autorität ist oder ob die Betreuten ihre Zustimmung geben konnten. Wenn keine Zustimmung bei den Betreuten eingeholt wurde, würde das dem ursprünglichen Standpunkt der Autorin, Betreuenden *mehr* Autonomie zuzugestehen, widersprechen.

### **Beschreibung der Methodik**

---

- Phänomenologisches, qualitatives Forschungsdesign
- Durchführung von vier Workshops à zwei bis drei Stunden einmal wöchentlich und immer am selben Tag und zur gleichen Zeit (S. 844, Mitte).
- Teilnehmende: 12 Betreute, vier Angehörige, acht Mitarbeiter und zwei Comedy<sup>o</sup>-Trainer, ein Projektleiter und eine verantwortliche Person für das Filmen und technische Angelegenheiten am Projekt (S. 844, Mitte).

### **Beschreibung der Intervention**

#### *Durchführung des Workshops:*

- Keine Verwendung eines Skripts
- Experimentelle Dramentechniken wurden eingesetzt
- Themen im Comedy°-Workshop wurden selbst gewählt
- (S. 844, unterer Absch.)

#### *Das Thema des Workshops:*

- Die Queen stattet dem Tageszentrum einen Besuch ab. Die Betreuten nehmen die Rolle der *Grangers* ein. (S. 844, Mitte)

#### *Die vier Workshops:*

- Workshop-Inhalt: Die *Grangers* (Betreuten) und Mitarbeiter werden informiert, dass die Queen einen Besuch im Tageszentrum plant. Grosse Aufregung folgt und die Planung des Besuchs beginnt.
- Workshop- Inhalt: Das Tageszentrum unternimmt praktische Vorbereitungen für den Besuch der Queen. Securities aus dem Palast kommen zu Besuch und informierten die Bewohner über royale Gepflogenheiten.
- Workshop- Inhalt: Vorbereitung eines Unterhaltungsprogrammes am Besuchstag der Queen.
- Workshop- Inhalt: Ihre Majestät die Queen besucht die „Grange“.
- (S. 844, unterer Absch.)

Für *Grange / Granger* wurde die Übersetzung Farmer, Bauer, Farm, Bauernhof, Gehöft gefunden. Möglicherweise existieren für *Grange / Granger* weitere Übersetzungen, die mehr Sinn ergeben würden, an dieser Stelle jedoch nicht gefunden wurden.

### **Beschreibung des Kontextes**

Die räumlichen Gegebenheiten werden nicht beschrieben. Auch nicht ob alle erwähnten Beteiligten stets bei der Durchführung der Workshops anwesend waren oder ob es Wechsel gab.

### **Angemessenheit des Studiendesigns / der Methodik**

Es ist davon auszugehen, dass Studie in England durchgeführt wurde, da Hafford-Letchfield von der Middlesex University, UK, ist.

Da die Daten bereits erhoben worden waren, als entschieden wurde diese zu Forschungszwecken zu nutzen, konnte das Studiendesign wohl nicht mehr bewusst gewählt werden.

### **Beschreibung der Datenerhebung und Dokumentierung**

---

- Während des Projektes wurden sechs Stunden Filmmaterial erstellt, welche ursprünglich jedoch nicht zu Forschungszwecken gemacht wurde (S. 845, unterer Absch.).
- Fotos wurden gemacht, jedoch nicht zu Forschungszwecken, sondern als Erinnerungshilfe für Teilnehmende mit Demenz (S. 844, unterer Absch.)
- Interviewführung mit Workshopleiter und Betreuern

Es wird keine Systematik der Datenerhebung, weder Zeitpunkte der Erhebung (Videoaufnahmen / Beobachtung), noch welche Personen und nach welchen Richtlinien diese die Erhebung durchführten, angegeben.  
Es wird keine Baseline° beschrieben.

### **Rolle des Forschers**

Keine Beschreibung dessen, welche Rolle die Forscherin während des Experimentes eingenommen hat.

### **Beschreibung der Datenanalyse**

---

- Die Analyse beruht auf dem Augenzeugenbericht des Projek-Leiters.
- Unterstützt wird diese durch die Sichtung des Filmmaterials.(S. 845, unterer Absch.)
- Diskussion innerhalb des Projektteams zu folgenden Themen:
  1. Spontane Äusserungen von Teilnehmenden des Workshops, welche als Reaktion auf Comedy°-Improvisationen und anderen Aktivitäten folgten.
  2. Fragen die sich ergeben haben aus dem direkten Feedback von Angehörigen und Mitarbeitern während der Nachbesprechungen.Daraus ergaben sich drei Hauptthemen:
  1. Die Vorteile von *Im Moment leben*.
  2. Wie Comedy° es ermöglicht Stereotypen anzufechten
  3. Die Vorteile des Projektes für den Aufbau engerer Beziehungen innerhalb des Tageszentrums. (S. 846 – 848)

Der Teil der Datenanalyse ist wenig ausführlich beschrieben und teilweise nicht nachvollziehbar.

### **Überprüfbarkeit: Angabe von Entscheidungspfaden und Regeln**

Es werden keine Regeln oder Entscheidungspfade sowie Transformationsprozesse von Daten in Codes angegeben.

### **Vertrauenswürdigkeit**

---

#### **Triangulierung°**

Als negativ zu bewerten ist, dass nicht ersichtlich ist, wer an der Datenanalyse beteiligt war und welche Funktionen und Qualifikationen diese Person / Personen aufweisen.

Es wurde nur wenig Literatur zur Unterstützung von Aussagen in der Diskussion hinzugezogen.

Memberchecking wird nicht angegeben.

### **Schlussfolgerung und Implikationen**

---

- Implikation: Weitere Forschung sei nötig, um die Outcomes von Comedy° auf das Well-Being° bei Menschen mit Demenz zu untersuchen (S. 849, Mitte).
- Begrenzungen der Studie: Das Filmmaterial für Analysezwecke war laut der Autorin zu wenig umfangreich (S. 845, unterer Absch.).

**Angemessenheit der Schlussfolgerungen**  
Die Schlussfolgerungen waren angemessen.

**Würdigung der Studie**

---

Aufgrund dessen, dass kaum Triangulation<sup>o</sup> angegeben wird und es neben der Auswertung des Filmmaterials bei der Analyse um einen Augenzeugenbericht handelt, ist anzunehmen, dass die Ergebnisse sehr subjektiv ausfallen. Die Resultate werden daher zwar zur Beantwortung der Fragestellung miteinbezogen, jedoch als kritisch beurteilt.

**Quelle:**

Walter, M., Hänni, B., Haug, M., Amrhein, I., Krebs-Roubicek, E., Müller-Spahn & F., Savaskan, E. (2007). Humour therapie 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

**Studienbeurteilung Qualitatives Design****Zweck der Studie**

---

- Ziel: Untersuchung des Einflusses von Humorthherapie auf die Lebensqualität von Klienten mit Depression und/oder Alzheimerkrankheit. (S. 77, Abstract°, S. 78, li. Spalte unten):
- Hypothese: Es wird angenommen, dass Humorthherapie die Lebensqualität von Patienten mit Depressionen des späteren Lebensalters oder Alzheimerkrankheit verbessert.
- Die Hypothese findet aber erst im Abschnitt der Diskussion Erwähnung (S. 81, li. Spalte unten)

**Hintergrundliteratur**

---

Viele Quellen wurden als Hintergrundliteratur beigezogen.

**Begründung der Notwendigkeit für die Durchführung der Studie**

- Die Notwendigkeit wird begründet mit der Argumentation, dass es zwar viele pharmazeutische Behandlungsmethoden für diese Erkrankungen gibt, diese jedoch oftmals mit diversen Nebenwirkungen einhergehen. Aus diesem Grund seien nicht-pharmazeutische Behandlungsmethoden von großer Wichtigkeit. (S. 77, Abstract°) Weiter wäre die Studie die erste, die den Effekt von Humorthherapie auf die Lebensqualität auf Klienten mit Depression und Alzheimer untersucht. (S. 81, li. Spalte)

Begründung wird als plausibel erachtet.

**Beschreibung der Methode zur Stichprobenauswahl**

---

N = 40, Aufgeteilt in 20 mit Depression und 20 mit Alzheimer-Krankheit

Die Teilnehmenden wurden aus dem Psychogeriatrischen Departement der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel rekrutiert.

Einschlusskriterien:

- 65 Jahre alt oder älter
- Mussten DSM-IV-Kriterien für Demenz des Alzheimerstyps erfüllen
- Depression durfte erst im Alter ab 50 erstmals mal einsetzen

- oder
- an einer Major-Depression leiden
- oder
- eine Kombination von beidem haben

Ausschlusskriterien:

- Patienten mit signifikant abnormen biologischen Befunden (EKG und Blutuntersuchungen wurden gemacht)
- Andere neurologische Erkrankungen
- Mit akuter physischer Erkrankung zur Zeit der Rekrutierung
- Oder unter weiteren kognitiven Beeinträchtigungen leiden

### **Beschreibung der Teilnehmenden**

- 26 Frauen, 14 Männer
- Alter von 62 – 89
- Durchschnittsalter: 78
- 10 Klienten mit Depression und 10 Klienten mit Alzheimer wurden in die Standardtherapie eingeteilt (Psychopharmaka Behandlung)
- 10 Klienten mit Depression und 10 Klienten mit Alzheimer wurden in die Humorthherapie eingeteilt (Medikamenten plus zusätzliche Humorthherapie)
- 3 Klienten mit Alzheimer in der Humorgruppe und 2 Klienten in der Standardgruppe waren zusätzlich von Major-Depression betroffen
- Beide Gruppen unterschieden sich nicht durch soziodemografische Daten und sozialen Charakteristiken bei Eintritt (Alter, Geschlecht, Familiensituation)
- Der Mittelwert an Hospitalisierungswochen lag bei 15 Wochen

(S. 78, re. Spalte)

Als negativ zu bewerten ist, dass keine Begründung zu der Wahl der Stichprobengrösse gegeben wird.

### **Ähnlichkeit zwischen Interventions- und Kontrollgruppe**

Die Gruppen fallen ähnlich aus.

### **Einholung der Zustimmung**

Wird nicht angegeben.

### **Ethikverfahren**

Es wird kein Verfahren genannt. Dies ist negativ bewertet.

### **Beschreibung der Methodik**

#### **Studiendesign**

Wird nicht genannt. Es wird vermutet, dass es sich um eine Vorher-Nachher-Kohortenstudie handelt.

#### **Beschreibung der Intervention**

Vier Gruppen wurden gebildet. Zwei Gruppen mit je 10 Teilnehmenden mit einer Depression und zwei Gruppen mit Teilnehmenden mit einer Demenz. Je eine Gruppe erhielt Humorthherapie, während die zwei anderen Gruppen als Kontrollgruppen fungierten und die übliche Intervention erhielten.

Alle zwei Wochen bekamen die Humorgruppen Humorthherapie für 60 min. Trotzdem wird geschrieben, dass pro Humorthherapie nur zwischen sechs und acht Personen anwesend waren. Warum jeweils zwei bis vier Personen fehlten wurde nicht geschrieben. (S. 78, re. Spalte, unten)

Die detaillierte Beschreibung der Humorthherapie (S. 78, re. Spalte unten), wie auch der Standardtherapie kann als positiv gewertet werden. Auch die klare Beschreibung des Interventionsinhaltes und Auflistung der Medikamente. (S. 79, li. Spalte unten)

Die langen Pausen zwischen der Durchführung, alle zwei Wochen für eine Stunde, wird als negativ bewertet. Es ist fraglich ob dadurch ein Effekt erzielt werden kann.

### **Beschreibung des Kontextes**

Es werden keine Angaben gemacht.

### **Vermeidung von Kontaminierung°**

Keine Angaben zu Kontaminierung°.

### **Ko-Interventionen°**

Keine Angaben.

### **Rolle der Forscher**

Es werden keine Angaben gemacht.

### **Angemessenheit des Studiendesigns / der Methodik**

Das Studiendesign wird als angemessen erachtet. Aus ethischer Sicht kann das Studiendesign vertreten werden, da die Klienten nicht durch Weglassen einer Maßnahme gefährdet werden. Beide Gruppen bekommen Medikamente, die eine Gruppe bekommt zusätzlich Humorthherapie.

### **Beschreibung der Datenerhebung und Dokumentierung**

---

#### **Validität° der Instrumente zur Datenerhebung**

- Evaluation° der depressiven Stimmung wurde anhand der Geriatrischen Depressions Scala (GDS) durchgeführt. Messwerte, die höher oder gleich 6 auf der (GDS) waren, wurden als Depression gewertet.
- Um den Demenzschweregrad zu messen wurde der Minimental-Test (MMSE) eingesetzt. Werte, die tiefer als 26 waren, wurden als kognitive Beeinträchtigung bewertet.
- Des Weiteren wurde der Test Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER) eingesetzt, um das Erinnerungsmass, die IADL's, ADL's°, Stimmung, soziales Verhalten und störendes Verhalten zu evaluieren. Jeder dieser

Dimensionen besteht aus fünf Items. Höhere Werte dieses Testes zeigen häufige Störungen oder Beeinträchtigungen an.

- Zur Messung der subjektiven, globalen Lebensqualität wurde der Anamnestic Comparative Self Assessment Scale (ACSA) verwendet.
- Alle diese Tests wurden zur Kontrolle an 43 gesunden Studenten getestet.
- Alle verwendeten Fragebogen, wurden bereits in vorangegangenen Studien als reliabel<sup>o</sup> und valide<sup>o</sup> befunden

(S. 79, re. Spalte unten)

### **Reliabilität<sup>o</sup> der Outcommessungen**

Es werden keine Angaben gemacht.

### **Anzahl Outcommessungen**

Aus Tabelle 2 (S. 81) geht hervor, dass die Humorthherapie sieben Mal durchgeführt wurde und die Messungen jeweils vor und nach der Intervention gemacht wurden.

### **Beschreibung der Datenanalyse**

---

#### **Angemessenheit der Analysemethoden**

Als negativ zu bewerten ist, dass für die Messung der t-Test<sup>o</sup> verwendet wurde. Der t-Test<sup>o</sup> eignet sich, wenn zwei Variablen miteinander verglichen werden. Im vorliegenden Fall werden jedoch 4 Variablen (zwei Gruppen und zwei Zeitpunkte) miteinander verglichen. Ausserdem passen der t-Test<sup>o</sup> und der Mann-Whitney-U-Test nicht zusammen. Besser wäre ein ANOVA-Test<sup>o</sup> gewesen. Noch besser wäre gewesen den Schweregrad der Erkrankung als Kovariabel miteinzubeziehen, wodurch sich ein ANCOVA-Test geeignet hätte. Die Validität<sup>o</sup> ist daher nicht gegeben.

Aus der *Figure 2* (S. 81 oben) geht hervor, dass die *Lebensqualität* alle zwei Wochen jeweils vor und nach der Humorthherapie gemessen wurde. Aber auch das wird nicht im Text genauer beschrieben. Keine Angaben zur Art des Testes oder zu den Zeitpunkten (Stunden vor oder nach den Humorthapien). Das ist als negativ zu bewerten.

Aus *Figure 1* (S. 80) geht hervor, dass die Gruppe mit Standardtherapie nur zu Beginn und bei Abschluss auf QOL getestet wurde. Aber auch das wird nicht im Text kommuniziert.

In den *Results* wird auf Antworten der Teilnehmenden eingegangen. Es ist jedoch nicht ersichtlich zu welchem Zeitpunkt eine Befragung durchgeführt wurde.

#### **Angabe der Signifikanz**

Die Signifikanz sagt nichts aus, da der falsche Test zur Analyse der Daten verwendet wurde.

#### **Klinische Bedeutung**

---

Wird nicht angegeben. Die Klinische Bedeutung wird jedoch als gering eingestuft aufgrund der fehlerhaften Analysemethode und der zeitlich langen Abstände der Durchführung der Humorthherapie.

#### **Verzerrungen**

---

Es könnte angenommen werden, dass Klienten hin und wieder der Humorthherapie

fernblieben. Gerade da die Therapie nur alle zwei Wochen eine Stunde über einen Zeitraum von 13 Wochen stattfand, kann ein Fernbleiben das Resultat stark verfälschen.

Die Tatsache, dass nicht immer alle der zehn Gruppenteilnehmer bei den Interventionen anwesend waren, kann zu Verzerrung führen.

Die medikamentöse Standardtherapie der Kontrollgruppe wurde nicht kontrolliert. (S. 82, li. Spalte, Mitte) Diese Tatsache ist als negativ zu bewerten, da sie zu erheblichen Verzerrungen führen kann.

### **Limitationen**

---

- Die Autoren geben an, dass die Resultate limitiert waren aufgrund der niedrigen Intensität der Humorthherapie und der kleinen Gruppen. Außerdem wäre die Standardtherapie für den pharmazeutischen Gebrauch nicht kontrolliert. Sie hätten jedoch versucht die Anzahl und die Arten der Medikamente.
- Da es sich bei den Datenerhebungsinstrumenten um Fragebögen handelt, wird die Angemessenheit der Erhebungsinstrumente bezweifelt. Es ist fraglich, ob Personen mit Demenz fähig sind, die Bögen auszufüllen. Diese Zweifel werden auch von den Forschern geäußert.

### **Schlussfolgerung und Implikationen**

---

#### **Angemessenheit der Schlussfolgerungen**

Die Schlussfolgerungen sind nicht nachvollziehbar.

#### **Würdigung der Studie**

---

Aufgrund der Mängel der Studie können die Ergebnisse nicht als Vertrauenswürdig eingestuft und somit nicht für die Bachelorarbeit genutzt werden.