



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Das Humor-Verhalten der ROTE NASEN Clowndoctors  
bei hospitalisierten Säuglingen und Kleinkindern“

verfasst von / submitted by

Stephanie Obernhumer BSc

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

Wien, 2016

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:

Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Mag. Gabriela Markova, Ph.D.



## Zusammenfassung

Die Anwesenheit von Gesundheitsclowns in Krankenhäusern wächst zunehmend. Die positive Wirkung von Clowns auf die Patienten, die bereits von einigen Studien bestätigt wurde, lässt vor allem das Interesse in pädiatrischen Abteilungen steigen. Durch den Besuch der Clowns in den Krankenzimmern, kann die Angst vor bevorstehenden Operationen reduziert werden, die Kinder machen sich weniger Sorgen bezüglich ihres Krankenhausaufenthalts und weisen ein geringeres Stresslevel auf. Welches Verhalten die Clowns überhaupt anwenden, um diese Wirkungen erzielen zu können und inwiefern sie ihr Humor-Verhalten an das Alter der Kinder anpassen, wurde bislang nicht in den Fokus der Forschung gerückt. Die vorliegende Studie nahm es sich, mit Hilfe der *ROTE NASEN Clowndoctors*, zum Ziel, diesem Thema Aufmerksamkeit zu schenken. Die Untersuchung fand, im Zeitraum von 2.5 Monaten, an pädiatrischen Abteilungen des Donauspitals und Wilhelminenspitals statt. Dabei wurden die Clowns bei ihren Interaktionen mit 53 Säuglingen und Kleinkindern, im Alter von 2 bis 36 Monaten, beobachtet. Die Humor-Stimuli die während der Clown-Situation Anwendung fanden, wurden dafür in die 4 Reizkategorien: Auditiv, Visuell, Taktile und Sozial eingeteilt. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass die Gesundheitsclowns am häufigsten auditive und visuelle Stimuli verwendeten. Je jünger die Kinder waren, desto mehr auditive und taktile Reize wurden von den Clowns gezeigt. Die Gruppe der 2 bis 12 Monate alten Säuglinge erhielten signifikant mehr auditive Reize als die 24 bis 36 Monate alten Kinder, während die Altersgruppe 12 bis 24 Monate signifikant mehr visuelle Stimuli gezeigt bekam als die 2 bis 12-monatigen. Die Konstellation der Clownduos stellte dabei keinen Einfluss dar.



## Abstract

The presence of health-clowns in hospitals is increasing rapidly. The positive effects of the clowns on the patients, which have been confirmed by many studies, especially increases the interest in pediatric divisions. With the visits of the clowns the fear of upcoming surgeries can be reduced, the children's worries about their hospitalization bear less heavy and the stress level decreases. The clowns' behavior to reach these effects and how they adapt their humorous actions to the children's age, has not been in the focus of scientific work. With the help of the *ROTE NASEN Clowndoctors* this study tries to fill this void. During 2.5 months of research in the pediatric divisions of the Donauspital and the Wilhelminenspital, 53 interactions between clowns and children (age 2 to 36 months) were observed. The humorous stimuli which were applied in the clown-child interaction were divided in 4 stimuli categories as follows: auditory, visual, tactile and social. The results of this study showed that health-clowns applied auditory and visual stimuli the most. The younger the children the more auditory and tactile stimuli were utilized by the clowns. The group of the 2 to 12 months old infants received significantly more auditory stimuli than the group of 24 to 36 months old children. However the group of 12 to 24 months old children received significantly more visual stimuli than the 2 to 12 months olds. The combination of the clown duos had no influence at all.



## Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	iii
Abstract.....	v
1 Einleitung.....	1
2 Theoretischer Hintergrund .....	3
Humor.....	3
Definition Humor.....	3
Humorentwicklung bei Kindern.....	4
Lachen und Lächeln.....	4
Humorentwicklung im Sinne des Inkongruenzprinzips.....	5
Sozialer Aspekt der Humorentwicklung. ....	9
Gesundheitsclowns.....	10
Definition Gesundheitsclowns.....	10
Wirkung von Gesundheitsclowns.....	13
3 Vorliegende Studie.....	15
4 Methode.....	16
Stichprobenbeschreibung.....	16
Ablauf.....	18
Kodierungsmanual.....	19
Anmerkung zum Manual.....	19
Anweisung zur Kodierung.....	19
Inter-Rater-Reliabilität.....	20
5 Ergebnisse .....	20
6 Diskussion.....	27
Literaturverzeichnis.....	33
Tabellenverzeichnis.....	36
Anhang.....	38



## 1 Einleitung

Die positive Wirkung von Humor auf die Gesundheit wurde schon vor Jahrhunderten angenommen und diese Meinung ist auch heute noch weit verbreitet (Martin, 2002). Es gibt verschiedene Modelle die zu erklären versuchen, inwiefern Humor die Gesundheit beeinflussen kann (Martin, 2001, 2002). So sollen die physiologischen Veränderungen, die durch das Lachen erzeugt werden, positive Effekte auf die Gesundheit zeigen (Martin, 2002). Ein anderes Modell beschäftigt sich mit der positiven Stimmung, ausgelöst durch Humor, und ihrer Wirkung auf das Wohlbefinden der Menschen (Fredrickson, 2000). Aber auch die stressreduzierenden Effekte, sowie der interpersonelle Aspekt von Humor werden, als mögliche Ursachen für eine verbesserte Gesundheit, genannt (Martin, 2002). Humor ermöglicht es den Patienten, zumindest für eine kurze Zeit, die Schmerzen und ihre Angst zu vergessen (Bennett, 2003). Das Lachen erhöht die Schmerzgrenze und könnte daher als Technik eingesetzt werden um die Schmerzen, unter anderem bei Injektionen oder nach Operationen, zu reduzieren (Cogan, Cogan, Waltz & McCue, 1987). Trotz des starken Interesses an diesem Gebiet, gibt es bis jetzt zu wenig Forschung zur Wirkung von Humor auf die Gesundheit, um von aussagekräftigen Ergebnisse berichten zu können (Martin, 2001, 2002).

Obwohl es, bis jetzt, wenig stichfeste Beweise für die Wirkung von Humor auf die Gesundheit zu geben scheint, steigt die Anwesenheit von Clowns, in Krankenhäusern, vor allem in den pädiatrischen Abteilungen (Bertini, Isola, Paolone, & Curcio, 2010; Koller & Gryski, 2008). Vielleicht liegt es daran, dass der Gesundheitsclown mit seinem/ihrem Besuch nicht primär die Gesundheit der Patienten/Patientinnen zu verbessern versucht, sondern es seine/ihre Absicht ist, den Alltag im Krankenhaus kurz vergessen zu machen und den Kranken positive Emotionen zu schenken (Dionigi, Flangini, & Gremigni, 2012). Sie haben es zum Ziel die Patienten/Patientinnen zum Lachen zu bringen und geben den Patienten/Patientinnen die Möglichkeit ihre Krankheit aus einem anderen Blickwinkel zu sehen (Wertgen, 2009).

Das große Interesse an Clowns in Krankenhäusern führte zu vielen Studien, die die Wirkung der Clowns überprüften. Dabei konnte zum Beispiel gezeigt werden, dass Kinder die eine Clown-Intervention erhielten weniger Sorgen hatten und sich glücklicher fühlten

(Fernandes & Arriaga, 2010). Auch Mütter profitierten von den Clown-Besuchen, da sich ihr Stresslevel senkte und sie weniger Angst verspürten (Agostini et al., 2013; Dionigi, Sangiorgi, & Flangini, 2014).

Die Ergebnisse der Studien sprechen für eine positive Wirkung der Clowns auf die Patienten/Patientinnen, doch über das genaue Vorgehen der Gesundheitsclowns ist nur wenig bekannt. Sie verwenden, unter anderem, die Elemente Musik, Zauberei und Tanz, sowie Slapstickeinlagen oder Pantomime (Barkmann, Siem, Wessolowski, & Schulte-Markwort, 2013). Wie aber das Verhalten der Clowns, in den Krankenzimmern, genau aussieht und wie sie dieses an das Alter des/der Patienten/ Patientin anpassen, wurde bis jetzt nicht explizit untersucht.

Die vorliegende Studie möchte diesbezüglich einen Beitrag leisten und untersucht daher, im Rahmen einer Studie mit den *ROTEN NASEN Clowndoctors*, das Verhalten der Clowns bei hospitalisierten Säuglingen/Kleinkindern, im Alter von zwei bis 36 Monaten und inwiefern sie ihren Humor an das Alter der Kinder anpassen. Der Fokus dieser Studie wurde auf diese Altersgruppe gelenkt, da es kaum Untersuchungen mit Säuglingen und Kleinkindern, in diesem Bereich, gibt. Im Gegensatz zu allen bisherigen Studien rückt diese Arbeit die Clowns und deren Verhalten in den Mittelpunkt des Interesses. Ziel der Studie war es, anhand von vier theoriegeleiteten Kategorien aussagen zu können welche Reize bei welchem Alter am häufigsten angewendet werden und zudem soll sie als Anstoß für weitere Forschung in diesem Gebiet dienen.

## 2 Theoretischer Hintergrund

### Humor

#### **Definition Humor.**

Um sich befriedigend mit dem Thema der Studie, also dem humoristischen Verhalten der Clowndoctors gegenüber den Säuglingen und Kleinkindern, auseinandersetzen zu können, bedarf es einer Definition des zentralen Begriffes Humor. Humor ist, laut McGhee (1979), keine Emotion, kann unseren emotionalen Zustand aber verändern und auch kein Verhalten, wengleich manches Verhalten (wie Lachen oder Lächeln) charakteristisch für das Erkennen von Humor ist. Er bringt uns dazu, Ereignisse oder Situationen als witzig oder humorvoll wahrzunehmen und ist somit die Vorraussetzung um in bestimmten Situationen zu lachen (McGhee, 1979).

Häufig wird das Wahrnehmen von inkongruenten Beziehungen als Basis des Humorerlebens verstanden. Wenn ein Bestandteil eines Objekts oder einer Situation mit dem normalen oder zu erwarteten Schema nicht kompatibel ist, wird es als inkongruent wahrgenommen (Hoicka, Jutsum & Gattis, 2008; McGhee, 1979). Die Theorie von Hoicka, Jutsum und Gattis (2008), sowie von McGhee (1979) besagt, dass inkongruente bzw. absurde Ideen, Ereignisse oder Situationen erkannt und als inkongruent identifiziert werden müssen, um Humorerleben zu ermöglichen. Wichtig ist es weiters, die absurde Situation als absichtlich zu erkennen; Sie soll allein zur Unterhaltung dienen. Diese Inkongruenz kann nur aufgelöst werden, wenn die Situation von einer anderen Seite betrachtet wird und dadurch die unerwartete Bedeutung zum Vorschein kommt. Humor umfasst nach dieser Definition zwei Phasen: die Wahrnehmung und Identifikation von Inkongruenz und das Neubewerten dieser Unstimmigkeit, um einen Zusammenhang herzustellen oder die Inkongruenz aufzulösen (Hoicka, Jutsum & Gattis, 2008; McGhee, 1979). McGhee (1979) teilt diese Annahme, sieht die Inkongruenz alleine aber als unzureichende Vorraussetzung für Humor. Er sieht Humor als eine Form intellektuellen Spiels. Laut Martin (2007) beinhaltet dieses Spiel sowohl kognitive als auch emotionale und expressive Komponenten und hat vor allem eine soziale Dimension.

Bönsch-Kauke (2003) definiert Humor wie folgt: „Humor sei definiert als eine Kategorie des zwischenmenschlichen Verhaltens und Erlebens, wodurch Widerwärtigkeiten, Unergründliches und Unzulängliches im Zusammenleben spielerisch kreiert, erheitert verstanden und witzig(er)weise aufgelöst werden. Humor ist damit eine Form der soziopsychischen Kompetenz.“ (S. 81)

Durch Humor ergibt sich für Menschen die Möglichkeit in einer spielerischen Weise, aufeinander zu wirken (Martin, 2007). Er findet meist in alltäglichen sozialen Interaktionen statt und kann als eine Art der Kommunikation verstanden werden (Martin, 2007). Auch Mireault et al. (2015) sieht Humor nicht als isolierte kognitive Erfahrung, sondern als ein Zusammenspiel von kognitiven, sozialen und emotionalen Komponenten. Im Sinne einer personalen Ressource wird Humor auch als Fähigkeit definiert, ärgerliche Gegebenheiten und eigene Missgeschicke als humorvoll wahrzunehmen und darüber zu lachen (Wicki, 2000). Diese Bewältigungsstrategie findet meistens in einem sozialen Kontext statt, da Menschen üblicherweise nicht alleine über ihre Probleme lachen und Witze darüber machen (Martin, 2007).

Auf Basis dieser Definition soll untersucht werden, wie sich Humor bei Säuglingen und Kleinkindern entwickelt. Um klären zu können inwiefern die Clowndoctors ihr Verhalten an das Alter der Kinder anpassen, ist es notwendig die Frage nach den Unterschieden im Humorerleben, der für die Studie relevanten Altersgruppen, zu beantworten.

### **Humorentwicklung bei Kindern.**

#### ***Lachen und Lächeln.***

Obwohl Lachen nicht zwingend mit Humor in Verbindung gebracht werden muss, wird das Lachen gerne als Indikator für Humorentwicklung, vor allem bei Säuglingen, herangezogen (Mireault et al., 2015; Mireault et al., 2012a; Mireault, Sparrow, Poutre, Perdue & Macke, 2012b; Sroufe & Wunsch, 1972, Wicki, 2000). Lächeln und Lachen sind universelle Ausdrücke von Heiterkeit und treten schon früh im Leben auf (Martin, 2007). Fälle von gelastischer Epilepsie, Ausbrüchen von Lachen oder Kichern ohne entsprechender affektiver Stimmung, bei Neugeborenen, weisen darauf hin, dass Lachen ein angeborener Mechanismus sein muss (Sher & Brown, 1976, zitiert nach Martin, 2007). Und auch der Umstand, dass blind und gehörlos geborene Babys lachen, deutet darauf hin, dass Lachen kein gelerntes Verhalten sein kann (Goodenough, 1932). Ein Lächeln zeigt sich bei

Säuglingen bereits im ersten Lebensmonat (McGhee, 1979). Noch bevor es als Reaktion auf die Wahrnehmung von Gesichtern bestimmter Personen, wie jenen der Eltern, auftritt, wird es als Antwort auf taktile und auditive Reize der Bezugsperson gezeigt (McGhee, 1979). Mit ca. vier Monaten tritt das Lachen bei Säuglingen das erste Mal auf (Martin, 2007). Laut Martin (2007) scheint Lachen und Humor eine Form der sozialen Kommunikation zu sein und soll Tierforschungen zufolge, bei Menschen, voraussichtlich durch soziales Spiel entstanden sein. Es zeigt sich zu dieser Zeit meistens während Kind-Bezugsperson-Interaktionen und wird schnell ein fixer Bestandteil in der Beziehung zwischen Elternteil und Säugling (Martin, 2007). Das Kind lacht während der Interaktion mit den Eltern, diese reagieren auf das Lachen ihres Kindes indem sie zurücklachen (Martin, 2007). Studien zufolge ergibt sich dieses frühe Lachen zwischen Säugling und Eltern meist durch ein absurdes, nonverbales Verhalten der Bezugspersonen und kann durch das Prinzip der Inkongruenz erklärt werden (Mireault et al., 2015; Mireault et al., 2012a; Mireault et al., 2012b; Reddy & Mireault, 2015).

#### ***Humorentwicklung im Sinne des Inkongruenzprinzips.***

In der für diese Arbeit zentralen Studie beschäftigten sich Sroufe und Wunsch (1972) ebenfalls mit dem Lachen von Säuglingen und arbeiteten dafür mit vier- bis zwölfmonatigen Kindern und ihren Müttern zusammen. Durch verschiedene, einfache Reize sollten die Mütter versuchen ihre Kinder zum Lachen zu bringen. Es wurde dabei zwischen vier Reizkategorien unterschieden: den auditiven, visuellen, taktilen und sozialen Reizen. Auditive Stimuli waren, unter Anderem, *Lippen knallen* (Lip popping), *flüstern* oder *eine quietschende Stimme machen*. Unter visuellen Reizen verstanden sie zum Beispiel *Haare schütteln* oder *Objekte verschwinden lassen*. In der Kategorie: Taktile Reize wurde dem Säugling beispielsweise *in die Haare geblasen* oder *der Bauch des Kindes geküsst*. Die sozialen Stimuli hatten in der Studie von Sroufe und Wunsch (1972) eine spielerische Qualität, dabei wurden meist mehrere Sinne gleichzeitig gefordert wie zum Beispiel bei *Gonna get you* oder dem *Guck-guck-Spiel*. Die Mütter der teilnehmenden Säuglinge wurden in der Studie gebeten bestimmte Verhaltensweisen/Reize auszuführen, um ihr Baby zum Lachen zu bringen. Hierfür erhielten sie genaue Anweisungen für die einzelnen Stimuli, damit eine ähnliche Präsentation jedes Items von Mutter zu Mutter gewährleistet werden konnte. Da die Ergebnisse der Studie von Sroufe und Wunsch (1972) zeigten, dass das Lachen bei den jüngsten Kinder der Studie noch nicht leicht auslösbar war, wurden die vier bis sechs Monate alten Säuglinge aus der Studie genommen. Die sieben- bis neunmonatigen Säuglinge lachten häufiger bei taktilen und

auditiven Stimuli, die älteren Kinder der Studie, mit 10 bis 12 Monaten, lachten vermehrt bei visuellen und sozialen Reizen. Insgesamt konnte ein Anstieg des Lachens mit zunehmendem Alter festgestellt werden. Während manche Stimuli, die bei den jüngeren Säuglingen effektiv waren, bei den älteren keine Wirkung mehr zeigten, steigerte sich bei anderen Reizen das Lachen nach und nach mit dem Alter. Stimuli die erst bei den älteren Säuglingen Lachen auslösen konnten, waren nach Ansicht der beiden Autoren jene mit den höheren kognitiven Anforderungen. Die Autoren gehen davon aus, dass die Reize, die ein Lachen auslösen konnten, für die Säuglinge unerwartet und inkongruent waren und eine Neuerung für das bis dahin entwickelte kognitive Schemata darstellten. Stimuli, die erst bei den älteren Kindern (10 bis 12 Monate) Lachen auslösten, hatten höhere kognitive Anforderungen. Durch die kognitive Entwicklung, mit zunehmenden Alter, verändern sich die Schemata der Kinder, was wiederum zu einer Veränderung des Humors führt (Sroufe & Wunsch, 1972). Kinder entwickeln auf Basis ihrer bereits erworbenen kognitiven Schemata Erwartungen, alles was nicht mit ihren existierenden Schemata übereinstimmt, kann Lachen hervorrufen (Martin, 2007).

Es zeigt sich, dass die kognitive Entwicklung des Kindes einen großen Teil zur Wahrnehmung von Humor und Lachen beiträgt. Mit Hilfe der Inkongruenz-Theorie können diese kognitiven Aspekte der Humorentwicklung erklärt werden (Wicki, 2000). Situationen oder Objekte die bei jüngeren Kindern als inkongruent bzw. absurd und lustig erscheinen, werden zu einem späteren Zeitpunkt, wenn sich das kognitive Level des Kindes gesteigert hat, nicht mehr als humorvoll verstanden (Martin, 2007). Mit zunehmender Erweiterung von anspruchsvolleren Schemata wird es dem Kind möglich neue Inkongruenzen wahrzunehmen und aufzudecken und somit eine komplexere Form von Humor kennenzulernen (Martin, 2007).

Das 4-Stufen-Model der Humorentwicklung von McGhee (1979) baut ebenfalls auf dem Prinzip der Inkongruenz auf. McGhee (1979) behauptet, dass ein Kind die voroperationale Stufe (nach Piaget) erreicht haben und somit die Fähigkeit für das Als-Ob-Spiel besitzen muss, um Humor wahrnehmen bzw. verstehen zu können. Die erste Stufe der Humorentwicklung beginnt, laut ihm, erst ab der Mitte des zweiten Lebensjahres und wird *incongruous actions towards objects* genannt. In dieser Stufe setzt das Kind inkongruente Aktionen gegenüber Objekten. Beispielsweise hebt das Kind ein Blatt auf, hält es an sein Ohr und tut so, als würde es telefonieren. In diesem Fall hat das Kind das Blatt in ein falsches

Schema gesteckt (McGhee, 1979). In der zweiten Stufe *incongruous labeling of objects and events* beginnen die Kinder Objekte absichtlich falsch zu benennen. Sie ersetzen ein korrektes, reales Wort mit einem unkorrekten, realen Wort um humorvoll zu sein. Diese Art von Humor startet mit Ende des zweiten, Anfang des dritten Lebensjahres. In diesem Alter beginnen die Kinder auf eine spielerische Art und Weise die Sprache zu nutzen. Ein Beispiel wäre das benennen einer Katze als Hund oder eine Hand als Fuß (McGhee, 1979). Laut dieser Theorie würden Kinder unter 18 Monaten kein Verständnis für Humor aufbringen und insofern auch nicht auf die inkongruenten Reize der Clowns reagieren können.

Neuere Theorien stehen dem entgegen. Wicki (2000) erarbeitete ein dreistufiges Model der frühen Humorentwicklung, dessen erste Stufe bereits das Alter von null bis eineinhalb Jahren betrifft. Auch hier zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen der kognitiven Entwicklung und der Humorentwicklung. Mit null bis eineinhalb Jahren ist die allgemeine kognitive Entwicklung des Kindes in der sensomotorischen Phase (Wicki, 2000). Humor entsteht, laut Wicki (2000), in dieser Zeit durch die Diskrepanz zwischen Wahrnehmung und der automatisch generierten Erwartung. Die zweite Phase zeigt sich im Alter von eineinhalb bis vier Jahren, in der das Kind beginnt Aktivitäten zuvor mental durchzugehen, bevor es diese tatsächlich durchführt, außerdem nimmt die Verwendung von Symbolen und die Sprachentwicklung zu. Dadurch zeigt sich Humor vor allem durch die Diskrepanz zwischen Wahrnehmung und den gezielt generierten Vorstellungen, wie zum Beispiel auf einem Staubsauger Lastwagen zu fahren, oder durch das Vermischen verschiedener Konzepte, zum Beispiel einen Jungen ein Mädchen zu nennen. Wichtig scheint es zu erwähnen, dass die vorherigen Formen von Humor nicht vollständig durch die nachfolgenden abgelöst werden, sondern nebeneinander bestehen bleiben (Wicki, 2000).

Diese beiden widersprüchlichen Theorien sind insofern von Bedeutung für diese Studie, als sie aufzeigen, dass Theorien zur Humorentwicklung noch keine eindeutigen Ergebnisse zu Tage gefördert haben. Vor allem die Frage ob Säuglinge zwischen null und 18 Monaten bereits ein Humorempfinden haben ist auch für die Arbeit der Clowndoctors von Bedeutung, da Kinder diesen Alters auch zu den Patienten/Patientinnen zählen.

Laut Reddy (2001) ist eine Art des Humors, die bereits von Säuglingen nachvollzogen werden kann *clowning* (nach Reddy, 2001). In vielen Studien, die sich mit der Humorentwicklung und dem Auftreten von Humor bei Säuglingen beschäftigt haben, zeigte sich, dass *clowning* die erste Wahl der Eltern war, wenn man sie gebeten hatte ihr Kind zum

Lachen zu bringen (Mireault et al., 2015; Mireault et al., 2012a; Mireault et al., 2012b; Reddy & Mireault, 2015). *Clowning* ist ein absurdes nonverbales Verhalten (Reddy, 2001), ein Verstoß der normalen/bekannteren Schemata des sozialen Lebens, um Heiterkeit bzw. Lachen zu erzeugen (Reddy & Mireault, 2015) und unterstützt somit ebenfalls die Theorie der Inkongruenz. Beim *clowning* machen die Eltern, unter anderem, seltsame Grimassen oder komische Geräusche, verwenden Objekte in einer untypischen Weise oder pusten dem Kind ins Gesicht (Reddy & Mireault, 2015). Die Ergebnisse der Studien zeigten, dass vor allem bei sechs Monate alten Babys *clowning* eine große Wirkung hatte und sie am Besten zum Lachen brachte (Mireault et al. 2015; Mireault et al., 2012a; Mireault et al., 2012b). Aber nicht nur die Eltern, sondern auch die Säuglinge selbst wenden *clowning* an, um Humor zu produzieren (Reddy, 2001). Mit den Erwartungen und Reaktionen der anderen zu spielen, scheint dabei entscheidend zu sein und zeigt damit den sozialen Aspekt von Humorproduktion und Humorverständnis auf (Reddy, 2001). Diese Annahmen decken sich mit jenen von Wicki (2000), der die Humorentwicklung bereits im ersten Lebensjahr ansetzt.

Zwei weitere Studien die sich mit Kindern, der für diese Studie relevanten Altersgruppe, beschäftigen, stammen von Loizou (2005) und Hoicka und Gattis (2008). Laut der Studie von Loizou (2005), gibt es zwei Theorien, die das Humorverhalten von Kindern am besten beschreiben. Die *Theory of the Absurd* und die *Empowerment Theory*. Die *Theory of the Absurd* kann mit der Inkongruenztheorie gleichgesetzt werden. In dieser Theorie wird Humor als die Fähigkeit verstanden, absurde Situationen oder Objekte, die in kein natürliches Schema passen, zu erkennen oder selbst zu erzeugen und diese als humorvoll zu empfinden (Loizou, 2005). Die *Empowerment Theory* definiert Humor als Fähigkeit sich selbst zu ermächtigen, indem man die Erwartungen der anderen spielerisch missachtet und mit einem Lachen darauf reagiert (Loizou, 2005). Kinder in einem Alter von 15 bis 22 Monaten wissen bereits was von ihnen erwartet wird und können mit diesem Wissen einen Schritt weitergehen, indem sie Objekte oder Materialien bewusst falsch verwenden, um eine Inkongruenz zu erzeugen und die Erwartungen der Bezugspersonen zu verletzen (Loizou, 2005). Mit ihrem bestehenden Wissen können die Kinder ihre Grenzen austesten und dabei Spaß verspüren (Loizou, 2005).

Aber ab wann können Kinder verstehen, dass auch andere etwas bewusst falsch machen können, um damit Spaß zu erzeugen? Dieser Frage widmen sich Hoicka und Gattis (2008) in ihrer Studie mit 19 bis 36 Monate alten Kleinkindern. Dabei untersuchten sie, ob die Kinder

zwischen beabsichtigtem Spaß und einem Versehen/Fehler unterscheiden konnten. Die Ergebnisse zeigten, dass bereits Kleinkinder mit 19 Monaten verstanden, wann eine Handlung als Spaß gedacht war und welche Handlung versehentlich passierte. Bewusste Handlungen, die humorvoll sein sollten, wurden von den Kindern häufiger kopiert, während das Fehlverhalten, von den Kindern, ausgebessert wurde. Für die Gruppe der 19 bis 24-monatigen Kinder war es jedoch erforderlich, dass die "witzige" Handlung unmissverständlich war, um die Handlung als Spaß zu verstehen (Hoicka & Gattis, 2008).

Alle diese Studien bekräftigen die Annahme, dass die kognitive Entwicklung die Entwicklung von Humor vorantreibt. Da Säuglinge und Kleinkinder, nach dem Inkongruenzprinzip, Situationen als humorvoll empfinden, wenn es dafür bereits vorhandene Schemata gibt (Martin, 2007), bleibt die Frage offen wie sie mit ihnen unbekanntem Situationen umgehen. Die Bezugspersonen scheinen in diesem Fall eine gewichtige Rolle zu spielen (u.a. Hoicka et al., 2008; Reddy & Mireault, 2015).

### ***Sozialer Aspekt der Humorentwicklung.***

Neben den kognitiven Fähigkeiten ist es der soziale Aspekt, der die Humorentwicklung fördert (Reddy & Mireault, 2015). Da die kognitiven Fähigkeiten, laut Reddy und Mireault (2015), bei Säuglingen noch nicht voll ausgereift sind, spielen die sozialen Beziehungen eine zentrale Rolle für Humor. Damit Babys die absurden, inkongruenten Situationen nicht als beängstigend empfinden, müssen sie sich, in einer sicheren, sozialen Umgebung, aufgehoben fühlen (Reddy & Mireault, 2015). Durch die emotionalen Reaktionen, der Bezugspersonen, erkennen die Säuglinge was lustig und was ernst ist und können somit Humor zu verstehen lernen (Reddy & Mireault, 2015). Wenn Eltern ein absurdes Verhalten (*clowning*) zeigen, um ihre Kinder zum Lachen zu bringen, geben sie meist zusätzliche, klare Botschaften, wie ein Lächeln oder Lachen, um den Säuglingen klar zu machen, dass es sich hierbei um eine lustige, ungefährliche Situation handelt (Reddy & Mireault, 2015). In der Studie von Mireault et al. (2012a) wandten die Eltern in 65% der Fälle, zusätzlich zum *clowning*, emotionale Hinweise an, um ihren Kindern die Situation leichter nachvollziehbar zu machen. Laut Mireault et al. (2012a) lernen die Säuglinge, aufgrund der affektiven Hinweise, die die Eltern geben, absurde Aktionen, wie das *clowning*, als humorvoll zu verstehen. Laut einer Studie von Mireault et al. (2014) zeigte sich jedoch, dass sechs und 12 Monate alte Säuglinge, auch ohne der affektiven Hilfe der Eltern, über absurde Situationen lachten. Sie zeigten somit mehr Verständnis für Humor, als zuvor angenommen wurde. In einer späteren Studie von Mireault

et al. (2015) konnten diese Ergebnisse bestätigt werden. Jedoch fand man heraus, dass die Säuglinge öfter, länger und auch früher lachten und lächelten, wenn die Eltern emotionale Hinweise gaben. Dieser Effekt steigerte sich mit dem Alter (Mireault et al., 2015).

Aber auch verbale Hinweise, der Bezugspersonen, können Kindern helfen, humorvolle von ernstzunehmenden Situationen zu unterscheiden (Hoicka et al., 2008). Der Studie von Hoicka et al. (2008) zufolge gaben die Eltern oftmals zusätzliche Kommentare, beim Vorlesen von Büchern, um für die Kinder zu unterstreichen, dass es sich hierbei um eine humoristische Passage handelte. Sie stellten damit klar, dass die inkongruente Situation, aus dem Buch, keine reale Darstellung der Welt war, sondern rein dem Humor diene und halfen dem Kind somit die humorvollen Teile des Buches aufzudecken (Hoicka et al., 2008).

Die Entwicklung von Humor wird also, neben den kognitiven Fähigkeiten eines Kleinkindes, von sozialen Aspekten, etwa durch affektive Botschaften oder verbale Weisungen, der Bezugspersonen, unterstützt (u.a. Hoicka et al., 2008; Reddy & Mireault, 2015). Da bei den Besuchen der Clowns, in den Krankenzimmern, die Eltern anwesend sind, zeigt sich auch dieser Faktor der Humorentwicklung als bedeutend für die vorliegende Studie. Die Eltern haben die Möglichkeit ihre Kinder, in der für sie fremden Situation, durch affektive Hinweise, zu unterstützen.

Viele dieser Studien zeigen, dass Humor schon sehr früh von Säuglingen verstanden werden kann. Dabei wurden jedoch alleine die Eltern, vor allem die Mütter, herangezogen, um Humor für ihre Kinder zu produzieren. Aber Eltern sind nicht die einzigen Humorproduzenten, mit denen ein Säugling/Kleinkind in Verbindung kommen kann. Der Clown, der seine Anfänge im Zirkus fand (Wertgen, 2009) steht wie kaum ein Anderer für Humor. In Krankenhäusern haben schon die ganz kleinen Patienten/Patientinnen die Möglichkeit mit sogenannten Gesundheitsclowns ihre Erfahrungen zu machen.

## **Gesundheitsclowns**

### **Definition Gesundheitsclowns.**

Ein Gesundheitsclown ist in einem Setting tätig, in dem oft Leid und Verzweiflung herrschen, weshalb es die Absicht jedes Clowns ist, den Alltag kurz beiseitezuschieben und Patienten/Patientinnen, von jung bis alt, ein Lachen zu schenken (Dionigi et al., 2012). Mit Hilfe von "Clown-Techniken" und zusätzlichem psychosozialem Wissen versucht er die

negativen Emotionen in positive umzuwandeln (Dionigi et al, 2012).

Clowndoctors können professionelle Künstler/Künstlerinnen sein, die bereits Erfahrungen in der Unterhaltungsbranche gesammelt haben, aber auch nicht professionelle Künstler/Künstlerinnen oder Ehrenamtliche (Agostini et al., 2013; Dionigi et al., 2012). Sie alle müssen, vor Beginn ihrer Arbeit in den Krankenhäusern oder anderen Interventionsstellen, eine Ausbildung bzw. ein Clown-Training absolvieren und werden dort in künstlerischen Bereichen, wie Schauspiel, Zauberei und Jonglage unterrichtet (Linge, 2012). Zusätzlich werden die zukünftigen Clowns in ihren psychosozialen Fähigkeiten geschult, um mit Patienten/Patientinnen jeden Alters umgehen zu können und sie bekommen Informationen über Abläufe und Maßnahmen in den Krankenhäusern (Dionigi et al., 2012; Fernandes & Arriaga, 2010).

Ein Gesundheitsclown braucht eine gute Beobachtungs- und Auffassungsgabe sowie menschliche Reife und Erfahrung (Dionigi et al., 2012). Um sich an Bedürfnisse und Lebenssituationen der Patienten anzupassen und eine passende Form des Umgangs zu finden, bedarf es eines hohen Empathievermögens (Dionigi et al., 2012). Ein wichtiger Teil der Arbeit von Clowndoctors ist es, eine unterstützende Beziehung zu den Patienten/Patientinnen und ihren Angehörigen aufzubauen (Koller & Gryski, 2008). Der Clown muss auf kleinste Zeichen achten und auf jedes mögliche Unbehagen der Patienten/Patientinnen oder deren Familie reagieren (Koller & Gryski, 2008). Aber auch die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsclowns und dem klinischen Personal spielt eine große Rolle, da der Austausch von wichtigen Informationen, über die zu besuchenden Patienten/Patientinnen, den Clowns hilft, sich auf die einzelnen Situationen einzustellen (Finlay, Baverstock & Lenton, 2013; Wertgen, 2009). Dabei bekommt er sowohl über den gesundheitlichen, wie auch über den psychischen und psychosozialen Zustand jedes Patienten Informationen (Finlay, Baverstock & Lenton, 2013; Wertgen, 2009). Die Spontanität und Phantasie, die ein Clowndoctor besitzen soll, helfen ihm auf jede Situation sofort eingehen zu können und durch jede Veränderung inspiriert zu werden (Dionigi et al., 2012; Wertgen, 2009). Er muss die Reaktionen seines Gegenübers stets beobachten, das Feedback auf sein Verhalten annehmen und sofort darauf reagieren (Dionigi et al., 2012). Der Clown muss bei seinem Besuch im Krankenhaus, sehr schnell verstehen, welche Art von Humor der/die Patient/Patientin besitzt und darauf eingehen können (Dionigi et al., 2012). Da die Gesundheitsclowns mit Menschen jeden Alters arbeiten, müssen sie nicht nur über interpersonelle Fähigkeiten verfügen,

sondern auch ein angemessenes Wissen über die Psychologie und Sozialwissenschaften aufweisen (Dionigi et al., 2012). Ein Clown würdigt die Integrität jedes/jeder Patienten/Patientin und dessen/deren Angehörigen (Wertgen, 2009). Bevor er ein Krankenzimmer betritt, wartet er auf die Erlaubnis des/der Patienten/Patientin (Görke, 2013). Will jemand den Clownbesuch nicht, wird dies akzeptiert, da die Freiwilligkeit aller Kinder und Erwachsenen im Vordergrund steht (Görke, 2013). Nur so kann der Klinikclown eine Beziehung schaffen, die auf Vertrauen und Respekt beruht (Fernandes & Arriaga, 2010).

Abhängig von der Persönlichkeit, der Vorliebe und den Erfahrungen des Clowns, kann das Programm von ihm, in den Krankenzimmern, unterschiedlich aussehen. Dabei kann auch der Einsatz verschiedener Utensilien variieren (Wertgen, 2009). Jedes Spielzeug, medizinische Hilfsmittel oder ein anderes Objekt, das sich im Krankenzimmer befindet, kann von den Clowns, für ihre Show herangezogen bzw. umfunktioniert werden (Dionigi et al., 2012). Wie auch der Clown im Zirkus, übertreibt der Clowndocor bei allem was er tut und weicht von allen Regeln und Normen ab (Wertgen, 2009). Er parodiert den Krankenhausalltag und lässt, durch seine Art, medizinische Praktiken weniger gefährlich erscheinen (Dionigi et al., 2012). Dadurch verringert sich nicht nur die Angst der Kinder und Erwachsenen, sondern es hilft den kleinen Patienten/Patientinnen auch, sich an ihre neue und unbekannte Umgebung anzupassen (Dionigi et al., 2012). Das Repertoire der Klinikclowns ist groß. Neben Elementen wie Musik, Zauberei, Pantomime und akrobatischen Kunststücken finden sich zu einem großen Teil auch Improvisations- und Slapstickeinlagen, sowie Tanz, in den Shows der Clowns wieder (Barkmann et al., 2013). Mit seinem clownesken Verhalten und Spiel erschafft der Clown die Möglichkeiten zu lachen und bringt somit Humor in das Krankenhaus (Koller & Gryski, 2008). Für die Kinder verkörpert er den Geist der Verspieltheit und sein Erscheinen verwandelt das Krankenzimmer in einen Spielplatz (Koller & Gryski, 2008).

Der Clown schlüpft im Krankenhaus gerne in eine bestimmte Rolle. Dabei sind der „dumme August“, der Entertainer, der Zaubertricks vorführt oder musiziert, der Weißclown (oder weiße Clown) oder der unterstützende Freund, die beliebtesten Rollen (Barkmann et al., 2013). Wertgen (2009) zufolge sind der dumme August und der Weißclown ein sehr häufiges und beliebtes Duo. Der dumme August verkörpert das Scheitern der Menschen, er ist inkompetent, hilflos und naiv (Wertgen, 2009). Durch seine Ungeschicklichkeit weckt er den Helferinstinkt der Kinder, die somit an Selbstvertrauen gewinnen und die Kontrolle über die

Situation übernehmen (Wertgen, 2009). Seine unbeholfene Art, in einem, für die Kinder, fremden Setting, bringt ihn auf Augenhöhe mit den kleinen Patienten/Patientinnen (Wertgen, 2009). Sie fühlen sich mit ihm verbunden und trauen ihm mehr als anderen Erwachsenen zu, ihre Gefühle nachempfinden zu können (Wertgen, 2009). Er ist der lustige, emotionale Part, der oft in Probleme schlittert, aus dem ihn die Kinder wieder heraushelfen müssen (Wertgen, 2009). Das Gegenstück dazu ist der Weißclown. Er repräsentiert die rationale Stimme, regelt alles und trifft die wichtigen Entscheidungen (Flangini, 2010, zitiert nach Dionigi et al., 2012). Die Mehrheit der Klinikclowns tritt in Paaren auf, ein Grund dafür scheint zu sein, dass es von den meisten Dachverbänden so erwünscht wird (Barkmann et al., 2013). Außerdem nimmt es vielen Patienten den Druck ein aktivier Part der Clown-Show sein zu müssen, da die Clowns auch untereinander agieren können (Simonds & Warren, 2001, zitiert nach Dionigi et al., 2012).

### **Wirkung von Gesundheitsclowns.**

Die Trennung von ihren Eltern, die Angst vor dem Unbekannten und Schmerzen, als auch die Hilflosigkeit und fremde Eindrücke können für Kinder, in Krankenhäusern, mögliche Gründe von Stress sein (Dionigi et al., 2014). Die Clowns in den Kliniken versuchen, durch ihr Auftreten, diese negativen Emotionen zu verringern, indem sie die Kinder davon ablenken und ihnen helfen sich an die neue Umgebung zu gewöhnen (Finlay et al., 2013).

Gesundheitsclowns verfolgen mehrere Ziele und wirken vielschichtig (Wertgen, 2009). Unter anderem wollen sie die Patienten zum Lachen bringen, da Lachen unterschiedliche Wirkungen aufweisen kann (Wertgen, 2009). Laut Titze und Eschenröder (1998) hat Lachen eine physiologische Wirkung, da es stimulierend auf den Körper wirkt und als körperlich angenehm und entspannend wahrgenommen wird. Während das Lachens erhöht sich die Atemfrequenz, Endorphine werden freigesetzt und das Immunsystem, wird gestärkt (Titze & Eschenröder, 1998). Aber das Lachen hat auch eine emotionale Wirkung weil es negative Emotionen wie Ängste oder Ärger verringert und somit emotional entspannend wirkt (Fry, 2013). Dadurch können positive Gedanken wieder zugelassen werden und Hoffnung kann stattfinden (Kiphard, 1999).

Nach Görke (2013) versuchen die Clowndoctors, durch ihre Arbeit, das Klima im Krankenhaus zu verbessern. Sie sollen integrierend agieren und somit eine angenehme Atmosphäre zwischen Patienten/Patientinnen, Angehörigen und dem Krankenhauspersonal

schaffen (Görke, 2013). Außerdem können die Clowns, die Patienten dazu anhalten, eine ausweglose Situation aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten und mit ihrer Krankheit anders umzugehen zu lernen (Görke, 2013). Zusätzlich lenken sie die Patienten von ihren Schmerzen und Sorgen ab (Wertgen, 2009).

Die Clowns versuchen die Kinder in ihr Spiel miteinzubeziehen (Koller & Gryski, 2008). Die aktive Teilnahme vermindert den Stress (Dionigi et al., 2012; Koller & Gryski, 2008) und gibt ihnen die Möglichkeit mit ihren Emotionen, wie Angst, Langeweile und Einsamkeit, fertig zu werden (Finlay et al., 2013). Außerdem wird das Kind im Spiel dazu ermutigt die Kontrolle zu übernehmen (Koller & Gryski, 2008). Durch die Macht die das Kind dadurch besitzt, fühlt es sich überlegener und es hat die Situation in der Hand (Koller & Gryski, 2008). Ein Zustand, der im Krankenhausalltag, aufgrund von Regeln und Vorschriften, kaum auftritt (Koller & Gryski, 2008). Kinder können, während des Besuchs der Clowns, in eine Fantasiewelt eintauchen und ihre Krankheit somit für eine kurze Zeit vergessen (Finlay et al., 2013).

Das steigende Interesse an Clowns in Krankenhäusern, vor allem in den pädiatrischen Einrichtungen (Bertini et al. 2010), führte zu einigen Studien, um die Wirkung jener Clown-Besuche zu untersuchen. Die daraus resultierenden Ergebnisse zeigten großteils positive Effekte. So konnte in verschiedenen Studien die Erkenntnis gewonnen werden, dass der Besuch der Clowns, die Angst der Kinder, vor der bevorstehenden Operation reduzieren kann (Dionigi et al., 2014; Golan, Tighe, Dobija, Perel & Keidan, 2009). Die Kinder profitierten von dem Clown-Besuch, im OP-Vorbereitungsraum, da sie sich ruhiger und glücklicher fühlten (Dionigi et al., 2014). Aber nicht nur bei den Kindern, sondern auch bei den Müttern führte die Anwesenheit der Clowns zu weniger Angst und zu einem Rückgang des wahrgenommenen Stressgefühls (Agostini et al., 2013; Dionigi et al., 2014; Fernandes & Arriaga, 2010). Es wird vermutet, dass Mütter von jüngeren Kindern noch mehr Nutzen aus den Clown-Besuchen ziehen können, da ihr Stresslevel noch höher ist, als bei Müttern von älteren Kindern (Agostini et al., 2013). Weiters zeigte sich, dass sich Kinder, die eine Clown-Intervention erhielten, im Gegensatz zur Kontrollgruppe, ohne Clown-Besuch, weniger Sorgen bezüglich 1) ihres Krankenhausaufenthaltes, 2) der medizinischen Maßnahmen und 3) ihrer Krankheit und den negativen Konsequenzen, aufwiesen (Fernandes & Arriaga, 2010). In der Studie von Bertini et al. (2010) berichteten die Kinder, nach den Besuchen der Clowns, von weniger körperlichen Schmerzen und wiesen zusätzlich eine geringere Atmungsfrequenz

und Körpertemperatur, sowie einen geringeren Blutdruck auf, als die Kontrollgruppe, ohne Clown-Besuch. Dies wiederum ließ auf eine generelle Reduktion des Stresslevels, bei den Kindern der Interventionsgruppe, schließen (Bertini et al., 2010). Clowns selbst schätzen die Wirkung ihrer Arbeit vorwiegend positiv ein und auch das Pflegepersonal sieht einen positiven Einfluss der Clowns auf die pädiatrischen Patienten/Patientinnen (Barkmann et al., 2013). Vor allem die Stimmung kann mit Hilfe der Clowns, sowohl bei den Kindern, als auch bei den Angehörigen und dem medizinischen Personal, gesteigert werden, weshalb die Arbeit der Clowns von vielen sehr geschätzt wird (Barkmann et al., 2013).

Die Studie von Meisel, Chellew, Ponsell, Ferreira, Bordas und Garcia (2010) ist eine der wenigen Studien, die keine Effekte der Clowns aufweisen konnte. Die Clowns waren, bei dieser Untersuchung, nicht in der Lage, das psychologische Leiden der Kinder zu verringern.

### 3 Vorliegende Studie

Die Evidenz deutet darauf hin, dass Kinder schon sehr früh Humor verstehen können. Dies wurde bis jetzt aber nur anhand der Humorproduktion der Eltern beobachtet. In der vorliegenden Studie wurde der Fokus auf Clowns, im klinischen Setting, gelegt. Die Gesundheitsclowns wurden bei ihren wöchentlichen Besuchen in den Krankenzimmern, der Säuglinge/Kleinkinder, begleitet. Dabei wurde beobachtet, welche Humor-Stimuli von den Clowns eingesetzt wurden. Laut der zuvor schon beschriebenen Studie von Sroufe und Wunsch (1972) lachten jüngere Säuglinge mehr bei auditiven und taktilen Reizen, während die älteren Kinder der Studie mehr bei visuellen und sozialen Stimuli lachten. Aufgrund dieser Ergebnisse wurde ein Kodierschema entwickelt, welches dabei helfen sollte, die Clown-Reize in die vier Stimuli-Kategorien: *Auditiv*, *Visuell*, *Taktil* und *Sozial* zu unterteilen. Ziel dieser Untersuchung war es, aufzuzeigen welches Verhalten die *ROTE NASEN Clowndoctors* bei den hospitalisierten Säuglingen/Kleinkindern zeigen und herauszufinden ob sie ihr Humor-Verhalten an das Alter der Kinder anpassen.

Auf Basis der zuvor beschriebenen Theorie mit besonderen Bezug auf die Studie von Sroufe und Wunsch (1972) ergeben sich folgenden Hypothesen:

1. Clowns zeigen bei jüngeren Säuglingen (zwei bis 12 Monate) mehr auditive und taktile Stimuli
2. Clowns zeigen bei älteren Säuglingen/Kleinkindern (12 bis 36 Monate) mehr visuelle und soziale Stimuli

## 4 Methode

### Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe setzte sich aus 53 Säuglingen/Kleinkindern im Alter von durchschnittlich 494,85 Tagen (SD = 271,44; Min = 75; Max = 1076) zusammen. Das Geschlecht war in 21 männliche (39,6%) und 32 weibliche (60,4%) Kinder aufgeteilt. Der bisherige Krankenhausaufenthalt der Säuglinge/Kleinkinder lag zwischen Null und 180 Tagen (M = 7,76; SD = 28,91). Der Großteil (75,5%) der Eltern gab an, dass ihr Kind bisher noch keine Erfahrung mit Clowns gemacht hatte. Laut der Angaben der Eltern hatten 17 % der Patienten/Patientinnen bereits Kontakt mit den *ROTE NASEN Clowndoctors*, während 3,8% der Kinder schon einmal außerhalb des Krankenhauses mit Clowns zu tun hatten (siehe Tabelle 1 und 2).

Tabelle 1

#### *Beschreibung der Charakteristika der Stichprobe*

Demografische Daten	Deskriptive Statistik	
	M	SD
Alter der Kinder in Tage	494.85	271.44
Geburtsgewicht in Gramm	3238.4	1168.07
Körperlänge in Zentimeter	48.82	4.94
Alter der Mütter in Jahren	31.13	6.26
Alter der Väter in Jahren	33.24	7.42
Dauer des Krankenhausaufenthalts in Tagen	7.76	28.91

Tabelle 2

*Beschreibung der Charakteristika der Stichprobe ausgedrückt in Prozentzahlen*

Demografische Daten	Geschlecht der Eltern	
	Mutter	Vater
<u>Staatsangehörigkeit</u>		
Österreich	45.3	50.9
Türkei	1.9	1.9
Andere	39.6	26.4
<u>Abgeschlossene Ausbildung</u>		
Lehre	32.1	34.0
Berufsbildende mittlere Schule	18.9	13.2
Hochschulreife	11.3	13.2
Hochschulabschluss	15.1	13.2
<u>Familienstand</u>		
Ledig	13.2	9.4
Lebensgemeinschaft	20.8	20.8
Verheiratet	50.9	56.6
Geschieden	1.9	0.0
<u>Einkommen</u>		
Bis 1000 Euro	37.7	13.2
1000 bis 1500 Euro	18.9	20.8
1500 bis 2000 Euro	9.4	24.5

Fortsetzung Tabelle 2

Demografische Daten	Geschlecht der Eltern	
	Mutter	Vater
Über 2000 Euro	7.5	15.1
Keine Angaben	13.2	13.2

### Ablauf

Die vorliegende Untersuchung wurde im Rahmen mehrerer Masterarbeitsprojekte an der Fakultät für Psychologie, Institut für angewandte Psychologie: Gesundheit, Entwicklung und Förderung, der Universität Wien als Beobachtungsstudie durchgeführt.

Die Datenerhebung fand, in Zusammenarbeit mit den *ROTE NASEN Clowndoctors*, im Sozialmedizinischem Zentrum Ost – Donauespital und dem Wilhelminenspital, in Wien statt. Die *ROTE NASEN Clowndoctors* wurden hierfür immer montags und mittwochs im SMZ-Ost und am Dienstag und Donnerstag im Wilhelminenspital begleitet. Die Stationen die dabei aufgesucht wurden waren Abteilungen für Säuglinge, Kinder und Jugendliche, wie die Kinderinterne Station, im SMZ-Ost, sowie die Psychosomatische und urologische Station und Ambulanzen des Wilhelminenspitals. Bei den Untersuchungen in den Krankenhäusern waren immer zwei Beobachter vor Ort.

Vor Beginn der Clown-Visite wurden die Eltern, von Säuglingen gewünschten Alters, über die Studie informiert und ihnen, bei Interesse zur Teilnahme, eine Einverständniserklärung ausgehändigt. Außerdem wurde den Eltern ein Fragebogen zur Erhebung demografischer Daten, sowie ein Fragebogen zur aktuellen emotionalen Befindlichkeit (BDI II) und ein Fragebogen zum Umgang mit Kindern (PS-SRQ) (BDI II & PS-SRQ für eine andere Studie im Rahmen dieser Untersuchung erforderlich) vorgelegt. Das Ausfüllen der drei Fragebögen dauerte ungefähr 10 Minuten.

Danach fand die Clown-Visite mit den *ROTE NASEN Clowndoctors* statt, die sich dafür durchschnittlich 437,96 Sekunden ( $SD = 155,65$ ;  $Min = 156$ ;  $Max = 882$ ), was 7,33 Minuten entspricht, in den Zimmern der Patienten aufhielten. In den einzelnen Krankenzimmern wurde das Verhalten der Kinder anhand einer Digitalkamera aufgezeichnet um die Reaktionen auf die Clowns festzuhalten (für eine andere Studie im Rahmen dieser

Untersuchung erforderlich). Um bestimmen zu können welche Reize die Clowns, bei Säuglingen unterschiedlichen Alters, anwandten, wurde während der untersuchten Situation, mit Hilfe eines selbstentwickelten Kodiersystem gearbeitet. Mit diesem System arbeiteten beide Beobachter um später eine Reliabilität gewährleisten zu können. Es war wichtig, während der gesamten Untersuchung so unauffällig wie möglich zu bleiben. Daher wurde nicht in das Geschehen eingegriffen, um die natürliche Clown-Situation nicht zu verfälschen. Die gesamte Dauer der Untersuchung, in den beiden Krankenhäusern, belief sich auf ca. 2.5 Monate.

## **Kodierungsmanual**

### **Anmerkung zum Manual.**

Das folgende Kodierungsmanual wurde entwickelt, um das Verhalten von Clowns, während der Clown-Visite bei hospitalisierten Säuglingen/Kleinkindern zu kodieren. Das Kodiersystem basiert zu einem Teil auf der Studie von Sroufe und Wunsch (1972), die die Idee entwickelten Stimuli, die die Kinder zum Lachen brachten, in die vier Kategorien: *Auditiv*, *Visuell*, *Taktil* und *Sozial* zu unterteilen. In der vorliegenden Studie werden anhand des neu-entwickelten Kodiersystems nicht die Säuglinge, sondern die Klinikclowns beobachtet und jedes Verhalten das sie zeigen in die vier Kategorien eingeteilt.

Ziel des Kodierschemas ist es jeden Reiz, den die Clowns gegenüber dem Säugling setzen, zu bestimmen und zu kategorisieren um zu einem späteren Zeitpunkt Aufschluss darüber geben zu können, welche Stimuli/Reize gegeben wurden und welche Stimuli bei welchem Alter der Säuglinge häufiger angewandt wurden.

### **Anweisung zur Kodierung.**

Die Clowns wurden während der gesamten Clown-Visite (im Durchschnitt 7,33 Minuten) beobachtet. Jegliches Verhalten der Clowns das explizit für den Säugling/das Kleinkind gemacht wurde, sollte bestimmt und in eine der vier Kategorien: *Auditiv*, *Visuell*, *Taktil* und *Sozial* eingeteilt werden. Reize die nicht eindeutig dem bestimmten Kind galten, mussten außer Acht gelassen werden (zum Beispiel: Verhalten gilt mehreren Kindern im Raum oder wird für Eltern der Säuglinge gemacht). Damit keine Stimuli ausgeschlossen werden mussten, gab es die Möglichkeit pro Kategorie das Feld "sonstiges" anzukreuzen und zusätzliche Bemerkungen anzugeben.

Es wurde das separate Verhalten jedes Clowns in der Situation beobachtet. Außerdem bestand die Möglichkeit, dass ein Clown zu einem Zeitpunkt mehrere Stimuli gleichzeitig präsentierte (zum Beispiel: singen → auditiv und tanzen → visuell). In diesem Fall wurden beide Kategorien markiert.

Die Kodierung der vier Kategorien sollte nach folgenden Regeln geschehen: Für alle vier Kategorien wurden nur jene Reize gewertet, die eindeutig für das Kind ausgeübt wurden. In der Kategorie *Auditiv* galt das Sprechen alleine nicht als auditiver Reiz, es wurde nur dann gezählt, wenn der/das Säugling/Kleinkind direkt angesprochen wurde. Die Unterkategorien für auditive Reize waren: *Musizieren* (singen/summen, Gitarre spielen, . . .), *Geräusche machen* (hupen, klingeln, rasseln, . . . mit jeweiligem Gegenstand) und *direktes Ansprechen des Säuglings/Kleinkinds*. Für die Kategorie *Visuell* zählten “normale“ Bewegungen, wie das Hereinkommen in das Krankenzimmer, nicht als visueller Reiz. Die Unterkategorien dieser Kategorie waren: *Seltsame/sonderbare Bewegungen* (Slapstickeinlagen wie stolpern, ausrutschen etc., wildes Gestikulieren, Luftgitarre spielen, . . .), *tanzen, zaubern* (z.B. mit der roten Nase), *Seifenblasen machen, seltsame Gesichtsausdrücke machen* und *mit Objekten*, wie Handpuppen oder Tüchern, *zu hantieren*. Die taktilen Reize teilten sich in folgende Unterkategorien auf: *dem Kind die rote Nase aufsetzen* und *dem Kind übers Gesicht streicheln*. Als soziale Stimuli wurde jedes Verhalten verstanden das einen spielerischen Charakter besaß und gemeinsam mit dem Kind ausgeübt wurde. Oft bestand diese Verhaltenskategorie aus mehreren Reizen gleichzeitig. Hierfür gab es die Unterkategorien: *Guck-guck-Spiel* und *Verstecken spielen*.

### **Inter-Rater-Reliabilität**

Um eine Reliabilität für die Kodierung der Clown-Reize gewährleisten zu können wurden 22,64% der Daten von zwei Beobachtern, unabhängig voneinander, kodiert. Aus dem gewonnenen Material wurde die Interrater-Reliabilität mittels Cohen`s Kappa berechnet. Diese betrug  $\kappa = 0,899$ .

## **5 Ergebnisse**

Aufgrund der unterschiedlichen Länge der Interaktionszeiten (Videodauer) pro Clown-Besuch wurden die Daten angepasst. Hierfür wurden die Frequenzen in Relation zur durchschnittlichen Dauer der Interaktionen gesetzt. Alle Daten wurden vor Beginn der

Analyse auf Normalverteilungen (Kolmogorow-Smirnow-Tests) sowie auf Ausreißer ( $z \geq \pm 3.29$  (Tabachnick & Fidell, 2007)) untersucht. Da die meisten Variablen keine Normalverteilung aufweisen konnten, wurden hauptsächlich non-parametrische Verfahren verwendet. Es konnten drei Ausreißer gefunden werden (Reizkategorie *Visuell*: Fall 7; Reizkategorie *Sozial*: Fall 27 & 38) denen neue Werte zugeteilt wurden, indem man sie eine Unit höher als der nächst höchste Wert der Verteilung setzte (Tabachnick & Fidell, 2007). Es gab keine fehlenden Daten für diese Studie ( $N = 53$ ).

Während der gesamten Erhebung waren 17 Clowns beteiligt. Es ergaben sich 18 verschiedene Clownduos, die unterschiedlich häufig anwesend waren ( $Min = 1$ ;  $Max = 15$ ). Visuelle Reize wurden von allen Clownduos (100%) angewandt. Der Großteil (94.4%) der Clownduos wandten während der Untersuchung auditive Stimuli an um die Säuglinge/Kleinkinder zu unterhalten. Taktile Reize wurden von 61.1% der Duos gezeigt, während die sozialen Reize, bei 44.4% der Clownduos, am wenigsten oft auftraten.

Die deskriptive Statistik der verschiedenen Clown-Stimuli zeigte, dass die auditiven Reize, bei einem Besuch im Krankenzimmer, durchschnittlich 3.34 Mal vorkamen. Am häufigsten zeigten die Clowns visuelle Stimuli ( $M = 3.85$ ). Die beiden Reizkategorien *Taktil* und *Sozial* wurden am seltensten verwendet. So wurden taktile Reize im Durchschnitt nur 0.39 Mal, während einer Clown-Situation, durchgeführt und die sozialen Stimuli fanden noch weniger ihre Verwendung ( $M = 0.27$ ). Bei Betrachtung der Unterkategorien der einzelnen Reizkategorien konnte festgestellt werden, dass der auditive Reiz *Musizieren*, mit insgesamt 78.69 Mal, am häufigsten verwendet wurde. Knapp gefolgt von dem visuellen Reiz *seltsame Bewegungen*, mit 77.25 Mal, und einem weiteren auditiven Reiz *Geräusche machen*, mit 75.79 Mal. Der Reiz der während der gesamten Erhebung am seltensten angewandt wurde war der taktile Reiz *übers Gesicht streicheln*. Er wurde insgesamt nur 0.68 Mal gezeigt (siehe Tabelle 3 und 4).

Tabelle 3

*Summen, Mittelwerte und Standardabweichungen der Reizkategorien: Auditiv, Visuell, Taktile und Sozial*

Reizkategorien	Summe	M	SD
Auditiv	177.18	3.34	2.09
Visuell	204.06	3.85	2.08
Taktile	20.50	0.39	0.66
Sozial	14.47	0.27	0.64

Tabelle 4

*Summen, Mittelwerte und Standardabweichungen der Unterkategorien der Reizkategorien*

Unterkategorien	Summe	M	SD
<b>Auditiv</b>			
Musizieren	78.69	1.48	1.33
Geräusche machen	75.79	1.43	1.38
Direktes Ansprechen	19.89	0.38	0.79
Sonstiges auditiv	2.81	0.05	0.29
<b>Visuell</b>			
Seltsame Bewegungen	77.25	1.46	1.50
Tanzen	17.51	0.33	0.62
Zaubern	15.22	0.29	0.65
Seifenblasen machen	23.70	0.45	0.78

Fortsetzung Tabelle 4

Unterkategorien	Summe	M	SD
Seltsame Gesichtsausdrücke	10.10	0.19	0.55
Mit Objekten hantieren	57.99	1.09	1.07
Sonstiges visuell	4.64	0.09	0.57
Taktil			
Rote-Nase aufsetzen	4.63	0.09	0.31
Übers Gesicht streicheln	0.68	0.01	0.09
Sonstiges taktil	15.19	0.29	0.62
Sozial			
Guck-guck spielen	3.05	0.06	0.29
Verstecken spielen	1.83	0.03	0.25
Sonstiges sozial	10.58	0.20	0.59

Zur Überprüfung eines Zusammenhangs zwischen dem Alter der Säuglinge/Kleinkinder (Alter in Tagen) und den Reizkategorien *Visuell*, *Taktil* und *Sozial* wurden, aufgrund der Voraussetzungen, Spearman Rang Korrelationen berechnet. Die Korrelation zwischen dem Alter der Kinder (Alter in Tagen) und der Reizkategorie *Auditiv* konnte mit einer Bravais Pearson Korrelation (da beide Variablen eine Normalverteilung aufwiesen) berechnet werden. Die daraus resultierenden Ergebnisse zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alter der Kinder und den auditiven Reizen der Clowns. Außerdem konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter und den taktilen Reizen gefunden werden. In beiden Fällen zeigte sich, dass je jünger die Kinder waren, umso mehr auditive/taktile Stimuli wurden von den Clowns gesetzt. Bezüglich der beiden Reizkategorien *Visuell* und *Sozial* konnten keine signifikanten Zusammenhänge berichtet werden (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5

*Korrelationen der Variablen: Alter in Tagen und den Reizkategorien (Auditiv, Visuell, Taktil und Sozial)*

Reizkategorien	Alter in Tagen
Auditiv	-.38**
Visuell	.13
Taktil	-.28*
Sozial	.14

*Anmerkung.* \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

Um herauszufinden ob die Kombination der Clowns einen möglichen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen dem Alter der Kinder und den Clown-Reizen hat, wurde eine Partielle Korrelation berechnet. Dabei wurde der Zusammenhang des Alters in Tagen und den Reizkategorien, mit der Variable Clownduos als kontinuierliche Variable, betrachtet. Die Ergebnisse zeigten kaum Unterschiede zu der Spearman Rang Korrelationen/Bravais Pearson Korrelation zwischen Alter in Tagen und den Clown-Reizen. Sowie bei den bivariaten Korrelationen zuvor, ergaben sich signifikante Zusammenhänge zwischen den Variablen Alter in Tagen und auditive/taktile Reize. Auch bei der partiellen Korrelation fand sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter und den visuellen, sowie den sozialen Stimuli (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6

*Partielle Korrelationen der Variablen: Alter in Tagen und den Reizkategorien (Auditiv, Visuell, Taktil und Sozial) unter der kontinuierlichen Variable: Clownduos*

Reizkategorien	Alter in Tagen
Auditiv	-.38**
Visuell	.13
Taktil	-.33*
Sozial	.11

*Anmerkung.* \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

Zur Überprüfung von Unterschieden zwischen dem Alter bezüglich der verschiedenen Reizkategorien wurden, aufgrund der Voraussetzungen, Mann-Whitney U-Tests durchgeführt. Dafür wurden die Altersgruppen: 2-12 Monate ( $N = 20$ ), 12-24 Monate ( $N = 23$ ) und 24-36 Monate ( $N = 10$ ) erstellt.

Die Ergebnisse wiesen auf einen signifikanten Unterschied zwischen den 2 bis 12-monatigen und den 24 bis 36-monatigen Kindern bezüglich der Variable *Auditiv* hin ( $z = -2.49, p = .013$ ). Die jüngeren Kinder mit 2 bis 12 Monaten erhielten signifikant mehr auditive Reize (Mittlerer Rang = 18,33), von den Clowns, als die Kinder mit 24 bis 36 Monaten (Mittlerer Rang = 9,85). Außerdem unterschieden sich die 2 bis 12 Monate alten Kinder von den 12 bis 24-monatigen hinsichtlich der visuellen Stimuli ( $z = -2.01, p = .045$ ). Hier zeigte sich, dass die 2 bis 12 Monate alten Säuglinge signifikant weniger visuelle Reize (Mittlerer Rang = 17,88) empfingen, als die 12 bis 24 Monate alten Kinder (Mittlerer Rang = 25,59). Innerhalb den Reizkategorien Taktil und Sozial konnten keine signifikanten Unterschiede erkannt werden (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7

*Unterschiede zwischen den Altersgruppen bezüglich der Reizkategorien (Auditiv, Visuell, Taktile und Sozial)*

Altersgruppen	Auditiv	
2-12 Monate & 12-24 Monate	U(20/23) = 164.50	z = -1.59
2-12 Monate & 24-36 Monate	U(20/10) = 43.50*	z = -2.49
12-24 Monate & 24-36 Monate	U(23/10) = 76.00	z = -1.53
	Visuell	
2-12 Monate & 12-24 Monate	U(20/23) = 147.50*	z = -2.01
2-12 Monate & 24-36 Monate	U(20/10) = 95.00	z = -0.22
12-24 Monate & 24-36 Monate	U(23/10) = 69.00	z = -1.80
	Taktile	
2-12 Monate & 12-24 Monate	U(20/23) = 217.00	z = -0.38
2-12 Monate & 24-36 Monate	U(20/10) = 84.00	z = -0.90
12-24 Monate & 24-36 Monate	U(23/10) = 93.00	z = -1.06
	Sozial	
2-12 Monate & 12-24 Monate	U(20/23) = 179,50	z = -1.91
2-12 Monate & 24-36 Monate	U(20/10) = 86.00	z = -1.18
12-24 Monate & 24-36 Monate	U(23/10) = 104.00	z = -0.57

*Anmerkung.* \* p < .05; \*\* p < .01

Aufgrund der Ergebnisse bei den Unterschieden der Altersgruppen bezüglich der Reizkategorie *Visuell* wurde erneut eine Spearman Rang Korrelation zwischen dem Alter in Tagen und der Reizkategorie *Visuell* gerechnet. Dabei wurde die Altersgruppe der 24 bis 36 Monate alten Kinder ausgeschlossen. Die Berechnung ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Variable: Alter in Tagen und der Reizkategorie *Visuell* ( $r_{sp} = .39, p = .010$ ).

## 6 Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Studie war es, mit Hilfe der *ROTE NASEN Clowndoctors*, herauszufinden, welches Verhalten die Gesundheitsclowns bei hospitalisierten Säuglingen und Kleinkindern zeigen und inwiefern sie ihr Humor-Verhalten an das Alter der Kinder anpassen. Dabei zeigte sich, dass auditive und visuelle Reize am häufigsten Anwendung fanden. Vor allem die Unterkategorien *Musizieren* und *Geräusche machen*, aus den auditiven Stimuli, sowie der Reiz *Seltsame Bewegungen*, aus der Reizkategorie *Visuell*, wurden, von den Clowns am meisten verwendet. Taktile Stimuli, wie *dem Kind übers Gesicht streicheln* und der soziale Reiz *Verstecken spielen* wurden, für die Kinder, kaum durchgeführt. Diese Ergebnisse schaffen neue Erkenntnisse, da es bisher keine Studien gibt, die aufzeigen, welche Reize die Clowns, in der Situation mit den Säuglingen und Kleinkindern, setzen und wie häufig die jeweiligen Stimuli angewendet werden. Auch die Studien, die mit Eltern durchgeführt wurden, geben keinen Aufschluss über die Häufigkeit der Anwendung von bestimmten Reizen, da hier zumeist die Stimuli als auch die Häufigkeit vorgegeben waren (u.a. Mireault et al., 2015; Sroufe & Wunsch, 1972). Wenn die Eltern frei entscheiden konnten wie sie ihr Kind zum Lachen bringen, wurden die Reize meist unter dem Begriff des *clowning* zusammengefasst und insofern nicht in differenzierte Reizkategorien unterteilt (Mireault et al., 2012b).

Weiters untersuchte die vorliegende Studie die Hypothese H1: Clowns zeigen bei jüngeren Säuglingen (zwei bis 12 Monate) mehr auditive und taktile Stimuli. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigten, dass auditive und taktile Stimuli in einem negativen Zusammenhang mit dem Alter der Säuglinge/Kleinkinder stehen. Je jünger die Kinder waren, umso mehr wurden auditive und taktile Reize, von den Clowns, angewandt. Diese Resultate entsprechen der Hypothese dass die Gesundheitsclowns bei jüngeren Säuglingen/Kleinkindern mehr auditive und taktile Reize zeigen, als bei den älteren Kindern der Stichprobe. Der Grund

dafür könnte in der kognitiven Entwicklung des Kindes liegen. Laut Sroufe und Wunsch (1972) sind visuelle und soziale Reize kognitiv anspruchsvoller, als auditive und taktile Reize und bringen daher erst die älteren Säuglinge zum Lachen. Im Sinne der Inkongruenztheorie müssen Kinder kognitive Schemata, für bestimmte Situationen, erworben haben, um die Situation als absurd/inkongruent zu erkennen und somit Humor empfinden zu können (Martin, 2007). Bei den jüngsten Kindern (Null bis eineinhalb Jahre) scheint Humor die Diskrepanz zwischen Wahrnehmung und der automatisch generierten Erwartung zu sein (Wicki, 2000). Wie aus vielen Lehrbüchern bekannt ist (siehe zum Beispiel Berk, 2005), sind die auditiven und taktilen Fähigkeiten bereits nach der Geburt relativ gut entwickelt, während die visuellen Strukturen von Auge und Gehirn noch nicht vollständig ausgebildet sind. Lächeln ist, noch bevor es als Antwort auf die Wahrnehmung von Gesichtern der Bezugspersonen auftritt, eine Reaktion auf auditive und taktile Reize (McGhee, 1979). Die Annahme der Hypothese H1 zeigt, dass die Clowns ihre Reize bei den jüngeren Kindern der Stichprobe, den Überlegungen der Theorien entsprechend, auswählen. Außerdem bestätigt sie, dass sich die Gesundheitsclowns den Patienten anpassen (Dionigi, 2012). Inwiefern dies bewusst oder unbewusst geschieht, wurde in dieser Studie nicht erhoben. Die Betrachtung der Vergleiche zwischen den Altersgruppen hebt hervor, dass die jüngeren Kinder der Stichprobe (zwei bis 12 Monate) signifikant häufiger mit auditiven Reizen stimuliert wurden, als die älteren Kinder mit 24 bis 36 Monaten. Auch dieses Resultat bestätigt zum Teil die Hypothese H1, nämlich dass jüngere Kinder mehr auditive Stimuli erhalten als die älteren der Stichprobe. Außerdem bezeugt das Ergebnis den zuvor erwähnten negativen Zusammenhang zwischen dem Alter der Kinder und der Reizkategorie *Auditiv*.

Die zweite Hypothese der Studie, H2: Clowns zeigen bei älteren Säuglingen/Kleinkindern (12 bis 36 Monate) mehr visuelle und soziale Stimuli, konnte anhand des Zusammenhangs zwischen dem Alter der Kinder und den Reizkategorien *Visuell* und *Sozial* nicht bestätigt werden. Obwohl man der Theorie zufolge annehmen würde, dass die kognitiv anspruchsvolleren Reizkategorien *Visuell* und *Sozial* bei den älteren Kindern häufiger angewandt werden müssten, konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter und den visuellen Reizen sowie den sozialen Stimuli erkannt werden. Auch wenn Wicki (2000) feststellte, dass die vorherigen Humorformen nicht vollständig von den neuen ersetzt werden, geht die Theorie (u.a. Martin, 2007; Sroufe & Wunsch, 1972) dennoch davon aus, dass die kognitive Entwicklung zu neuem Humorverständnis führt. Dies bedeutet das früher

als inkongruent wahrgenommene Situationen zu einem späteren Zeitpunkt als nicht mehr humorvoll empfunden werden (Martin, 2007). Demnach sollten die Gesundheitsclowns bei den älteren Kindern mehr visuelle und soziale Stimuli einsetzen, da diese die kognitiv anspruchsvolleren und somit interessanteren/humorvolleren Reize darstellen. Ein Grund warum kein signifikanter Zusammenhang zwischen den visuellen Reizen und dem Alter gefunden werden konnte, liegt eventuell darin, dass die visuellen Reize sehr oft in Kombination mit auditiven Reizen auftraten. Sehr häufig kam es vor, dass neben den visuellen Stimuli auch gleichzeitig auditive Stimuli, wie *Musizieren* oder *Geräusche machen*, gezeigt wurden. Weshalb sich kein Zusammenhang zwischen der Reizkategorie *Sozial* und der Variable *Alter* ergab, könnte an der Bestimmung der Kategorie *Sozial* liegen; Dies wird etwas weiter unten genauer erläutert.

Der Vergleich der Altersgruppen der zwei bis 12 Monate alten Säuglinge mit den 12 bis 24-monatigen zeigte jedoch einen Unterschied hinsichtlich der visuellen Reize. Die Kinder im Alter von 12 bis 24 Monaten erhielten von den Clowns signifikant mehr visuelle Stimuli, als die jüngsten der Stichprobe. Der Unterschied bezüglich der zwei Altersgruppen spricht zum Teil für die Annahme der Hypothese H2, die unter anderem davon ausgeht, dass ältere Kinder mehr visuelle Reize gezeigt bekommen, als die jüngeren Säuglinge. Dieses Ergebnis stimmt mit der Theorie überein, dass kognitiv anspruchsvollere Reize (in diesem Fall der visuelle Reiz) erst bei älteren Kindern, mit einem bereits höheren kognitiven Level, Humor produzieren (Martin, 2007; Sroufe & Wunsch, 1972; Wicki, 2000). Die Altersgruppen: 2 bis 12 und 24 bis 36 Monate unterschieden sich bezüglich der visuellen Reize aber nicht. Infolge dieses Ergebnisses wurde abermals der Zusammenhang zwischen dem Alter in Tagen und der Reizkategorie *Visuell* durchgeführt, wobei dieses Mal die Altersgruppe der 24 bis 36 Monate alten Kinder aus der Berechnung herausgenommen wurde. Dabei konnte ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Alter der Kinder und den visuellen Stimuli gefunden werden. Somit kann die Hypothese 2 dahingehend angenommen werden, dass, unter dem Ausschluss der Altersgruppe der 24 bis 36-monatigen, ältere Kinder (12-24 Monate) mehr visuelle Reize erhalten als die jüngeren Kinder (2-12 Monate). Die Theorie (u.a. Martin, 2007; Sroufe & Wunsch, 1972; Wicki, 2000) geht davon aus, dass die älteren Kinder mehr bei kognitiv anspruchsvolleren Reizen lachen, was sich insofern mit den Ergebnissen der Studie deckt, als sich die Gesundheitsclowns an das Alter und somit das kognitive Level der Kinder anpassen. Ein Grund dafür, warum kein signifikanter Unterschied zwischen den

Altersgruppen der 2 bis 12 Monate alten Kinder und den 24 bis 36-monatigen gefunden werden konnte, könnten die unterschiedlichen Größen der Altersgruppen sein. Da die Altersgruppe der 24 bis 36-monatigen ( $N = 10$ ) nur halb so viele Kleinkinder als die Gruppe der zwei bis 12 Monate alten ( $N = 20$ ) besaß, könnte dies einen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Da sich das Humorverständnis aber stets mit der kognitiven Entwicklung weiterentwickelt und das Kind dadurch komplexere Formen des Humors zu verstehen lernt (Martin, 2007), kann es sein, dass die visuellen Stimuli, von den ältesten Kindern der Stichprobe (24-36 Monate), alleine nicht mehr als humorvoll verstanden wurden und das Kind daher anspruchsvollere Reize benötigt hätte um zum Lachen gebracht zu werden. Dass sich für die beiden Reizkategorien *Taktil* und *Sozial* bezüglich der Altersgruppen keine signifikanten Ergebnisse zeigten, könnte dahingehend erklärt werden, dass diese beiden Kategorien nur sehr selten Anwendung fanden.

Ein weiteres Ergebnis spricht dafür, dass die Konstellation der Clowns (Clownduos) keinen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen dem Alter und den Reizen, die die Clowns anwenden, hat. Dies zeigt, dass die Auswahl der Reizkategorie nicht allein von den einzelnen Vorlieben der Clownduos abhängig ist und bekräftigt die Annahme von Dionigi et al. (2012), dass sich Gesundheitsclowns an die Patienten und ihre Situation anpassen.

Die vorliegende Studie stieß aber auf einige Limitationen, die die Ergebnisse beeinflusst haben könnten. Obwohl kein Einfluss der Clownduos auf den Zusammenhang zwischen dem Alter der Kinder und den Reizkategorien gefunden werden konnte, sollte trotzdem erwähnt werden, dass manche Clowns Vorlieben für gewisse Reize zeigten und zum Beispiel hauptsächlich musizierten. Da die Clowns aber in Duos auftraten konnte dieser Faktor meist ausgeglichen werden.

Wie bereits erwähnt, wurden verschiedene Stimuli aus unterschiedlichen Reizkategorien, oft gleichzeitig angewendet. Eventuell sind manche Clown-Reize, für die Kinder, alleine wenig spannend und nur gepaart mit weiteren Stimuli interessant. Diese These kann, anhand der verfügbaren Daten der Untersuchung, aber nicht erschlossen werden.

Da einige Kinder der Stichprobe infektiöse Krankheiten hatten, waren taktile Reize oft gar nicht möglich. Das könnte unter anderem erklären, warum die Reizkategorie *Taktil* nicht so oft Verwendung fand. Ein weiterer Grund könnte sein, dass die Clowns bewusst keine taktilen Reize vorgaben, um die Säuglinge nicht zusätzlich zu stressen. Für viele der Kinder

war der Besuch der Gesundheitsclowns eine neue und fremde Situation, weshalb die Clowns oft zurückhaltend agierten um die Kinder nicht zu ängstigen.

Eine weitere Limitation zeigt sich in der Bestimmung der Reizkategorie *Sozial*. Während der Erhebung mit den Clowns, wurden jene Stimuli als sozial gewertet die ein offensichtliches Spiel zwischen Kind und Clown aufwiesen. Gemeinsame Aktionen, wie *Verstecken spielen*, das *Guck-guck-Spiel* oder *die Rote Nase hin und her werfen*, wurden als soziale Reize gewertet. Andere Situationen, in denen das Kind zum Beispiele mittanzte während die Clowns musizierten, wurden, obwohl das Kind eindeutig mit den Clowns gemeinsam agierte, nicht als sozialer Reiz beurteilt. Es kann vermutet werden, dass sich aus Reizen, wie auditiven oder visuellen Stimuli, soziale Interaktionen entwickeln können, die bei anderer Betrachtung der Situation zu veränderten Ergebnissen, bezüglich der Reizkategorie *Sozial*, führen könnten.

Da die Besuche der Gesundheitsclowns sehr oft in Mehrbettzimmern stattfanden, kam es nicht selten vor, dass die Clowns für mehrere Kinder, unterschiedlichen Alters auftraten. Hierbei war es nicht immer klar herauszufiltern, welche Reize für welches Kind gezeigt wurden. Es kann sein, dass deshalb Reize für ein stichprobenrelevantes Kind kodiert wurden, die in einem Zimmer mit nur einem Kind, keine Anwendung gefunden hätten. Weiters konnte beobachtet werden, dass in manchen Fällen auch die Eltern oder andere Besucher in das Treiben der Clowns integriert wurden. Wie Studien von Agostini et al. (2013), Dionigi et al. (2014) oder Fernandes und Arriaga (2010) bestätigten, haben Gesundheitsclowns auch eine Wirkung auf die Eltern. Es stellt sich diesbezüglich aber die Frage, ob gewisse Reize, die in solchen Situationen gezeigt wurden, auch für den Säugling alleine Verwendung gefunden hätten.

Die gewonnenen Erkenntnisse der vorliegenden Studie sollen als Anregung dazu dienen, in diesem noch eher unerforschten Gebiet, weitere Untersuchungen durchzuführen. Dass es eine positive Wirkung von Gesundheitsclowns auf die Patienten in Krankenhäusern gibt wurde bereits mehrfach bestätigt (u.a. Bertini et al., 2010; Dionigi et al., 2014; Golan, Tighe, Dobija, Perel & Keidan, 2009; Fernandes & Arriaga, 2010). Welche Reize aber bei welchem Alter angewendet werden, um Humor hervorzubringen, damit eine positive Wirkung stattfinden kann, wurde bis zu dieser Studie nicht untersucht. Laut Theorie spielt die kognitive Entwicklung des Kindes eine tragende Rolle bei der Humorentwicklung (u.a. Martin, 2007; McGhee, 1979; Wicki, 2000). Diese Annahme konnte in der vorliegenden

Studie insofern bestätigt werden, als die kognitiv weniger anspruchsvollen Reize *Auditiv* und *Taktil* bei den jüngeren Kindern der Stichprobe häufiger angewandt wurden, als bei den älteren Kindern. Auch der positive Zusammenhang zwischen dem Alter der Kinder und den visuellen Reizen, bei Kindern von zwei bis 24 Monaten, spricht dafür, dass die Clowns im Sinne der Theorie handeln und ihr Verhalten altersgemäß anpassen. Durch die angepassten Reize, die die Gesundheitsclowns bei den Kinder einsetzen, kann das Kind Humor/Interesse empfinden, was wiederum eine positive Wirkung auf die Gesundheit zufolge haben kann.

Da bezüglich der sozialen Reize keine signifikanten Ergebnisse aufgezeigt werden konnten und aufgrund mehrerer Limitationen der Studie, scheint es von großer Bedeutung dieses Feld zukünftig weiter zu erforschen. Vor allem eine genauere Bestimmung der sozialen Reize und die Beobachtung ob und welche Stimuli gepaart auftreten, könnten zu neuen Resultaten führen. Zukünftige Studien sollten außerdem die Aufmerksamkeit der Kinder in den Fokus rücken, um damit aufzeigen zu können, welche Reize der Clowns, bei welchem Alter, die größte Aufmerksamkeit geschenkt bekommen. Stimuli, die dem kognitiven Stand des Kindes angepasst und somit für das Kind von größtem Interesse sind, steigern die Wirkung der Clowns. Denn nur jene Reize die das Kind ansprechen, können dazu führen, dass das Kind Ablenkung erleben kann. Die vorliegende Untersuchung hat dafür bereits einen Schritt in die richtige Richtung getan und gezeigt, dass die Clowns in den pädiatrischen Abteilungen bemüht sind, jedes Kind altersgemäß anzusprechen um ihre positive Wirkung zu erhöhen.

### Literaturverzeichnis

- Agostini, F., Monti, F., Neri, E., Dellabartola, S., Pascalis, L. & Bozicevic, L. (2013). Parental anxiety and stress before pediatric anesthesia: A pilot study on the effectiveness of preoperative clown intervention. *Journal of Health Psychology, 19*, 587-601. doi: 10.1177/1359105313475900.
- Barkmann, C., Siem, A.K., Wessolowski, N. & Schulte-Markwort, M. (2013). Clowning as a supportive measure in paediatrics – a survey of clowns, parents and nursing staff. *BMC pediatrics, 13*, 1-10.
- Bennett, H.J. (2003). Humor in medicine. *Southern Medical Journal, 96*, 1257-1260.
- Berk, L.E. (2005). *Entwicklungspsychologie, 3.*, aktualisierte Auflage. München: Pearson Studium.
- Bertini, M., Isola, E., Paolone, G. & Curcio, G. (2010). Clowns benefit children hospitalized for respiratory pathologies. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2011*, 1-9. doi: 10.1093/ecam/neq064.
- Bönsch-Kauke, M. (2003). *Psychologie des Kinderhumors. Schulkinder unter sich*. Opladen: Leske & Budrich.
- Cogan, R., Cogan, D., Waltz, W. & McCue, M. (1987). Effects of laughter and relaxation on discomfort thresholds. *Journal of Behavioral Medicine, 10*, 139-144.
- Dionigi, A., Flangini, R. & Gremigni, P. (2012). Clowns in hospitals. In P. Gremigni (Ed.), *Humor and health promotion* (pp. 213-228). New York: Nova Science.
- Dionigi, A., Sangiorgi, D. & Flangini, R. (2014). Clown intervention to reduce preoperative anxiety in children and parents: A randomized controlled trial. *Journal of Health Psychology, 19*, 369-380. doi: 10.1177/1359105312471567.
- Fernandes, S.C. & Arriaga, P. (2010). The effects of clown intervention on worries and emotional responses in children undergoing surgery. *Journal of Health Psychology, 15*, 405-415. doi: 10.1177/1359105309350231.
- Finlay, F., Baverstock, A. & Lenton, S. (2013). Therapeutic clowning in paediatric practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 0*, 1-10. doi: 10.1177/1359104513492746.
- Fredrickson, B.L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & Treatment, 3*, k.A. doi: 10.1037/1522-3736.3.1.31a.
- Fry, W.F. (2013). *Die Kraft des Humors*. Zugriff am 25.02.2016 unter [www.humorcare.com/informationen/fachtexte/die-kraft-des-humors.php](http://www.humorcare.com/informationen/fachtexte/die-kraft-des-humors.php).

- Golan, G., Tighe, P., Dobija, N., Perel, A. & Keidan, I. (2009). Clowns for the prevention of preoperative anxiety in children: A randomized controlled trial. *Pediatric Anesthesia*, 19, 262-266. doi: 10.1111/j.1460-9592.2008.02903.x.
- Goodenough, F.L. (1932). Expression of the emotions in a blind-deaf child. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 27, 328-333.
- Görke, S. (2013). *Klinikclowns*. Zugriff am 25.03.2016. unter [www.humorcare.com/informationen/facchtexte/klinikclowns.php](http://www.humorcare.com/informationen/facchtexte/klinikclowns.php).
- Hoicka, E. & Gattis, M. (2008). Do the wrong thing: How toddlers tell a joke from a mistake. *Cognitive Development*, 23, 180-190. doi: 10.1016/j.cogdev.2007.06.001.
- Hoicka, E., Jutsum, S. & Gattis, M. (2008). Humor, abstraction, and disbelief. *Cognitive Science*, 32, 985-1002. doi: 10.1080/03640210801981841.
- Kiphard, E.J. (1999). *Humor, Komik und Lachen als therapeutische Elemente*. Zugriff am 25.02.2016 unter [www.humor.ch/cliniclowns/kiphard/kiphardxt.htm](http://www.humor.ch/cliniclowns/kiphard/kiphardxt.htm).
- Koller, D. & Gryski, C. (2008). The life threatend child and the life enhancing clown: Towards a model of therapeutic clowning. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 5, 17-25. doi: 10.1093/ecam/nem033.
- Linge, L. (2012). Magical attachment: Children in magical reation with hospital clowns. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*, 7, 1-12. doi: 10.3402/qhw.v7i0.11862.
- Loizou, E. (2005). Infant humor: the theory of the absurd and the empowerment theory. *International Journal of Early Years Education*, 13, 43-53. doi: 10.1080/09669760500048329.
- Martin, R.A. (2001). Humor, laughter, and physical health: Methodological issues and research findings. *Psychological Bulletin*, 127, 504-519. doi: 10.1037/0033-2909.127.4.504.
- Martin, R.A. (2002). Is laughter the best medicine? Humor laughter and physical health. *American Psychological Society*, 11, 216-220.
- Martin, R.A. (2007). *The psychology of humor: An integrative approach*. Burlington: Elsevier Academic Press.
- McGhee, P.E. (1979). *Humor: Its origin and development*. San Francisco: W.H. Freeman and Company.
- Meisel, V., Chellew, K., Ponsell, E., Ferreira, A., Bordas, L. & Garcia-Banda, G. (2010). The effect of "Hospital Clowns" on psychological distress and maladaptive behaviours in children undergoing minor surgery. *Psychology in Spain*, 14, 8-14.

- Mireault, G.C., Crockenberg, S.C., Sparrow, J.E., Cousineau, K., Pettinato, C. & Woodard, K. (2015). Laughing matters: Infant humor in the context of parental affects. *Journal of Experimental Child Psychology*, *136*, 30-41.
- Mireault, G.C., Crockenberg, S.C., Sparrow, J.E., Pettinato, C., Woodard, K. & Malzac, K. (2014). Social looking, social referencing and humor perception in 6- and 12-month-old infants. *Infant Behavior and Development*, *37*, 536-545.
- Mireault, G.C., Poutre, M., Sargent-Hier, M., Dias, C., Perdue, B. & Myrick, A. (2012a). Humour perception and creation between parents and 3- to 6-month-old infants. *Infant and Child Development*, *21*, 338-347. doi: 10.1002/icd.757.
- Mireault, G.C., Sparrow, J.E., Poutre, M., Perdue, B. & Macke, L. (2012b). Infant humor perception from 3- to 6-months and attachment at one year. *Infant Behavior and Development*, *35*, 797-802.
- Reddy, V. (2001). Infant clowns: The interpersonal creation of humour in infancy. *Enfance*, *3*, 247-256. doi: 10.3917/enf.533.0247.
- Reddy, V. & Mireault, G.C. (2015). Teasing and clowning in infancy. *Current Biology*, *25*, 20-23.
- Sroufe, L.A. & Wunsch, J.P. (1972). The development of laughter in the first year of life. *Child Development*, *43*, 1326-1344.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics*, 5<sup>th</sup> ed. Boston: Pearson.
- Titze, M. & Eschenröder, C.T. (1998). *Therapeutischer Humor. Grundlagen und Anwendungen*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Wertgen, A. (2009). Clownpädagogik – eine ernst zu nehmende Entwicklung in der pädagogischen Arbeit mit Kindern in stationärer Krankenhausbehandlung. *Empirische Sonderpädagogik*, *1*, 110-131.
- Wicki, W. (2000). Humor und Entwicklung: Eine kritische Übersicht. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und pädagogische Psychologie*, *32*, 173-185. doi: 10.1026//0049-8637.32.4.173.

### **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Beschreibung der Charakteristika der Stichprobe	16
Tabelle 2: Beschreibung der Charakteristika der Stichprobe ausgedrückt in Prozentzahlen	17
Tabelle 3: Deskriptive Statistik der Reizkategorien	22
Tabelle 4: Deskriptive Statistik der Unterkategorien	22
Tabelle 5: Korrelationen der Variablen: Alter in Tagen und den Reizkategorien	24
Tabelle 6: Partielle Korrelationen der Variablen: Alter in Tagen und den Reizkategorien unter kontinuierlicher Variable: Clownduos	25
Tabelle 7: Unterschiede der Altersgruppen bezüglich der Reizkategorien	26

## Lebenslauf

Stephanie Obernhumer

### Persönliche Angaben

Staatsangehörigkeit: Österreich  
 Geburtsdatum: 22.11.1987  
 Geburtsort: Linz  
 Eltern: Margret Obernhumer und Peter Obernhumer  
 Adresse: Weingartshofstr. 21/13, 4020 Linz  
 e-mail: [stephanie.obernhumer@yahoo.de](mailto:stephanie.obernhumer@yahoo.de)

---

### Schulbildung

1998 - 2002: Bundesrealgymnasium  
 Ramsauerstraße (musisch/sprachlicher  
 Zweig)

2002 - 2006:  
 Bundesoberstufenrealgymnasium  
 Honauerstraße (musischer Zweig)

Juni 2006: Reifeprüfung

---

### Studium

Oktober 2009 - Juni 2013:  
 Psychologiestudium in Wien mit  
 Bachelorabschluss

seit März 2014: Masterstudium Psychologie  
 in Wien

---

### Berufserfahrung

April - Juni 2015: klinisch-psychologisches  
 Praktikum an der Kinder- und  
 Jugendpsychiatrie der Nervenlinik Wagner-  
 Jauregg

---

### Sprachkenntnisse

Muttersprache: Deutsch  
 Fremdsprachen: Englisch fließend  
 Französisch (Grundkenntnisse)

## Anhang

### Kodierbogen für Verhaltensbeobachtung – Clowns

Datum:  
ID Kind:  
Alter Kind:

Beobachterkürzel:  
ID Clown1:  
ID Clown2:

<b>Clown1</b>						<b>Clown2</b>					
<b>Stimuli</b>	1	2	3	4	5	<b>Stimuli</b>	1	2	3	4	5
<b>auditiv</b>						<b>auditiv</b>					
<b>Musizieren</b> <small>(singen, Gitarre spielen, ...)</small>						<b>Musizieren</b>					
<b>Geräusche machen</b> <small>(hupen, rasseln, klingeln, ...)</small>						<b>Geräusche machen</b>					
<b>Direktes Ansprechen</b> des Säuglings						<b>Direktes Ansprechen</b>					
<b>sonstiges</b>						<b>sonstiges</b>					
<b>visuell</b>						<b>visuell</b>					
<b>Seltsame Bewegungen</b> <small>(Slapstickeinlagen, ...)</small>						<b>Seltsame Bewegungen</b>					
<b>tanzen</b>						<b>tanzen</b>					
<b>zaubern</b>						<b>zaubern</b>					
<b>Seifenblasen machen</b>						<b>Seifenblasen machen</b>					
<b>Seltsame Gesichtsausdrücke</b>						<b>Seltsame Gesichtsausdrücke</b>					
<b>Mit Objekten hantieren</b> <small>(Handpuppe, Tücher, ...)</small>						<b>Mit Objekten hantieren</b>					
<b>sonstiges</b>						<b>sonstiges</b>					
<b>taktil</b>						<b>taktil</b>					
<b>Rote Nase aufsetzen</b>						<b>Rote Nasen aufsetzen</b>					
<b>Übers Gesicht streicheln</b>						<b>Übers Gesicht streicheln</b>					
<b>sonstiges</b>						<b>sonstiges</b>					
<b>sozial</b>						<b>sozial</b>					
<b>Guck-guck-Spiel</b>						<b>Guck-guck-Spiel</b>					
<b>Verstecken spielen</b>						<b>Verstecken spielen</b>					
<b>sonstiges</b>						<b>sonstiges</b>					

Bemerkungen: