



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Lebensqualität und Resilienz im Alter  
in Zusammenhang mit Humor“

verfasst von / submitted by

Andrea Maria Krauß BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of  
Master of Science (MSc)

Wien, 2017 / Vienna 2017

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

A 066 840

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

Masterstudium Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Ass.-Prof. Mag. Dr. Harald Werneck



## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Menschen bedanken, die mich bei meiner Masterarbeit und auch während meiner Studienzeit unterstützt haben.

Zunächst danke ich Herrn Ass.-Prof. Mag. Dr. Harald Werneck für die Betreuung meiner Masterarbeit. Vielen Dank für das Interesse an meinem Thema und Ihre wertschätzende und hilfsbereite Art.

Auch meinen Eltern Angela und Werner Krauß möchte ich von Herzen für ihre Unterstützung während meines gesamten Studiums danken – ohne euch wäre das alles nicht möglich gewesen.

Vielen Dank auch an Philipp Roniger und meine beiden Schwestern, Daniela und Stephanie Krauß, dass ihr immer für mich da wart.

Danke an Matthias Burzler für die Hilfe bei der statistischen Auswertung meiner Masterarbeit, ohne die es für mich sehr viel schwerer gewesen wäre, diese fertigzustellen.

Auch bei Frau Mag. Dr. Petra Eckhardt möchte ich mich für die Unterstützung bei der Planung meiner Masterarbeit und der Rekrutierung bedanken.

Letztendlich gilt auch all den Menschen in ihren besten Jahren mein größter Dank, welche sich die Zeit genommen haben, an meiner Befragung teilzunehmen und es mir somit überhaupt erst ermöglicht haben, diese Studie durchzuführen.



## Inhaltsverzeichnis

<b>I.</b>	<b>EINLEITUNG UND THEORETISCHER HINTERGRUND .....</b>	<b>1</b>
1.	Einleitung.....	1
2.	Theoretischer Hintergrund.....	2
2.1.	Das höhere Erwachsenenalter .....	2
2.1.1.	Definitionen von Alter .....	3
2.1.2.	Demografischer Wandel .....	3
2.1.3.	Theorien zum Altern .....	5
2.2.	Lebensqualität .....	7
2.2.1.	Definition von Lebensqualität.....	7
2.2.2.	Lebensqualität im Alter .....	8
2.3.	Resilienz.....	9
2.3.1.	Definition von Resilienz.....	9
2.3.2.	Risiko- und Schutzfaktoren .....	10
2.3.3.	Resilienzmodelle .....	10
2.3.4.	Resilienz und Lebensqualität im Alter .....	12
2.4.	Humor .....	13
2.4.1.	Definition von Humor.....	14
2.4.2.	Theorien zu Humor .....	14
2.4.3.	Humorstile in der Theorie .....	15
2.4.4.	Humorstile der vorliegenden Untersuchung .....	17
2.4.5.	Humor und Lebensqualität im Alter.....	19
2.4.6.	Humor und Resilienz im Alter .....	20
2.4.7.	Humor und Geschlecht sowie Bildungsniveau.....	21
<b>II.</b>	<b>FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN .....</b>	<b>22</b>
3.	Fragestellungen und Ziel der Studie .....	22
4.	Hypothesen .....	23
<b>III.</b>	<b>METHODE.....</b>	<b>25</b>
5.	Untersuchungsdesign und Ablauf .....	25
6.	Stichprobe .....	26
6.1.	Rekrutierung .....	26
6.2.	Ausschlusskriterien.....	26
6.3.	Beschreibung der Stichprobe.....	27
7.	Operationalisierung .....	29

7.1.	Soziodemografische Daten .....	29
7.2.	World Health Organization Quality of Life – BREF (WHOQOL-BREF) .....	30
7.3.	Resilienzskala (RS-13) .....	32
7.4.	Humor Styles Questionnaire (HSQ).....	32
<b>IV.</b>	<b>ERGEBNISSE .....</b>	<b>34</b>
8.	<b>Statistisches Vorgehen .....</b>	<b>34</b>
9.	<b>Prüfung der Voraussetzungen .....</b>	<b>35</b>
10.	<b>Analyse der verwendeten Messinstrumente .....</b>	<b>37</b>
10.1.	World Health Organization Quality of life – BREF (WHOQOL-BREF) .....	38
10.2.	Resilienzskala (RS-13) .....	39
10.3.	Humor Styles Questionnaire (HSQ).....	39
11.	<b>Identifizierung verschiedener Humorstiltypen .....</b>	<b>39</b>
12.	<b>Überprüfung der Fragestellungen und Hypothesen .....</b>	<b>44</b>
12.1.	Fragestellung zu Unterschieden zwischen den Humorstiltypen hinsichtlich deren Lebensqualität.....	44
12.1.1.	Gesamtlebensqualität .....	45
12.1.2.	Physisches Wohlbefinden .....	46
12.1.3.	Psychisches Wohlbefinden .....	47
12.1.4.	Soziale Beziehungen.....	48
12.1.5.	Umwelt.....	49
12.2.	Fragestellung zu Unterschieden zwischen den Humorstiltypen hinsichtlich deren Resilienz .....	50
12.3.	Fragestellung zu Unterschieden resilienterer und weniger resilienter Personen hinsichtlich deren Lebensqualität .....	51
12.4.	Fragestellung zu Unterschieden zwischen Humorstiltypen hinsichtlich deren Geschlecht und Bildungsniveau .....	52
12.4.1.	Geschlecht.....	52
12.4.2.	Bildungsniveau .....	53
<b>V.</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>54</b>
13.	<b>Zusammenfassung und Verortung der Ergebnisse im theoretischen Hintergrund .....</b>	<b>54</b>
14.	<b>Limitationen .....</b>	<b>58</b>
15.	<b>Forschungsausblick und Implikationen für die Praxis.....</b>	<b>60</b>
<b>VI.</b>	<b>LITERATUR .....</b>	<b>63</b>
<b>VII.</b>	<b>ANHANG .....</b>	<b>72</b>
	<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>72</b>
	<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>73</b>

<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>74</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>75</b>
<b>Eidesstattliche Erklärung .....</b>	<b>76</b>
<b>Fragebogen .....</b>	<b>77</b>
<b>Lebenslauf .....</b>	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>





## **I. EINLEITUNG UND THEORETISCHER HINTERGRUND**

Im Folgenden soll eine Hinführung zum Thema gegeben werden, welche die Bereiche Alter, Lebensqualität, Humor und Resilienz von mehreren Seiten beleuchten und deren theoretische Fundierungen veranschaulichen möchte.

### **1. Einleitung**

Das Bild alter Menschen in der westlichen Welt ist eine von überwiegend negativen Vorurteilen geprägte Vorstellung: alt sein wird in unserer Gesellschaft häufig mit Krankheit, Funktionsverlusten, Abhängigkeit und sozialer Isolation assoziiert (Oswald, 2008). Generell fürchten viele Menschen daher das hohe Alter in Angst um den Verlust körperlicher Gesundheit, kognitiver Fähigkeiten und sozialer Kontakte. Neuere Forschung hat jedoch schon längst das Gegenteil bewiesen: alt muss nicht immer gleich krank sein und auch im hohen Alter können noch viele Ressourcen zur positiven Gestaltung des Lebensabends vorhanden sein (Oswald, 2008). So zeigen neuere Befunde zu kognitiven Leistungsentwicklungen, dass selbst im hohen Alter viele Möglichkeiten der Förderung und Weiterentwicklung von kognitiven Kompetenzen bestehen, die es durch individuelle Anpassung an situative Anforderungen ermöglichen, noch lange Zeit ein aktiver Teil der Gesellschaft zu bleiben (Fleischmann, 2008).

Die Positive Psychologie ist eine Forschungsrichtung, die genau dies im Sinn hat: sie fokussiert auf Emotionen, Eigenschaften und Institutionen, die unser Leben verbessern und lebenswert machen (Ruch, Proyer & Weber, 2010). Sie sieht unter anderem Humor als eine Charakterstärke des Menschen, welche zu einem erfolgreichen, positiven Altern beitragen kann (Ruch et al., 2010). Mehrere Studien konnten bisher Effekte von Humor auf das Wohlbefinden nachweisen. So wurden positive Humorstile mit Fröhlichkeit, Selbstwert und psychologischem Wohlbefinden in Zusammenhang gebracht, während negative Humorstile mit einer schlechteren Gesundheit und geringerem psychologischem Wohlbefinden einhergehen (Martin, Puhlik-Doris, Larsen, Gray & Weir, 2003). Außerdem wird Humor mittlerweile als eine Art Meta-Resilienz (psychische Widerstandsfähigkeit) betrachtet (Hinse, 2012), welche einen protektiven Einfluss auf das emotionale Wohlbefinden von Menschen hat (Leppert & Strauß, 2011).

Dies wirft die Frage auf, ob unterschiedliche Ausprägungen im Humor ebenfalls mit den verschiedenen Bereichen der Lebensqualität sowie mit Resilienz in Zusammenhang stehen. Zudem stellt sich die Frage nach Zusammenhängen zwischen Resilienz und Lebensqualität: Personen höheren Alters setzen Beobachtungen von Hildon, Smith, Netuveli und Blane (2008) zufolge resilientes Verhalten ein, um ihr Wohlbefinden zu erhalten bzw. zu regulieren, was die Verbindung zwischen Resilienz und Wohlbefinden deutlich vor Augen führt.

Da bisher noch zu wenige empirische Daten zum Humor alter Menschen (Ruch et al., 2010) sowie zu Resilienz im Alter (Franke, 2010) existieren, soll die vorliegende Studie genau diese Zielgruppe näher ins Auge fassen. Besonders da unsere Gesellschaft stets weiter altert, die meisten Studien jedoch an jungen Menschen durchgeführt worden sind, sind deren Ergebnisse nur schwer auf die Gesamtpopulation generalisierbar (Lehr, 2007). Personen im höheren Erwachsenenalter sollen daher in dieser Untersuchung hinsichtlich ihres Humors, ihrer Lebensqualität und Resilienz befragt und somit neue Erkenntnisse zu diesen Themengebieten und deren Zusammenhängen gewonnen werden. Somit soll ein Beitrag zur Erforschung einer möglichst effektiven und langfristigen Aufrechterhaltung der Lebensqualität alter Menschen geleistet werden.

## **2. Theoretischer Hintergrund**

### **2.1. Das höhere Erwachsenenalter**

Das Alter war lange Zeit ein unerforschtes Feld, welches von vielen WissenschaftlerInnen kaum beachtet und hauptsächlich als Zuständigkeitsbereich der Medizin angesehen wurde (Lehr, 2007). Eine mögliche Erklärung für das bisherige Desinteresse ist die frühere Annahme, dass Entwicklung ausschließlich in der Kindheit und Jugend eines Menschen stattfindet, welche mit dem Eintritt in das Erwachsenenalter als abgeschlossen galt (Erber, 2013). In den folgenden Abschnitten sollen wichtige Aspekte des Alterungsprozesses, Definitionen und aktuelle Erkenntnisse dargelegt werden.

### 2.1.1. Definitionen von Alter

Kade (2009) beschreibt Altern als einen Prozess, welcher vom Lebensalter unterschieden werden müsse. Das Altern komme einer Person erst dann zu Bewusstsein, wenn dieser von Anderen „die Rolle des Älteren zugeschrieben wird“ (Kade, 2009, S. 13). Somit handele es sich um „eine soziale Konstruktion, kein biologisch eindeutiges Merkmal“ (Kade, 2009, S. 13), welche sich in vier Lebensphasen gliedern lasse: die Kindheit, die Jugend, das Erwachsenenalter und das Alter.

In der Umgangssprache werden die Begriffe „Alter“ und „Altern“ als das kalendarische Alter verstanden, im biologischen Sinne beginnt das Altern jedoch schon zu dem Zeitpunkt, zu dem der Organismus vollständig entwickelt ist (Oswald, 2008). Altern findet also aus Sicht der Biologie in den Zellen statt: eine genetische Uhr gibt demzufolge die Lebensdauer einer Spezies vor (Erber, 2013).

Forschungen zum Gebiet des Alterns stellt aber auch die Gerontopsychologie an, welche sich als Alters- sowie Alternspsychologie beschreiben lässt. Sie hat ebenfalls den älteren Menschen zum Gegenstand, wobei das Augenmerk auf deren Erlebens- und Verhaltensweisen im Vergleich zu jüngeren Menschen liegt (Oswald, 2008). Altern wird in der Gerontopsychologie nicht als linearer, einheitlicher und gleichmäßiger Abbauprozess gesehen, sondern vielmehr als ein häufig vom kalendarischen Alter in verschiedenen Bereichen unterschiedlich abhängiger Vorgang, in dem manche Fähigkeiten früher und manche später vom Abbauprozess betroffen sind (Oswald, 2008). Martin und Kliegel (2010) sehen das Altern als Entwicklungs- und Veränderungsprozesse, welche sich auf die gesamte Lebenszeit beziehen und Auswirkungen bis in die letzten Jahre des Lebens haben. Das Alter hingegen beziehen sie wie Oswald (2008) auf den Lebensabschnitt im höheren Alter und die Erlebens- und Verhaltensbedingungen in dieser Zeit im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen.

### 2.1.2. Demografischer Wandel

Schon seit mehreren Jahrzehnten weisen WissenschaftlerInnen auf den demografischen Wandel in unserer Gesellschaft hin, dennoch dringt die Tragweite dieser Veränderung nur langsam in das Bewusstsein der Öffentlichkeit (Frevel,

2004). So muss sich unsere Gesellschaft in naher Zukunft mit Problemen wie der Sicherung der Pensionen, dem Wandel auf dem Arbeitsmarkt, der Finanzierung des Gesundheitssystems und der Altenbetreuung auseinandersetzen (Schipfer, 2005). Um zu begreifen, welche umfassende Veränderungen bevorstehen, soll der Begriff des demografischen Wandels erklärt sowie die Bevölkerungsentwicklung der letzten Jahrzehnte in Österreich dargestellt werden.

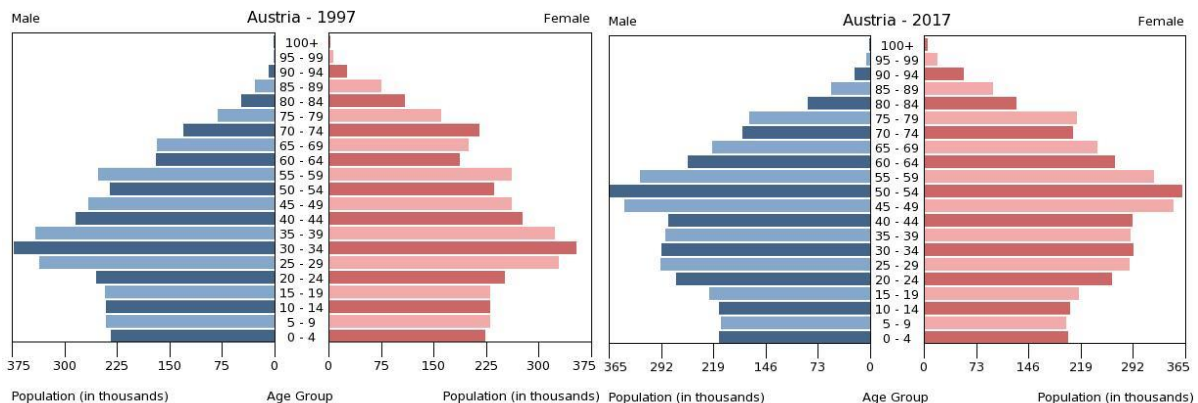
### **Definition demografischer Wandel**

Als demografischer Wandel wird die „nachhaltige Änderung der Altersstruktur“ (Schipfer, 2005, S. 3) bezeichnet, was bedeutet, dass einem zunehmenden Anteil an älteren Menschen ein abnehmender Anteil an jüngeren Menschen gegenübersteht. Diese Entwicklung ist nicht nur in Österreich, sondern weltweit in hochentwickelten Industrienationen zu beobachten (Schipfer, 2005).

Laut der Wirtschaftskammer Österreich (2017) prägen hauptsächlich drei Tendenzen die demografische Entwicklung in Österreich: die steigende Lebenserwartung, eine niedrige Fertilität sowie eine zunehmende Migration. So steigt die Lebenserwartung eines/r ÖsterreicherIn durchschnittlich um zwei Jahre pro Jahrzehnt. Laut den Angaben der Wirtschaftskammer Österreich (2017) liegt diese momentan bei 77.7 Jahren (Männer) und 83.1 Jahren (Frauen). Zudem werden in Österreich pro Frau im Durchschnitt 1.44 Kinder geboren, was unterhalb des erforderlichen Niveaus liegt, um die Einwohnerzahl des Landes zu halten (Wirtschaftskammer Österreich, 2017).

Der Anteil an 65-jährigen und älteren ÖsterreicherInnen betrug laut Statistik Austria (2017) im Jahr 1990 14.9% der österreichischen Gesamtbevölkerung und stieg bis zum Jahr 2015 auf 18.5% an. Den Prognosen zufolge sollen bis zum Jahr 2030 22.8% der ÖsterreicherInnen dieses Alter erreicht haben, was für den Staat eine enorme Belastung hinsichtlich der Betreuung und Versorgung dieser Menschen darstellt. Dahingegen ist die Anzahl der unter 20-jährigen Personen seit dem Jahr 1997 kontinuierlich zurückgegangen. Abbildung 1 zeigt, dass schon in zehn bis fünfzehn Jahren eine besonders große Gruppe das Pensionsalter erreichen wird, welche von sehr viel weniger jungen arbeitenden Menschen finanziert werden muss. Somit ist nicht nur die Entwicklung eines tragfähigen sozialen Netzes von großer Wichtigkeit, sondern auch die Erforschung von Möglichkeiten, die alte Bevölkerung

möglichst lange psychisch und auch physisch fit zu halten, sodass diese möglichst lange ein aktiver Teil der Gesellschaft bleiben kann.



*Abbildung 1.* Bevölkerungspyramiden von Österreich aus den Jahren 1997 und 2017 (U.S. Census Bureau, 2017). Linke Seite: Männer, rechte Seite: Frauen.

### 2.1.3. Theorien zum Altern

Im Folgenden werden die bekanntesten und für den wissenschaftlichen Diskurs zum Thema Altern bedeutendsten Theorien vorgestellt.

#### **Defizitmodelle des Alterns**

Die Defizitmodelle des Alterns werden abgeleitet aus den biologischen Alternstheorien, welche das Altern hauptsächlich als den Abbau wichtiger Funktionen betrachten (Lehr, 2007). Wichtige Forschungsergebnisse hierzu wurden von Wechsler (1944) geliefert, welcher den Fokus besonders auf den Bereich der kognitiven Leistungen legte (Rupprecht, 2008). So wurden folgende Fähigkeiten als altersbeständig erwiesen: Umfang des Wissens, Urteilsfähigkeit, die Fähigkeit, sich mit alltäglichen Problemen auseinanderzusetzen, sprachliche Kenntnisse, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeiten, sowie die Befähigung, Wesentliches von Unwesentlichem unterscheiden zu können (Lehr, 2007). Als altersabhängig gelten Gedächtnis und Merkfähigkeit, geistige Flexibilität, abstrakt-logisches Denken, psychomotorische Geschwindigkeit sowie die Fähigkeit zu kombinieren. Dabei erreicht die kognitive Leistungsfähigkeit ihr Maximum im Alter von 30 bis 40 Jahren, während sich ab dem 50. bis 60. Lebensjahr ein deutlicher Leistungsabfall besonders in der Intelligenz verzeichnen lässt (Lehr, 2007;

Rupprecht, 2008). Neuere Untersuchungen haben jedoch gezeigt, dass Menschen selbst bis ins hohe Alter Erfahrungen sammeln und sich kristalline Intelligenz (Faktenwissen) aneignen können, was die Ergebnisse der frühen Forschung zumindest zum Teil relativiert (Oswald, 1998, zitiert nach Rupprecht, 2008).

### **Theorien des erfolgreichen Alterns**

Lehr (2007) beschreibt den Übergang in ein höheres Alter als einen möglichen Faktor, welcher zur „Instabilisierung der inneren oder äußeren Situation“ (Lehr, 2007, S. 56) eines Menschen beitragen kann. Dabei gilt Lebenszufriedenheit als Maß für eine gelungene Anpassung an den Prozess des Alterns, im Zuge dessen Ereignisse wie z.B. der Eintritt in den Ruhestand, der Auszug der Kinder aus dem elterlichen Haushalt, der Tod naher Angehöriger sowie häufiger auftretende Krankheiten durchlebt werden. Der Begriff des „erfolgreichen Alterns“ (successful aging) wurde von Havighurst geprägt und soll den „inneren Zustand des Glücks und der Zufriedenheit mit dem gegenwärtigen und dem vergangenen Leben“ (Havighurst, 1963, S. 664) beschreiben.

Als zwei der bedeutendsten Theorien des erfolgreichen Alterns können die *Aktivitätstheorie* sowie die *Disengagement-Theorie* genannt werden, welche als gegensätzlich zueinander gelten. In diesen beiden Theorien wird die für den Menschen optimale Form des Alterns beschrieben, welche ein Maximum an Erfüllung bringen soll (Lehr, 2007). So gilt in der *Aktivitätstheorie* die Annahme, dass nur aktive Menschen, die leistungsfähig sind und von anderen gebraucht werden, glücklich und mit ihrem Leben zufrieden sein können. Im Gegensatz dazu geht die *Disengagement-Theorie* davon aus, ältere Menschen fänden gerade im sozialen Rückzug und der Reduktion der sozialen Kontakte Glück und Zufriedenheit (Lehr, 2007).

### **Wachstumstheorien**

Diese Theorien stehen im Kontrast zu den Defizitmodellen, da sie von einem Wachstum an Reife und Weisheit im Alter ausgehen (Lehr, 2007). Einem Vertreter der Wachstumstheorien zufolge schließt die Entwicklung eines Menschen durch eine Periode der kognitiven Reife ab, der allerdings nicht selten der Abbau an biologischen Ressourcen gegenübersteht (Rothacker, 1939, zitiert nach Lehr, 2007). Ryff und Essex (1991) wiederum beschrieben fünf Qualitäten des Wohlbefindens im

Alter, welche die Akzeptanz des Selbst, das Aufbauen positiver Beziehungen zur sozialen Umwelt, Autonomie, Beherrschung der eigenen Lebensumwelt sowie das Gefühl, ein Ziel in seinem Leben zu verfolgen, beinhalten. Um also optimal psychisch funktionieren zu können, sind sowohl diese fünf Bedingungen als auch das fortlaufende Arbeiten am eigenen Potenzial von Nöten (Ryff & Essex, 1991).

## **Kognitive Theorien**

Die kognitiven Theorien sehen bei der Anpassung an Probleme des Alterungsprozesses die Kognition „persönliche Kontrolle“ als entscheidend für die psychische Gesundheit an (Rodin et al., 1985, zitiert nach Lehr, 2007). Zur Aufrechterhaltung der psychischen Stabilität und zur Vermeidung stark ausgeprägter Hilflosigkeit sowie zum optimalen Umgang mit Verlusten und belastenden Situationen, kann die Überzeugung, Kontrolle über eine (kritische) Situation zu haben, entscheidend beitragen. Daher gilt es, genau diese Kontrollüberzeugungen zu fördern und zu bestärken (Heckhausen & Schulz, 1995).

### **2.2.Lebensqualität**

Ziel des folgenden Abschnittes ist es, das Konzept der Lebensqualität leichter verständlich zu machen und dessen verschiedenste Aspekte näher zu beleuchten.

#### **2.2.1. Definition von Lebensqualität**

Lebensqualität ist ein komplexes, schwer fassbares Konstrukt, welches aus zahlreichen miteinander in Verbindung stehenden Elementen besteht (Lawton, 1991) und unter anderem dadurch nur sehr schwer wissenschaftlich zu beschreiben ist (Walker, 2005). Während zu Beginn der Forschung in diese Richtung das Augenmerk besonders auf soziale und ökonomische Faktoren wie z.B. soziale Gerechtigkeit, gesundheitliche Versorgung, materielle Sicherheit und Einkommen gelegt wurde, werden heute zunehmend subjektive Indikatoren zur Erfassung der Lebensqualität herangezogen. So spielen vor allem die subjektive Lebenszufriedenheit aber auch das Wohlbefinden der jeweiligen Person bei der Einschätzung der Lebensqualität eine große Rolle (Diener & Eunoock, 1997). Daher

soll sich die vorliegende Arbeit auf die von der WHO im Jahr 1997 erstellte Definition von Lebensqualität beziehen, welche folgendermaßen lautet:

Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und deren Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Anliegen. Es handelt sich um ein breites Konzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt. (WHO, 1997, zitiert nach Renneberg & Lippke, 2006, S. 29)

#### 2.2.2. Lebensqualität im Alter

Lebensqualität im Alter wird sowohl durch aktuelle situative Faktoren als auch durch Umstände des bisherigen Lebens maßgeblich beeinflusst (Evandrou & Glaser, 2004). So stehen beispielsweise der berufliche Werdegang und die familiären Verpflichtungen, die eine Person im Laufe des Lebens erfüllen muss, in direktem Zusammenhang zur Höhe des Einkommens im Rentenalter, was wiederum große Auswirkungen z.B. auf den Zugang zu medizinischer oder der alltäglichen Versorgung im Alter hat. Auch die Pflege kranker (erwachsener) Kinder und Angehöriger – egal in welcher Lebensphase – steht laut der Studie von Evandrou und Glaser (2004) in direktem negativem Zusammenhang zur Gesundheit und zur sozialen Einbindung in die Gesellschaft im höheren Alter. Dies wiederum hat einen negativen Einfluss auf die subjektive Wahrnehmung und Bewertung der Lebensqualität.

Mehrere Studien haben immer wieder dieselben Faktoren gefunden, die ältere Menschen als besonders wichtig für ihre Lebensqualität empfinden. So stellen vor allem die Familie und der Kontakt zu anderen Angehörigen sowie FreundInnen einen wichtigen Pfeiler im Leben einer älteren Person dar. Zudem werden häufig das emotionale Wohlbefinden, Religiosität bzw. Spiritualität, Unabhängigkeit und soziale Aktivitäten als besonders wertvoll für das eigene Wohlbefinden und somit die persönliche Lebensqualität befunden. Weitere nennenswerte Faktoren sind die finanzielle Sicherheit, das Halten des persönlichen Lebensstandards sowie die



eigene aber auch die Gesundheit von nahestehenden Personen (Brown, Bowling & Flynn, 2004, zitiert nach Walker, 2005). Vergleicht man die Angaben von Personen mittleren Alters mit denen der älteren Generation, kann man beobachten, dass sich die Faktoren, die als besonders wichtig für die persönliche Lebensqualität angesehen werden, zwischen den beiden Gruppen nicht allzu sehr unterscheiden. Allerdings wurde bei älteren Personen im Vergleich zu jüngeren ein wesentlich größerer Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Faktoren bzw. Funktionalität und Lebensqualität gefunden, was darauf schließen lässt, dass Beweglichkeit und Unabhängigkeit eine wesentliche Voraussetzung für ein erfülltes, autonomes Leben im Alter darstellen (Lawton, 1991).

### 2.3. Resilienz

Seit Ende des 20. Jahrhunderts legen ForscherInnen in der Psychologie, Pädagogik und den Gesundheitswissenschaften ihren Fokus nicht mehr nur auf Risikofaktoren, Ursachen und Entstehungsbedingungen psychischer und Verhaltensstörungen. Vielmehr wird nun der Blick immer stärker auf Schutzfaktoren gelenkt, welche den Menschen vor der Ausbildung solcher Probleme bewahren und ganz im Gegenteil, psychische und physische Gesundheit erhalten und sogar fördern sollen (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2015). Das Konzept der Resilienz hat sich im Zuge dieser Entwicklungen mehr und mehr herauskristallisiert und wurde als ein wichtiger Schutzfaktor für die positive Bewältigung von negativen Erfahrungen identifiziert (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2015).

#### 2.3.1. Definition von Resilienz

Resilienz gilt als wesentlicher Prädiktor für körperliches (Leppert, Gunzelmann, Schumacher, Strauß & Brähler, 2005) und emotionales Wohlbefinden (Fumaz et al., 2015) und bedeutet so viel wie „emotionale Widerstandsfähigkeit“ (Leppert & Strauß, 2011, S. 315). Der Begriff der Resilienz kann von dem englischen Begriff „resilience“ abgeleitet werden, welcher wiederum für „Spannkraft, Widerstandsfähigkeit und Elastizität“ steht. Dies soll die Fähigkeit eines Individuums darstellen, belastende Lebensumstände sowie negative Folgen von Stress erfolgreich bewältigen zu können (Wustmann, 2004, zitiert nach Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2015).

Wagnild und Young (1993) beschrieben Resilienz als ein Merkmal der Persönlichkeit, welches moderierend auf negative Gefühle sowie Stress wirkt und es dem Individuum ermöglicht, sich flexibel an ungünstige Bedingungen anzupassen. Rutter (1995, zitiert nach Schumacher, Leppert, Gunzelmann, Strauß & Brähler, 2005) hingegen sieht Resilienz als ein Phänomen, welches es manchen Menschen ermöglicht, trotz großer Belastungen und Risiken die eigene Gesundheit zu bewahren oder sich im Vergleich zu Anderen relativ leicht von Belastungen zu erholen. Eine weitere und im deutschsprachigen Raum weit verbreitete und anerkannte Definition lieferte Wustmann (2004): Resilienz sei „die psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken“ (S. 18, zitiert nach Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2015). All diese Definitionen haben einen gemeinsamen Kern: die WissenschaftlerInnen gehen davon aus, dass Resilienz immer dann auftritt, wenn eine Person einer Risikosituation ausgesetzt ist und diese erfolgreich aufgrund des Vorhandenseins von positiven Fähigkeiten bewältigen konnte (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2015).

### 2.3.2. Risiko- und Schutzfaktoren

Das Resilienzkonzept beinhaltet sowohl das Risikofaktorenkonzept als auch das Schutzfaktorenkonzept (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2015). Als Risikofaktoren gelten Merkmale, welche Krankheiten begünstigen, Risiken erhöhen und eine gesunde Entwicklung potentiell gefährden können (Holtmann & Schmidt, 2004, zitiert nach Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2015). Schutzfaktoren dagegen können eine protektive Wirkung haben und die Entwicklung somit positiv beeinflussen.

### 2.3.3. Resilienzmodelle

Zwei zentrale Modelle bilden die Grundlage, um die gegenseitigen Wechselwirkungen von Risiko- und Schutzfaktoren abzubilden: das *Kompensations-Modell* und das *Interaktions-Modell* (Zander, 2009).

## Das Kompensations-Modell

Bei diesem Modell wird davon ausgegangen, dass die Auswirkungen von Risikofaktoren durch Schutzfaktoren kompensiert werden können (Mergenthaler, 2012). Es gibt zwei verschiedene Ausprägungen des Kompensations-Modells: das *Haupteffekt-Modell* sowie das *Mediatoren-Modell* (Masten, 2001). Im *Haupteffekt-Modell* wird davon ausgegangen, dass die risikoerhöhenden sowie –abmildernden Faktoren einen direkten Einfluss auf die abhängige Variable haben. Dabei wirken Risiko- und Schutzfaktoren völlig autonom. Dies wiederum bedeutet, dass je mehr Schutzfaktoren vorhanden sind, die Entwicklung umso besser verlaufen kann und somit bei Prävention bzw. Intervention vor allem die Stärkung der Schutzressourcen und der Widerstandsfähigkeit im Zentrum der Bemühungen stehen sollte (Masten, 2001). Beim *Mediatoren-Modell* hingegen sind die Risiko- und Schutzfaktoren über einen Mediator mit der abhängigen Variable verbunden. Hier sollte bei Präventions- oder Interventionsmaßnahmen hauptsächlich der Mediator gestärkt werden (Masten, 2001). Die beiden Kompensations-Modelle sind in Abbildung 2 veranschaulicht.

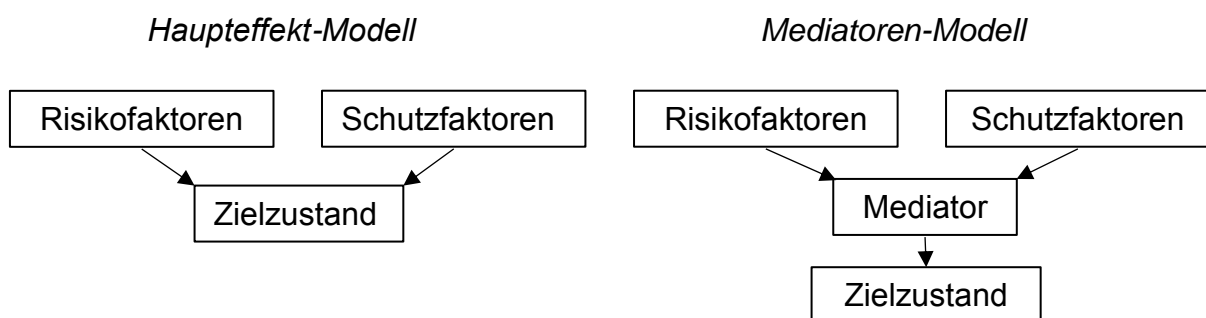


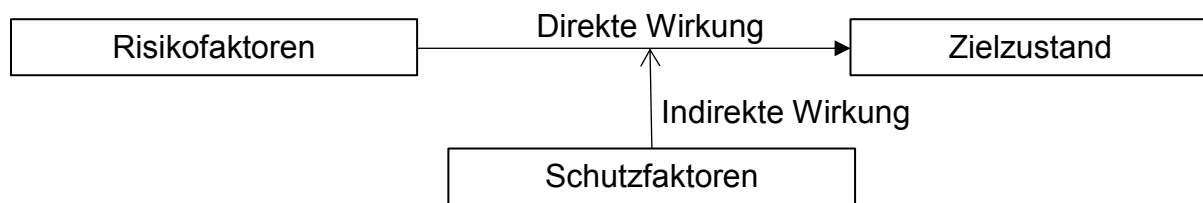
Abbildung 2. Kompensations-Modelle adaptiert nach „Resilienz:

Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern“, von C. Wustmann. Copyright 2004 durch Beltz; eigene Darstellung.

## Das Interaktions-Modell

Dieses Modell (Abbildung 3) sieht die protektiven Faktoren lediglich als Moderatoren zwischen den Risikofaktoren und der abhängigen Variable (Mergenthaler, 2012). Somit haben diese nur eine indirekte Wirkung auf die abhängige Variable, was zur Folge hat, dass die Schutzfaktoren nur dann einen Einfluss haben, wenn Risikofaktoren auf die abhängige Variable einwirken. Je höher

also die Belastung durch Risikofaktoren, umso höher auch die Wirkung der Schutzfaktoren (Masten, 2001). Daher sollen diesem Modell zufolge Präventions-



und Interventionsmaßnahmen auf kontextspezifische protektive Faktoren abzielen und vor allem Menschen aus bestimmten Risikogruppen bei der Bewältigung von Risikosituationen unterstützen (Wustmann, 2004).

*Abbildung 3.* Interaktions-Modell adaptiert nach „*Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*“, von C. Wustmann. Copyright 2004 durch Beltz; eigene Darstellung.

#### 2.3.4. Resilienz und Lebensqualität im Alter

Nur wenige ForscherInnen haben sich bis heute mit Resilienz im höheren Erwachsenenalter auseinandergesetzt (Hildon, Montgomery, Blane, Wiggins & Netuveli, 2009; Hildon, Smith, Netuveli & Blane, 2008). Die Ergebnisse, die jedoch veröffentlicht wurden, klingen vielversprechend: Hildon et al. (2008) konnten in ihrer Studie nachweisen, dass sich TeilnehmerInnen ihrer Studie, welche als resilient galten, in Notsituationen Unterstützung aus sozialen aber auch eigenen individuellen Ressourcen holen konnten. Diese Strategien waren zur Bewältigung von negativen Lebensereignissen hilfreich und bestärkten diese Personen in ihrer Widerstandsfähigkeit. Durch solch resilientes Verhalten können alte Menschen also das eigene Wohlbefinden erhalten bzw. regulieren (Hildon et al., 2008).

In der Theorie werden zwei „klassische“ Resilienztypen für das hohe Lebensalter unterschieden (Leppert et al., 2005; Mergenthaler, 2012). Typ I: *Wiederherstellung* einer angemessenen Funktionsfähigkeit trotz chronischer Beeinträchtigungen oder akuter Traumata. Typ II: *Aufrechterhaltung* einer normalen Funktionsfähigkeit trotz chronischer Beeinträchtigungen oder akuter Traumata. Hinzu kommt nun noch ein dritter Resilienztyp, der den *positiven Umgang mit individuellen bzw. sozialen Verlusten* beschreibt (z.B. dem Tod naher Angehöriger oder Bekannter) (Leppert et

al., 2005). Laut Leppert et al. (2005) spielt dieser dritte Resilienztyp vor allem bei sehr alten Personen (80 Jahre und älter) eine bedeutende Rolle, da gerade in dieser Lebensphase die Verluste in beinahe allen Lebensbereichen zunehmen. Bei den „Jungen Alten“ (ca. 65 bis 79 Jahre) hingegen herrschen laut Mergenthaler (2012) die ersten beiden Resilienztypen vor. In der vorliegenden Studie soll jedoch von einem Resilienzkonzept des Typs II ausgegangen werden.

Neuere Forschung lässt einen Zusammenhang zwischen Resilienz und Lebensqualität im höheren Alter vermuten. So fanden Leppert et al. (2005) heraus, dass Resilienz bei alten Menschen mit dem Ausmaß an subjektiven körperlichen Beschwerden signifikant negativ korreliert. Demzufolge ist bei höherer Resilienz die subjektive Wahrnehmung von körperlichen Beschwerden geringer, als bei niedrigerer Resilienz. Zudem beschreiben Leppert et al. (2005) Resilienz als eine altersstabile psychologische Ressource, welche maßgeblich zum subjektiven Wohlbefinden beiträgt. Zudem wirkt Resilienz bei Personen im Alter von 30 bis 80 Jahren als Schutzschild gegen Depressionen, wobei sich diese Wirkung ab dem Alter von 70 Jahren und älter abschwächt (Leppert & Strauß, 2011). Dies habe vor allem mit gravierenden Einschnitten im hohen Erwachsenenalter im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit und damit dem Verlust von Unabhängigkeit und Autonomie zu tun. Resilienz könne also über den Lebenslauf hinweg die Bewältigung von Belastungen und negativen Erlebnissen moderieren und somit zu einem besseren emotionalen und psychischen Wohlbefinden beitragen (Leppert & Strauß, 2011).

#### 2.4. Humor

Lachen ist eine menschliche Aktivität, welche in beinahe allen Lebenslagen und sozialen Interaktionen auftritt (Martin, 2010) und dennoch ist uns häufig nicht bewusst, welche wichtigen Funktionen Humor für den Menschen hat. So hat er gravierende Einflüsse unter anderem auf unsere sozialen, emotionalen aber auch kognitiven Funktionen (Martin, 2010). Zudem ist Humor ein universeller Aspekt unseres Erlebens und Verhaltens, welcher kulturübergreifend bei nahezu allen Individuen auftritt (Lefcourt, 2001). So handelt es sich laut Provine und Yong (1991) beim Lachen um ein unverwechselbares stereotypisiertes Muster verschiedener Stimmlagen, welches für Personen jeder Kultur unmissverständlich erkennbar ist.

#### 2.4.1. Definition von Humor

Zahlreiche Definitionen dieses Konstrukts sind in Umlauf, jedoch ist eine einheitliche Begrifflichkeit von Humor bisher noch nicht gegeben (Ruch & Zweyer, 2001). Eine moderne Ableitung lässt sich im Duden nachschlagen, welcher von Humor als die „Fähigkeit und Bereitschaft, auf bestimmte Dinge heiter und gelassen zu reagieren“, oder als „gute Laune, fröhliche Stimmung“ schreibt (Duden, 2016). Im alltäglichen Sprachgebrauch wird Humor hingegen als Oberbegriff für „alles, was früher dem Komischen zugeordnet war“ (Ruch & Zweyer, 2001, S. 2) beschrieben. Nevo, Aharonson und Klingman (1998) wiederum betonen aus psychologischer Sicht die motivationalen, kognitiven, emotionalen, sozialen und behavioralen Komponenten von Humor, wobei diese Einteilung auf der Unterscheidung von Humor als die Fähigkeit, Humor zu produzieren (Produktion), Humor zu genießen (Wertschätzung) und Humor als eine Disposition (Geisteshaltung) basiert (Ziv, 1981, zitiert nach Nevo et al., 1998). Eine andere Herangehensweise zeigen Ruch & Zweyer (2001): um eine Vereinfachung dieses Konstruktes herbeizuführen, unterscheiden sie zwischen dem bewältigenden Humor („Coping Humor“) und dem aggressiven Humor („Aggressive Humor“).

#### 2.4.2. Theorien zu Humor

Auch zu Humor existieren bereits zahlreiche Theorien, welche sich im Laufe der Zeit verändert und an die modernen Anschauungen unserer Gesellschaft angepasst haben (Martin, 2010).

#### **Überlegenheits- bzw. Aggressions-Theorien**

Die Überlegenheitstheorien sehen Humor als eine Form der Aggression und stellen damit den ältesten Zugang zu Humor dar. So behauptete schon Plato (428 – 348 vor Christus), dass wir über Lächerlichkeiten in anderen Personen lachen und uns sogar über das Unglück unserer Freunde amüsieren, anstatt Mitleid und Bedauern für diese zu empfinden (Martin, 2010). Auch Aristoteles (348 – 322 vor Christus) sagte: Menschen, „die Humor im Übermaß anwenden, sind vulgäre Blödmänner, [...] denen es wichtiger ist, einen Lacher zu kassieren, als mit Anstand zu sprechen und darauf zu achten, niemanden mit ihren Scherzen zu verletzen“ (in Nicomachean Ethics, zitiert nach Morreall, 2008, S. 215). Demzufolge stellt Humor

das Ergebnis der Überlegenheit über einen anderen Menschen dar, welche aus der Herabsetzung und Abwertung einer anderen Person resultiert (Martin, 2010).

### **Arousaltheorien**

Den Arousal-Theorien zufolge wird Lachen zur Freisetzung von Energie genutzt (Martin, 2010). Herbert Spencer, der Begründer dieser Theorien, ging davon aus, dass sich psychologische und physiologische Energie im menschlichen Körper sammelt und früher oder später durch muskuläre Bewegungen wie das Lachen und Atmen freigesetzt werden müsse (Spencer, 1860, zitiert nach Martin, 2010).

### **Inkongruenztheorien**

In diesen Theorien wird der Fokus auf Kognitionen und weniger auf soziale und emotionale Aspekte von Humor gelenkt (Martin, 2010). Die Grundidee hierbei ist, dass die Wahrnehmung von Inkongruenz entscheidend dafür ist, ob etwas als lustig empfunden wird oder nicht. Lustig ist demzufolge Unpassendes, Überraschendes, Sonderbares und Unübliches, welches sich von unseren Erwartungen unterscheidet und somit eine ungeahnte Entwicklung nimmt (Martin, 2010).

#### **2.4.3. Humorstile in der Theorie**

Ein bekanntes Humor-Konzept nach Martin et al. (2003) beschreibt vier Humorstile, welche in jedem Menschen in unterschiedlichem Maße ausgeprägt sind. In ihrer Theorie werden nicht nur positive, adaptive Humorstile (der *soziale Humor* & der *selbstaufbauende Humor*) sondern auch negative, maladaptive Humorstile (der *feindliche Humor* und der *aggressive Humor*) berücksichtigt. Besonders ist dabei, dass je ein adaptiver und je ein maladaptiver Humorstil auf die Person an sich (intrapersonal) sowie auf die Umgebung (interpersonal) der Person bezogen ist.

#### **Positive, adaptive Humorstile**

Personen, die eine hohe Ausprägung im *sozialen Humor* aufweisen, sind lustig und scherzen herum, um Spannungen zwischen Personen aufzulösen, sich in ein Gespräch zu involvieren und andere zum Lachen zu bringen. Diese Personen nehmen sich selbst nicht zu ernst, können über sich lachen und sind selbstironisch. Sie verwenden Humor in keinem Fall feindlich, bestärken sich selbst und andere positiv und verbessern somit den Zusammenhalt einer Gruppe. Dieser Humorstil

wird laut Martin et al. (2003) mit Extraversion, Fröhlichkeit, Selbstwert, Intimität, Zufriedenheit mit Beziehungen und überwiegend positiver Stimmung und positiven Emotionen in Verbindung gebracht. Der *soziale Humor* ist auf die Umgebung der betreffenden Person gerichtet.

Der *selbstaufbauende Humor* beschreibt eine allgemein humorvolle Sichtweise auf das Leben (Martin et al., 2003). Ein Merkmal dieses Stils ist, dass Personen mit einer starken Ausprägung im *selbstaufbauenden Humor* auch in Stress- und Notsituationen ihre humorvolle Art beibehalten und sich über Unannehmlichkeiten eher amüsieren können. Humor dient in diesem Fall häufig als eine Strategie, negative Emotionen von sich fern zu halten und sich dabei einen realistischen Blick auf unangenehme bzw. negative Situationen zu behalten (Freud, 1928, zitiert nach Martin et al., 2003). Da der *selbstaufbauende Humorstil* eher auf die Person selbst gerichtet ist, wird davon ausgegangen, dass er nicht im selben Ausmaß mit Extraversion in Verbindung steht, wie der *soziale Humorstil*. Es wird zudem ein negativer Zusammenhang zu Depression, Ängstlichkeit und Neurotizismus vermutet (Martin et al., 2003). Des Weiteren gehen Martin et al. (2003) davon aus, dass Offenheit für Erfahrungen, Selbstwert und psychisches Wohlbefinden positiv mit dem *selbstaufbauenden Humor* korrelieren.

### **Negative, maladaptive Humorstile**

Dem *feindlichen Humor* wird vor allem der Gebrauch von Sarkasmus, Hänseleien, Spott, Hohn, Unterdrückung und das Erniedrigen von Anderen zugeordnet (Zillman, 1983, zitiert nach Martin et al., 2003). Zudem wird dieser häufig auch manipulativ eingesetzt und es wird in der Regel kaum darauf geachtet, welche Auswirkungen solch verletzendes Verhalten auf Mitmenschen haben kann (Martin et al., 2003). Personen, die hohe Ausprägungen im *feindlichen Humorstil* aufweisen, sind überwiegend impulsiv und können sich meist kaum zurückhalten, verletzende Scherze über Andere zu machen und diese damit vor den Kopf zu stoßen. Martin et al. (2003), gehen davon aus, dass *feindlicher Humor* in einem positiven Zusammenhang zu Neurotizismus, Ärger, Aggression und besonders Feindseligkeit steht und negativ mit Zufriedenheit in Beziehungen, Verträglichkeit sowie Bewusstsein korreliert. Beim *feindlichen Humor* handelt es sich um einen interpersonalen Stil, welcher sich auf die Umgebung der betreffenden Person richtet.



Der *selbstabwertende Humor* ist ein intrapersonaler Stil, der sich auf die Person selbst bezieht und häufig exzessiv eingesetzt wird, um anwesende Personen zu amüsieren (Martin et al., 2003). Dabei macht die betreffende Person meist abwertende Witze über sich, lacht mit den Anderen über sich, erniedrigt sich somit und macht sich dadurch zur Zielscheibe der Anderen. Kubie (1971, zitiert nach Martin et al., 2003) beschreibt dieses Verhalten als häufig motiviert durch den Wunsch, die eigenen negativen Emotionen zu verbergen oder aber sich konstruktiv mit Problemen auseinander zu setzen. Unter dieser Fassade des lustigen Clowns verbirgt sich oft eine große emotionale Bedürftigkeit, Vermeidungsverhalten und niedriger Selbstwert, der damit überspielt werden will (Fabrizi & Pollio, 1987, zitiert nach Martin et al., 2003). Neurotizismus, Depression und Ängstlichkeit sind nach Einschätzung von Martin et al. (2003) positiv mit dem *selbstabwertenden Humor* korreliert, wohingegen die Autoren eine negative Beziehung zur Zufriedenheit mit Beziehungen, psychischem Wohlbefinden und niedrigem Selbstwert postulieren.

#### 2.4.4. Humorstile der vorliegenden Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung geht ebenfalls von den vier Humorstilen von Martin et al. (2003) aus. Das Besondere dieser Humorstile im Vergleich zu anderen Konzepten ist, dass bei Martin et al. (2003) zwischen positiven (adaptiven) und negativen (maladaptiven) Humorstilen unterschieden wird, welche in jeder Person in individuellem Ausmaß vorhanden sind. Dies ist besonders deshalb sehr wichtig, da neuere Forschung gezeigt hat, dass Humor nicht nur positive, sondern auch negative Dimensionen beinhaltet. Yip und Martin (2006) beispielsweise berichteten in einer Studie von einer negativen Interaktion zwischen *aggressivem* sowie *selbstabwertendem Humor* mit der Fähigkeit, Emotionen korrekt wahrzunehmen. Maladaptive Humorstile wurden in ebendieser Studie zudem als mit niedrigeren sozialen Kompetenzen in Zusammenhang stehend beschrieben. Ein weiterer Artikel beschrieb das Phänomen der Gelotophobie, die pathologische Angst davor, ausgelacht zu werden (Ruch & Proyer, 2008).

Des Weiteren stehen die positiven und negativen Humorstile mehreren Studien zufolge mit Gesundheit, psychischem sowie physischem Wohlbefinden und Stressbewältigung in enger Verbindung (Cann, Stilwell & Taku, 2010; Kuiper &

Harris, 2009; Martin, 2004; Martin et al., 2003). So wiesen Kuiper und Harris (2009) nach, dass ein *adaptiver selbstaufbauender Humorstil* mit erleichternden Coping-Strategien korreliert, während *maladaptiver, aggressiver Humor* mit eher dysfunktionalen Coping-Mustern einhergeht. Zudem konnten Cann et al. (2010) herausfinden, dass positive Humorstile die Erhaltung eines positiven Persönlichkeitsstils unterstützen können, der wiederum mit psychischem und physischem Wohlbefinden korreliert. Kuiper, Grimshaw, Leite und Kirsh (2004) beschrieben in ihren Untersuchungen ähnliche Ergebnisse: positive Humorstile korrelierten positiv mit Wohlbefinden (höherer Selbstwert, niedrigere Werte in Depression und Ängstlichkeit), negative Humorstile negativ mit Wohlbefinden (niedrigerer Selbstwert, höhere Werte bei Depression und Ängstlichkeit).

Da eine Person jedoch immer positive, aber auch negative Humorstile in sich vereint, ist unklar, inwieweit nun eine hohe Ausprägung in einem positiven und zugleich in einem negativen Humorstil Auswirkungen auf deren Lebensqualität und Resilienz hat. Diesem Problem kann begegnet werden, indem verschiedene Humorstiltypen bestimmt werden, welche sich hinsichtlich der Ausprägungen der adaptiven sowie maladaptiven Humorstile voneinander unterscheiden. Einzelne StudienteilnehmerInnen werden in ihrer vollständigen Anwendung der Humorstile beschrieben, was es ermöglicht, Aussagen hinsichtlich Resilienz und Lebensqualität dieser Humorstiltypen zu tätigen.

Es existieren bereits mehrere Studien, die dieses Vorgehen gewählt haben (Küster, 2014; Leist und Müller, 2013; Schmiderer, 2009). All diese Untersuchungen haben mittels einer Clusteranalyse Humorstiltypen identifiziert, die sich in ihrer Zusammensetzung sehr ähnlich sind. Die Gruppe, welche überdurchschnittliche Ausprägungen in allen vier Humorstilen aufwies, wurde bei Leist und Müller (2013) als *humor endorsers* beschrieben. Als *humor deniers* wurde das Cluster bezeichnet, welchem Personen zugeordnet waren, denen unterdurchschnittliche Ausprägungen in allen vier Humorstilen nachgewiesen werden konnten. Die letzte Gruppe, in der die positiven Humorstile überdurchschnittlich und die negativen Humorstile unterdurchschnittlich ausgeprägt waren, wurden nach Leist und Müller (2013) als *self-enhancers* bezeichnet. Diese letzte Gruppe berichtete laut Leist und Müller (2013) im Vergleich zu den beiden anderen Clustern die höchsten Werte hinsichtlich ihrer Selbstregulierungsstrategien, ihres Selbstwerts sowie ihres Wohlbefindens.

Dies legt den Schluss nahe, dass das Vorhandensein der beiden positiven und die Abwesenheit der beiden negativen Humorstile als die diesbezüglich vorteilhafteste Variante der Zusammensetzung der Humorstile gilt.

Diese Ergebnisse zeigen den Einfluss der verschiedenen Humorstile auf das menschliche Wohlbefinden und bestärken die Annahme, dass sich das Zusammenspiel aus adaptiven und maladaptiven Humorstilen auch auf die Lebensqualität und Resilienz von uns Menschen auswirken können. In der vorliegenden Studie sollen deshalb ebenfalls unterschiedliche Humorstiltypen identifiziert und unter anderem deren Unterschiede hinsichtlich der verschiedenen Bereiche der Lebensqualität sowie hinsichtlich deren Resilienz untersucht werden.

#### 2.4.5. Humor und Lebensqualität im Alter

Ruch, Proyer und Weber (2010) beschrieben Humor als eine Charakterstärke sowohl bei jungen als auch bei alten Personen, welche in einem engen Zusammenhang mit subjektivem Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit steht. Eine weitere aufschlussreiche Studie konnte einen positiven Effekt eines positiven Humorstils auf die Gesundheit der StudienteilnehmerInnen nachweisen, welcher durch positive Persönlichkeitseigenschaften mediiert wird (Cann, Stilwell & Taku, 2010). Ebenso mildern positive Persönlichkeitseigenschaften Beeinträchtigungen, welche durch einen negativen Humorstil auftreten können, ab. Des Weiteren konnte eine positive Korrelation des *selbstaufbauenden Humorstils* mit der Zufriedenheit mit der Unterstützung aus dem sozialen Umfeld nachgewiesen werden (Martin et al., 2003). Diese Ergebnisse führen den Einfluss von Humor auf Gesundheit und somit auch auf die Lebensqualität der Menschen deutlich vor Augen, wobei sich der Zusammenhang den Studien zufolge nicht nur bei jungen, sondern auch bei Menschen im höheren Erwachsenenalter zeigt. So fanden Leppert und Strauß (2011) heraus, dass ältere Personen, welche optimistischer und humorvoller sind und einen geringeren Neurotizismus als Gleichaltrige zeigen, mit ihrem Alter grundsätzlich zufriedener sind. Auch Hirsch, Junglas, Konradt und Jonitz (2010) konnten interessante Entdeckungen berichten: so wiesen die Wissenschaftler nach, dass bei depressiven PatientInnen im hohen Alter, welche sie mittels einer

Humorthherapie behandelten, ein signifikanter Anstieg der Lebenszufriedenheit und Resilienz beobachtet werden konnte.

#### 2.4.6. Humor und Resilienz im Alter

Aktuelle Studien haben bewiesen, dass sich das Verständnis von Humor, die Humorproduktion aber auch die Funktionen, die Humor für den Menschen hat, kontinuierlich verändern. So erfüllt er in allen Lebensabschnitten wichtige Aufgaben, im Alter jedoch dient dieser noch viel mehr als Bewältigungsmechanismus als in früheren Lebensphasen (Falkenberg, 2010). So kann mittels einer Humorthherapie bei depressiven PatientInnen im hohen Lebensalter nicht nur die Lebenszufriedenheit, sondern auch die Widerstandsfähigkeit (Resilienz) der behandelten Personen signifikant gesteigert werden (Hirsch et al., 2010).

Hinse (2012) beschreibt in seinen Erfahrungen aus der Hospizarbeit Humor als eine Meta-Resilienz, welche auch in den aussichtslosesten Momenten des Lebens eine andere Perspektive aufzeigen kann. Durch Humor kann eine Art „Über-Sicht“ (Hinse, 2012, S. 60) erlangt werden, welche eine gewisse Distanz zwischen einer Person und dessen Leid schaffen und somit ein wenig Freiheit vermitteln kann. Über etwas zu lachen bedeutet, darüber zu stehen und sich von negativen Gedanken zu befreien. Dadurch, dass Humor auf vielen Ebenen in uns wirkt (körperlich, seelisch, sozial und spirituell), kann dieser den Menschen in vielerlei Hinsicht entlasten (Hinse, 2012).

Andere ForscherInnen charakterisieren Resilienz hingegen als die „dispositionelle Fähigkeit bei der Bewältigung von Belastungen“ (Leppert & Strauß, 2011, S. 313) und beschreiben ebenfalls den protektiven Einfluss, den Resilienz als eine intrapersonale Ressource auf das emotionale Wohlbefinden (Leppert & Strauß, 2011) und damit auch auf die Gesundheit von Menschen hat (Forstmeier, Uhlendorff & Maercker, 2005). Eine weitere für die Altersforschung sehr wichtige Untersuchung ist die Berliner Altersstudie (BASE) von Staudinger, Freund, Linden und Maas (1996), welche schon vor ca. 20 Jahren einen Zusammenhang zwischen Optimismus, Humor und Zufriedenheit im Alter nachweisen konnte. Im Zuge der BASE wurden zudem einige Aspekte der Resilienz der StudienteilnehmerInnen analysiert, jedoch nicht quantitativ untersucht. Genau das soll in dieser Arbeit getan

werden: eine Überprüfung der Zusammenhänge zwischen Humor und Resilienz, welche unter anderem Aufschluss über die Unterschiede zwischen verschiedenen Humorstiltypen hinsichtlich ihrer psychischen Widerstandsfähigkeit geben soll.

#### 2.4.7. Humor und Geschlecht sowie Bildungsniveau

Dass es Unterschiede zwischen Männern und Frauen in vielen Bereichen des Lebens gibt, ist unbestritten. So wurden mittlerweile auch hinsichtlich Humor zahlreiche geschlechtsspezifische Unterschiede gefunden (Lampert & Ervin-Tripp, 1998). Lampert und Ervin-Tripp (1998) beschrieben schon vor fast 20 Jahren, dass Männer eine signifikant höhere Leidenschaft für Humor mit aggressiven und sexuellen Themen aufweisen als Frauen. Martin et al. (2003) fanden in einer neueren Studie Ähnliches heraus: Männer wiesen im Vergleich zu Frauen signifikant höhere Werte im *feindlichen* und *selbstabwertenden Humorstil* auf. Diese Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass sich Humorstiltypen, die unterschiedliche Ausprägungsmuster hinsichtlich der vier positiven sowie negativen Humorstile aufweisen (Leist & Müller, 2013), hinsichtlich ihres Geschlechts unterscheiden könnten.

Bezüglich Humor und dessen Zusammenhänge mit dem Bildungsniveau wurden bisher noch kaum Untersuchungen durchgeführt. Eine wissenschaftliche Untersuchung im Bereich der Werbeforschung hat vier Humorstiltypen mittels einer Clusteranalyse ermittelt und nebenbei interessante Beobachtungen zum Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und bevorzugtem Humorstil gemacht (Griese & Oluschinski, 2006). Eher junge, männliche Personen, überwiegend aus der Arbeiterklasse und mit einem niedrigen bis mittleren Bildungsstand bevorzugten in dieser Studie hauptsächlich vulgären Humor. Einer anderen Gruppe waren hauptsächlich ältere Frauen mit hohem Bildungsniveau zugeordnet. Diese Gruppe wurde von Griese und Oluschinski (2006) als *die Parodisten* beschrieben, da sie besonders Humor, der sich auf Parodien bezieht, favorisierten. Es entsteht damit der Verdacht, dass der Bildungsstand möglicherweise in Zusammenhang mit der bevorzugten Art des Humors steht.

## **II. FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN**

Im Folgenden werden die zentralen Fragestellungen sowie das Ziel der gesamten Studie näher erläutert. Anschließend sollen die jeweiligen Hypothesen zu den übergeordneten Fragestellungen angeführt werden.

### **3. Fragestellungen und Ziel der Studie**

Diese Studie hat das Ziel, zu untersuchen, ob es bei Menschen im höheren Erwachsenenalter Unterschiede in deren Lebensqualität und Resilienz sowie deren Humor gibt. Dabei sollen verschiedene Bereiche des Wohlbefindens, die Zufriedenheit mit den eigenen sozialen Beziehungen sowie mit der Qualität der eigenen Umwelt und die Einschätzung der individuellen persönlichen Gesamtlebensqualität berücksichtigt werden. Zudem wird für jede Person ein eigener Gesamtwert der Resilienz ermittelt sowie Humor differenziert erfasst. Es wird zwischen verschiedenen Humorstilen unterschieden und auf dieser Basis werden mehrere Humorstiltypen identifiziert. Es soll des Weiteren untersucht werden, ob sich die Humorstiltypen hinsichtlich ihres Geschlechts sowie des Bildungsniveaus voneinander unterscheiden.

Die zentrale Fragestellung in dieser Studie lautet: Gibt es Unterschiede zwischen den Humorstiltypen im Alter hinsichtlich deren Lebensqualität? Dabei sollen unterschiedliche Bereiche des Wohlbefindens, die zum Konstrukt der Lebensqualität gehören, separat untersucht werden.

Daraus können weitere Fragestellungen erschlossen werden: Gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen den Humorstiltypen hinsichtlich deren Resilienz? Unterscheiden sich resilientere von weniger resilienten Personen im höheren Erwachsenenalter hinsichtlich ihrer Lebensqualität? Auch hier wird auf die unterschiedlichen Bereiche der Lebensqualität einzeln eingegangen.

Letztendlich soll auch auf einen möglichen signifikanten Zusammenhang von Geschlecht sowie Bildungsniveau und den verschiedenen Humorstiltypen eingegangen werden: Unterscheiden sich die Humorstiltypen im höheren Erwachsenenalter in Abhängigkeit von Geschlecht und Bildungsniveau?

#### 4. Hypothesen

Es ergeben sich die folgenden Hypothesen aus den Fragestellungen 1 bis 4:

1) *Gibt es Unterschiede zwischen den Humorstiltypen im höheren Erwachsenenalter hinsichtlich deren Lebensqualität?*

H1.1.a: Personen im höheren Erwachsenenalter, die überdurchschnittliche Ausprägungen in den positiven Humorstilen aufweisen, berichten eine signifikant höhere *Gesamtlebensqualität* als Personen, die überdurchschnittliche Ausprägungen in den negativen Humorstilen aufweisen.

H1.1.b: Personen im höheren Erwachsenenalter, die überdurchschnittliche Ausprägungen in den positiven Humorstilen aufweisen, berichten ein signifikant höheres *physisches Wohlbefinden* als Personen, die überdurchschnittliche Ausprägungen in den negativen Humorstilen aufweisen.

H1.1.c: Personen im höheren Erwachsenenalter, die überdurchschnittliche Ausprägungen in den positiven Humorstilen aufweisen, berichten ein signifikant höheres *psychisches Wohlbefinden* als Personen, die überdurchschnittliche Ausprägungen in den negativen Humorstilen aufweisen.

H1.1.d: Personen im höheren Erwachsenenalter, die überdurchschnittliche Ausprägungen in den positiven Humorstilen aufweisen, bewerten ihre *sozialen Beziehungen* signifikant positiver als Personen, die überdurchschnittliche Ausprägungen in den negativen Humorstilen aufweisen.

H1.1.e: Personen im höheren Erwachsenenalter, die überdurchschnittliche Ausprägungen in den positiven Humorstilen aufweisen, bewerten die Qualität ihrer *Umwelt* signifikant positiver als Personen, die überdurchschnittliche Ausprägungen in den negativen Humorstilen aufweisen.

2) *Gibt es Unterschiede zwischen den verschiedenen Humorstiltypen im höheren Erwachsenenalter hinsichtlich deren Resilienz?*

H1.2: Personen im höheren Erwachsenenalter, die überdurchschnittliche Ausprägungen in den positiven Humorstilen aufweisen, beschreiben sich signifikant

resilienter als Personen, die überdurchschnittliche Ausprägungen in den negativen Humorstilen aufweisen.

3) *Unterscheiden sich resilientere Personen von weniger resilienten Personen im höheren Erwachsenenalter hinsichtlich ihrer Lebensqualität?*

H1.3.a: Resilientere Personen im höheren Erwachsenenalter bewerten im Vergleich zu weniger resilienten Personen ihre *Gesamtlebensqualität* signifikant besser.

H1.3.b: Resilientere Personen im höheren Erwachsenenalter bewerten im Vergleich zu weniger resilienten Personen ihr *physisches Wohlbefinden* signifikant besser.

H1.3.c: Resilientere Personen im höheren Erwachsenenalter bewerten im Vergleich zu weniger resilienten Personen ihr *psychisches Wohlbefinden* signifikant besser.

H1.3.d: Resilientere Personen im höheren Erwachsenenalter bewerten im Vergleich zu weniger resilienten Personen ihre *sozialen Beziehungen* signifikant besser.

H1.3.e: Resilientere Personen im höheren Erwachsenenalter bewerten im Vergleich zu weniger resilienten Personen die Qualität ihrer *Umwelt* signifikant besser.

4) *Unterscheiden sich die Humorstiltypen im höheren Erwachsenenalter in Abhängigkeit von Geschlecht und Bildungsniveau?*

H1.4.a: Es werden signifikant mehr Männer höheren Erwachsenenalters denjenigen Humorstiltypen zugeordnet, die überdurchschnittliche Ausprägungen in den negativen Humorstilen aufweisen.

H1.4.b: Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen den Humorstiltypen im höheren Erwachsenenalter im Bildungsniveau.



### **III. METHODE**

Im nun folgenden Abschnitt wird der empirische Teil dieser Arbeit dargestellt. Zu Beginn soll der Ablauf sowie das Studiendesign näher beschrieben und anschließend auf die Stichprobe eingegangen werden. Im Anschluss daran wird die Operationalisierung der Untersuchung genau geschildert. Die einzelnen Untersuchungsinstrumente sollen detailliert beschrieben sowie deren psychometrische Daten überprüft werden.

#### **5. Untersuchungsdesign und Ablauf**

Bei der vorliegenden Untersuchung wurden die genannten Hypothesen mittels eines Querschnittstudiendesigns untersucht.

Die Datenerhebung wurde gemeinsam mit Frau Werner BSc, einer Kollegin, deren Masterarbeit ebenfalls das Thema „Lebensqualität im Alter“ behandelt, durchgeführt. Gemeinsam wurde eine Fragebogenbatterie zusammengestellt, welche Instrumente zu den Themen Lebensqualität, Humor, Resilienz, Achtsamkeit sowie Emotionsregulation umfasst. In der vorliegenden Studie wurden allerdings nur jene Fragebögen mit einbezogen, welche die Konstrukte Lebensqualität, Humor und Resilienz erfassen, da die beiden anderen Instrumente ausschließlich für die Masterarbeit von Frau Werner BSc von Relevanz waren.

Von Seiten der Studienleiterinnen wurde darauf geachtet, dass alle Ausschlusskriterien (Kapitel 6) überprüft werden. Den Personen, welche sich zu einer Teilnahme bereit erklärten, wurde ein Fragebogen vorgelegt, welcher auf der ersten Seite sämtliche wichtigen Informationen sowie Instruktionen enthielt (siehe Anhang). Sie wurden darauf hingewiesen, dass es sich hierbei um eine Befragung im Rahmen zweier Masterarbeiten zum Thema „Lebensqualität im Alter“ handele, welche streng vertraulich und anonym durchgeführt werde. Somit sei gewährleistet, dass sämtliche dabei erhobenen Daten ausschließlich für die Erstellung dieser Masterarbeiten verwendet und nicht an Dritte weitergegeben würden. Außerdem wurde die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie die Möglichkeit eines Abbruchs der Befragung ohne Angabe von Gründen betont. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Beantwortung der Fragen insgesamt ca. 30 Minuten dauere und bei Interesse an

den Ergebnissen der Studie eine E-Mail-Adresse angegeben werden könne. Die genauen Instruktionen sind im Anhang unter dem Punkt „Fragebogen“ nachzulesen.

## **6. Stichprobe**

Zielgruppe für die Befragungen waren Personen, die 60 Jahre oder älter sind. Bezüglich des Geschlechterverhältnisses, des Bildungsniveaus und des Alters wurde versucht, eine für die österreichische und deutsche Bevölkerung ab 60 Jahre repräsentative Stichprobenzusammensetzung zu generieren. Um signifikante Ergebnisse erhalten zu können, ist eine adäquate Stichprobengröße von großer Bedeutung, weswegen als Minimum an TeilnehmerInnen die Untergrenze von 100 Personen festgelegt wurde.

### **6.1.Rekrutierung**

Die Erhebungen fanden ausschließlich in Österreich (Raum Wien) sowie in Deutschland (Bayern) im Zeitraum von Mitte Juli 2016 bis Ende Oktober 2016 statt.

Zudem erfolgte die Rekrutierung hauptsächlich über das Schneeballsystem – die Fragebögen wurden von den Studienleiterinnen an deren Freunde, Verwandte und Bekannte verteilt, welche wiederum die Fragebögen an deren Verwandte und Bekannte weitergaben. Die Studienleiterinnen besuchten außerdem einige Seniorenheime, darunter das *Haus St. Nikolaus Alten- und Pflegeheim* in Kraiburg am Inn, das *Pensionistenwohnhaus Hetzendorf*, Wien sowie das *Pensionistenwohnhaus am Mühlengrund*, Wien. Einige Daten konnten zusätzlich in der Abteilung für konservative Orthopädie im *orthopädischen Spital Speising* mit Hilfe von Frau Mag. Dr. Petra Eckhardt erhoben werden.

### **6.2.Ausschlusskriterien**

Als Ausschlusskriterien galten unter anderem ein Alter unter 60 Jahren sowie ungenügende Deutschkenntnisse, welche die korrekte und wahrheitsgemäße Beantwortung der Fragen unmöglich gemacht hätten. Zudem wurden diejenigen Personen von der Befragung ausgeschlossen, die nach Einschätzung der Studienleiterinnen, der Angehörigen oder des Pflegepersonals aufgrund ihrer

psychischen und/oder physischen Verfassung nicht in der Lage waren, an der Studie teilzunehmen.

### 6.3. Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt nahmen an der Studie 191 Personen teil, wobei das Geschlechterverhältnis mit 53.5% (102 Frauen) zu 46.6% (89 Männer) als ausgeglichen angesehen werden kann. Die Personen gaben alle ein Alter zwischen minimal 60 Jahre und maximal 95 Jahre an, wobei das durchschnittliche Alter der StudienteilnehmerInnen bei  $M = 69.55$  Jahren liegt ( $SD = 7.79$ ). Das Durchschnittsalter bei den teilnehmenden Männern und Frauen ist mit  $M = 69.52$  ( $SD = 6.71$ , Durchschnittsalter Männer) und  $M = 69.59$  ( $SD = 8.66$ , Durchschnittsalter Frauen) nahezu identisch. Eine detaillierte Übersicht über die soziodemografischen Daten der Stichprobe ist am Ende des Kapitels 6.3 in Tabelle 1 zu finden.

Bezüglich der höchsten abgeschlossenen Ausbildung gaben 60.2% der Befragten an, keinen Schulabschluss, einen Pflichtschulabschluss oder eine Lehre bzw. einen Berufsschulabschluss zu haben. 39.3% hingegen haben den Angaben der TeilnehmerInnen zufolge Matura bzw. Abitur, einen universitären bzw. Fachhochschulabschluss oder ein Doktorat. Den Angaben ist zu entnehmen, dass die beiden größten Gruppen in dieser Untersuchung Personen mit Lehre bzw. Berufsschulabschluss sowie Personen mit einem universitären bzw. Fachhochschulabschluss darstellen. Auch hier besteht kein gravierender Unterschied zwischen den Geschlechtern, da sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die meisten Personen einen Lehr- bzw. Berufsschulabschluss (Männer: 44.9%, Frauen: 48%) und am zweithäufigsten einen Universitäts- bzw. Fachhochschulabschluss (Männer: 31.5%, Frauen: 22.5%) angaben.

Neben Geschlecht, Alter und Bildungsstand wurde zusätzlich nach dem Familienstand, der derzeitigen Tätigkeit, der aktuellen Wohnsituation, der Zufriedenheit mit der finanziellen Lage, körperlichen und psychischen Problemen sowie der Inanspruchnahme von Unterstützung bzw. Betreuung aufgrund altersbedingter Einschränkungen der teilnehmenden Personen gefragt. Diese in Tabelle 1 detailliert aufgelisteten Informationen dienen der genaueren Beschreibung

der vorliegenden Stichprobe, wurden allerdings nicht in die weiteren Berechnungen einbezogen.

Tabelle 1

*Soziodemografische Daten der Stichprobe*

Anteil der Frauen, <i>n</i> (%)	102 (53.5)
Alter (in Jahren), <i>M</i> ( <i>SD</i> ; Min – Max)	69.55 (7.79; 60 – 95)
Familienstand, <i>n</i> (%)	
Ledig	10 (5.2)
In einer Partnerschaft	11 (5.8)
Verheiratet	126 (66)
Geschieden/getrennt	15 (7.9)
Verwitwet	28 (14.7)
Fehlend	1 (0.5)
Höchste abgeschlossene Ausbildung, <i>n</i> (%)	
Keine abgeschlossene Ausbildung	4 (2.1)
Pflichtschule	22 (11.5)
Lehre/Berufsschule	89 (46.6)
Matura/Abitur	12 (6.3)
Universität/Fachhochschule	51 (26.7)
Doktorat	12 (6.3)
Fehlend	1 (0.5)
Derzeitige Tätigkeit, <i>n</i> (%)	
Berufstätig	28 (14.7)
Arbeitslos	1 (0.5)
PensionistIn/RentnerIn	143 (74.9)
Hausfrau/Hausmann	16 (8.4)
Sonstiges	3 (1.6)
Wohnsituation, <i>n</i> (%)	
Mit Kind(ern)	6 (3.1)
Mit PartnerIn	122 (63.9)
Mit PartnerIn und Kind(ern)	10 (5.2)
Allein lebend	32 (16.8)
In Wohngemeinschaft	2 (1)
In Senioren-/Pflegewohnheim	14 (7.3)
Sonstiges	3 (1.6)
Fehlend	2 (1)

Fortsetzung Tabelle 1 auf der nachfolgenden Seite

## Fortsetzung Tabelle 1

Unterstützung/Betreuung aufgrund altersbedingter Einschränkungen, <i>n</i> (%)	
Keine Unterstützung	169 (88.5)
Unterstützung durch Angehörige	17 (8.9)
Professionelle Unterstützung	3 (1.6)
Fehlend	2 (1)
Zufriedenheit mit finanzieller Lage, <i>n</i> (%)	
Überhaupt nicht zufrieden	5 (2.6)
Eher unzufrieden	13 (6.8)
Weder zufrieden noch unzufrieden	25 (13.1)
Eher zufrieden	85 (44.5)
Sehr zufrieden	63 (33)
Körperliche und/oder psychische Erkrankungen, <i>n</i> (%)	
Nein	114 (59.7)
Ja, eine	28 (14.7)
Ja, mehrere	47 (24.6)
Fehlend	2 (1)

Anmerkung. *N* = 191.

## 7. Operationalisierung

Insgesamt bestand die zur Erhebung der Daten zusammengestellte Fragebogenbatterie aus fünf standardisierten Fragebögen sowie einigen eigens zur Erfassung der soziodemografischen Daten von den Studienleiterinnen formulierten Fragen (siehe Anhang). Da zwei der fünf Fragebögen für die vorliegende Studie keine Relevanz haben (diese Fragebögen dienen ausschließlich der Erhebung von Daten für die Studie von Frau Werner BSc), werden im Folgenden nur die drei relevanten Instrumente sowohl näher beschrieben, als auch hinsichtlich ihrer psychometrischen Daten überprüft.

### 7.1. Soziodemografische Daten

Um die soziodemografischen Daten der teilnehmenden Personen zu erfassen, wurden eigens von den Studienleiterinnen formulierte Fragen vorgegeben (siehe Anhang). Diese umfassen Informationen zu Geschlecht, Alter, Familienstand, Bildungsniveau, derzeitiger Tätigkeit sowie zur aktuellen Wohnsituation der befragten Personen.

Zudem wurden noch weitere Fragen zur differenzierteren Erfassung der Lebensumstände der jeweiligen TeilnehmerInnen vorgegeben: „*Nehmen Sie aufgrund altersbedingter Beeinträchtigung Unterstützung/Betreuung in Anspruch?*“, „*Wie zufrieden sind Sie mit ihrer finanziellen Lage?*“ und „*Haben Sie körperliche und/oder psychische Erkrankungen?*“. Die Frage, ob Erfahrungen mit Meditation und/oder Achtsamkeitsübungen vorliegen, ist für die vorliegende Studie nicht relevant – sie dient ausschließlich der mit dieser Studie gekoppelten Untersuchung von Frau Werner BSc. Zuletzt wurde noch nach der Art der Vorgabe (mit oder ohne Hilfe sowie mit oder ohne Anwesenheit der Studienleiterinnen) gefragt, was dazu dienen soll, Testleiterinneneffekte zu kontrollieren.

## 7.2. World Health Organization Quality of Life – BREF (WHOQOL-BREF)

Der WHOQOL-BREF von Angermeyer, Kilian und Matschinger (2000) wurde zur detaillierten Erfassung der Lebensqualität herangezogen. Er stellt die Kurzversion des WHOQOL-100 dar und wurde unter anderem aus ökonomischen Gründen sowie aus Gründen der Zumutbarkeit für die TeilnehmerInnen der Studie ausgewählt. Zudem ist dieses Instrument speziell für Erwachsene entwickelt worden und kann sowohl Personen ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen sowie Personen mit psychischen und/oder physischen Problemen vorgelegt werden. Dies war bei der Auswahl des Fragebogens aufgrund des hohen Alters der Personen aus der Stichprobe ein entscheidendes Kriterium, da davon ausgegangen werden musste, dass die Mehrheit der TeilnehmerInnen dieser Studie altersbedingt gesundheitliche Einschränkungen aufweisen.

Der Selbstbeurteilungsfragebogen umfasst insgesamt 26 Items, wobei 24 davon Aussagen zur Lebenszufriedenheit darstellen. Die Antworten können dabei auf insgesamt vier verschiedenen jeweils fünfstufigen Skalentypen gegeben werden (Intensitätsskala mit den Ausprägungen *überhaupt nicht* bis *äußerst*, Kapazitätsskala mit den Ausprägungen *überhaupt nicht* bis *völlig*, Bewertungsskalen mit den Ausprägungen *sehr zufrieden* bis *sehr unzufrieden*, *sehr glücklich* bis *sehr unglücklich*, *sehr schlecht* bis *sehr gut*). Insgesamt unterscheidet die WHO dabei vier Domänen: das *physische Wohlbefinden* (Items 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18), das *psychische Wohlbefinden* (Items 5, 6, 7, 11, 19, 26), die *sozialen Beziehungen*

(Items 20, 21, 22) sowie *die Umwelt* der Befragten (Items 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25). Zudem kann für jede Person ein *Globalwert* der Lebensqualität aus den ersten beiden Items des WHOQOL-BREF, welche die *allgemeine Lebensqualität* sowie die *allgemeine gesundheitliche Befindlichkeit* erfragen, errechnet werden (Angermeyer et al., 2000).

Abbildung 4 stellt die einzelnen Domänen mit ihren jeweiligen Facetten im Detail dar (Angermeyer et al., 2000).

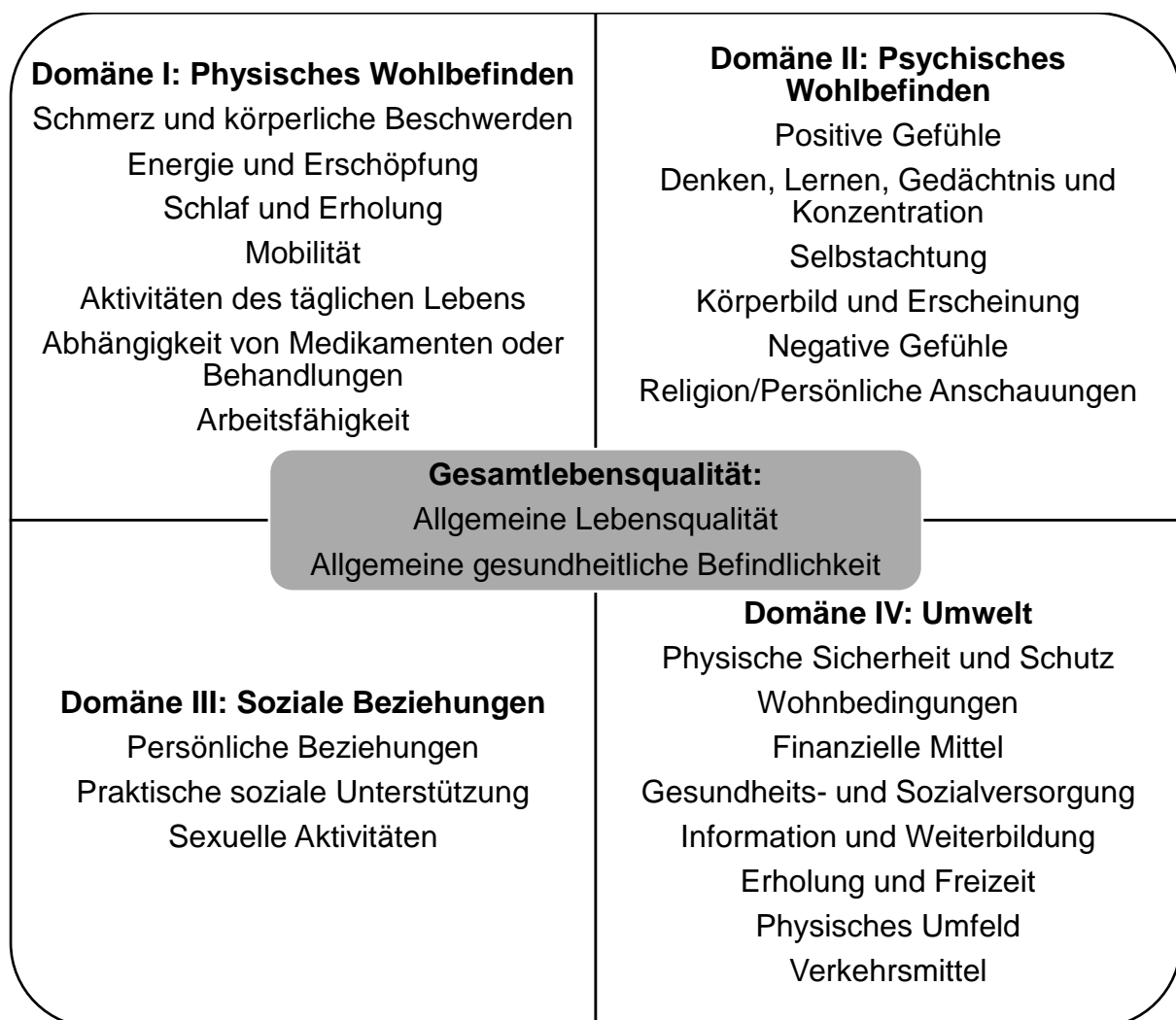


Abbildung 4. Beschreibung der Domänen des WHOQOL-BREF; eigene Darstellung.

Bei einer deutschen Stichprobe mit insgesamt 2432 Personen wurde für die jeweiligen Domänen ein Cronbach's  $\alpha$  zwischen .76 und .88 nachgewiesen (Angermeyer et al., 2000).

### 7.3. Resilienzskala (RS-13)

Um die Resilienz der TeilnehmerInnen adäquat erheben zu können, legte man diesen im Rahmen der vorliegenden Untersuchung die Resilienzskala (Leppert et al., 2008) vor.

Die ursprünglich in englischer Sprache entwickelte Skala von Wagnild und Young (1993) erfasst das Konstrukt von Resilienz entsprechend der psychischen Widerstandsfähigkeit und umfasst insgesamt 25 Items. Sie weist eine zweifaktorielle Struktur auf, mit der einerseits die *Akzeptanz des Selbst und des Lebens* und andererseits die *Persönliche Kompetenz* erhoben werden. Anhand einer Stichprobe von 810 AmerikanerInnen konnten Wagnild und Young (1993) ein Cronbach's  $\alpha$  von .91 ermitteln, welches als sehr gut interpretiert werden kann.

Die deutsche Kurzversion von Leppert et al. (2008), welche in der vorliegenden Studie vorgegeben wurde, besteht aus nur 13 Items, welche anhand einer siebenstufigen Likertskala (1 = *nein ich stimme nicht zu*, 7 = *ja ich stimme völlig zu*) beantwortet werden. Auch hier konnten die Autoren anhand einer Stichprobe von 2617 Personen ein sehr gutes Cronbach's  $\alpha$  von .90 ermitteln. Um die Retest-Reliabilität der Kurzversion von .61 zu berechnen, wurden zusätzlich 206 Medizinstudierende der Universität Jena zu zwei unterschiedlichen Messzeitpunkten mittels der Resilienzskala befragt.

Die Kurzform der Resilienzskala weist im Gegensatz zur Langform eine dreifaktorielle Struktur auf, deren Faktoren die *Gesamtresilienz*, *Akzeptanz* und *Kompetenz* darstellen. In dieser Untersuchung ist allerdings nur der Gesamtwert der Resilienz von Interesse, welcher mittels einer Summation der Itemrohwerte berechnet wird (Leppert et al., 2008).

### 7.4. Humor Styles Questionnaire (HSQ)

Zur differenzierten Erfassung des Humors wurde der Humor Styles Questionnaire (HSQ) vorgegeben (Martin et al., 2003). Dieser Fragebogen besteht aus insgesamt 32 Items und wurde ursprünglich in englischer Sprache formuliert. Es handelt sich um einen Selbstbeurteilungsfragebogen, dessen Items mittels einer sieben-stufigen Likertskala (1 = *stimme absolut nicht zu*, 2 = *stimme größtenteils nicht zu*, 3 = *stimme teilweise nicht zu*, 4 = *stimme weder zu noch nicht zu*, 5 = *stimme teilweise*



zu, 6 = *stimme größtenteils zu*, 7 = *stimme absolut zu*) beantwortet werden. Der Fragebogen wurde auf der Basis des Modells der vier Humorstile konzipiert (Martin et al., 2003) welche jeweils zwei positive, adaptive Stile sowie zwei negative, maladaptive Stile umfassen (detaillierte Ausführungen in Kapitel 2.4.3.).

Bei einer Testung von 1195 AmerikanerInnen zwischen 14 und 87 Jahren konnten die vier Skalen gute psychometrische Werte erzielen: Martin et al. (2003) berichten von einem Cronbach's  $\alpha$  zwischen .77 und .81 sowie von Retest-Reliabilitäten zwischen .80 und .83.

In der vorliegenden Studie wurde die deutsche Übersetzung des HSQ von Ruch (2003) vorgegeben. Auch diese Version des Fragebogens umfasst 32 Items, welche die vier verschiedenen Humorstile mit jeweils acht Items abdecken. Dabei werden die Items 02, 06, 10, 14, 18, -22, 26, 30 der Skala *selbstaufbauender Humor*, die Items -01, 05, -09, 13, -17, 21, -25, -29 der Skala *sozialer Humor*, die Items 04, 08, 12, -16, 20, 24, 28, 32 der Skala *selbstabwertender Humor* und die Items 03, -07, 11, -15, 19, -23, 27, -31 der Skala *feindlicher Humor* zugeordnet. Die negativen Items müssen umgepolt werden.

Insgesamt wurde 1101 Personen (davon 260 Deutsche sowie 674 SchweizerInnen) die deutschsprachige Version des HSQ von Ruch (2003) vorgegeben. Für die vier Skalen wurde dabei jeweils ein Cronbach's  $\alpha$  mit zufriedenstellenden Werten von .70 bis .87 ermittelt (Ruch & Heintz, 2016).

## **IV. ERGEBNISSE**

Im nun folgenden Abschnitt sollen die Ergebnisse der Studie präsentiert werden. Zunächst wird das genaue statistische Vorgehen beschrieben, dann die Prüfung der Voraussetzungen erläutert und schließlich die Analyse der verwendeten Messinstrumente angeführt. Anschließend werden die Humorstiltypen identifiziert und die Überprüfung der Fragestellungen und Hypothesen im Detail dargestellt.

### **8. Statistisches Vorgehen**

Die erhobenen Daten wurden mittels des SPSS Statistikprogrammpaketes in der Version 23.0 ausgewertet. Somit können statistisch fundierte Aussagen getroffen werden. Im Folgenden wird in den Tabellen der Mittelwert als *M* sowie die Standardabweichung als *SD* verkürzt dargestellt. Als Konfidenzintervalle (*KI*) werden jene Bereiche bezeichnet, in denen 95% der Populationsparameter angesiedelt sind, welche zu den empirisch ermittelten Stichprobenkennwerten beigetragen haben können (Bortz & Schuster, 2010).

Zur Datenaufbereitung wurden alle gesammelten Daten händisch in SPSS übertragen. Dabei wurden jene Datensätze entfernt, bei denen nur sehr wenige Seiten des Fragebogens ausgefüllt waren. Anschließend wurden die negativ formulierten Items aller vorgegebenen Fragebögen umgepolt, fehlende Werte durch den Mittelwert des jeweiligen Items ersetzt sowie die Skalen der verwendeten Messinstrumente berechnet.

Um die unterschiedlichen Humorstiltypen zu identifizieren, wurden die Daten zunächst anhand einer z-Transformation standardisiert und anschließend mittels einer Two-Step-Clusteranalyse berechnet (Kapitel 11). Zur genauen Bestimmung der Humorstiltypen wurden die Ausprägungen der einzelnen Personen in den vier Humorstilen verwendet.

Der erste Hypothesenblock zur Bestimmung der Unterschiede zwischen den Humorstiltypen hinsichtlich deren Lebensqualität wurde mittels einer einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) mit anschließendem Post-Hoc-Test nach Bonferroni zur Interpretation der Ergebnisse berechnet. Dieser erlaubt den simultanen Vergleich der Mittelwerte von mehr als zwei Gruppen und stellt somit eine Erweiterung des

t-Tests für zwei oder mehr Gruppen dar. Das Prüfmaß der ANOVA ist der *F*-Wert, welcher mit einem  $p < .05$  als signifikant gilt (Field, 2014).

Auch beim zweiten Hypothesenblock wurde eine einfaktorielle ANOVA zur Berechnung der Ergebnisse herangezogen, während die Auswertung des dritten Hypothesenblocks mittels einer einfachen linearen Regression erfolgte. Deren Prüfmaß stellt ebenfalls der *F*-Wert dar, welcher allerdings bei einem  $p < .001$  als signifikant gilt. Die lineare Regression ermöglicht die Erforschung und Modellierung des linearen Zusammenhangs zwischen einer unabhängigen Variable (Prädiktor) und einer abhängigen Variable (Outcome) (Field, 2014).

Beim vierten Hypothesenblock wurden zunächst Kreuztabellen für beide Hypothesen erstellt, um die deskriptiven Daten anschaulich darstellen zu können. Zusätzlich wurde das Chi-Quadrat berechnet, um eine Signifikanz der Ergebnisse zu ermitteln.

## **9. Prüfung der Voraussetzungen**

Bei der Two-Step-Clusteranalyse müssen nach Backhaus et al. (2016) diejenigen Variablen entfernt werden, welche eine Korrelation von größer als  $r = .90$  aufweisen. Die Überprüfung hinsichtlich der Korrelationen ergab, dass die höchste Korrelation bei den beiden positiven Humorstilen vorliegt, welche  $r = .44$  beträgt (Cronbach's  $\alpha = 0$ ). Somit muss keine der vier Variablen des HSQ von den weiteren Berechnungen ausgeschlossen werden.

Um den ersten Hypothesenblock zu analysieren, soll eine einfaktorielle ANOVA gerechnet und somit Mittelwerte von mehr als zwei unabhängigen Stichproben verglichen werden (Field, 2014). Folgende Voraussetzungen müssen für die einfaktorielle Varianzanalyse zutreffen: die abhängige Variable hat ein metrisches Skalenniveau, die Gruppen sind voneinander unabhängig, die Varianzen der untersuchten Gruppen sind homogen und die Daten sind innerhalb der Gruppen normalverteilt (Field, 2014). Im Anschluss an die ANOVA wird ein Post-Hoc-Test nach Bonferroni zur Interpretation der Ergebnisse durchgeführt.

Die abhängige Variable (verschiedene Bereiche der Lebensqualität) kann als metrisch angesehen werden. Zudem ist aufgrund des Studiendesigns bekannt, dass

die Gruppen voneinander unabhängig sind. Die Normalverteilung der Daten innerhalb der Gruppen wurde mittels des Kolmogorov-Smirnov-Tests und Lilliefors-Korrektur überprüft, welcher mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit von  $\alpha = .05$  aufgrund durchgehend signifikanter Ergebnisse den Schluss nahelegt, dass in allen drei Clustern in keinem der Wohlbefindensbereiche von einer Normalverteilung ausgegangen werden kann. Bei der Überprüfung der Varianzhomogenität mittels des Levene-Tests mit einem Richtwert von  $p > .05$  konnte eine Gleichheit der Fehlervarianzen für alle Lebensqualitätsbereiche festgestellt werden. Eine Ausnahme bildete lediglich die Gesamtlebensqualität mit einem  $p = .05$ . Mittels der Korrektur nach Welch, die auf einer alternativen Berechnung der Quadratsummen beruht und die Freiheitsgrade des Fehlers korrigiert (Field, 2014), kann auch die Varianzhomogenität der Gesamtlebensqualität als gegeben betrachtet werden ( $p = .11$ ).

Obwohl laut Kolmogorov-Smirnov-Test die Normalverteilung der Daten nicht gegeben ist, kann dennoch eine einfaktorielle ANOVA gerechnet werden, da es sich hierbei um ein sehr robustes Verfahren handelt, welches von einzelnen Voraussetzungsverletzungen kaum beeinflusst wird (Bortz & Schuster, 2010). Zudem sind die Abweichungen von der Normalverteilung in allen Fällen nur sehr gering, was anhand der P-P-Plots der einzelnen Analysen ersichtlich ist. Zudem besagt das *zentrale Grenzwerttheorem*, dass bei Stichproben, deren  $n \geq 30$  ist, die Normalverteilung der Werte angenommen und vorwiegend parametrisch getestet werden darf, da die Verteilung der Mittelwerte mit steigender Stichprobengröße in eine Normalverteilung übergehe (Bortz & Schuster, 2010).

Auch die zweite Fragestellung soll mittels einer einfaktoriellen ANOVA berechnet und anschließend mit Hilfe des Post-Hoc-Tests nach Bonferroni interpretiert werden. Es kann von einem metrischen Skalenniveau der abhängigen Variable (Resilienz) ausgegangen werden und die Unabhängigkeit der Gruppen ist gegeben. Der Kolmogorov-Smirnov-Test mit Lilliefors-Korrektur ergab eine Normalverteilung für Resilienz in Cluster 2 und Cluster 3, jedoch nicht für Cluster 1. Die Varianzhomogenität kann aufgrund des Levene-Tests mit dem Richtwert  $p > .05$  für Resilienz angenommen werden ( $p = .13$ ). Auch hier kann aufgrund der Robustheit des Verfahrens und des *zentralen Grenzwerttheorems* (Bortz & Schuster, 2010) die

einfaktorielle ANOVA trotz der nicht vorhandenen Normalverteilung der Variable Resilienz in Cluster 1 durchgeführt werden.

Für die Auswertung des dritten Hypothesenblocks soll eine einfache lineare Regression durchgeführt werden. Die Unabhängigkeit der Beobachtungen ist gegeben und sowohl bei der Resilienz (Prädiktor) als auch bei den verschiedenen Bereichen der Lebensqualität (Outcome) handelt es sich um metrische Variablen. Auch Homoskedastizität liegt in allen Wohlbefindensbereichen vor. Laut dem Kolmogorov-Smirnov-Test mit Lilliefors-Korrektur mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit von  $\alpha = .05$  sind die Residuen der fünf Lebensqualitätsbereiche (Gesamtlebensqualität, physisches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen und Umwelt) nicht normalverteilt, da alle Ergebnisse signifikant sind. Dennoch kann hier eine einfache lineare Regression gerechnet werden, da die Abweichungen von der Normalverteilung nur marginal sind. Der Kolmogorov-Smirnov-Test gilt außerdem als ein sehr sensibler Test, der schon bei geringen Abweichungen große Effekte misst, selbst wenn die Abweichungen von der Normalverteilung nicht gravierend sind (Field, 2014). Daher wird empfohlen, die P-P-Plots hinzuzuziehen, welche in diesem Fall alle auf eine Normalverteilung der Residuen hinweisen. Zudem gilt auch hier der *zentrale Grenzwertsatz* (Bortz & Schuster, 2010).

In der vierten und letzten Fragestellung sollen die Ergebnisse der ersten Hypothese mittels einer Kreuztabelle und anschließend Chi-Quadrat-Test ermittelt werden. Hierfür müssen keine Voraussetzungen geprüft werden.

## **10. Analyse der verwendeten Messinstrumente**

Vor der Auswertung der Ergebnisse wurden die verwendeten Messinstrumente einer Überprüfung hinsichtlich ihrer psychometrischen Kennwerte unterzogen. Dies wurde mittels einer Reliabilitätsanalyse bewerkstelligt, durch welche die interne Konsistenz der jeweiligen Skalen und somit deren Güte ermittelt wurde. Ein Cronbach's  $\alpha$  mit einem Wert von .70 oder höher wird als gut eingestuft, Items mit Werten unterhalb dieser Grenze gelten als bedenklich und somit als unbrauchbar (Kline, 2000).

### 10.1. World Health Organization Quality of life – BREF (WHOQOL-BREF)

Anhand der Reliabilitätsanalyse konnte für den gesamten Fragebogen der WHO mit einem Cronbach's  $\alpha$  von .91 eine sehr gute interne Konsistenz festgestellt werden. In Tabelle 2 sind die für die vorliegende Stichprobe berechneten internen Konsistenzen (Cronbach's  $\alpha$ ) der einzelnen Domänen ersichtlich und werden mit denen der „deutschen WHOQOL-BREF Studie“ von Angermeyer et al. (2000) verglichen.

Tabelle 2

#### *Interne Konsistenzen des WHOQOL-BREF*

Domäne	Interne Konsistenz (vorliegende Studie; $n = 191$ )	Interne Konsistenz (deutsche WHOQOL-BREF Studie; $n = 2432$ )
Physisches Wohlbefinden (7 Items)	.86	.88
Psychisches Wohlbefinden (6 Items)	.71	.83
Soziale Beziehungen (3 Items)	.54	.76
Umwelt (8 Items)	.81	.78
Lebensqualität gesamt (2 Items)	.72	-

*Anmerkung.*  $N$  = Anzahl der StudienteilnehmerInnen.

Vergleicht man die internen Konsistenzen der Domänen physisches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden sowie soziale Beziehungen mit denen der „deutschen WHOQOL-BREF Studie von Angermeyer et al. (2000)“, zeigt sich, dass die Reliabilitäten sehr ähnlich sind und sich in einem akzeptablen Bereich befinden. Nur die Skala soziale Beziehungen weist einen sehr niedrigen Wert von lediglich .54 auf, was deutlich unter dem Richtwert von .70 (Kline, 2000) liegt. Grund hierfür könnte sein, dass diese Domäne nur drei Items umfasst und somit die Aussagekraft des Cronbach's  $\alpha$  laut Angermeyer et al. (2000) eingeschränkt ist. Da diese Domäne

jedoch einen wesentlichen Bestandteil der Untersuchungen darstellt, wurde keines der drei Items ausgeschlossen.

#### 10.2. Resilienzskala (RS-13)

Bei der Resilienzskala ergab die Überprüfung nach der internen Konsistenz ein Cronbach's  $\alpha$  von .90, was einer sehr guten Reliabilität des Fragebogens entspricht.

#### 10.3. Humor Styles Questionnaire (HSQ)

Auch beim HSQ wurde eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt, bei welcher ein Cronbach's  $\alpha$  von .79 errechnet wurde, was als eine gute interne Konsistenz gilt. Zudem wurden die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen einer solchen Analyse unterzogen. Bei den Skalen *sozialer Humor* und *selbstaufbauender Humor* wurde ebenfalls ein Cronbach's  $\alpha$  von .79 gemessen, bei der Skala *selbstabwertender Humor* ein Cronbach's  $\alpha$  von .69 und bei der Skala *feindlicher Humor* ein Cronbach's  $\alpha$  von .58. Insgesamt wurden also gute Reliabilitäten zwischen .69 und .79 in den einzelnen Skalen des Humor Styles Questionnaire festgestellt, wobei die Skala *feindlicher Humor* mit .58 eine Ausnahme darstellt. Auch der Wert .69 in der Skala *selbstabwertender Humor* ist nicht optimal, liegt jedoch nur ganz knapp unterhalb der Norm von .7.

### 11. Identifizierung verschiedener Humorstiltypen

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es unter anderem, mögliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Humorstiltypen hinsichtlich deren Gesamtlebensqualität, physischem und psychischem Wohlbefinden, sozialen Beziehungen, Resilienz sowie deren Einschätzung der Qualität der eigenen Umwelt zu ermitteln. Bevor die einzelnen Humoranwendungsmuster jedoch festgestellt werden konnten, mussten die Daten anhand einer z-Transformation standardisiert werden. Dies dient der Vereinfachung der Interpretation der Ergebnisse, da somit der Mittelwert bei 0 und die Standardabweichung bei 1 liegt (Bortz & Schuster, 2010).

Um die unterschiedlichen Humorstiltypen zu identifizieren, wurde eine Clusteranalyse gerechnet, welche dazu dient, die TeilnehmerInnen der Studie so in Gruppen (genannt Cluster) einzuteilen, dass sich die Personen innerhalb eines Clusters möglichst ähnlich sind, wobei die Unterschiede zwischen den Clustern möglichst groß sein sollen (Bortz & Schuster, 2010). Als Variablen der Clusteranalyse dienten in der vorliegenden Studie die vier von Martin et al. (2003) ermittelten Humorstile. Alle Personen, welche an der Befragung teilgenommen haben, wurden in die Analyse mit einbezogen.

Zur Bildung der Gruppen wurde speziell eine Two-Step-Clusteranalyse eingesetzt, welche als partitionierendes Verfahren gilt, deren Vorteil darin besteht, dass während des Fusionierungsprozesses Elemente zwischen den Gruppen ausgetauscht werden können (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2016). Zu Beginn wird bei der Two-Step-Clusteranalyse aufgrund der Daten eine grobe Startpartition für die jeweiligen Cluster vorgegeben, woraufhin im nächsten Schritt naheliegende Elemente optimal zugeordnet werden. Durch dieses schrittweise Vorgehen können letztendlich sehr gute Erfolge erzielt werden und das Verfahren zeichnet sich somit durch eine höhere Variabilität als die hierarchischen Clusteranalysen aus (Backhaus et al., 2016). Da die Qualität der vorliegenden Cluster im mittleren Bereich liegt, kann deren Güte als ausreichend für die weiteren Analysen angesehen werden.

Mittels der Analyse wurden drei Cluster identifiziert, deren Ausprägungen in den Humorstilen in Tabelle 3 veranschaulicht wird. Negative Zahlen sind als unterdurchschnittlich, positive Zahlen als überdurchschnittlich im jeweiligen Humorstil zu bewerten, da durch die z-Transformation der Mittelwert der Skalen auf 0 gesetzt wurde.



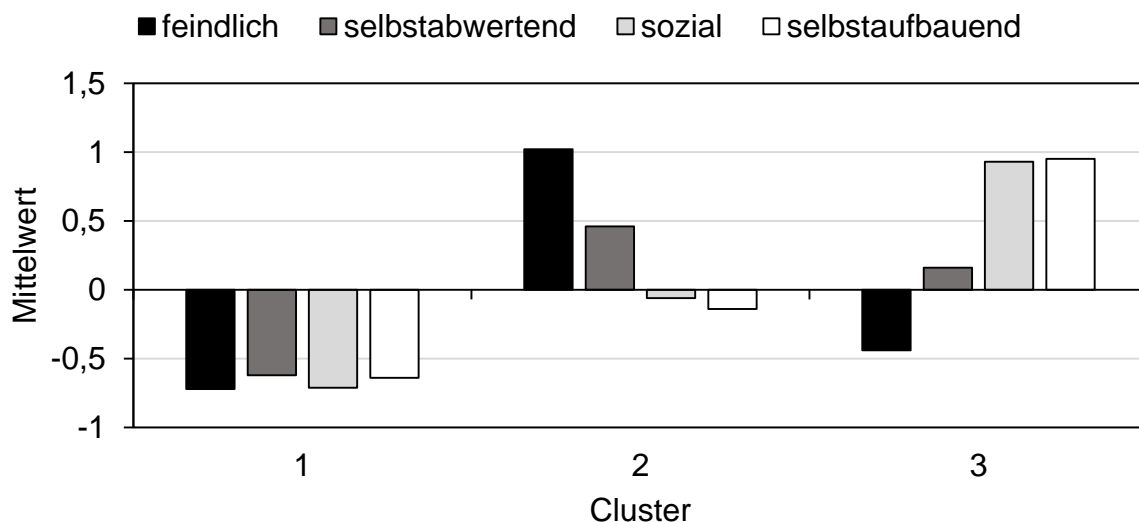
Tabelle 3

*Darstellung der Cluster bezüglich der Humorstile, erfasst durch eine Two-Step-Clusteranalyse (z-transformierte Werte)*

Humorstile	Cluster n (%)		
	1 66 (34.6)	2 70 (36.6)	3 55 (28.8)
<i>Feindlich</i>	-.72	1.02	-.44
<i>Selbstabwertend</i>	-.62	.46	.16
<i>Sozial</i>	-.71	-.06	.93
<i>selbstaufbauend</i>	-.64	-.14	.95

*Anmerkung.* Überdurchschnittliche Werte sind durch einen grauen Hintergrund gekennzeichnet.

Anschaulicher dargestellt sind die Ausprägungen der einzelnen Humorstile in den jeweiligen Clustern in Abbildung 5. Da die Daten z-transformiert sind, sind die Humorstile, deren Balken sich oberhalb des Nullpunktes befinden, überdurchschnittlich und die Humorstile, deren Balken sich im unterhalb des Nullpunktes befinden, unterdurchschnittlich ausgeprägt.



*Abbildung 5.* Ausprägungen der Humor Styles Questionnaire-Humorstile in den drei Clustern (z-transformiert).

Dies erlaubt eine Charakterisierung der drei Humorstiltypen anhand deren Ausprägungen in den verschiedenen Humorstilen:

**Cluster 1: Der *verschlossene Humorstil*** – Dieses Cluster zeichnet sich durch unterdurchschnittliche Werte in allen Humorstilen aus, wobei der *feindliche* sowie der *soziale Humorstil* noch stärkere unterdurchschnittliche Ausprägungen aufweisen, als der *selbstabwertende* und *selbstaufbauende Humorstil*.

Dem *verschlossenen Humorstil* wurden 34.6% (66 Personen) der StudienteilnehmerInnen zugeordnet.

Personen dieses Clusters können Humor ihren eigenen Aussagen zufolge weder positiv noch negativ einsetzen, um Situationen zu bewältigen und sie können ihren Humor nur schwer mit ihren Mitmenschen teilen. Zudem geben sie an, Humor generell kaum in ihrem alltäglichen Leben einzusetzen und eher pessimistisch auf ihr Leben zu blicken. Im sozialen Kontext beschreiben sich Mitglieder dieses Clusters als wenig humorvoll und nicht in der Lage, ihre Gefühle zum Ausdruck zu bringen. Auch lässt sich ihrem Antwortverhalten entnehmen, dass sie sich weder selbst erniedrigen, um sich oder andere zu amüsieren, noch Witze auf Kosten anderer Leute machen. Sie nutzen Humor auch nicht, um Situationen aufzulockern oder sich selbst besser darzustellen. Generell können diese Personen als verschlossen und eher in sich gekehrt angesehen werden.

**Cluster 2: Der *negative Humorstil*** – Besonders der weit überdurchschnittliche Wert im *feindlichen* aber auch die überdurchschnittliche Ausprägung im *selbstabwertenden Humorstil* kennzeichnen das zweite Cluster dieser Studie. Die beiden negativen Humorstile sind stark ausgeprägt, während beide positive Humorstile leicht unterdurchschnittliche Werte aufweisen. Der *negative Humorstil* nutzt in seinem Alltag somit hauptsächlich negative Humoranwendungsmuster, um mit anderen zu kommunizieren.

Dem *negativen Humorstil* wurden 36.6% (70 Personen) der StudienteilnehmerInnen zugeordnet.

Aus den Antworten der diesem Cluster zugeordneten Personen lässt sich schließen, dass diese besonders häufig Scherze machen, um andere zu kritisieren

oder zu verspotten. Zudem scheinen sie sich kaum Gedanken darüber zu machen, wie ihre Witze bei anderen Personen ankommen und sie beteiligen sich ihren Angaben zufolge häufig daran, ihre Mitmenschen auszulachen oder bloßzustellen. Dies besonders dann, wenn sie das Gegenüber nicht leiden können oder eine schlechte Meinung von diesem haben. Ein weiteres Merkmal dieser Gruppe besteht darin, dass sich Personen dieses Clusters häufig selbst herabsetzen, wenn sie versuchen, witzig zu sein. Sie geben an, dies nicht selten zu übertreiben und es als ihre Art anzusehen, ihre FreundInnen und Familie bei guter Laune zu halten. Insgesamt verwenden Personen dieses Clusters häufig Spott, Hohn, Ironie und abwertende Verhaltensweisen im Umgang mit anderen aber auch mit sich selbst.

**Cluster 3: Der überwiegend positive Humorstiltyp** – Personen dieses Clusters weisen weit überdurchschnittliche Ausprägungen in den beiden positiven Humorstilen, *sozialer* und *selbstaufbauender Humor*, einen leicht überdurchschnittlichen Wert im *selbstabwertenden Humorstil* sowie eine unterdurchschnittliche Ausprägung im *feindlichen Humorstil* auf.

Dem *überwiegend positiven Humorstiltyp* wurden 28.8% (55 Personen) der StudienteilnehmerInnen zugeordnet.

Charakterisiert werden können die in diesem Cluster gruppierten Personen durch ihre humorvolle und daraus resultierende positive Sicht auf das Leben. Sie beschreiben sich als von Natur aus fröhlich und geben an, gerne mit ihren FreundInnen zu scherzen und zu lachen. Ihnen fällt es leicht, mit anderen in Kontakt zu treten und diese zum Lachen zu bringen, zudem können sie sich gut selbst aufheitern und über eigene Fehler schmunzeln. Sie nutzen Humor, um sich selbst nicht zu ernst zu nehmen und somit ihren Selbstwert zu stärken. Probleme gehen diese Personen humorvoll an und sie nutzen ihren Sinn für Humor als Stressbewältigungsstrategie. Generell wenden sie Humor sich und auch anderen gegenüber sehr wohlwollend an, vermeiden Sarkasmus und abwertende Kommentare.

Aufgrund ihres Antwortverhaltens kann außerdem darauf geschlossen werden, dass die diesem Cluster zugeordneten Personen in manchen Fällen dazu tendieren, Witze über sich selbst zu erzählen, um andere zu erheitern. Manchmal lassen sie andere Leute über sich lustig machen, auch wenn ihnen bewusst ist, dass ihnen dies

eigentlich zu viel ist. Zudem versuchen sie hin und wieder, Leute dazu zu bringen, sie mehr zu mögen, indem sie ihnen ihre eigenen Schwächen oder Fehler erzählen.

Insgesamt handelt es sich bei dieser Gruppe jedoch um Personen mit einer überwiegend konstruktiven Art, mit Humor umzugehen und diesen im positiven Sinne einzusetzen. Sowohl für den eigenen Selbstwert als auch als Anerkennung und Wertschätzung gegenüber den FreundInnen und Familienangehörigen stärkt dieser Umgang mit Humor die sozialen Beziehungen und auch das positive Selbstbild.

Leist und Müller (2013), Küster (2014) und Schmiderer (2009) identifizierten in ihren Studien ebenfalls mittels einer Clusteranalyse drei verschiedene Humorstiltypen, welche sich jedoch von denen der vorliegenden Untersuchung unterscheiden (Siehe Kapitel 2.4.4.). Es ähneln sich lediglich zwei Typen der vorliegenden und der Untersuchung von Leist und Müller (2013): der *verschlossene Humorstiltyp* und die *humor deniers*. Unterschiede könnten möglicherweise auf das Alter der jeweiligen Stichproben zurückgeführt werden, da die StudienteilnehmerInnen der vorliegenden Untersuchung im Durchschnitt 69.55 Jahre alt waren, während die von Leist und Müller (2013) befragten Personen ein Durchschnittsalter von 28.35 Jahren aufwiesen. Zudem verwendeten Leist und Müller (2012) die englische Version des HSQ von Martin et al. (2003), während in der vorliegenden Untersuchung die übersetzte deutsche Version von Ruch (2003) vorgegeben wurde. Die Unterschiede zu den Clustern in der Studie von Küster (2014) hingegen könnten durch interkulturelle Verschiedenheiten zustande gekommen sein. Küster (2014) befragte zwar ebenfalls Personen im höheren Erwachsenenalter, jedoch umfasste die Stichprobe zur einen Hälfte deutsche und zur anderen Hälfte spanische TeilnehmerInnen.

## **12. Überprüfung der Fragestellungen und Hypothesen**

### **12.1. Fragestellung zu Unterschieden zwischen den Humorstiltypen hinsichtlich deren Lebensqualität**

Um zu prüfen, ob ein signifikanter Unterschied zwischen den Humorstiltypen hinsichtlich deren Bewertung der einzelnen Bereiche der Lebensqualität vorliegt, wurde für jede der Hypothesen des ersten Blocks eine einfaktorielle ANOVA

gerechnet. Als Schätzer der Effektgröße wurde hierbei das partielle Eta-quadrat (partielles  $\eta^2$ ) herangezogen, das Field (2014) als ein Maß der Varianzaufklärung beschreibt, welches angibt, wie viel Gesamtvarianz durch einen interessierenden Faktor erklärt wird. Dabei wird der Einfluss aller anderen vorkommenden Faktoren in der Gesamtvariabilität kontrolliert. Bei einem partiellen  $\eta^2$  von kleiner als 0.06 wird von einem kleinen Effekt gesprochen, ein mittlerer Effekt wird durch Werte zwischen 0.06 und 0.14 angezeigt während größere Werte einen starken Effekt beschreiben (Field, 2014).

#### 12.1.1. Gesamtlebensqualität

Bezüglich der Gesamtlebensqualität zeichnen sich deskriptive Unterschiede zwischen den drei Humorstiltypen ab (Tabelle 4).

Tabelle 4

*Prüfung der Unterschiede zwischen den Humorstiltypen hinsichtlich deren Gesamtlebensqualität*

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	95%-KI für <i>M</i>		Min	Max
				UG	OG		
<i>Der verschlossene Humorstiltyp</i>	66	73.3	14.53	69.72	76.87	25	100
<i>Der negative Humorstiltyp</i>	70	68.21	16.71	64.23	72.2	25	100
<i>Der überwiegend positive Humorstiltyp</i>	55	73.64	17.12	69.01	78.27	37.5	100
Gesamt	191	71.53	16.23	69.22	73.85	25	100

*Anmerkung.* Wertebereich Item 1 zu Lebensqualität von 1 = „sehr schlecht“ bis 5 = „sehr gut“; Wertebereich Item 2 zu Gesundheit von 1 = „sehr unzufrieden“ bis 5 = „sehr zufrieden“.

Die Analyse zeigt, dass mit der Prüfgröße  $F(2, 188) = 2.35$ ,  $p = .10$ , partielles  $\eta^2 = .02$  kein signifikanter Unterschied zwischen den Humorstiltypen im höheren Erwachsenenalter hinsichtlich deren Gesamtlebensqualität anzunehmen ist, jedoch wird ein Trend vermutet.

Anhand der Überprüfung mittels des Post-Hoc-Tests nach Bonferroni wird jedoch deutlich, dass zwischen den Humorstypen kein eindeutiger Trend erkennbar ist, da die  $p$ -Werte zwischen .19 und 1 liegen.

#### 12.1.2. Physisches Wohlbefinden

In Tabelle 5 sind, aufgeteilt nach den drei verschiedenen Humorstypen, die deskriptiven Daten hinsichtlich des physischen Wohlbefindens aufgelistet.

Tabelle 5

*Prüfung der Unterschiede zwischen den Humorstypen hinsichtlich deren physischen Wohlbefindens*

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	95%-KI für <i>M</i>		Min	Max
				UG	OG		
<i>Der verschlossene Humorstyp</i>	66	78.23	17.04	74.04	82.42	21.43	100
<i>Der negative Humorstyp</i>	70	72.03	17.5	67.86	76.20	25	100
<i>Der überwiegend positive Humorstyp</i>	55	79.69	16.22	75.3	84.07	32.14	100
Gesamt	191	76.38	17.22	73.92	78.84	21.43	100

*Anmerkung.* Wertebereich der Items von 1 bis 5.

Die einfaktorielle ANOVA ergibt mit  $F(2, 188) = 3.73$ ,  $p = .03$ , partielles  $\eta^2 = .04$  einen signifikanten Unterschied zwischen den Humorstypen hinsichtlich deren physischen Wohlbefindens. Es handelt sich um einen kleinen Effekt (partielles  $\eta^2 = .04$ ).

Anhand des Post-Hoc-Tests nach Bonferroni ist ersichtlich, dass sich der *überwiegend positive Humorstyp* und der *negative Humorstyp* hinsichtlich der Bewertung ihres physischen Wohlbefindens signifikant voneinander unterscheiden ( $p = .04$ ). Anhand der Mittelwerte ist abzulesen, dass der *überwiegend positive Humorstyp* ein besseres physisches Wohlbefinden berichtet als der *negative Humorstyp*.

Zwischen dem *verschlossenen Humorstiltyp* und dem *negativen Humorstiltyp* ( $p = .10$ ) sowie zwischen dem *überwiegend positiven Humorstiltyp* und dem *verschlossenen Humorstiltyp* ( $p = 1$ ) zeigt sich kein signifikanter Unterschied.

### 12.1.3. Psychisches Wohlbefinden

Tabelle 6 veranschaulicht die Verteilung der StudienteilnehmerInnen auf die drei Cluster sowie die deskriptiven Daten bezüglich des psychischen Wohlbefindens der Humorstiltypen.

Tabelle 6

*Prüfung der Unterschiede zwischen den Humorstiltypen hinsichtlich deren psychischen Wohlbefindens*

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	95%-KI für <i>M</i>		Min	Max
				UG	OG		
<i>Der verschlossene Humorstiltyp</i>	66	71.07	10.89	68.4	73.75	45.83	100
<i>Der negative Humorstiltyp</i>	70	69.89	13.39	66.7	73.09	37.50	100
<i>Der überwiegend positive Humorstiltyp</i>	55	78.12	11.85	74.90	81.31	54.17	100
Gesamt	191	72.67	12.56	70.87	74.46	37.5	100

*Anmerkung.* Wertebereich der Items von 1 bis 5.

Mit  $F(2, 188) = 7.93$ ,  $p < .01$ , partielles  $\eta^2 = .08$  liegt ein signifikanter Unterschied zwischen den Humorstiltypen hinsichtlich deren Bewertung ihres psychischen Wohlbefindens vor. Es handelt sich hierbei um einen mittleren Effekt (partielles  $\eta^2 = .08$ ), welcher zur Unterscheidung der Humorstiltypen beiträgt.

Der Post-Hoc-Test nach Bonferroni zeigt, dass sich sowohl der *überwiegend positive Humorstiltyp* und der *verschlossene Humorstiltyp* ( $p = .01$ ) als auch der *überwiegend positive Humorstiltyp* und der *negative Humorstiltyp* ( $p < .01$ ) signifikant voneinander unterscheiden. Die Mittelwerte lassen erkennen, dass der *überwiegend positive Humorstiltyp* ein höheres psychisches Wohlbefinden als der *negative Humorstiltyp* sowie der *verschlossene Humorstiltyp* berichtet.

Der *verschlossene Humorstiltyp* und der *negative Humorstiltyp* hingegen weisen keinen signifikanten Unterschied zueinander auf ( $p = 1$ ).

#### 12.1.4. Soziale Beziehungen

Auch hinsichtlich der Bewertung der sozialen Beziehungen ergeben sich andere deskriptive Werte (Tabelle 7).

Tabelle 7

*Prüfung der Unterschiede zwischen den Humorstiltypen hinsichtlich deren Bewertung ihrer sozialen Beziehungen*

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	95%-KI für <i>M</i>		Min	Max
				UG	OG		
<i>Der verschlossene Humorstiltyp</i>	66	69.38	14.33	65.86	72.9	33.33	100
<i>Der negative Humorstiltyp</i>	70	67.32	16.62	63.36	71.28	33.33	100
<i>Der überwiegend positive Humorstiltyp</i>	55	75.45	17.32	70.77	80.14	25	100
Gesamt	191	70.38	16.34	68.04	72.71	25	100

*Anmerkung.* Wertebereich der Items von 1 bis 5.

Die Berechnungen ergeben mit der Prüfgröße  $F(2, 188) = 4.13$ ,  $p = .02$ , partielles  $\eta^2 = .04$  einen signifikanten Unterschied zwischen den Humorstiltypen hinsichtlich deren Bewertung ihrer sozialen Beziehungen. Dieser Bereich dient somit ebenfalls zur Unterscheidung der drei Humorstiltypen. Es handelt sich dabei um einen kleinen Effekt (partielles  $\eta^2 = .04$ ).

Mittels des Post-Hoc-Tests nach Bonferroni kann festgestellt werden, dass sich diesbezüglich lediglich der *überwiegend positive Humorstiltyp* und der *negative Humorstiltyp* ( $p = .02$ ) signifikant voneinander unterscheiden. Anhand der Mittelwerte ist abzulesen, dass StudienteilnehmerInnen, welche dem *überwiegend positiven Humorstiltyp* zugeordnet sind, eine deutlich positivere Einschätzung ihrer eigenen sozialen Beziehungen vornahmen als jene Personen, welche dem *negativen Humorstiltyp* zugeordnet sind.



Der *überwiegend positive Humorstiltyp* und der *verschlossene Humorstiltyp* ( $p = .12$ ) sowie der *verschlossene Humorstiltyp* und der *negative Humorstiltyp* ( $p = 1$ ) weisen bezüglich der Bewertung ihrer sozialen Beziehungen keinen signifikanten Unterschied zueinander auf.

#### 12.1.5. Umwelt

In Tabelle 8 sind alle deskriptiven Werte der drei Humorstiltypen hinsichtlich deren Bewertung ihrer Umwelt aufgelistet.

Tabelle 8

*Prüfung der Unterschiede zwischen den Humorstiltypen hinsichtlich deren Bewertung der Qualität ihrer Umwelt*

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	95%-KI für <i>M</i>		Min	Max
				UG	OG		
<i>Der verschlossene Humorstiltyp</i>	66	80.96	12.22	77.95	83.96	37.5	100
<i>Der negative Humorstiltyp</i>	70	74.87	14.12	71.51	78.24	34.38	100
<i>Der überwiegend positive Humorstiltyp</i>	55	84.63	12.45	81.26	87.99	50	100
Gesamt	191	79.78	13.55	77.85	81.72	34.38	100

*Anmerkung.* Wertebereich der Items von 1 bis 5.

Es zeigt sich mit  $F(2, 188) = 9.06$ ,  $p < .01$ , partielles  $\eta^2 = .09$  ein signifikanter Unterschied zwischen den Humorstiltypen in deren Bewertung der Qualität ihrer Umwelt. Es handelt sich um einen mittleren Effekt (partielles  $\eta^2 = .09$ ).

Aus dem Post-Hoc-Test nach Bonferroni geht hervor, dass sich der *überwiegend positive Humorstiltyp* und der *negative Humorstiltyp* ( $p < .01$ ) sowie der *verschlossene Humorstiltyp* und der *negative Humorstiltyp* ( $p = .02$ ) signifikant voneinander unterscheiden. Die Mittelwerte lassen eine signifikant bessere Bewertung der eigenen Umwelt durch den *überwiegend positiven Humorstiltyp* sowie den *verschlossenen Humorstiltyp* im Vergleich zum *negativen Humorstiltyp* erkennen.

Der *überwiegend positive Humorstiltyp* und der *verschlossene Humorstiltyp* hingegen weisen diesbezüglich keinen signifikanten Unterschied zueinander auf ( $p = .37$ ).

## 12.2. Fragestellung zu Unterschieden zwischen den Humorstiltypen hinsichtlich deren Resilienz

Zur Ermittlung der Ergebnisse dieser Fragestellung wurde auch hier eine einfaktorielle ANOVA gerechnet. Als Maß der Effektgröße diente das partielle Eta-Quadrat (partielles  $\eta^2$ ). Tabelle 9 veranschaulicht die dieser Analyse zugrundeliegenden Kennwerte.

Tabelle 9

*Prüfung der Unterschiede zwischen den Humorstiltypen hinsichtlich deren Resilienz*

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	95%-KI für <i>M</i>		Min	Max
				UG	OG		
<i>Der verschlossene Humorstiltyp</i>	66	68	13.22	64.75	71.25	29	91
<i>Der negative Humorstiltyp</i>	70	67.56	12.37	64.61	70.51	36	91
<i>Der überwiegend positive Humorstiltyp</i>	55	76.09	9.5	73.52	78.66	49	91
Gesamt	191	70.17	12.46	68.39	71.95	29	91

Die einfaktorielle ANOVA ergibt mit  $F(2, 188) = 9.53$ ,  $p < .01$ , partielles  $\eta^2 = .09$  einen signifikanten Unterschied zwischen den Humorstiltypen und deren Resilienz. Es handelt sich hierbei um einen mittleren Effekt (partielles  $\eta^2 = .09$ ). Die Humorstiltypen können also auch durch diesen Bereich voneinander unterschieden werden.

Ein signifikanter Unterschied kann zwischen dem *überwiegend positiven Humorstiltyp* und dem *verschlossenen Humorstiltyp* ( $p < .01$ ) sowie zwischen dem *überwiegend positiven Humorstiltyp* und dem *negativen Humorstiltyp* ( $p < .01$ ) mittels des Post-Hoc-Tests nach Bonferroni festgestellt werden. Die Mittelwerte zeigen, dass sich der *überwiegend positive Humorstiltyp* resilienter beschreibt, als der *verschlossene Humorstiltyp* und der *negative Humorstiltyp*.

Zwischen dem *verschlossenen Humorstil* und dem *negativen Humorstil* besteht kein signifikanter Unterschied ( $p = 1$ ) hinsichtlich deren Resilienz.

### 12.3. Fragestellung zu Unterschieden resilienterer und weniger resilienter Personen hinsichtlich deren Lebensqualität

Mittels einer einfachen linearen Regressionsanalyse wurde geprüft, ob ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der verschiedenen Wohlbefindensbereiche in Zusammenhang mit Resilienz ( $M = 70.17$ ,  $SD = 12.46$ ) vorliegt. Cohen's  $d$  ( $d$ ) dient hier als Maß der Effektstärke.

Die Regression ergibt signifikante Ergebnisse ( $p < .001$ ) in allen Bereichen der Lebensqualität. Resilienz und Gesamtlebensqualität weisen den Berechnungen zufolge mit  $r = .34$  ( $p < .001$ ,  $d = 0.09$ ) eine schwach positive Korrelation auf, ebenso Resilienz und physisches Wohlbefinden mit  $r = .32$  ( $p < .001$ ,  $d = 0.41$ ). Bei Resilienz und psychischem Wohlbefinden kann mit  $r = .57$  ( $p < .001$ ,  $d = 0.20$ ) ein deutlich positiver Zusammenhang gefunden werden, während Resilienz und soziale Beziehungen mit  $r = .35$  ( $p < .001$ ,  $d = 0.01$ ) wiederum einen zwar signifikanten, jedoch schwachen positiven Zusammenhang aufweisen. Resilienz und Umwelt korrelieren mit  $r = .34$  ( $p < .001$ ,  $d = 0.74$ ) ebenfalls in geringem Ausmaß positiv miteinander. Anschaulicher dargestellt sind die Ergebnisse in Tabelle 10.

Tabelle 10

#### *Korrelation der Lebensqualitätsbereiche mit Resilienz*

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>R</i>	<i>R-Quadrat</i>	<i>F</i>
Gesamtlebensqualität	71.53	16.23	.34*	.114	24.42
Physisches Wohlbefinden	76.38	17.22	.32*	.106	22.31
Psychisches Wohlbefinden	72.67	12.56	.57*	.325	90.93
Soziale Beziehungen	70.38	16.34	.35*	.125	26.9
Umwelt	79.78	13.55	.34*	.115	24.5
Resilienz gesamt	70.17	12.46	-	-	-

*Anmerkung.*  $n = 191$ . \* $p < .001$ ,  $R$  = Korrelation vorhergesagter mit beobachteten Werten,  $R$ -Quadrat = erklärte Varianz,  $F$  = Prüfgröße.

Aufgrund der vorliegenden Daten wird bestätigt, dass resilientere Personen im Vergleich zu weniger resilienten Personen im höheren Erwachsenenalter laut eigenen Angaben eine signifikant höhere Gesamtlebensqualität, ein signifikant höheres physisches und psychisches Wohlbefinden und eine signifikant bessere Einschätzung der eigenen sozialen Beziehungen sowie der Qualität der eigenen Umwelt aufweisen.

#### 12.4. Fragestellung zu Unterschieden zwischen Humorstiltypen hinsichtlich deren Geschlecht und Bildungsniveau

Um die Ergebnisse dieser Fragestellung zu ermitteln, wurde für beide Hypothesen eine Kreuztabelle erstellt und ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Wieder gilt das partielle Eta-quadrat (partielles  $\eta^2$ ) als Maß der Effektstärke (siehe Punkt 12.1.).

##### 12.4.1. Geschlecht

Die den Berechnungen zugrundeliegenden Daten sind in Tabelle 11 angeführt.

Tabelle 11

*Kreuztabelle zur Geschlechterverteilung innerhalb der Gruppen*

Geschlecht	<i>Der verschlossene</i>	<i>Der negative</i>	<i>Der überwiegend</i>	Gesamt <i>n (%)</i>
	<i>Humorstiltyp</i> <i>n (%) EW</i>	<i>Humorstiltyp</i> <i>n (%) EW</i>	<i>positive</i> <i>Humorstiltyp</i> <i>n (%) EW</i>	
Männlich	25 (13.1) 31	33 (17.3) 33	31 (16.2) 26	89 (46.6)
Weiblich	41 (21.5) 35	37 (19.4) 37	24 (12.6) 29	102 (53.4)
Gesamt	66 (34.6)	70 (36.6)	55 (28.8)	191 (100)

*Anmerkung.* EW = Erwartungswert (gerundet).

Der Chi-Quadrat-Test fällt mit  $p = .13$  nicht signifikant aus. Es liegt somit kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Verteilung der Geschlechter vor. Es werden nicht signifikant mehr Männer als Frauen höheren Erwachsenenalters dem *negativen Humorstiltyp* zugeordnet.

#### 12.4.2. Bildungsniveau

In Tabelle 12 finden sich die Angaben zum Bildungsniveau der Humorstiltypen.

Tabelle 12

*Kreuztabelle zum Bildungsniveau der Humorstiltypen*

		<i>Der verschlossene Humorstiltyp</i>	<i>Der negative Humorstiltyp</i>	<i>Der überwiegend positive Humorstiltyp</i>	Gesamt
Niedriges Bildungsniveau	<i>n (%)</i>	34 (17.9)	51 (16.8)	30 (15.8)	115 (60.5)
	<i>EW</i>	40	42	33	115
	<i>Resid.</i>	-0.9	1.4	-0.6	
Hohes Bildungsniveau	<i>n (%)</i>	32 (16.8)	18 (9.5)	25 (13.2)	75 (39.5)
	<i>EW</i>	26	27	22	75
	<i>Resid.</i>	1.2	-1.8	0.7	
Gesamt	<i>n (%)</i>	66 (34.7)	69 (36.3)	55 (28.9)	190 (100)

*Anmerkung.*  $n = 190$ , da eine Person keine Angabe zum Bildungsniveau getätigt hat; *EW* = Erwartungswert (gerundet); *Resid.* = Residuum (standardisiert); niedriges Bildungsniveau = „keine Ausbildung“, „Pflichtschule“, „Lehre/Berufsschule“; hohes Bildungsniveau = „Matura/Abitur“, „Uni/FH“, „Doktorat“.

Der Chi-Quadrat-Test ist mit  $p = .02$  signifikant. Es besteht somit ein signifikanter Unterschied zwischen den Humorstiltypen im höheren Erwachsenenalter hinsichtlich des Bildungsniveaus.

Tabelle 12 zeigt, dass sich besonders der *negative Humorstiltyp* von den anderen beiden Clustern unterscheidet: hier finden sich fast dreimal so viele Personen mit niedrigem als Personen mit hohem Bildungsniveau, während das Verhältnis in den beiden anderen Clustern relativ ausgewogen ist. Somit sind in der vorliegenden Stichprobe dem *negativen Humorstiltyp* überwiegend Personen mit einem niedrigen Bildungsstand zuzuordnen.

## V. DISKUSSION

Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse dieser Studie kurz und prägnant zusammengefasst sowie in Bezug zu bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen gesetzt. Zudem werden Limitationen angeführt, welche bei der Verortung der Ergebnisse in den allgemeinen Forschungskontext berücksichtigt werden sollten. Schließlich soll ein Ausblick auf künftige Forschungsmöglichkeiten gegeben sowie Implikationen für die Praxis angeführt werden.

### 13. Zusammenfassung und Verortung der Ergebnisse im theoretischen Hintergrund

Leist und Müller (2013) berichteten in ihrer Studie von drei verschiedenen Humorstiltypen: *humor endorsers*, *humor deniers* & *self-enhancers*. Zwei weitere Arbeiten, welche mittels Clusteranalyse drei Humorstiltypen identifizierten, konnten sehr ähnliche Typen bestimmen (Küster, 2014; Schmiderer, 2009). In der vorliegenden Untersuchung wurden ebenfalls drei Humorstiltypen mittels Two-Step-Clusteranalyse identifiziert, die sich in ihrer Zusammensetzung der Humorstile jedoch von denen der vorherigen Studien unterscheiden. So weist der *verschlossene Humorstiltyp* ähnlich den *humor deniers* von Leist und Müller (2013) in allen vier Humorstilen unterdurchschnittliche Ausprägungen auf. Die beiden anderen Humorstiltypen hingegen zeigen ganz andere Zusammensetzungen der Humorstile als die Humorstiltypen von Leist und Müller (2013): der *negative Humorstiltyp* weist ein zu den *self-enhancers* von Leist und Müller (2013) genau entgegengesetztes Muster auf. So zeichnet sich dieser durch überdurchschnittliche Ausprägungen in den negativen Humorstilen und unterdurchschnittliche Ausprägungen in den positiven Humorstilen aus. Der *überwiegend positive Humorstiltyp* hingegen ist gekennzeichnet durch überdurchschnittliche Werte in den positiven Humorstilen, einem leicht überdurchschnittlichen Wert im *selbstabwertenden* und einem weit unterdurchschnittlichen Wert im *feindlichen* Humorstil.

Gründe für die Verschiedenheit der in dieser Studie vorliegenden Humorstiltypen im Vergleich zu den vorherigen Studien könnten sein, dass bei Leist und Müller (2013) und auch bei Schmiderer (2009) die StudienteilnehmerInnen im Durchschnitt weitaus jünger waren, als diejenigen der vorliegenden Untersuchung. So lag das

Durchschnittsalter bei Leist und Müller (2013) bei 28.34 Jahren und bei Schmiderer bei 46.47 Jahren, während die TeilnehmerInnen dieser Studie durchschnittlich 69.55 Jahre alt waren. Die Stichprobe von Küster (2014) dagegen beinhaltete – wie auch die vorliegende Untersuchung – mit einem Durchschnittsalter von 68.45 Jahren nur Personen höheren Erwachsenenalters. Dennoch unterscheiden sich die Humorstiltypen von Küster (2014) von denen der vorliegenden Studie. Dies könnte jedoch auf interkulturelle Unterschiede zurückzuführen sein: die Studie von Küster (2014) befragte neben österreichischen auch spanische StaatsbürgerInnen, während die vorliegende Arbeit österreichische und deutsche Personen befragte.

Leist und Müller (2013) berichteten von signifikanten Unterschieden zwischen den von ihnen ermittelten Humorstiltypen hinsichtlich ihres Selbstwerts, ihrer Selbstregulationsstrategien und ihres Wohlbefindens. Personen, welche hohe Werte im *selbstaufbauenden*, mittlere Werte im *sozialen* und niedrige Werte im *feindlichen* sowie *selbstabwertenden Humorstil* zeigten, gaben im Vergleich zu anderen Humorstiltypen die höchsten Werte hinsichtlich ihrer Lebensqualität sowie ihres Wohlbefindens an (Leist & Müller, 2013). Diese Ergebnisse decken sich zu einem großen Teil mit den Beobachtungen aus der vorliegenden Studie: zwar ergab sich für die Dimension Gesamtlebensqualität kein signifikanter Unterschied zwischen den Humorstiltypen, doch ist ein Trend dahingehend ersichtlich, dass der *überwiegend positive Humorstiltyp* seine Gesamtlebensqualität besser bewertet als der *negative Humorstiltyp*. Zudem konnte nachgewiesen werden, dass der *überwiegend positive Humorstiltyp* ein signifikant besseres physisches Wohlbefinden angibt, als der *negative Humorstiltyp*. Damit werden auch die Erkenntnisse von Cann et al. (2010) bestätigt: dieser Studie zufolge können positive Humorstile einen stabilen positiven Persönlichkeitsstil unterstützen, welcher wiederum mit physischem und auch psychischem Wohlbefinden in Verbindung gebracht wird. Zwischen dem *überwiegend positiven* und dem *verschlossenen Humorstiltyp* sowie zwischen dem *verschlossenen* und dem *negativen Humorstiltyp* hingegen konnte in der vorliegenden Untersuchung kein signifikanter Unterschied hinsichtlich des physischen Wohlbefindens ermittelt werden.

Zudem ergaben die Untersuchungen der vorliegenden Studie, dass der *überwiegend positive Humorstiltyp* in den Befragungen ein signifikant höheres psychisches Wohlbefinden beschreibt, als der *verschlossene* und der *negative*

*Humorstiltyp*. Schon Martin et al. (2003) berichteten, der *soziale und selbstaufbauende Humorstil* gehe positiv mit Fröhlichkeit, Optimismus, Selbstwert und psychologischem Wohlbefinden einher, während der *selbstabwertende Humorstil* in einem negativen Zusammenhang zu psychologischem Wohlbefinden sowie Selbstwert stehe. Da der *überwiegend positive Humorstiltyp* gerade in den beiden positiven Humorstilen überdurchschnittliche und der *negative Humorstiltyp* in den negativen Humorstilen überdurchschnittliche Werte aufweist, bestätigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung die Beobachtungen von Martin et al. (2003) hinsichtlich des psychischen Wohlbefindens. Auch die Ergebnisse von Cann et al. (2010) bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Verwendung positiver Humorstile und psychischem Wohlbefinden können damit als bewiesen angesehen werden. Zwischen dem *verschlossenen* und dem *negativen Humorstiltyp* hingegen besteht hinsichtlich des psychischen Wohlbefindens kein signifikanter Unterschied.

Laut Martin et al. (2003) steht der *selbstaufbauende Humorstil* in einem positiven Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit der Unterstützung aus dem sozialen Umfeld. Auch diese Beobachtung deckt sich mit den Ergebnissen der aktuellen Studie: Personen, welche dem *überwiegend positiven Humorstiltyp* zugeordnet waren, schätzten ihre sozialen Beziehungen signifikant positiver ein, als Personen, die der Gruppe des *negativen Humorstiltyps* angehörten. Keine signifikanten Unterschiede zeigten sich allerdings zwischen dem *überwiegend positiven* sowie dem *verschlossenen Humorstiltyp* und zwischen dem *verschlossenen* sowie dem *negativen Humorstiltyp*.

Eine weitere Erkenntnis der vorliegenden Untersuchung ist, dass der *überwiegend positive Humorstiltyp* sowie der *verschlossene Humorstiltyp* eine signifikant positivere Einschätzung der Qualität der eigenen Umwelt vorgenommen haben, als der *negative Humorstiltyp*. Dahingegen unterscheiden sich der *überwiegend positive* sowie der *verschlossene Humorstiltyp* hinsichtlich der Einschätzung der Qualität der eigenen Umwelt nicht signifikant voneinander. Auch diese Ergebnisse können als nicht unerwartet bezeichnet werden, da schon die Studie von Martin et al. (2003) gezeigt hat, dass der *positive Humorstiltyp* am stärksten mit Wohlbefinden assoziiert werden kann. Man kann also behaupten, dass Personen, die dem *überwiegend positiven Humorstiltyp* zugewiesen werden, generell ein höheres Wohlbefinden in den verschiedenen Bereichen der



Lebensqualität berichten und somit auch zufriedener mit ihrer Umwelt sind. In Folge dessen bewerten sie die Qualität dieser höher, als andere Humorstiltypen.

Auch bei der zweiten Fragestellung, konnte ein signifikantes Ergebnis berichtet werden. So unterscheiden sich die Humorstiltypen hinsichtlich deren Resilienz signifikant voneinander. Wie in der Studie von Cheung und Yue (2012) schon herausgefunden wurde, kann Stress mittels Humor-Training gedämpft und somit die Resilienz gestärkt werden. Besonders der *soziale Humor* half StudentInnen dieser Studie dabei, sich anzupassen und insgesamt resilienter zu werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie gehen in die gleiche Richtung: Personen des *überwiegend positiven Humorstiltyps* sind ihren Antworten zufolge signifikant resilienter als Personen des *verschlossenen* und des *negativen Humorstiltyps*. Zwischen dem *verschlossenen Humorstiltyp* und dem *negativen Humorstiltyp* hingegen besteht kein signifikanter Unterschied. Erklärt werden können diese Ergebnisse dadurch, dass Humor eine aktive Coping-Strategie darstellt, welche unter anderem soziale Unterstützung generiert und somit zu Resilienz beiträgt (Vaillant, 1992, zitiert nach Wu et al., 2013).

Signifikante Effekte ergaben sich auch bei der Überprüfung der dritten Fragestellung. So weisen resilientere Personen im Vergleich zu weniger resilienten Personen eigenen Angaben zufolge eine signifikant höhere Gesamtlebensqualität und ein signifikant höheres physisches sowie psychisches Wohlbefinden auf. Zudem bewerten resilientere Personen die Qualität ihrer sozialen Beziehungen sowie ihrer eigenen Umwelt signifikant höher als weniger resiliente StudienteilnehmerInnen. Auch diese Beobachtungen decken sich mit bisherigen Studienergebnissen: Leppert und KollegInnen (2005) identifizierten Resilienz als einen wesentlichen Prädiktor für körperliches Wohlbefinden, während Fumaz et. al (2015) einen Zusammenhang zwischen Resilienz und emotionalem Wohlbefinden nachweisen konnten. Leppert et al. (2005) beschrieben außerdem, dass die emotionale Stabilität einer Person umso höher ist, je höher die Ausprägung der Resilienz sei, da durch eine hohe Resilienz umso weniger Körperbeschwerden wahrgenommen werden. Hinsichtlich der sozialen Beziehungen zeigten Fumaz et al. (2015) zudem, dass eine höhere Ausprägung der Resilienz auch mit einer besseren subjektiven Wahrnehmung der eigenen sozialen Beziehungen einhergeht.

Zuletzt wurde der Frage nachgegangen, ob sich die Humorstiltypen im höheren Erwachsenenalter hinsichtlich ihres Geschlechts und ihres Bildungsniveaus signifikant voneinander unterscheiden. Entgegen der Literatur (Lampert & Erwin-Tripp, 1993; Martin et al., 2003) konnte nicht nachgewiesen werden, dass signifikant mehr Männer als Frauen dem *negativen Humorstiltyp* zugeordnet wurden. Der Grund für die Abweichung von der Literatur könnte möglicherweise das Alter der an dieser Studie teilnehmenden Personen sein. Diese sind 60 Jahre und älter, während die beiden anderen Studien ihre Befragungen an weit jüngeren Personen durchgeführt haben.

Dahingegen kann in Bezug auf das Bildungsniveau der StudienteilnehmerInnen ein signifikantes Ergebnis berichtet werden: die Humorstiltypen im höheren Erwachsenenalter unterscheiden sich signifikant hinsichtlich des Bildungsniveaus voneinander. Dem *negativen Humorstiltyp* wurden im Rahmen der Clusteranalyse dreimal mehr Personen mit niedrigem Bildungsniveau zugeordnet als Personen mit hohem Bildungsniveau, wohingegen das Verhältnis zwischen hohem und niedrigem Bildungsniveau in den beiden anderen Humorstiltypen relativ ausgeglichen ist. Auf die Frage, wie genau Bildung und Humor jedoch zusammenhängen, kann im Rahmen dieser Studie keine Antwort gegeben werden. Es liegt aber die Vermutung nahe, dass Bildung und Humor eine stärkere Verbindung zueinander aufweisen, als bisher angenommen wurde.

#### **14. Limitationen**

Trotz vieler Bemühungen seitens der Studienleiterin liegen auch in dieser Untersuchung einige Limitationen vor. So wurden für die deutschsprachige Version des HSQ von Ruch (2003) die psychometrischen Kennwerte nur bei Deutschen und SchweizerInnen ermittelt (Ruch & Heintz, 2016). Dies ist insofern problematisch, als sich die Stichprobe der vorliegenden Untersuchung sowohl aus Deutschen als auch aus ÖsterreicherInnen zusammensetzt, für letztere jedoch keine Überprüfung des Fragebogens vorlag. Dem wurde mittels der Berechnung der internen Konsistenzen in Kapitel 10.3. Rechnung getragen.

Zudem war das Sample der Überprüfungsstudie des HSQ laut den Autoren zwar groß, jedoch hinsichtlich Alter und Bildung nicht repräsentativ für die deutsche

Bevölkerung (Ruch & Heintz, 2016). Ruch und Heintz (2016) schreiben ausdrücklich, dass die psychometrischen Kennwerte der deutschen Fassung des HSQ bei Personen mit einem geringeren Bildungsniveau sowie bei Personen höheren Alters von den in ihrer Studie ermittelten Kennwerten abweichen können. Da die Stichprobe der vorliegenden Studie ausschließlich aus Personen in höherem Alter besteht, könnte dies der Grund für die niedrigen internen Konsistenzen in den Skalen *feindlicher Humor* ( $\alpha = .58$ ) sowie *selbstabwertender Humor* ( $\alpha = .69$ ) sein. Daher sollten die Ergebnisse in Zusammenhang mit diesen beiden Skalen mit Vorsicht interpretiert werden.

Auch die Domäne soziale Beziehungen beim WHOQOL-BREF weist der Überprüfung der vorliegenden Studie zufolge ein nicht zufriedenstellendes Cronbach's  $\alpha$  von .52 auf. Da dies ein relativ weit unterhalb des Normwertes von .70 liegender Wert ist, sollten Ergebnisse hinsichtlich dieser Dimension ebenfalls nur vorsichtig gedeutet werden.

Eine weitere Einschränkung dieser Studie ergibt sich aus dem Querschnittsdesign, welches aus zeitlichen und ressourcentechnischen Gründen angewendet wurde und leider keine Aussagen über kausale Zusammenhänge zulässt.

Des Weiteren führt die Datenerhebung mittels eines Fragebogens unweigerlich dazu, dass Fragen von manchen Personen nicht wahrheitsgemäß, sondern im Sinne der sozialen Erwünschtheit beantwortet werden. Besonders Fragen zur Sexualität, zur finanziellen Situation aber auch ganz allgemein zu „unangenehmen Themen“ sind sehr anfällig für sozial erwünschtes Antwortverhalten. Auch dies sollte bei der Interpretation der Ergebnisse immer berücksichtigt werden.

Zuletzt war auch die Methode der Datenerhebung mit Nachteilen verbunden, da die meisten Fragebögen in Abwesenheit der StudienleiterInnen ausgefüllt wurden. Dies hat zur Folge, dass eventuell auftretende Fragen oder Missverständnisse nicht geklärt werden konnten und die StudienteilnehmerInnen diesbezüglich auf sich gestellt waren. Möglicherweise hat dies Einfluss auf die Beantwortung der Fragen genommen und somit die Ergebnisse verzerrt.

## **15. Forschungsausblick und Implikationen für die Praxis**

Letztendlich bestätigen die Resultate der vorliegenden Untersuchung nicht nur die bestehende Literatur, sondern geben darüber hinaus auch wichtige Anstöße für künftige Forschung. So wäre es sinnvoll, die Untersuchung mit einer anderen gleichaltrigen Stichprobe zu wiederholen und zu prüfen, ob sich dieselben Humorstypen erneut finden lassen. Damit könnte festgestellt werden, ob es sich bei den hier identifizierten Clustern um zufällige oder aber für diese Altersgruppe typische Humorstypen handelt.

Außerdem könnten interkulturell vergleichende Studien diesbezüglich Aufschluss darüber geben, inwiefern sich alte Menschen aus unterschiedlichen Kulturen hinsichtlich ihres Humors aber auch ihrer Lebensqualität und Resilienz unterscheiden. Eine Studie hat sich mit einer ähnlichen Thematik bereits auseinandergesetzt (Küster, 2014), doch bedarf es weiterer Forschung, um detaillierte Erkenntnisse zu gewinnen und daraus einen Nutzen für unsere Gesellschaft zu ziehen.

Da aufgrund des Querschnittstudiendesigns keine Aussagen hinsichtlich kausaler Zusammenhänge getätigt werden können, ist zudem eine Überprüfung der Studienergebnisse mittels einer Längsschnittuntersuchung sehr empfehlenswert.

Die Thematik Lebensqualität im Alter ist vor allem in Zeiten des demografischen Wandels von besonderer Bedeutung, da unsere Gesellschaft in naher Zukunft zu großen Teilen aus Menschen im hohen Alter bestehen wird (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2012) und nach wie vor zu wenige Erkenntnisse hinsichtlich Humor, Resilienz und Lebensqualität im Alter vorliegen (Franke, 2010; Ruch et al., 2010). Besonders die Frage, inwieweit Humor vor negativen Alterungseinflüssen schützen bzw. zu einem positiven Altern beitragen kann, sollte in das Zentrum künftiger Forschung rücken. Dazu könnten Interventionsstudien wertvolle Informationen liefern, wie beispielsweise die Untersuchung von Hirsch et al. (2010), welche eine Humorthérapie bei alten Menschen mit Depressionen durchführten. In Zukunft sollten gezielt weitere solcher Therapien sowohl für Alte aber auch für Junge entwickelt und evaluiert werden, sodass nicht nur Depressionen, sondern viele weitere Störungsbilder mittels Humorthérapie behandelt bzw. deren medikamentöse Therapien dadurch unterstützt

werden können. Eine Implementierung von Interventionen und Programmen zur Förderung der Resilienz und Aktivierung positiver Humorstile in Alten- und Pflegeheimen sowie anderen Einrichtungen, die überwiegend mit alten Menschen arbeiten, wird daher dringend empfohlen. Dies würde nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen erhöhen bzw. stabilisieren, sondern könnte unter Umständen auch Auswirkungen auf die Kosten der medizinischen Behandlung dieser Menschen haben. Langfristig könnten demzufolge sowohl alte Menschen als auch unsere gesamte Gesellschaft von Investitionen in solche Programme profitieren.

Ein weiterer sehr wichtiger Punkt, der nicht unerwähnt bleiben sollte, stellt die Definition des Humor-Begriffs dar. So stellt sich die Frage, ob überhaupt von positivem und negativem Humor gesprochen werden kann. Was genau ist negativer Humor? Ist es nicht viel mehr ein Bewältigungsmechanismus, der dazu dient, negative Emotionen abzubauen? Handelt es sich dabei tatsächlich um Humor, oder aber um eine spezielle Form von Aggression (siehe Kapitel 2.4.2.)? Des Weiteren sollten die Begriffe Ironie, Spott, Hohn, Zynismus und Sarkasmus voneinander differenziert und zueinander in Bezug gesetzt werden, da diese von Martin et al. (2003) bisher alle unter dem Begriff des negativen Humors zusammengefasst wurden. Dass aber bedeutende Unterschiede zwischen diesen Konstrukten bestehen, ist unumstritten (Schwarz, 2015). Sollte daher in der Theorie nicht ein sehr viel differenzierteres Bild gezeichnet, die einzelnen Konstrukte individuell erfasst und erst dann in Beziehung zur Lebensqualität gesetzt werden? Wäre es nicht sinnvoller von verschiedenen Ausprägungen der Aggression (gerichtet auf sich selbst oder aber auf Andere) anstelle von negativem Humor zu sprechen? Humor ist ganz offensichtlich ein sehr komplexes und vor allem umstrittenes Konstrukt, dessen Definition keineswegs endgültig geklärt ist (Ruch & Zweyer, 2001). Daher bedarf es dringend weiterer theoretischer Überlegungen sowie Untersuchungen, um eine genaue Begriffsbestimmung und Zuordnung der genannten Konstrukte zu ermöglichen. Dies wiederum ist essentiell, um vertiefende Erkenntnisse hinsichtlich der Auswirkungen dieser Konstrukte auf unsere Lebensqualität zu generieren.

Ein bisher noch unerforschtes Gebiet ist zudem der Einfluss von Bildung auf Humor und somit indirekt auf die individuelle Lebensqualität. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung haben gezeigt, dass sich die Humorstiltypen hinsichtlich ihres Bildungsniveaus signifikant voneinander unterscheiden. Obwohl keine

kausalen Schlüsse gezogen werden können, legt diese Beobachtung die Vermutung nahe, dass sich Bildung und Humor beeinflussen. Weitere Forschung in diese Richtung klingt somit vielversprechend: stellt Bildung – vermittelt über Humor – einen protektiven Faktor des Alterns dar? Kann durch höhere Bildung auf den Humor einer Person eingewirkt und somit ihre Wahrnehmung der eigenen Lebensqualität im Alter positiv beeinflusst werden?

Diese und noch zahlreiche weitere Fragen stellen wichtige Grundlagen für weiterführende Forschung dar, die nicht ignoriert werden dürfen. Humor im Alter und seine Wechselwirkungen mit dem Konstrukt der Resilienz sowie der Lebensqualität sollten künftig viel intensiver wissenschaftlich ergründet werden, da diese Thematik früher oder später uns alle betrifft. Besonders da alte Menschen mittlerweile auch als wertvolle Ressource unserer Gesellschaft und auch als Chance auf Veränderung angesehen werden können (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2012), sollten diese von der Wissenschaft nicht unbeachtet bleiben.

## VI. LITERATUR

- Angermeyer, M. C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2016). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung*. Berlin: Springer.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (2012). *Soziale Lage älterer Menschen in Österreich*. Wien: Druckerei Ferdinand Berger & Söhne GmbH.
- Cann, A., Stilwell, K., & Taku, K. (2010). Humor styles, positive personality and health. *Europe's Journal of Psychology*, 6(3), 213-235. DOI: 10.5964/ejop.v6i3.214
- Cheung, C. K., & Yue, X. D. (2012). Sojourn students' humor styles as buffers to achieve resilience. *International Journal of Intercultural Relations*, 36(3), 353-364. DOI: 10.1016/j.ijintrel.2011.10.001
- Diener, E., & Eunook, S. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40(1), 189-216. DOI: 10.1023/A:1006859511756
- Duden. (2016). *Humor, der*. Abgerufen von [http://www.duden.de/rechtschreibung/Humor\\_Stimmung\\_Frohsinn](http://www.duden.de/rechtschreibung/Humor_Stimmung_Frohsinn)
- Erber, J. T. (2013). *Aging and older adulthood* (3. Aufl.). Chichester, West-Sussex: Wiley- Blackwell.

- Evandrou, M., & Glaser, K. (2004). Family, work and quality of life: changing economic and social roles through the lifecourse. *Ageing & Society*, 24(5), 771-791. DOI: 10.1017/S0144686X04002545
- Falkenberg, I. (2010). Entwicklung von Lachen und Humor in den verschiedenen Lebensphasen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(1), 25-30. DOI: 10.1007/s00391-009-0085-x
- Field, A. (2014). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (2. Aufl.). London: Sage.
- Fleischmann, U. M. (2008). Intelligenz, Lernen, Denken. In W. D. Oswald, G. Gatterer, & U. M. Fleischmann (Hrsg.), *Gerontopsychologie: Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns*, 2. Aufl. (S. 27-42). Wien: Springer.
- Forstmeier, S., Uhlendorff, H., & Maercker, A. (2005). Diagnostik von Ressourcen im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie*, 18(4), 227-257. DOI: 10.1024/1011-6877.18.4.227
- Franke, A. (2010). *Modelle von Gesundheit und Krankheit* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Frevel, B. (Hrsg.). (2004). *Herausforderung demografischer Wandel*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Fröhlich-Gildhoff, K., & Rönna-Böse, M. (2015). *Resilienz* (4. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Fumaz, C. R., Ayestaran, A., Perez-Alvarez, N., Muñoz-Moreno, J. A., Moltó, J., Ferrer, M. J., & Clotet, B. (2015). Resilience, ageing, and quality of life in long-term diagnosed HIV-infected patients. *AIDS care*, 27(11), 1396-1403. DOI: 10.1080/09540121.2015.1114989



Griese, K. M., & Oluschinsky, T. (2006). Lachen steckt an – Humor im Marketing. *transfer. Werbeforschung und Praxis*, 51(4), 48-51.

Havighurst, R. J. (1963). Successful aging. In R. H. Williams, C. Tibbits, & W. Donohue (Hrsg.), *Process of Aging – Social and Psychological Perspectives* (S. 299-320). New York: Williams.

Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102(2), 284-304. DOI: 10.1037/0033-295X.102.2.284

Hildon, Z., Montgomery, S. M., Blane, D., Wiggins, R. D., & Netuveli, G. (2009). Examining Resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is „right“ about the way we age? *The Gerontologist*, 50(1), 36-47. DOI: 10.1093/geront/gnp067

Hildon, Z., Smith, G., Netuveli, G., & Blane, D. (2008). Understanding adversity and resilience at older ages. *Sociology of Health and Illness*, 30(5), 726-740. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2008.01087.x

Hinse, H. (2012). Humor – Die Meta-Resilienz. *Leidfaden*, 1(2), 60-63. DOI: 10.13109/leid.2012.1.2.60

Hirsch, R. D., Junglas, K., Konradt, B., & Jonitz, M. F. (2010). Humorthherapie bei alten Menschen mit einer Depression. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(1), 42-52. DOI: 10.1007/s00391-009-0086-9

Kade, S. (2009). *Altern und Bildung: eine Einführung* (2. Aufl.). Bielefeld: Bertelsmann.

Kline, P. (2000). *Handbook of psychological testing* (2. Aufl.). London: Routledge.

- Kuiper, N. A., Grimshaw, M., Leite, C., & Kirsh, G. (2004). Humor is not always the best medicine: Specific components of sense of humor and psychological well-being. *Humor – International Journal of Humor Research*, 17(1-2), 135-168. DOI: 10.1515/humr.2004.002
- Kuiper, N. A., & Harris, A. L. (2009). Humor styles and negative affect as predictors of different components of physical health. *Europe´s Journal of Psychology*, 5(1), 1-18. DOI: 10.5964/ejop.v5i1.280
- Küster, L. (2014). *Humor und Wohlbefinden im Alter – eine interkulturell vergleichende Studie mit Stichproben aus Österreich und Spanien*. (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Universität Wien, Österreich.
- Lampert, M. D., & Ervin-Tripp, S. M. (1998). Exploring paradigms: The study of gender and sense of humor near the end of the 20th century. In W. Ruch (Hrsg.), *The sense of humor: Explorations of a personality characteristic* (S. 231-270). Berlin: Mouton de Gruyter.
- Lawton, M. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In J. E. Birren, J. E. Lubben, J. Rowe, & D. E. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 3-27). San Diego: Academic Press.
- Lefcourt, H. M. (2001). *Humor: The psychology of living buoyantly*. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Lehr, U. (2007). *Psychologie des Alterns* (11. Aufl.). Wiebelsheim: Meyer.
- Leist, A. K., & Müller, D. (2013). Humor types show different patterns of self-regulation, self-esteem, and well-being. *Journal of Happiness Studies*, 14(2), 551-569. DOI: 10.1007/s10902-012-9342-6

- Leppert, K., Gunzelmann, T., Schumacher, J., Strauß, B., & Brähler, E. (2005). Resilienz als protektives Persönlichkeitsmerkmal im Alter. *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 55(8), 365-369. DOI: 10.1055/s-2005-866873
- Leppert, K., Koch, B., Brähler, E., & Strauß, B. (2008). Die Resilienzskala (RS) – Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1(2), 226-243.
- Leppert, K., & Strauß, B. (2011). Die Rolle von Resilienz für die Bewältigung von Belastungen im Kontext von Altersübergängen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44(5), 313-317. DOI: 10.1007/s00391-011-0193-2
- Martin, M., & Kliegel, M. (2010). *Psychologische Grundlagen der Gerontopsychologie* (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Martin, R. A. (2004). Sense of humor and physical health: Theoretical issues, recent findings, and future directions. *Humor - International Journal of Humor Research*, 17(1-2), 1-19. DOI: 10.1515/humr.2004.005
- Martin, R. A. (2010). *The psychology of humor: An integrative approach*. New York: Academic Press.
- Martin, R. A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J., & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the humor styles questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37(1), 48-75. DOI: 10.1016/S0092-6566(02)00534-2
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238. DOI: 10.1037/0003-066X.56.3.227
- Mergenthaler, A. (2012). *Gesundheitliche Resilienz. Konzept und Empirie zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit im Alter*. Wiesbaden: Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Morreall, J. (2008). Philosophy and religion. In V. Raskin (Eds.), *The primer of humor research* (pp. 211-242). Berlin: Mouton de Gruyter.
- Nevo, O., Aharonson, H., & Klingman, A. (1998). The development and evaluation of a systematic program for improving sense of humor. In W. Ruch (Eds.), *The sense of humor: Explorations of a personality characteristic* (pp. 385-404). Berlin: Mouton de Gruyter.
- Oswald, W. D. (2008). Gerontopsychologie – Gegenstand, Perspektiven und Probleme. In W. D. Oswald, G. Gatterer, & U. M. Fleischmann (Hrsg.), *Gerontopsychologie: Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns, 2. Aufl.* (S. 1-12). Wien: Springer.
- Oswald, W. D., Gatterer, G., & Fleischmann, U. M. (Hrsg.). (2008). *Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns* (2. Aufl.). Wien: Springer.
- Provine, R. R., & Yong, Y. L. (1991). Laughter: A stereotyped human vocalization. *Ethology*, 89(2), 115-124. DOI: 10.1111/j.1439-0310.1991.tb00298.x
- Renneberg, B., & Lippke, S. (2006). Lebensqualität. In B. Renneberg, & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 29-33). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Ruch, W. (2003). Humor Styles Questionnaire (HSQ) – deutsche Fassung.
- Ruch, W., & Heintz, S. (2016). The german version of the humor styles questionnaire: Psychometric properties and overlap with other styles of humor. *Europe's Journal of Psychology*, 12(3), 434-455. DOI: 10.5964/ejop.v12i3.1116
- Ruch, W., & Proyer, R. T. (2008). The fear of being laughed at: Individual and group differences in gelotophobia. *Humor: International Journal of Humor Research*, 21(1), 47-67. DOI: 10.1515/HUMOR.2008.002

Ruch, W., Proyer, R. T., & Weber, M. (2010). Humor as a character strength among the elderly. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(1), 8-12. DOI: 10.1007/s00391-009-0090-0

Ruch, W., & Zweyer, K. (2001). Heiterkeit und Humor: Ergebnisse der Forschung. In R. D. Hirsch, J. Bruder, & H. Radebold (Hrsg.), *Heiterkeit und Humor im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und – psychotherapie, Band 2*. Bornheim-Seckem: Chudeck-Druck.

Rupprecht, R. (2008). Psychologische Theorien zum Alternsprozess. In W. D. Oswald, G. Gatterer, & U. M. Fleischmann (Hrsg.), *Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns*, 2. Aufl. (S. 1-12). Wien: Springer.

Ryff, C. D., & Essex, M. J. (1991). Psychological well-being in adulthood and old age: Descriptive markers and explanatory processes. In K. Warner Schaie (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, Volume 11, 1991: Behavioral Science & Aging* (pp. 144-171). New York: Springer.

Schipfer, R. K. (Hrsg.). (2005). *Der Wandel der Bevölkerungsstruktur in Österreich: Auswirkungen auf Regionen und Kommunen*. Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung an der Universität Wien.

Schmiderer, K. (2009). *Humor und seine Bedeutung für arbeitsbezogenes Erleben, Verhalten und Burnout im Lehrberuf*. (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Universität Wien, Österreich.

Schwarz, G. (2015). *Führen mit Humor – Ein gruppensdynamisches Erfolgskonzept* (3. Aufl.). Wien: Springer.

Statistik Austria. (2017). *Menschen und Gesellschaft – Bevölkerung*. Abgerufen von [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/index.html)

- Staudinger, U. M., Freund, A. M., Linden, M., & Maas, I. (1996). Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter: Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität. In K. U. Mayer, & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 321-350). Berlin: Akademie Verlag.
- U.S. Census Bureau. (2017). *International Data Base*. Abgerufen von <https://www.census.gov/population/international/data/idb/informationGateway.php>
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Aging*, 2(1), 2-12. DOI: 10.1007/s10433-005-0500-0
- Wechsler, D. (1944). *The measurement of adult intelligence*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Wirtschaftskammer Österreich. (2017). *Demografische Entwicklung in Österreich*. Abgerufen von [https://www.wko.at/Content.Node/Interessenvertretung/Standort-und-Innovation/Demografische\\_Entwicklung\\_in\\_Oesterreich.html](https://www.wko.at/Content.Node/Interessenvertretung/Standort-und-Innovation/Demografische_Entwicklung_in_Oesterreich.html)
- Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J. J., Calderon, S., Charney, D. S., & Mathé, A. (2013). Understanding resilience. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 7(10), 1-15. DOI: 10.3389/fnbeh.2013.00010
- Wustmann, C. (2004). *Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*. Weinheim: Beltz.
- Yip, J. A., & Martin, R. A. (2006). Sense of humor, emotional intelligence, and social competence. *Journal of Research in Personality* 40(6), 1202-1208. DOI: 10.1016/j.jrp.2005.08.005

Zander, M. (2009). *Armes Kind – starkes Kind? Die Chance der Resilienz*  
(2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

## **VII. ANHANG**

### **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1 .....	28
Tabelle 2 .....	38
Tabelle 3 .....	41
Tabelle 4 .....	45
Tabelle 5 .....	46
Tabelle 6 .....	47
Tabelle 7 .....	48
Tabelle 8 .....	49
Tabelle 9 .....	50
Tabelle 10 .....	51
Tabelle 11 .....	52
Tabelle 12 .....	53



## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Bevölkerungspyramiden von Österreich aus den Jahren 1997 und 2017 (U.S. Census Bureau, 2017). Linke Seite: Männer, rechte Seite: Frauen. ....	5
Abbildung 2. Kompensations-Modelle adaptiert nach „Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern“, von C. Wustmann. Copyright 2004 durch Beltz; eigene Darstellung. ....	11
Abbildung 3. Interaktions-Modell adaptiert nach „Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern“, von C. Wustmann. Copyright 2004 durch Beltz; eigene Darstellung. ....	12
Abbildung 4. Beschreibung der Domänen des WHOQOL-BREF; eigene Darstellung. ....	31
Abbildung 5. Ausprägungen der Humor Styles Questionnaire-Humorstile in den drei Clustern (z-transformiert). ....	41

## Zusammenfassung

Aufgrund der ständig wachsenden Zahl von alten Menschen in unserer Gesellschaft soll die vorliegende Studie einen Beitrag zur Lebensqualitätsforschung im Alter leisten. Ziel der Untersuchung ist es daher, Lebensqualität im Alter mit Resilienz und Humor in Verbindung zu bringen. Dazu wurden Personen aus Österreich und Deutschland ( $N = 191$ , 60-95 Jahre) mittels einer Fragebogenbatterie befragt. Unter anderem zeigt sich, dass resilientere Personen sämtliche Bereiche ihrer Lebensqualität signifikant besser bewerten als weniger resiliente Personen. Des Weiteren wurde bezüglich des Humors die Ausprägung aller TeilnehmerInnen in zwei positive (*sozial* und *selbstaufbauend*) sowie in zwei negative (*feindlich* und *selbstabwertend*) Humorstile erfasst. Dadurch konnten drei Humorstiltypen identifiziert werden: der *verschlossene Humorstiltyp*, der *negative Humorstiltyp* und der *überwiegend positive Humorstiltyp*. Die Berechnungen ergeben, dass der *überwiegend positive Humorstiltyp* in allen hier erfassten Bereichen der Lebensqualität signifikant bessere Bewertungen abgibt als der *negative Humorstiltyp* mit Ausnahme der Gesamtlebensqualität, hinsichtlich derer sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Humorstiltypen finden lassen. Zudem beschreibt der *überwiegend positive Humorstiltyp* ein signifikant besseres psychisches Wohlbefinden als der *verschlossene Humorstiltyp*, der wiederum seine Umwelt signifikant besser bewertet als der *negative Humorstiltyp*. Der *überwiegend positive Humorstiltyp* beschreibt sich außerdem als signifikant resilienter als die beiden anderen Humorstiltypen. Es konnten keine signifikanten Unterschiede in der Geschlechterzusammensetzung der drei Humorstiltypen nachgewiesen werden, jedoch unterscheiden sich diese hinsichtlich des Bildungsniveaus signifikant voneinander: dem *negativen Humorstiltyp* wurden beinahe dreimal mehr Personen mit niedrigem als mit hohem Bildungsniveau zugeordnet, während das Verhältnis in den anderen Humorstiltypen relativ ausgeglichen ist. Weitere Forschung hinsichtlich der Zusammenhänge von Humor, Resilienz und Lebensqualität im Alter ist angesichts dieser Ergebnisse dringend nötig.

## Abstract

Due to the increasing number of old people in our society, the present study aims to contribute to the research of quality of life, resilience and humor in older age. Therefore, people from Germany and Austria ( $N = 191$ , 60 – 95 years old) were interviewed by a questionnaire. Results show, that resilient people rate all dimensions of their quality of life significantly better than people who are less resilient. Furthermore the characteristic in humor of all participants was measured in two positive (*social, self-enhancing*) and two negative (*aggressive, self-defeating*) humor styles. Thereby it was possible determining three humor types: the *withdrawn humor type*, the *negative humor type* and the *predominantly positive humor type*. Calculations show that the *predominantly positive humor type* rates all dimensions of his quality of life significantly better than the *negative humor type*. One exception is the category “overall quality of life”, where no significant differences between the three humor types exist. Moreover the *predominantly positive humor type* also describes a significantly better psychic well-being than the *withdrawn humor type*, who in turn rates his environment significantly better than the *negative humor type*. The *predominantly positive humor type* also describes himself as more resilient than the other two humor types do for themselves. Regarding the gender ratio, no significant differences were found between the humor types, whereas there are significant differences regarding the educational level: there are three times more people with lower level of education related to the *negative humor type* than people with higher level of education. In view of these findings, further research relating to the connections between quality of life, resilience and humor in older age is necessary.

### **Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich diese Masterarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe und dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt wurde. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Wien, März 2017

## Fragebogen

### Information zur Studienteilnahme

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir studieren Psychologie an der Universität Wien und laden Sie herzlich dazu ein, an einer Befragung im Rahmen unserer Masterarbeiten zum Thema **„Lebensqualität im höheren Erwachsenenalter“** teilzunehmen. Auf diesem Wege möchten wir uns schon im Vorhinein für Ihre Teilnahme an unserer Studie ganz herzlich bedanken – Sie leisten damit einen wertvollen Beitrag für die Studie und helfen dabei, neue Erkenntnisse in diesem Bereich zu sammeln.

All Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich und anonym behandelt und ausschließlich für die Erstellung unserer Masterarbeiten verwendet. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig - Sie können die Bearbeitung des Fragebogens jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen. Die Bearbeitung des Fragebogens dauert ca. 30 Minuten.

Eine Teilnahme an der Befragung ist leider nicht möglich, wenn Sie

- unter 60 Jahre alt sind
- unter einer Erkrankung des Nervensystems leiden, wie z.B. Alzheimer oder Demenz

Sollten Sie Interesse an den Ergebnissen der Studie haben, geben Sie bitte Ihre E-Mail Adresse an - wir werden Sie dann nach der Auswertung über die Resultate informieren.

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Durch das Ankreuzen des unten stehenden Kästchens bestätigen Sie, dass Sie das vorliegende Informationsblatt gelesen und verstanden haben. Sie erklären sich mit der Teilnahme an dieser Studie, sowie mit der Analyse Ihrer Daten durch die Studienleiterinnen Andrea Krauß und Veronika Werner einverstanden.

- ☐ Ich habe die Information gelesen und möchte an dieser Studie teilnehmen

**Vielen herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!**

Veronika Werner und Andrea Krauß

Bitte lesen Sie die Fragen nun aufmerksam durch und versuchen Sie, diese möglichst **spontan und ehrlich** zu beantworten. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten – es geht bei den Fragen um Ihre **ganz persönliche Sicht** der Dinge!

Sollten bei der Bearbeitung Fragen auftauchen, bitten wir Sie, eine der Studienleiterinnen per Email oder Telefon zu kontaktieren (veronika.werner90@gmx.de, +43 69910407029; a.krauss91@gmail.com, +43 6804016692), um eine vollständige Bearbeitung zu gewährleisten – vielen Dank!

**ACHTUNG:** die Fragebögen sind beidseitig bedruckt!

### 1. Soziodemografische Daten

Im ersten Abschnitt des Fragebogens werden Sie zu **soziodemografischen Daten** befragt. Bitte kreuzen Sie **pro Frage nur eine Antwortalternative** an!

**Geschlecht:** ☐ männlich ☐ weiblich

**Alter:** \_\_\_\_\_

**Familienstand:**

☐ ledig ☐ in einer Partnerschaft ☐ verheiratet  
☐ geschieden / getrennt ☐ verwitwet

**Höchste abgeschlossene Ausbildung:**

☐ Pflichtschule ☐ Matura/ Abitur ☐ Lehre/ Berufsschule  
☐ Universität/ Fachhochschule ☐ Doktorat ☐ keine abgeschlossene Ausbildung

**Derzeitige Tätigkeit:**

☐ berufstätig ☐ PensionistIn / RentnerIn ☐ Hausfrau / Hausmann  
☐ arbeitslos ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Wohnsituation:**

☐ mit Kind(ern) ☐ mit PartnerIn ☐ mit PartnerIn und Kind(ern)  
☐ allein lebend ☐ in Wohngemeinschaft ☐ in Senioren- / Pflegewohnheim  
☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie aufgrund altersbedingter Beeinträchtigung Unterstützung/Betreuung in Anspruch?**

- ☐ ich benötige keine Unterstützung
- ☐ ich werde unterstützt durch Angehörige (z.B. PartnerIn, Kinder, Geschwister etc.)
- ☐ ich bekomme professionelle Unterstützung (z.B. mobile Betreuung)

**Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer finanziellen Lage?**

- |                              |                          |  |                          |                          |
|------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| überhaupt nicht<br>zufrieden | eher<br>unzufrieden      | weder zufrieden<br>noch<br>unzufrieden | eher zufrieden           | sehr zufrieden           |

**Haben Sie Erfahrungen mit Meditation und / oder Achtsamkeitsübungen?**

- |   |  |   |                               |
|---|--|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja, mit Meditation | <input type="checkbox"/> ja, mit<br>Achtsamkeits-<br>übungen | <input type="checkbox"/> ja, mit beidem | <input type="checkbox"/> nein |
|---|--|---|-------------------------------|

**Haben Sie körperliche und/ oder psychische Erkrankungen?**

- |                               |                                   |                                      |
|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, eine | <input type="checkbox"/> ja, mehrere |
|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
- ☐ wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Wie wurde Ihnen dieser Fragebogen vorgegeben?**

- ☐ **in Anwesenheit** der StudienleiterInnen (Veronika Werner / Andrea Krauß), **ohne** Hilfe ausgefüllt
- ☐ **in Anwesenheit** der StudienleiterInnen, **mit** Hilfe ausgefüllt
- ☐ **ohne Anwesenheit** der StudienleiterInnen, **ohne** Hilfe ausgefüllt
- ☐ **ohne Anwesenheit** der StudienleiterInnen, **mit** Hilfe ausgefüllt

## 2. WHOQOL-BREF

In diesem Abschnitt werden Sie danach gefragt, wie Sie Ihre **Lebensqualität, Ihre Gesundheit und andere Bereiche Ihres Lebens** beurteilen. Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie aus, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft.

Bitte beantworten Sie alle Fragen und kreuzen Sie pro Frage nur eine Antwortkategorie an!

Bitte Lesen Sie jede Frage und überlegen Sie, wie Sie sich in den **vergangenen zwei Wochen gefühlt haben**, und kreuzen Sie die Zahl auf der Skala an, die für Sie am ehesten zutrifft!

	Sehr schlecht	Schlecht	Mittel-mäßig	Gut	Sehr gut
1. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	1	2	3	4	5
	Sehr unzufrieden	Un-zufrieden	Weder zufrieden noch un-zufrieden	Zu-frieden	Sehr zufrieden
2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie stark** Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben.

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel-mäßig	Ziemlich	Äußerst
3. Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	1	2	3	4	5
4. Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	1	2	3	4	5
5. Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	1	2	3	4	5
6. Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	1	2	3	4	5
7. Wie gut können Sie sich konzentrieren?	1	2	3	4	5
8. Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	1	2	3	4	5
9. Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	1	2	3	4	5



In den folgenden Fragen geht es darum, **in welchem Umfang** Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun.

	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Über- wiegend	Völlig
10. Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	1	2	3	4	5
11. Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	1	2	3	4	5
12. Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	1	2	3	4	5
13. Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	1	2	3	4	5
14. Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	1	2	3	4	5
	Sehr schlecht	Schlecht	Mittel- mäßig	Gut	Sehr gut
15. Wie gut können Sie sich fortbewegen?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie zufrieden, glücklich oder gut** Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

	Sehr unzufrieden	Un- zufrieden	Weder zufrieden noch un- zufrieden	Zu- frieden	Sehr zufrieden
16. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	1	2	3	4	5
17. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	1	2	3	4	5
18. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	1	2	3	4	5
19. Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	1	2	3	4	5
20. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	1	2	3	4	5
21. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	1	2	3	4	5
22. Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	1	2	3	4	5

	Sehr unzufrieden	Un- zufrieden	Weder zufrieden noch un- zufrieden	Zu- frieden	Sehr zufrieden
23. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	1	2	3	4	5
24. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	1	2	3	4	5
25. Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	1	2	3	4	5

In der folgenden Frage geht es darum, **wie oft** sich während der vergangenen zwei Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit.

	Niemals	Nicht oft	Zeitweilig	Oftmals	Immer
26. Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	1	2	3	4	5

### 3. DERS

Im folgenden Abschnitt werden Sie dazu befragt, wie Sie mit **Ihren Emotionen umgehen**. Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie aus, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft.

Bitte beantworten Sie alle Fragen und kreuzen Sie pro Frage nur eine Antwortkategorie an!

**Wie häufig treffen folgende Aussagen auf Sie zu?**

Verwenden Sie dafür bitte folgende Skala:

	1 Fast nie (0-10%)	2 Manchmal (11-35%)	3 Ca. die Hälfte der Zeit (36-65%)	4 Meistens (66-90%)	5 Fast immer (91-100%)
1. Ich bin mir über meine Gefühle im Klaren.					
2. Ich achte darauf, wie ich mich fühle.					
3. Ich erlebe meine Gefühle als überwältigend und außer Kontrolle.					
4. Ich weiß nicht, wie ich mich fühle.					
5. Ich habe Schwierigkeiten, meine Gefühle zu verstehen.					
6. Ich achte auf meine Gefühle.					
7. Ich weiß genau, wie ich mich fühle.					
8. Es ist mir wichtig zu wissen, was ich fühle.					
9. Ich bin über meine Gefühle verwirrt.					
<b>Wenn ich negative Gefühle habe ...</b>					
10. erkenne ich meine Gefühle an.					
11. ärgere ich mich über mich selbst, dass ich mich so fühle.					
12. ist es mir peinlich, dass ich mich so fühle.					
13. habe ich Schwierigkeiten, meine Arbeit zu schaffen.					
14. gerate ich außer Kontrolle.					

15.	glaube ich, dass ich lange in diesem Zustand bleiben werde.	1	2	3	4	5
16.	glaube ich, dass ich am Ende sehr niedergeschlagen sein werde.	1	2	3	4	5
17.	glaube ich, dass meine Gefühle berechtigt und wichtig sind.	1	2	3	4	5
18.	habe ich Schwierigkeiten, meine Aufmerksamkeit auf andere Dinge zu lenken.	1	2	3	4	5
19.	fühle ich mich außer Kontrolle.	1	2	3	4	5
20.	kann ich immer noch andere Dinge erledigen.	1	2	3	4	5
21.	schäme ich mich dafür, so zu empfinden.	1	2	3	4	5
22.	weiß ich, dass ich einen Weg finden kann, um mich schließlich wieder besser zu fühlen.	1	2	3	4	5
23.	habe ich das Gefühl, schwach zu sein.	1	2	3	4	5
24.	habe ich das Gefühl, die Kontrolle über mein Verhalten zu behalten.	1	2	3	4	5
25.	habe ich Schuldgefühle, so zu empfinden.	1	2	3	4	5
26.	habe ich Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren.	1	2	3	4	5
27.	habe ich Schwierigkeiten, mein Verhalten zu kontrollieren.	1	2	3	4	5
28.	glaube ich, dass ich nichts tun kann, um mich besser zu fühlen.	1	2	3	4	5
29.	bin ich von mir selbst genervt, dass ich so empfinde.	1	2	3	4	5
30.	fange ich an, sehr schlecht von mir zu denken.	1	2	3	4	5
31.	glaube ich, dass ich nichts anderes tun kann als in diesem Gefühl zu schwelgen.	1	2	3	4	5
32.	verliere ich die Kontrolle über mein Verhalten.	1	2	3	4	5
33.	habe ich Schwierigkeiten, über etwas anderes nachzudenken.	1	2	3	4	5
34.	nehme ich mir Zeit, um herauszufinden, was ich wirklich fühle.	1	2	3	4	5
35.	brauche ich lange, um mich wieder besser zu fühlen.	1	2	3	4	5
36.	habe ich den Eindruck, dass mich meine Gefühle überwältigen.	1	2	3	4	5

#### 4. HSQ

Menschen erleben Humor auf viele verschiedene Arten und drücken ihn auf verschiedene Weise aus. Nachfolgend finden Sie eine Liste mit Aussagen, die verschiedene Arten beschreiben, wie Humor erlebt werden könnte. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig und geben Sie an, bis zu welchem Grad sie ihr zustimmen oder Sie ihr nicht zustimmen. Bitte antworten Sie so ehrlich und objektiv, wie Sie können. Verwenden Sie folgende Skala:

	1 Stimme absolut nicht zu	2 Stimme größtenteils nicht zu	3 Stimme teilweise nicht zu	4 Stimme weder zu noch nicht zu	5 Stimme teilweise zu	6 Stimme größtenteils zu	7 Stimme absolut zu				
1.	Ich lache oder scherze normalerweise nicht viel mit anderen Leuten herum.				1	2	3	4	5	6	7
2.	Wenn ich mich deprimiert fühle, kann ich mich normalerweise mit Humor aufheitern.				1	2	3	4	5	6	7
3.	Wenn eine Person einen Fehler macht, werde ich sie oft damit aufziehen.				1	2	3	4	5	6	7
4.	Ich lasse Leute mehr über mich lachen oder sich auf meine Kosten lustig machen, als ich sollte.				1	2	3	4	5	6	7
5.	Ich muss mich nicht sehr anstrengen, um andere Leute zum Lachen zu bringen – ich scheine von Natur aus eine humorvolle Person zu sein.				1	2	3	4	5	6	7
6.	Selbst wenn ich alleine bin amüsiere ich mich oft über die Absurditäten des Lebens.				1	2	3	4	5	6	7
7.	Andere sind nie beleidigt oder gekränkt durch meinen Sinn von Humor.				1	2	3	4	5	6	7
8.	Ich lasse mich oft dazu hinreißen, mich selbst herunterzumachen, wenn es meine Familie oder meine Freunde zum Lachen bringt.				1	2	3	4	5	6	7
9.	Ich bringe andere Leute selten damit zum Lachen, dass ich lustige Geschichten über mich selbst erzähle.				1	2	3	4	5	6	7
10.	Wenn ich mich aufgebracht oder unglücklich fühle, versuche ich normalerweise, an etwas Lustiges in der Situation zu denken, damit ich mich besser fühle.				1	2	3	4	5	6	7

	1 Stimme absolut nicht zu	2 Stimme größtenteils nicht zu	3 Stimme teilweise nicht zu	4 Stimme weder zu noch nicht zu	5 Stimme teilweise zu	6 Stimme größtenteils zu	7 Stimme absolut zu				
11.	Wenn ich Witze erzähle oder lustige Dinge sage, mache ich mir normalerweise nicht viele Gedanken darüber, wie andere Leute es aufnehmen.				1	2	3	4	5	6	7
12.	Ich versuche oft Leute dazu zu bringen, mich mehr zu mögen oder zu akzeptieren, indem ich etwas Lustiges über meine eigenen Schwächen, Fehlritte oder Fehler sage.				1	2	3	4	5	6	7
13.	Ich lache und scherze viel mit meinen engsten Freunden.				1	2	3	4	5	6	7
14.	Meine humorvolle Sichtweise des Lebens hält mich davon ab, übermäßig aufgebracht oder deprimiert über Dinge zu werden.				1	2	3	4	5	6	7
15.	Ich mag es nicht, wenn Leute Witze oder Scherze machen, um jemanden zu kritisieren oder herunterzumachen.				1	2	3	4	5	6	7
16.	Ich sage selten lustige Dinge, um mich selbst herunterzumachen.				1	2	3	4	5	6	7
17.	Normalerweise mag ich es nicht, Witze zu erzählen oder Leute zu amüsieren.				1	2	3	4	5	6	7
18.	Wenn ich alleine bin und mich unglücklich fühle, bemühe ich mich, an etwas Lustiges zu denken, um mich aufzuheitern.				1	2	3	4	5	6	7
19.	Manchmal denke ich an etwas, das so witzig ist, dass ich mich selbst nicht davon abhalten kann, es zu sagen, auch wenn es der Situation nicht angemessen ist.				1	2	3	4	5	6	7
20.	Ich übertreibe es oft damit, mich selbst herunterzumachen, wenn ich Witze mache, oder versuche, lustig zu sein.				1	2	3	4	5	6	7
21.	Ich genieße es, Leute zum Lachen zu bringen.				1	2	3	4	5	6	7
22.	Wenn ich mich traurig oder aufgebracht fühle, verliere ich normalerweise meinen Sinn für Humor.				1	2	3	4	5	6	7
23.	Ich beteilige mich nie daran, wenn andere ausgelacht werden, selbst wenn alle meine Freunde dies tun.				1	2	3	4	5	6	7

1	2	3	4	5	6	7
Stimme absolut nicht zu	Stimme größtenteils nicht zu	Stimme teilweise nicht zu	Stimme weder zu noch nicht zu	Stimme teilweise zu	Stimme größtenteils zu	Stimme absolut zu

24.	Wenn ich mit Freunden oder Familienangehörigen zusammen bin, scheine ich oft derjenige zu sein, über den andere sich lustig machen oder Witze machen.	1	2	3	4	5	6	7
25.	Ich scherze nicht oft mit meinen Freunden herum.	1	2	3	4	5	6	7
26.	Meiner Erfahrung nach ist es oft eine sehr effektive Art, Probleme zu bewältigen, wenn man über einen amüsanten Aspekt einer Situation nachdenkt.	1	2	3	4	5	6	7
27.	Wenn ich eine Person nicht mag, mache ich oft Witze oder Scherze oder mache mich über sie lustig, um sie herunterzumachen.	1	2	3	4	5	6	7
28.	Wenn ich Probleme habe oder mich unglücklich fühle, dann überdecke ich dies oft, indem ich herumscherze, sodass selbst meine engsten Freunde nicht wissen, wie ich mich wirklich fühle.	1	2	3	4	5	6	7
29.	Mir fallen normalerweise keine witzigen Dinge ein, die ich sagen kann, wenn ich mit anderen Leuten zusammen bin.	1	2	3	4	5	6	7
30.	Ich brauche nicht mit anderen Leuten zusammen zu sein, um vergnügt zu sein – ich kann normalerweise Dinge finden, über die ich lache, selbst wenn ich alleine bin.	1	2	3	4	5	6	7
31.	Selbst wenn ich etwas wirklich lustig finde, werde ich nicht lachen oder Witze darüber machen, wenn jemand dadurch gekränkt wird.	1	2	3	4	5	6	7
32.	Andere über mich lachen zu lassen ist meine Art, meine Freunde und Familie gut gelaunt zu halten.	1	2	3	4	5	6	7

## 5. FFMQ

Im folgenden Abschnitt werden Sie dazu befragt, wie **achtsam Sie in Ihrem Leben sind**. Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie aus, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft.

Bitte beantworten Sie alle Fragen und kreuzen Sie pro Frage nur eine Antwortkategorie an!

### Wie häufig treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

Verwenden Sie dafür bitte folgende Skala:

	1 Trifft nie zu	2 Trifft selten zu	3 Trifft manchmal zu	4 Trifft oft zu	5 Trifft sehr oft zu			
1.	Wenn ich etwas tue, dann schweifen meine Gedanken ab, und ich bin leicht abzulenken.			1	2	3	4	5
2.	Ich achte nicht darauf, was ich tue, weil ich tagträume, mir Sorgen mache oder anderweitig abgelenkt bin.			1	2	3	4	5
3.	Ich weiß über meine Gefühle Bescheid, lasse mich aber nicht von ihnen mitreißen.			1	2	3	4	5
4.	Ich bin leicht abzulenken.			1	2	3	4	5
5.	Ich glaube, dass einige meiner Gedanken unnormal sind, und dass ich so nicht denken sollte.			1	2	3	4	5
6.	Ich achte auf Empfindungen wie zum Beispiel Wind in meinem Haar oder Sonnenschein auf meinem Gesicht.			1	2	3	4	5
7.	Ich habe Schwierigkeiten, die richtigen Worte zu finden, um meine Gefühle auszudrücken.			1	2	3	4	5
8.	Ich finde es schwierig, auf das konzentriert zu bleiben, was im gegenwärtigen Augenblick passiert.			1	2	3	4	5
9.	Wenn ich bedrückende Gedanken habe, kann ich „einen Schritt zurücktreten“ und diese wahrnehmen, ohne mich von ihnen überwältigen zu lassen.			1	2	3	4	5
10.	Ich achte auf Geräusche wie beispielsweise das Ticken von Uhren, Vogelzwitschern oder das Geräusch vorüberfahrender Autos.			1	2	3	4	5
11.	In schwierigen Situationen kann ich innehalten.			1	2	3	4	5



	<b>1</b> <b>Trifft nie zu</b>	<b>2</b> <b>Trifft selten zu</b>	<b>3</b> <b>Trifft manchmal zu</b>	<b>4</b> <b>Trifft oft zu</b>	<b>5</b> <b>Trifft sehr oft zu</b>			
12.	Körperliche Empfindungen sind für mich schwer zu beschreiben, weil mir die richtigen Worte dazu fehlen.			1	2	3	4	5
13.	Wenn ich bedrückende Gedanken habe, so nehme ich diese wahr, ohne dass sie mich lange belasten.			1	2	3	4	5
14.	Ich sage mir, dass ich nicht so denken sollte, wie ich denke.			1	2	3	4	5
15.	Ich nehme Gerüche und Düfte der Dinge wahr.			1	2	3	4	5
16.	Ich denke, dass manche meiner Gefühle schlecht oder unangebracht sind, und dass ich sie nicht haben sollte.			1	2	3	4	5
17.	Ich bemerke visuelle Elemente sowohl in der Kunst als auch in der Natur, zum Beispiel Farben, Formen, Struktur oder Muster aus Licht und Schatten.			1	2	3	4	5
18.	Ich habe die natürliche Tendenz, meine Erfahrungen in Worte zu fassen.			1	2	3	4	5
19.	Wenn ich bedrückende Gedanken oder Vorstellungen habe, beurteile ich mich selbst als gut oder schlecht, je nachdem, um welche Gedanken/Vorstellungen es sich handelt.			1	2	3	4	5
20.	Ich kann normalerweise recht genau beschreiben, welche Gefühle ich im Moment habe.			1	2	3	4	5

## 6. RS-13

Im letzten Abschnitt finden Sie eine Reihe von Feststellungen. Bitte lesen Sie sich jede Feststellung durch und kreuzen Sie an, wie sehr die Aussagen im Allgemeinen auf Sie zutreffen, d.h. wie sehr ihr übliches Denken und Handeln durch diese Aussagen beschrieben wird.

	1 = nein, ich stimme nicht zu			7 = ja, ich stimme völlig zu			
1. Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.	1	2	3	4	5	6	7
2. Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	1	2	3	4	5	6	7
3. Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen.	1	2	3	4	5	6	7
4. Ich mag mich.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	1	2	3	4	5	6	7
6. Ich bin entschlossen.	1	2	3	4	5	6	7
7. Ich nehme die Dinge wie sie kommen.	1	2	3	4	5	6	7
8. Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	1	2	3	4	5	6	7
9. Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	1	2	3	4	5	6	7
10. Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	1	2	3	4	5	6	7
11. Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus.	1	2	3	4	5	6	7
12. In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	1	2	3	4	5	6	7
13. Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen.	1	2	3	4	5	6	7

**Haben Sie alle Fragen beantwortet?**

**Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**