

Achtsamkeit, buddhistische Meditation und psychische Gesundheit

Lizenziatsarbeit

eingereicht am Institut für Psychologie
Philosophisch-humanwissenschaftliche Fakultät
Universität Bern
im August 2007
von Claudia Bergomi

Eingereicht bei Prof. Dr. Hansjörg Znoj
Betreut von Dr. Matthias Berking

Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt (ringrazio di cuore)...

... la mia famiglia, che mi ha sostenuta ed aiutata durante tutti questi anni di studio (e non solo).

... dem lieben Sebastian Engels, für die Durchsicht des Manuskripts, die wertvollen Diskussionen und Anregungen und, vor Allem, die Geduld.

... Alexander Reichardt, Zeno Kupper und Ananda von Aesch - Shaked für das kritische Lesen der Arbeit und die wertvollen Ratschläge.

... Dr. Matthias Berking für die Betreuung der Arbeit, seine Anregungen, Ratschläge, Unterstützung und Herzlichkeit.

... allen Personen, die bei der Erhebung der Daten, sei es durch Ausfüllen der Fragebögen oder bei der Mithilfe für deren Verteilung, geholfen haben.

... und auch allen anderen...

Zusammenfassung

Achtsamkeit als absichtsvolles, nicht wertendes Gewahrsein des aktuellen Erlebens, wurde in den letzten Jahrzehnten zunehmend in die empirisch-orientierte klinische Psychologie integriert. Damit einher gingen Versuche, die Wirkung von Achtsamkeit und die Effektivität achtsamkeitsbasierter Interventionsansätze empirisch zu bestimmen. Nach wie vor ist die empirische Befundlage in diesem Bereich jedoch mangelhaft.

Grundlegendes Ziel dieser Arbeit ist es, den Zusammenhang von Achtsamkeit und psychischer Gesundheit zu klären. Dafür wurde zum einen untersucht, inwieweit Achtsamkeit und die verschiedenen „Facetten“ des Achtsamkeitskonzeptes mit unterschiedlichen Aspekten psychischer Gesundheit zusammenhängen. Zum anderen wurde untersucht, inwieweit sich Achtsamkeit durch spezifisch buddhistische Meditation stärken lässt und inwieweit Erfahrung mit Meditationstechniken mit psychischer Gesundheit einhergeht. Zusätzliche explorative Analysen konzentrieren sich auf die Zusammenhänge von Achtsamkeit und Erfahrung in buddhistischen Meditationstechniken mit Handlungsorientierung und auf die Meinungen von Meditierenden bezüglich Wirkungen und Beweggründen der eigenen Meditationspraxis.

Die Fragestellungen zum Zusammenhang von Achtsamkeit und psychischer Gesundheit wurden in einer „Risiko-Stichprobe“ mit leichter psychopathologischer Symptombelastung (N = 200) untersucht, die aus einer gesunden Stichprobe (N = 367) stammen. Die Fragestellung zur Wirkung buddhistischer Meditation in einer Gruppe von 45 Meditierenden. Die Daten wurden jeweils mittels Fragebögen erhoben.

Die Ergebnisse zeigen, dass Achtsamkeit mit psychischer Gesundheit einhergeht. Des Weiteren sprechen die Ergebnisse dafür, dass die positive Wirkung auf die psychische Gesundheit sowohl dadurch zustande kommt, dass Achtsamkeit für die wahrgenommene Erreichung gesundheitsrelevanter Ziele förderlich ist, als auch dadurch, dass sie die psychopathologischen Folgen mangelnder Zielerreichung abmildert. Die Befunde zur buddhistischen Meditation sprechen dafür, dass diese sowohl einen achtsamkeitsfördernden als auch einen positiven Effekt auf die psychische Gesundheit haben könnte.

Als Implikation aus diesen Befunden ergibt sich zum einen, dass zukünftige Studien mit Hilfe von längsschnittlichen Designs und experimentellen Designs den kausalen Einfluss von Achtsamkeit auf die psychische Gesundheit weiter untersuchen müssen. Zum anderen sprechen die Befunde dieser Arbeit dafür, dass es sich lohnt, achtsamkeitsfördernde Massnahmen zu entwickeln und zu evaluieren.

INHALTSVERZEICHNIS

1.	EINLEITUNG	1
2.	THEORETISCHER UND EMPIRISCHER HINTERGRUND.....	4
2.1	Achtsamkeit und Meditation.....	4
2.1.1	Definition von Achtsamkeit	4
2.1.2	Operationalisierungen von Achtsamkeit	7
2.1.3	Achtsamkeitsmeditation und -techniken	9
2.2	Psychische Gesundheit und ihre Sicht aus der Konsistenztheorie.....	12
2.2.1	Definition psychischer Gesundheit	12
2.2.2	Wichtige Determinanten psychischer Gesundheit	13
2.2.2.1	Motivationale Schemata und motivationale Ziele	13
2.2.2.2	Die Grundbedürfnisse	14
2.2.2.3	Das Konsistenzprinzip.....	15
2.2.2.4	Strategien im Umgang mit Inkonsistenzspannung	16
2.3	Achtsamkeit und psychische Gesundheit	17
2.3.1	Theoretische Annahmen zum gesundheitsfördernden Einfluss von Achtsamkeit und Achtsamkeitsmeditation auf die psychische Gesundheit	17
2.3.2	Achtsamkeit in der Psychotherapie: Behandlungsverfahren und Wirksamkeit ...	21
2.3.3	Empirische Befunde zu Achtsamkeit, Achtsamkeitsmeditation und psychischer Gesundheit	24
2.3.3.1	Achtsamkeit und psychische Gesundheit.....	24
2.3.3.2	Buddhistische Meditation und Achtsamkeit	26
2.3.3.3	Buddhistische Meditation und psychische Gesundheit.....	27
2.3.4	Offene Fragestellungen in der Achtsamkeitsforschung	29
3.	FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	32
3.1	Achtsamkeit und psychische Gesundheit	32
3.1.1	Achtsamkeit und psychische Gesundheit.....	32
3.1.2	Die Dimensionen der Achtsamkeit und psychische Gesundheit.....	33
3.1.3	Achtsamkeit, Stress und das psychische Wohlbefinden	34

3.1.3.1	Mediator-Hypothesen.....	34
3.1.3.2	Moderator-Hypothesen	36
3.2	Buddhistische Meditation, Achtsamkeit und psychische Gesundheit	38
3.2.1	Der Zusammenhang zwischen Meditationserfahrung und Achtsamkeit	38
3.2.2	Der Zusammenhang zwischen dem Ausmass an bisheriger Praxis in buddhistischer Meditation und der psychischen Gesundheit.....	39
3.3	Zusätzliche explorative Analysen	39
4.	METHODENBESCHREIBUNG	42
4.1	Studiendesign und Datenerhebung	42
4.2	Stichprobenbeschreibung	43
4.2.1	Gesamtstichprobe	43
4.2.2	Risikostichprobe	45
4.2.3	Meditationsstichproben.....	45
4.2.4	Nicht-Meditationsstichprobe	48
4.3	Messinstrumente	49
4.3.1	Operationalisierung von Achtsamkeit	49
4.3.2	Operationalisierung von psychischer Gesundheit	50
4.3.2.1	Indikatoren der psychischen Gesundheit	50
4.3.2.2	Determinanten der psychischen Gesundheit.....	51
4.3.3	Operationalisierung der Handlungsorientierung	54
4.3.4	Operationalisierung der Meditationserfahrung.....	55
4.4	Ableitung der psychologischen Vorhersagen	57
4.5	Planung der statistischen Verfahren	64
4.5.1	Verfahren zur Dimensionsanalyse.....	64
4.5.2	Verfahren zur Überprüfung von Zusammenhangshypothesen	65
4.5.3	Verfahren zur Überprüfung von Moderations- und Mediationseffekten	66
4.5.4	Verfahren zur Überprüfung von Unterschiedshypothesen.....	71
4.5.5	Verfahren zur deskriptiven Analyse	72

5.	ERGEBNISSE.....	73
5.1	Dimensionsanalyse der Achtsamkeit	73
5.2	Überprüfung von Gütekriterien und Anwendungs-voraussetzungen.....	77
5.2.1	Reliabilität der eingesetzten Skalen	77
5.2.2	Überprüfung der Voraussetzungen für die Korrelationsanalysen	78
5.2.2	Überprüfung der Voraussetzungen für die multiple lineare Regression	79
5.2.3	Überprüfung der Voraussetzungen für die Moderatoranalyse	81
5.2.4	Überprüfung der Voraussetzungen für die Mediatoranalyse	81
5.3	Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und psychischer Gesundheit.....	83
5.3.1	Achtsamkeit und psychische Gesundheit.....	83
5.3.2	Dimensionen der Achtsamkeit und psychische Gesundheit.....	84
5.3.3	Achtsamkeit, Stress und psychische Gesundheit.....	86
5.4	Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Meditationserfahrung und Achtsamkeit.....	92
5.5	Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Meditationserfahrung und psychischer Gesundheit.....	95
5.6	Ergebnisse zu den zusätzlichen explorativen Analysen.....	96
5.6.1	Achtsamkeit, buddhistische Meditation und Handlungsorientierung.....	96
5.6.2	Ziele, Beweggründe und Effekte der Meditation aus der Sicht der Meditierenden.....	98
5.7	Zusammenfassender Überblick über das Eintreffen der psychologischen Vorhersagen	100
6.	DISKUSSION.....	103
6.1	Potentielle Gefahren für die interne Validität.....	103
6.2	Generalisierbarkeit der Ergebnisse	105
6.3	Identifikation der Dimensionen der Achtsamkeit und Beantwortung der psychologischen Fragestellungen	106
6.3.1	Identifikation der Dimensionen der Achtsamkeit.....	106

6.3.2	Gibt es Zusammenhänge zwischen Achtsamkeit mit ihren einzelnen Dimensionen und psychischer Gesundheit?	108
6.3.3	Wie liesse sich ein potentiell positiver Einfluss von Achtsamkeit auf die psychische Gesundheit erklären?	112
6.3.4	Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmass an bisheriger Praxis in buddhistischer Meditation und Achtsamkeit?	117
6.3.5	Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmass an bisheriger Praxis in buddhistischer Meditation und psychischer Gesundheit?.....	119
6.3.6	Gibt es einen Zusammenhang zwischen Achtsamkeit, Erfahrung in buddhistischen Meditationstechniken und Handlungsorientierung?	120
6.3.7	Inwieweit wirkt, aus der Sicht von Meditierenden, die Meditationsübung auf die Emotionsregulationskompetenzen.....	121
6.3.8	Was sind die Beweggründe und Ziele, die buddhistisch Meditierende in Bezug auf ihre persönliche Meditationsübung berichten?	122
6.4	Implikationen für die weitere Forschung und die klinische Praxis.....	123
7.	VERZEICHNISSE	125
7.1	Tabellenverzeichnis	125
7.2	Abbildungsverzeichnis	126
7.3	Literaturverzeichnis	127
8.	ANHANG	141

1. Einleitung

Die buddhistische Schrift Dhammapada beginnt mit den folgenden Worten: „Vom Geist geführt die Dinge sind, vom Geist beherrscht, vom Geist gezeugt. Wenn man verderbten Geistes spricht, verderbten Geistes Werke wirkt, dann folget einen Leiden nach, gleich wie das Rad des Zugtiers Fuss.“ (Nyanatiloka, 1992). Diese Zeilen weisen auf die entscheidende Bedeutung hin, die Gedanken, Gefühle und generell Bewusstseinsinhalte für das psychische Wohlergehen haben: unsere Interpretationen der erlebten Phänomene spielen eine ausschlaggebende Rolle dabei, inwieweit sie auf uns wirken und wie wir reagieren. Eine ‚leidschaffende Geisteshaltung‘ zu erkennen und sich von ihr zu befreien ist erst dann möglich, wenn eine gewisse Fähigkeit zur distanzierten und offenen Betrachtung der eigenen Bewusstseinsinhalte im ‚Hier und Jetzt‘ vorhanden ist. Die heutige gesellschaftliche Situation, mit ihrer vorherrschenden Ausrichtung auf eine hedonistische Perspektive und hohen Effektivitätsansprüchen ist aber nicht dazu angetan, diese Fähigkeit zu unterstützen. Sie trägt hingegen eher dazu bei, dass sich der Mensch immer mehr vom eigenen Erleben und Verhalten ‚ablenkt‘ und so wie ‚halbbewusst‘ in automatisierten, unreflektierten und starren Verhaltens- und Erlebnismustern funktioniert, quasi in einem „Autopilotenmodus“ (Kabat-Zinn, 1990). Das in den letzten Jahrzehnten wachsende Interesse für das Konzept der Achtsamkeit in der klinischen Psychologie könnte als eine Reaktion auf diese Situation aufgefasst werden (Michalak, Heidenreich & Bohus, 2006; Ostafin et al., 2006). Das Konzept der Achtsamkeit stammt ursprünglich aus dem Buddhismus und wird definiert als eine besondere Form der Aufmerksamkeitslenkung, die absichtsvoll, nicht wertend und auf das bewusste Erleben des aktuellen Augenblickes gerichtet ist (Kabat-Zinn, 1990). Achtsamkeit fördert das bewusste Erleben jedes Augenblickes und führt somit zur Durchbrechung des Autopilotenmodus. Die Integration dieses breiten und facettenreichen Konzeptes in die klinische Psychologie erscheint vielversprechend und die stark wachsende Anzahl wissenschaftlicher Publikationen zu den Themen Achtsamkeit und Akzeptanz scheint das zu bestätigen (Kuhr, 2004). Verschiedene Autoren bezeichnen die stattfindende Integration achtsamkeitsbasierter Komponenten als die „dritte Welle“, nach der behavioralen und der kognitiven (Segal, Williams & Teasdale, 2002; Hayes, 2004).

Neuere Psychotherapieansätze betonen die mit dem Achtsamkeitsprinzip einhergehende akzeptierende Haltung. Achtsamkeit und Akzeptanz bedeuten eine fruchtbare Erweiterung der sonst bisher vorwiegend veränderungsorientierten Verhaltenstherapie (Bohus, 2006).

Die Integration von Achtsamkeit in der klinischen Psychologie äusserte sich in den letzten Jahrzehnten auf vielfältige Art: Therapieansätze, die sie zu einem ihrer Bestandteile machten, werden bei verschiedenen psychischen Störungen angewendet. Achtsamkeit kann dabei einen zentralen Kernpunkt darstellen oder eine vieler Komponenten sein (Berking & von Känel, 2007; Germer, 2005). Achtsamkeitsbasierte Behandlungsverfahren zeigten in mehreren Studien erwünschte Effekte für ein breites Spektrum psychischer Störungen und Beschwerden, u. a. Angststörungen, Depression, Borderline Persönlichkeitsstörung und chronische Schmerzen (Michalak, Heidenreich & Bohus, 2006). Die bisher berichteten Effektstärken liegen meist im mittleren Bereich (Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004; Baer, 2003), einige Untersuchungen zeigten aber auch grosse Effektstärken (Heidenreich & Michalak, 2003). Dies spricht für die störungsübergreifende Wirkung und Anwendungsmöglichkeit der Achtsamkeit in der Psychotherapie (Bohus, 2006). Solche Ansätze sind ‚säkularisierte‘ Anwendungen der Achtsamkeit und unterscheiden sich von der traditionellen Übung der Achtsamkeit innerhalb eines buddhistischen Kontextes (Bohus, 2006; Dimidjan & Linehan, 2003).

Achtsamkeit ist aber nicht nur eine Fähigkeit, die innerhalb von psychotherapeutischen Programmen trainiert werden kann, sondern sie ist eine Eigenschaft, die bei jedem Individuum in unterschiedlicher Ausprägung vorkommt. Moderate bis starke Zusammenhänge zwischen Achtsamkeit und unterschiedlichen Aspekten der psychischen Gesundheit wurden in mehreren Studien nachgewiesen (Brown & Ryan, 2003; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006). Dass psychische Gesundheit auch mit der Übung buddhistischer Meditation einhergeht, konnte in unterschiedlichen Untersuchungen gezeigt werden (Murphy & Donovan, 1999; Cahn & Polich, 2006). Diese Assoziationen weisen auf die potentielle Wirkung der Achtsamkeit und deren Kultivierung für die psychische Gesundheit hin und werfen gleichzeitig wichtige Fragen auf. Zum einen stellt sich die Frage, wie die beobachteten Zusammenhänge zwischen Achtsamkeit und der psychischen Gesundheit erklärt werden können. Achtsamkeit ist ein breit gefasster Begriff, dem verschiedene Autoren mehrere Komponenten zuschreiben (Baer et al., 2006; Walach et al., 2004). Das wiederum führt zur Frage, welche ihrer Komponenten (Akzeptanz, Gewahrsein, usw.) für die psychische Gesundheit besonders entscheidend sind. Auch die Effektivität verschiedener Techniken zur Steigerung von Achtsamkeit wurde noch nicht genau untersucht. Verschiedene Autoren äusserten Skepsis gegenüber einer ihrer Meinung nach zu einseitigen Betonung der Achtsamkeit (Berking & Znoj, 2006). Sie weisen darauf hin, dass Achtsamkeit zwar eine notwendige, aber nicht hinreichende

Bedingung für eine erfolgreiche Regulation von Emotionen und Verhaltenstendenzen darstellt (Berking & von Känel, 2007). Es ergibt sich also die Frage, inwieweit Techniken zur Förderung der Achtsamkeit nicht nur die Fähigkeiten des Beobachtens, Akzeptierens und Aushaltens, sondern auch die zur aktiven positiven Beeinflussung negativer Emotionen fördern können.

Die empirische Erforschung der Achtsamkeit steht noch am Anfang. Bisher wurden vor allem theoretische Vorstellungen aus dem Bereich der kognitiven klinischen Psychologie formuliert, aber Ergänzungen dazu sind nötig, um die Frage breiter zu behandeln (Michalak, Heidenreich & Bohus, 2006). Deswegen sollen in dieser Arbeit die Zusammenhänge zwischen Achtsamkeit, Meditationserfahrung und psychischer Gesundheit vor dem Hintergrund einer schulenübergreifenden Theorie, der Konsistenztheorie von Grawe (2000, 2004), untersucht werden.

Zusammenfassend geht es in der vorliegenden Arbeit um die folgenden Fragen: Wie hängen Achtsamkeit und ihre Facetten mit psychischer Gesundheit zusammen? Wie können die erwarteten Zusammenhänge zwischen Achtsamkeit und psychischer Gesundheit erklärt werden? Mit welchem Aufwand ist die Steigerung von Achtsamkeit in buddhistischer Meditation verbunden? Geht Erfahrung in buddhistischer Meditation mit einer besseren psychischen Gesundheit einher? Sind Achtsamkeit und buddhistische Meditation auch mit der aktiven Einflussnahme auf die eigenen Gefühle verbunden?

2. Theoretischer und empirischer Hintergrund

2.1 Achtsamkeit und Meditation

2.1.1 Definition von Achtsamkeit

Der Begriff Achtsamkeit, wie er in der vorliegenden Arbeit verstanden wird, stammt aus dem Buddhismus und stellt einen der Kernpunkte dieser Tradition dar. Schon innerhalb dieser Philosophie wurde er im Laufe der Zeit z. T. unterschiedlich akzentuiert, allerdings hat sich, durch seine Integration in die empirisch-wissenschaftliche Psychologie ein Verständnis entwickelt, das in einigen Punkten nicht mehr mit seinen ursprünglichen buddhistischen Konzeptualisierungen übereinstimmt (Grossman, 2004; Walsh, 1977, 1980). Insbesondere unterscheiden sich die Zielsetzungen bei der Übung der Achtsamkeit. Wissenschaftliche Psychologie und Buddhismus zielen beide darauf ab, das Leiden zu lindern und persönliches Wachstum und Einsicht zu fördern (Kumar, 2002). Für erstere bedeutet das aber ein therapeutisches Ziel im Sinne der Überführung eines extremen in einen normalen Zustand. Innerhalb des Buddhismus ist hingegen Achtsamkeit die grundlegende Fähigkeit für die Kultivierung der zur ‚Erlösung führenden Einsicht‘ bzw. Weisheit, die die ‚Überwindung der Leidhaftigkeit des Daseins‘ zur Folge hat.

Achtsamkeit ist ein komplexer und facettenreicher Begriff. Das spiegelt sich in der Vielfalt an Definitionen und Operationalisierungen wieder, die in den letzten Jahrzehnten in der wissenschaftlichen Psychologie vorgeschlagen wurden (Ivanoski & Malhi, 2007; Heidenreich & Michalak, 2006), so dass bisher noch keine allgemein akzeptierte Definition von Achtsamkeit vorliegt (Dimidjian & Linehan, 2003). Als Beispiele sollen hier die Definitionen unterschiedlicher Autoren vorgestellt werden:

Mindfulness means paying attention in a particular way: on purpose, in the present moment, and nonjudgmentally. (Kabat-Zinn, 1994, S. 4).

Achtsamkeit bedeutet das bewusste Wahrnehmen dessen, was gerade geschieht. Achtsam sein heisst, eine nicht-bewertende, akzeptierende Haltung einzunehmen und den sinnlichen Erfahrungen besondere Aufmerksamkeit zu schenken. (Huppertz, 2006)

We propose a two-component mode of mindfulness. The first component involves the self-regulation of attention so that it is maintained on immediate experience, thereby allowing for increased recognition of mental events in the present moment.

The second component involves adopting a particular orientation toward one's experiences in the present moment, an orientation that is characterized by curiosity, openness and acceptance. (Bishop et al., 2004, S. 232)

This conceptualization identifies three qualities related to what one does when practicing mindfulness: (1) observing, noticing, bringing awareness; (2) describing, labeling, noting; and (3) participating. It also identifies three qualities related to the ways in which one does these activities: (1) nonjudgmentally, with acceptance, allowing; (2) in the present moment, with beginner's mind; and (3) effectively. (Dimidjian & Linehan, 2003, S. 166)

In jeder dieser Definitionen fällt die Schwerpunktsetzung anders aus: Die Definition von Kabat-Zinn knüpft am engsten an das buddhistische Verständnis der Achtsamkeit an, während die von Bishop und Kollegen einen Versuch darstellt, dieses Konstrukt zu operationalisieren und somit wissenschaftlich einzuordnen (Ströhle, 2006). Ausgehend von den vorhin skizzierten und anderen Definitionen kann zusammenfassend gesagt werden: Achtsamkeit ist grundsätzlich Gewahrsein, Aufmerken oder aufmerksam sein im Hinblick auf die Erfahrungen des **gegenwärtigen Augenblickes**, im ‚Hier und Jetzt‘. Achtsamkeit heisst auch interventionslos bei den momentanen Objekten des Bewusstseins zu verweilen, sie stets mit derselben Teilnahme zu betrachten und mit derselben Bereitschaft bei ihnen zu verbleiben, seien die resultierenden Empfindungen und Gefühle angenehm oder unangenehm. Achtsames Gewahrsein heisst auch, die blossen Fakten zu registrieren und sie von den eigenen Reaktionen zu trennen. Unser Organismus reagiert auf jedes Objekt des Erlebens zunächst mit einer automatisierten Kategorisierung in angenehm-unangenehm, gut-böse, richtig-falsch usw. Wenn die sinnlichen Vorkommnisse von den Reaktionen getrennt werden, können sie sich dem Bewusstsein unverstellt zeigen und **wertfrei** wahrgenommen werden. Weiter kann die automatische **Identifikation** mit den eigenen Bewusstseinsinhalten („ich bin wütend“) verringert werden, so dass sie mit einer gewissen Distanz und mit **unvoreingenommenem** Interesse beobachtet werden kann („da ist Wut“). Dabei bedeutet Distanz nicht eine fehlende Teilnahme am Geschehenden oder seine Ausblendung, sondern vielmehr die Einnahme einer **mitfühlenden Beobachterperspektive**. Aufgrund dieser Perspektive können kognitive und emotionale Reaktionen auf die Ereignisse relativiert werden, d. h. als nicht unbedingt wahrheitsgetreu oder verhaltensrelevant erkannt werden. Auf diese Weise können automatische Reaktionsketten eingedämmt und durchbrochen werden. Achtsamkeit ist untrennbar von einer **akzeptierenden** und **offenen Haltung** gegenüber inneren und äusseren Abläufen: Alles

soll genommen werden, wie es kommt. Einige Autoren erwähnen als weitere Eigenschaft von Achtsamkeit den ‚**Anfängergeist**‘ (Suzuki, 1975), welcher das Beobachten und Erfahren des Moments wie durch Kinderaugen, jedes Mal neu, frisch und unvoreingenommen, meint. Dies beinhaltet auch das Loslassen der Tendenz, sich automatisch auf vorgefasste Meinungen, abstrakte Bezeichnungen und Namen zu beziehen, anstatt die Welt und ihre Ereignisse unmittelbar zu erfahren. (Epstein, 1995; Kabat-Zinn, 1990, 2003; Bishop et al., 2004; Dimidjian & Linehan, 2003; Hayes & Feldman, 2004; Brown & Ryan, 2003; Buchheld & Walach, 2004; Grossman, 2004)

Zur **Abgrenzung** des Begriffes Achtsamkeit muss gesagt werden, dass er nicht mit den in der heutigen Psychologie beschriebenen Formen der Selbstaufmerksamkeit (Duval & Wicklund, 1972; Buss, 1980; Carver & Scheier, 1981) gleichzusetzen ist. Achtsamkeit wird mehr durch ihre Qualität als durch ihren Fokus definiert: Selbstaufmerksamkeit beinhaltet einen Fokus auf sich selbst sowie kognitive Eigenschaften wie das Reflektieren über sich und das Sich-Beurteilen (Brown & Ryan, 2003). Achtsamkeit hingegen kann als ‚präreflexiv‘ bzw. rein wahrnehmend beschrieben werden und ist nicht nur eine erhöhte, sondern auch eine offenerere und empfänglichere Bewusstheit (*awareness*) und Aufmerksamkeit (*attention*) bezogen auf das Erleben (Brown & Ryan, 2003). Brown und Ryan (2004) bewerten aus diesem Grunde die Beschreibung von Achtsamkeit als metakognitive Fertigkeit¹, wie sie z.B. von Bishop et al. (2004) vorgeschlagen wird, als irreführend. Gemäss Brown und Ryan sind Kognitionen und Metakognitionen Verzerrungen ausgesetzt, während ein achtsames Erleben ihnen nicht oder nur wenig ausgesetzt ist. Im Bezug auf den Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und Metakognition kann man trotzdem sagen, dass Achtsamkeit die Entwicklung metakognitiver Fertigkeiten fördert bzw. dass sie einen metakognitiven Verarbeitungsmodus aktivieren kann, auch wenn sie keine Metakognition darstellt (Wells, 2002, 2000; Teasdale et al., 2002).

Achtsamkeit ist eine natürlich vorkommende, nicht kulturell gebundenen Eigenschaft bzw. Fähigkeit, die in jedem Individuum in unterschiedlicher Ausprägung vorhanden ist (Brown & Ryan, 2003; Kabat-Zinn, 2003; Heidenreich & Michalak, 2006). Gemäss Brown und Ryan unterscheiden sich Individuen sowohl in ihrer Fähigkeit, achtsam zu sein, als auch in ihrer Bereitschaft, eine achtsame Haltung einzunehmen. Solche Unterschiede bestehen

¹ Der Begriff Metakognition bezeichnet die Auseinandersetzung mit den eigenen kognitiven Prozessen, und meint unter anderem das Beobachten, die Beurteilung, die Steuerung etc. dieser Prozesse. Die Grenze zwischen Metakognition und Kognition ist allerdings fließend. Der Begriff stammt aus John Flavell und Henry Wellman (Flavell & Wellman, 1977) und wurde in den letzten Jahren vor allem durch Adrian Wells mit Achtsamkeit in Verbindung gebracht (Wells, 2000).

auch innerhalb desselben Individuums und äussern sich sowohl in Form einer Zustandseigenschaft (*state*), die sich relativ schnell verändern kann, als auch in Form einer Disposition (*trait*), welche eher stabil ist und durch regelmässige Übung gefördert werden kann (Lau et al., 2006, Brown & Ryan, 2003; Bishop et al., 2004). Auf die Möglichkeit, eine achtsame Haltung zu üben und zu fördern soll im Kapitel 2.1.3 eingegangen werden.

2.1.2 Operationalisierungen von Achtsamkeit

Analog zur Definition des Begriffes Achtsamkeit gilt es für deren Operationalisierung festzuhalten: Es liegen schon mindestens sechs empirisch validierte Fragebögen zur Messung von Achtsamkeit im englischsprachigen und drei im deutschsprachigen Raum vor:

- Toronto Mindfulness Scale, TMS (Bishop et al., 2003);
- Mindful Attention Awareness Scale, MAAS (englische Fassung: Brown & Ryan, 2003; deutsche Fassung: Heidenreich & Michalak, 2003, in Ströhle, 2006);
- Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit, FFA; Freiburg Mindfulness Inventory, FMI (deutsche Fassung: Walach et al. 2004; englische Fassung: Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht & Schmidt, 2006);
- Kentucky Inventory of Mindfulness Skills, KIMS (englische Fassung: Baer, Smith & Allen, 2004; deutsche Fassung: Ströhle, 2004, in Ströhle, 2006);
- Mindfulness Questionnaire, MQ (Chadwick, Hember, Mead, Lilley & Dagnan, 2005).
- Cognitive and Affective Mindfulness Scale CAMS (Feldman et al., 2005);

Diese Skalen unterscheiden sich u. a. dadurch voneinander, dass sie z. T. verschiedene Aspekte der Achtsamkeit erfassen, diese entweder eher als einen Zustand oder als Disposition auffassen und sich mehr oder weniger gut zur Erfassung von Achtsamkeit in der Allgemeinbevölkerung, die mit buddhistischen Achtsamkeitskonzepten nicht vertraut ist, eignen (für eine genauere Beschreibung und die Interkorrelationen zwischen den fünf auf englisch gefassten Fragebögen siehe Baer et al., 2006).

Die drei in deutscher Sprache vorhandenen Fragebögen unterscheiden sich in verschiedenen Punkten voneinander. Die **MAAS** erfasst anhand von 15 Items die Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Moment als einzigen und zentralen Aspekt der Achtsamkeit. Sie wurde ursprünglich theoriegeleitet als zweifaktorielle Skala konzipiert, die Items zum zweiten Faktor, Akzeptanz wurden aber von der Skala gestrichen, da sie bei der empirischen Überprüfung der Skala keine zusätzlich bedeutsame Varianz erklärten. Die

Skala eignet sich für die Erfassung der Achtsamkeit in der Allgemeinbevölkerung (Brown & Ryan, 2003). Der **KIMS** ist ein multidimensionaler Fragebogen mit 39 Items. Seine vier Skalen (1. *Beobachten*; 2. *Beschreiben*; 3. *Mit Aufmerksamkeit handeln* und 4. *Akzeptieren ohne Bewertung*) wurden theoriegeleitet als getrennte Aspekte konzeptualisiert und statistisch bestätigt. Dieser Fragebogen eignet sich ebenfalls für die Erfassung der Achtsamkeit bei Personen ohne Meditationserfahrung (Baer et al., 2004). Der **FFA** umfasst 30 Items und konzipiert Achtsamkeit als ein multidimensionales Konstrukt (siehe Kapitel 4.3.1). Die Faktorenstruktur wurde nicht theoriegeleitet, sondern mit Hilfe explorativer Faktorenanalysen bestimmt. Diese ergaben vier Faktoren, die sich über verschiedene Stichproben hinweg als z. T. instabil erwiesen haben. Weil die Skala an das buddhistische Achtsamkeitsverständnis anknüpft, könnten einige Items für Personen ohne Meditationserfahrung schwer verständlich sein. Diese Items wurden aufgrund psychometrischer Analysen identifiziert und ausgeschlossen. Die somit verbleibenden 14-Items bilden die Kurzversion des FFA, die sich nach Ansicht der Autoren für die Allgemeinbevölkerung eher eignet, aber die Vier-Faktoren-Struktur der 30-Item-Skala nicht mehr aufweist (Walach et al., 2004).

Ströhle (2006) verglich in einer Studie die drei deutschsprachigen Skalen zur Achtsamkeit. Dabei wurde die Eindimensionalität der MAAS bestätigt. Die vierfaktorielle Struktur des KIMS konnte ebenfalls erfolgreich repliziert werden. Die vier Unterskalen wiesen z. T. sehr schwache Interkorrelationen auf und der Anteil an Varianz, der von jedem Faktor durch einen Gesamtfaktor aufgeklärt wurde, war gering. Das deutet darauf hin, dass die vier Dimensionen aus der KIMS „nicht als Facetten eines Konstruktes Achtsamkeit anzusehen sind.“ (Ströhle, 2006, S. 64). In Ströhles Studie wurde vom FFA lediglich die 14-Items Version untersucht. Deren Eindimensionalität wurde bestätigt, wobei ein Zwei-Faktoren-Modell mit den zwei Skalen *Bewusstsein/Aufmerksamkeit gegenüber momentanen körperlichen und geistigen Prozessen* und *Akzeptanz und Offenheit gegenüber sich selbst und anderen* eine noch sparsamere und eher passende Lösung anbot. Dieser Fragebogen scheint also einen guten Kompromiss zwischen MAAS und KIMS darzustellen, der die verschiedenen Facetten der Achtsamkeit in ausgewogenem Masse repräsentiert. Im Unterschied zur MAAS betont er nicht einen einzelnen Aspekt der Achtsamkeit und im Unterschied zum KIMS misst er sie als ein gesamtes Konstrukt. Das entspricht der vorherrschenden Vorstellung von Achtsamkeit als ein multidimensionales Konstrukt (Berking & von Känel, 2007). Es soll noch erwähnt werden, dass trotz der Empfehlung, in der Allgemeinbevölkerung die FFA-Kurzversion anzuwenden, die meisten Studien mit dem

FFA (bzw. FMI) die Gesamtversion zum Einsatz nehmen (Baer et al., 2006; Leigh, Bowen & Marlatt, 2005). Da in diesen Studien nicht über Verständnisprobleme der Items bei nicht Meditierenden berichtet wurde, scheint sich die 30-items Version der Skala auch in der Normalbevölkerung zu bewähren. Dazu bringt sie den Vorteil einer breiteren und facettenreicheren Erfassung der Achtsamkeit mit sich.

2.1.3 Achtsamkeitsmeditation und -techniken

Im diesem Kapitel sollen die Begriffe Achtsamkeitsmeditation und Achtsamkeitstechniken genauer bestimmt werden. Es soll darauf eingegangen werden, wie erstere mit anderen Meditationsformen, mit welchen sie in der psychologischen Literatur häufig in Verbindung gebracht wird, zusammenhängt.

Für den Begriff **Meditation** gibt es keine allgemein anerkannte Definition. Das Wort stammt von dem lateinischen *meditatio*, was ‚das Nachdenken‘ bedeutet (Dudenredaktion, 2007). Diese Definition ist aber aufgrund der Betonung des kognitiv-reflexiven Aspektes im Zusammenhang mit dieser Arbeit eher irreführend. Mit Meditation kann sowohl eine Methode als auch ein Zustand gemeint sein. Sie kann Bewegungen des Körpers beinhalten (Tai Chi, Qi-Gong, Gehmeditation,...) oder ohne Bewegungen erfolgen. Die Zielsetzungen und Motivationen können sich sehr unterscheiden: Entspannung, Herbeiführung veränderter Bewusstseinszustände, Schulung spezifischer psychischer Funktionen bis hin zu Erleuchtung bzw. spirituellem Erwachen. Meditation ist ursprünglich Bestandteil der religiösen Praxis verschiedener spiritueller Traditionen (Buddhismus, Christentum, Hinduismus, usw.). Sie zählt heute auch zu den klinischen Methoden (autogene Meditation nach Schultz, Benson-Methode, usw.). (Ott, 2007)

Die vor ca. 2500 Jahren verfasste buddhistische Lehrrede der Grundlagen der Achtsamkeit, in Pali der *satipatthana sutta*, (Nyanaponika, 1970) bietet eine genaue Beschreibung unterschiedlicher Meditationstechniken, bei denen die **Achtsamkeit** das grundlegende Element ausmacht. Diese beinhalten die achtsame, wertfreie Betrachtung unterschiedlicher Bereiche, die aus buddhistischer Sicht in ihrem Zusammenspiel die empirische Persönlichkeit ausmachen: 1) Körper, 2) Empfindungen, 3) Geist und 4) ‚Geistesobjekte‘ (Govinda, 1980). Bei der Meditationsübung wird in der Regel mit dem ersten Bereich angefangen. Der Körper bietet, gemäss dem *satipatthana sutta*, unterschiedliche Beobachtungsobjekte: Die Aus- und Einatmung, die vier Körperpositionen, die 32

Körperteile, die vier stofflichen Elemente und die Leichenfeld-Betrachtungen². In der heutigen Anwendung der Achtsamkeitsmeditation in der klinischen Psychologie wird in erster Linie auf den Atem zurückgegriffen. Konkret wird dabei der Meditierende dazu aufgefordert (meist im Sitzen), die Empfindungen, die durch seinen Atem verursacht werden, achtsam zu betrachten. In der Regel konzentriert er sich entweder auf die Empfindungen an der Nasenspitze oder im Bauchbereich. Fast unvermeidlich tauchen dabei Körperempfindungen, Gedanken, Phantasien, Sorgen usw. auf, die die Aufmerksamkeit vom eigentlichen Meditationsobjekt ablenken. Diese Phänomene sollen als solche wahrgenommen werden, dann aber soll die Aufmerksamkeit wieder sanft auf den Atem gelenkt werden. Mit der Zeit, wenn sich die Fähigkeit zur achtsamen Betrachtung verfeinert, breitet sich der Achtsamkeitsfokus zunächst innerhalb des Körperbereichs aus und geht in die anderen drei Bereiche hinein. Dabei bedeutet das Wahrnehmen dieser Bereiche keine Ablenkung mehr, sondern wird zum Meditationsobjekt. Ziel der Meditation ist es, die durch Übung erreichte höhere Qualität des Bewusstseins bzw. der Bewusstheit in den Alltag zu integrieren, d. h. Achtsamkeit soll nicht lediglich eine Eigenschaft zeitlich umschriebener Meditationszustände sein (Scharfetter, 1997, 2004; Bohus & Huppertz, 2006).

Diese Form der Meditation wird in der heutigen psychologischen Literatur als **Achtsamkeitsmeditation** bezeichnet und auf unterschiedliche Art mit zwei anderen Formen buddhistischer Meditation in Verbindung gebracht. Diese sind die Sammlungsmeditation (*Samatha*) und die Einsichtsmeditation (*Vipassana*). Z. B. beschreibt Baer (2003) Achtsamkeitsmeditation als eine Art Gegenpol zur Sammlungsmeditation, Kabat-Zinn (2003) und Ostafin et al. (2006) als Synonym für Einsichtsmeditation, Brown und Ryan (2004) sehen sie als Oberbegriff, der sowohl die eine als auch die andere beinhaltet, und von Goleman (1990) wird sie als eine Meditationsart betrachtet, die sich zu Vipassana weiterentwickeln kann. Achtsamkeitsmeditation ist weder mit Einsicht- noch Sammlungsmeditation gleichzusetzen, sie ist aber auch kein Gegenpol zu diesen. Achtsamkeit und **Einsichtsmeditation** sind in ihrer Form dasselbe: Beide beinhalten einen breiten Aufmerksamkeitsfokus und das Beobachten von ständig wechselnden äusseren und inneren Erfahrungseindrücken. Dieses Beobachten soll zu einem veränderten (besseren) Zugang zu sich selbst und den Anderen, d. h. zu neuen

² Die Leichenfeld-Betrachtungen zeigen den toten Körper in den verschiedenen Stadien des Zerfalls. Sie mögen zunächst zu Abscheu, dann aber zu Ernüchterung, Entfremdung und Abwendung gegenüber dem begehrten Objekt führen und zuletzt zur Nichtich-Erkenntnis. Sie illustrieren die vergängliche und unpersönliche Natur des Körpers. (Nyanaponika, 1979)

Einsichten, führen. Streng genommen beinhaltet aber die Einsichtsmeditation ein ganz bestimmtes Ziel: Vipassana. Es bedeutet „die Dinge zu sehen, wie sie sind“ (Nyanaponika, 1970) und entspricht in der buddhistischen Lehre der Einsicht in die drei universellen Kennzeichen der Existenz, nämlich der Vergänglichkeit oder Impermanenz (*anicca*), der Leidhaftigkeit oder Nichthinlänglichkeit (*dukkha*), d.h. Bedürfnisse können nicht dauerhaft gestillt werden, und der Nicht-Ichhaftigkeit (*anatta*). Achtsamkeitsmeditation, so wie sie in der empirisch-wissenschaftlichen Psychologie verstanden wird, ist schlicht die Übung einer achtsamen Haltung. Ob dies mit Vipassana verbunden ist oder nicht, liegt an der Zielsetzung des Übenden. **Sammlungsmeditation** unterscheidet sich von Achtsamkeitsmeditation vor allem aufgrund ihres engen Fokus: Dabei wird die Aufmerksamkeit auf ein inneres oder äusseres Objekt gerichtet, wie z. B. körperliche Empfindungen, *Mantras*, die vier *Brahma-viharas* (göttliche Verweilungszustände: Liebende Güte, Mitleid, Mitfreude und Gleichmut) und Mandalas (Goleman, 1990). Sammlungsmeditation wird meist als eine Vorbereitung für die Einsichtsmeditation gesehen, da sie die Fähigkeit fördert, die Aufmerksamkeit anhaltend zu fokussieren bzw. nicht vereinnahmt zu werden. D. h. der Meditierende soll zunächst lernen, seine Aufmerksamkeit auf ein bestimmtes Objekt dauerhaft zu lenken und erst wenn eine gewisse Fähigkeit zur Konzentration gegeben ist, soll der Aufmerksamkeitsfokus ausgebreitet werden.

Techniken, die eine achtsame Haltung fördern, werden in der psychologischen Literatur unter dem Sammelbegriff **Achtsamkeitstechniken** zusammengefasst (Hayes & Shenk, 2004; Martin, 2002). Dazu zählen unterschiedliche Arten der Achtsamkeitsmeditation (Atemmeditation, Body Scan, Zazen, Gehmeditation, Bogenschiessen in der Zen Tradition, usw.) und Methoden wie Tai Chi Chuan, autogenes Training aber auch Psychotherapie (Hayes & Shenk, 2004). Kurz gefasst kann das Üben der Achtsamkeit im Allgemeinen als die „fortwährende annehmende Beobachtung des Stromes an interner und externer Information“ (Bohus & Huppertz, 2006, S. 268) beschrieben werden. Jede Technik und Methode, die zur Kultivierung einer solchen Haltung beiträgt, kann prinzipiell als Achtsamkeitstechnik bezeichnet werden.

Diese Arbeit konzentriert sich auf Zusammenhänge zwischen Achtsamkeit, Achtsamkeitsmeditation und psychischer Gesundheit. Bevor die bisherige Befundlage dazu beschrieben wird (Kapitel 2.3), soll das Konzept der psychischen Gesundheit genauer bestimmt werden (Kapitel 2.2).

2.2 Psychische Gesundheit und ihre Sicht aus der Konsistenztheorie

2.2.1 Definition psychischer Gesundheit

Psychische Gesundheit ist ein breit gefasstes Konstrukt. Gemäss der Weltorganisation zur Gesundheit (WHO) bedeutet es nicht bloss die **Abwesenheit psychischer Symptome**, sondern umfasst darüber hinaus das subjektive Wohlbefinden und eine Reihe weiterer Aspekte wie die wahrgenommene Selbsteffizienz, die Entfaltung des eigenen intellektuellen und emotionalen Potentials, Kommunikationskompetenzen, Fähigkeiten, mit Gefühlen umzugehen und in der Gemeinschaft einen Beitrag zu leisten, usw. (WHO, 2001a, 2001b). Das **subjektive Wohlbefinden** wurde von Schwartz und Strack (1999) als die momentane, individuelle Beurteilung des eigenen Glücks definiert. Diese wird meist aufgrund des affektiven Zustands ausgedrückt: Wenn nach dem eigenen subjektiven Wohlbefinden gefragt wird, antworten die Personen oft „Ich fühle mich gut“ (Schwartz & Strack, 1999). Der **globale affektive Zustand** ist also ein wichtiger Indikator des psychischen Wohlbefindens (Diener, 1994).

Vielfältige Aspekte spielen eine wichtige Rolle für die psychische Gesundheit. Allerdings konnte die psychologische Forschung psychische Merkmale identifizieren, die dabei eine besondere Bedeutung aufweisen. In ihrer Überblicksarbeit zu Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie weisen Michalak, Heidenreich und Bohus (2006) darauf hin, dass die bisherigen theoretischen Vorstellungen bezüglich des positiven Einflusses der Achtsamkeit auf die psychische Gesundheit vor allem aus dem Bereich der kognitiven klinischen Psychologie formuliert wurden. Deswegen plädieren die Autoren für eine weiter reichende Beschäftigung mit diesem Thema. Dementsprechend sollen in der vorliegenden Arbeit wichtige Determinanten der psychischen Gesundheit in Anlehnung an die Konsistenztheorie von Grawe (2000, 2004) präzisiert werden, die, trotz ihrer Nähe zu den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen (insbesondere in ihrem Schwerpunkt auf die empirische Forschung), auch Aspekte aus humanistischen, tiefen-, gestalt- und sozialpsychologischen Ansätzen sowie aus den Theorien zur Selbstorganisation umfasst. Dadurch bietet sie eine schulenübergreifende Perspektive für die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Achtsamkeit und psychischer Gesundheit.

2.2.2 Wichtige Determinanten psychischer Gesundheit

Innerhalb der Konsistenztheorie wird das menschliche psychische System als ein sich selbst-regulierendes System beschrieben (vgl. Powers, 1973, in Grawe, 2000). Demgemäss konstruiert der Organismus aufgrund der angeborenen Anlagen und den Erfahrungen in der Interaktion mit der Umwelt Hypothesen und Erwartungen über die Welt und das Selbst, die als Gedächtnisinhalte gespeichert werden. Diese Erwartungen beeinflussen das Erleben und Verhalten des Individuums, indem sie seine Wahrnehmungen, kognitiv-emotionale Schemata, Ziele usw. vorprägen. Demgemäss beginnen psychische Vorgänge nicht mit einem Stimulus, der realitätsgetreu im System eine Repräsentation hervorruft und zu einer Reaktion führt, sondern sind immer in Bezug auf mögliche wahrscheinliche Fortsetzungen vorgeprägt. Beispiele der top-down Beeinflussung der Wahrnehmung findet man im Bereich der Gestaltpsychologie. Dort wird gezeigt, wie das Gehirn aufgrund von Wahrnehmungshypothesen äussere Stimuli organisierend verarbeitet (z.B. bei der Gruppierung ähnlicher oder naher Elemente) und ihnen objektiv nicht vorhandene Eigenschaften wie z.B. Bewegung hinzufügt (Grawe, 2000). Innerhalb dieses Systems spielen unterschiedliche Komponenten eine besonders wichtige Rolle für die psychische Gesundheit. Diese sollen in den folgenden Kapiteln beschrieben werden.

2.2.2.1 Motivationale Schemata und motivationale Ziele

Motivationale Schemata können als die Mittel verstanden werden, die von einem Individuum entwickelt werden, um seine Grundbedürfnisse zu befriedigen (Grawe, 2004). Sie können als regulierende Prozesse beschrieben werden, die sich im Laufe der individuellen Ontogenese auf der Grundlage der Grundbedürfnisse des Menschen entwickeln und sich durch Erfahrung weiter differenzieren. Motivationale Schemata können in Annäherungs- und Vermeidungsschemata unterteilt werden. Erstere beinhalten eine positive Tendenz hin zu etwas, während sich Vermeidungsschemata um ein negativ definiertes Ziel bilden und somit Bereitschaften bzw. Tendenzen darstellen, Abweichungen von Zielen und die damit verbundenen Emotionen zu vermeiden. Zentrale Komponenten motivationaler Schemata sind motivationale Ziele. Sie enthalten Informationen darüber, welche Wahrnehmungen eine Person sucht (**Annäherungsziele**) und welche sie vermeidet (**Vermeidungsziele**) und können unterschiedliche Abstraktionsgrade aufweisen. Sie stellen Prozessziele dar, indem sie, in Unterschied zu Ergebniszielen, kein endgültiges und definitiv erreichbares Ziel, sondern ein kontinuierliches Suchen nach bzw. Vermeiden von bestimmten

Wahrnehmungen anstreben (Grosse Holtforth & Grawe, 2000). Dies trifft insbesondere für Vermeidungsziele zu: Während Annäherungsziele zumindest momentan mehr oder weniger stabil erreicht werden können, erfordert das Vermeiden bestimmter Situationen, Objekte, Kognitionen usw. eine ständige Orientierungsreaktion und Aufmerksamkeitslenkung auf das mögliche Auftreten der unerwünschten Ereignisse. Sie spielen also für das psychische Wohlbefinden eine besonders wichtige Rolle: Indem sie durch ihre Aktivität den Erfahrungsraum des Individuums einschränken, erschweren sie die Befriedigung positiver Ziele sowie die Entwicklung neuer positiver motivationaler Schemata.

2.2.2.2 Die Grundbedürfnisse

Motivationale Schemata entwickeln sich um menschliche **Grundbedürfnisse** herum. Verschiedene Autoren haben unterschiedliche zentrale menschliche Grundbedürfnisse vorgeschlagen. Gemäss Grawe (2000) können sie in den vier folgenden Grundbedürfnissen zusammengefasst werden:

1. Das Bedürfnis nach **Orientierung und Kontrolle**: Zur Orientierung entwickelt jedes Individuum ein Modell der Realität, an das es seine Erfahrungen assimiliert (Grawe, 2004) und das aufgrund von Erfahrungen akkomodiert werden kann. Innerhalb dieses Modells haben **Selbstwirksamkeitserwartungen**, d. h. die Überzeugungen eines Menschen, die Fähigkeit und Kompetenzen zu besitzen bzw. nicht zu besitzen, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen, besondere Relevanz für das psychische Wohlbefinden (Bandura, 1977). Selbstwirksamkeitserwartungen werden v. a. dann zu einem Teil des Realitätsmodells, wenn das Individuum positive Kontrollerfahrungen macht bzw. seine Ziele erreicht. (Grawe, 2004)
2. Das Bedürfnis nach **Lustgewinn und Unlustvermeidung** beinhaltet das Bestreben, erfreuliche, lustvolle Erfahrungen herbeizuführen und schmerzhaft, unangenehme Erfahrungen zu vermeiden. Dieses Grundbedürfnis ist beim Menschen das offensichtlichste und beeinflusst massgebend die Verhaltenstendenz. (Grawe, 2000, 2004)
3. Das Bedürfnis nach **Bindung**, d.h. das Angewiesensein des Menschen auf nahe Bezugspersonen (Grawe, 2004) entwickelt sich im Laufe des ganzen Lebens und nimmt, je nach Entwicklungsphase, unterschiedliche Formen an. Seine Erfüllung hängt massgebend von dem in der Kindheit entwickelten Bindungsstil ab (Bowlby, 1975).

4. Das Bedürfnis nach **Selbsterhöhung** entwickelt sich zeitlich später als die anderen Grundbedürfnisse. Dies ist dadurch zu erklären, dass dessen Entwicklung das Vorhandensein eines von der Welt und von den anderen Menschen getrennten Ichs und die Fähigkeit zu reflexivem Denken voraussetzt. Ein erhöhter **Selbstwert** ist mit positiveren Emotionen und allgemein mit psychischem Wohlbefinden eng verbunden (Sheldon, 2006).

Besonders in Bezug auf die Bedeutung des Bedürfnisses nach Lustgewinn und Unlustvermeidung sind sich buddhistische Philosophie und wissenschaftliche Psychologie einig: Alle Erfahrungen eines Individuums durchgehen eine automatisierte (vorbewusste) Bewertung hinsichtlich der Qualitäten angenehm-unangenehm. Dieser Mechanismus stellt einen wichtigen Bestandteil innerhalb des motivationalen Systems des Menschen dar, indem er automatisierte Tendenzen auslöst, sich dem Erwünschten anzunähern und das Unerwünschte zu vermeiden und fern zu halten.

2.2.2.3 Das Konsistenzprinzip

Gemäss der Konsistenztheorie unterliegen psychische Schemata und Grundbedürfnisse dem so genannten **Konsistenzprinzip**: Psychische Prozesse sollen einen gewissen Grad an Konsistenz haben. Mit Konsistenz ist die Übereinstimmung, Kohärenz oder Vereinbarkeit der gleichzeitig ablaufenden psychischen Prozesse gemeint (Grawe, 2004; vgl. Festinger, 1957). Mechanismen zur Gewährleistung von Konsistenz sind z.B. die schon oben erwähnte top-down Beeinflussung der Wahrnehmung und der bewussten Kognition.

Grawe unterscheidet zwei Formen von Inkonsistenz: Inkongruenz und Diskordanz. **Inkongruenz** bezieht sich auf die Nicht-Übereinstimmung von inneren Schemata und Wahrnehmungen, wobei letztere sowohl aus der Aussenwelt, als auch aus dem eigenen Körper und dem Gedächtnis, in Form von Erinnerungen, stammen können. Inkongruenz kann also gut mit **der wahrgenommenen Nicht-Zielerreichung** verglichen werden. Annäherungskongruenz beschreibt, inwieweit das Angestrebte nicht realisiert werden konnte und die Vermeidungskongruenz, inwieweit das Unerwünschte eingetreten ist. **Diskordanz** entsteht aufgrund inkompatibler motivationaler Schemata, d.h. Schemata, deren gleichzeitige Realisierungen sich gegenseitig ausschliessen. Inkompatibilität kann bewusste und unbewusste Schemata betreffen.

Das langfristige Fortbestehen von Inkonsistenzen führt in der Regel zu einer inneren Spannung und stellt eine wichtige Form von **Stress** dar. Trotz ihres erschwerenden

Charakters ist **Inkonsistenzspannung** der Motor der individuellen Entwicklung: Sie bringt Dynamik in das System, indem sie das Individuum zu ihrer Auflösung motiviert.

2.2.2.4 Strategien im Umgang mit Inkonsistenzspannung

Um der Inkonsistenzspannung entgegenzuwirken, können unterschiedliche Strategien eingesetzt werden, die mehr oder weniger funktional sind. Zu den funktionalen Strategien gehört z.B. eine gute **Emotionsregulation**. Ihre Relevanz für die psychische Gesundheit wurde in vielen Untersuchungen bestätigt (siehe Berking, in Druck). Berking (in Druck) und Berking und Znoj (zur Veröffentlichung eingereicht) unterscheiden neun Kompetenzen zur Emotionsregulation: Aufmerksamkeit auf Gefühle richten, Gefühle klar erkennen, emotionsrelevante Körperempfindungen wahrnehmen, Gefühle verstehen, Gefühle akzeptieren und Gefühle aushalten können. Dazu kommen Selbstunterstützung in emotional belastenden Situationen, zielgerichtete Konfrontationsbereitschaft (d. h. die Fähigkeit, wichtige Ziele auch angesichts negativer Gefühle verfolgen zu können) und die Überzeugung, die eigenen Gefühle bei Bedarf positiv beeinflussen zu können.

Konstruktive Strategien führen zu einem gesunden Umgang mit den eigenen Emotionen und tragen zur Reduktion von Konfliktspannungen und Inkonsistenz bei. Problematisch ist die Anwendung dysfunktionaler Strategien, die in der Regel kurzzeitig zu einer Linderung der Konfliktspannung aber langfristig eher zu grösseren Schwierigkeiten führen. Dazu gehört **Vermeidung** bzw. das nicht-in-Kontakt-bleiben-wollen mit bestimmten inneren Erfahrungen (Emotionen, Gedanken, Erinnerungen usw.) oder äusseren Situationen (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996). Das Vermeiden innerer Erfahrungen wird von Hayes und Mitarbeitern als erfahrungsmässige Vermeidung (*experiential avoidance*) bezeichnet und äussert sich u. a. in Form kognitiver Vermeidung, d. h. wenn bestimmte Probleme nicht erkannt oder resigniert akzeptiert werden (Hayes et al., 1996). Vermeidung kann auch verhaltensmässig bzw. behavioral sein, z. B. wenn bestimmten Situationen ausgewichen wird oder diese frühzeitig verlassen werden (Ottenbreit & Dobson, 2004). Durch Vermeidung bestimmter sozialer Situationen kommt es zu einer Einschränkung des Erlebnisraumes und dadurch zu einer verminderten Ausbildung neuer positiver Ziele, zu einem weniger differenzierten Verhaltensrepertoire sowie zu weniger positiven Verstärkungen. Gemäss Hayes et al. (1996) können viele psychopathologische Störungsbilder (vor allem Angststörungen und Depression) als ungesunde Methoden der Vermeidung angesehen werden (Ottenbreit & Dobson, 2004). Dies widerspiegelt sich u. a. darin, dass die Auseinandersetzung mit Vermeidung praktisch in allen therapeutischen

Ausrichtungen, von der Psychoanalyse Freuds bis zur kognitiven Verhaltenstherapie, als eine wichtige Komponente enthalten ist (Hayes et al. 1996).

Verschiedene Studien konnten Annahmen der Konsistenztheorie bestätigen. Insbesondere konnte die wichtige Rolle von Inkongruenz bestätigt werden: Sie weist sehr starke negative Assoziationen zum subjektiven Wohlbefinden auf und vermittelt einen grossen Teil des schädlichen Einflusses, den Vermeidungsziele, interpersonelle Probleme und das Fehlen von Ressourcen und konstruktiven Denken auf die psychische Gesundheit ausüben (Grawe, 2005).

Zusammenfassend sind, in Anlehnung an die WHO, die Abwesenheit psychischer Störungen und der globale affektive Zustand (als Mass des subjektiven Wohlbefindens) wichtige Indikatoren der psychischen Gesundheit. Die Konsistenztheorie sieht darüber hinaus die folgenden Faktoren als wichtige Determinanten psychischer Gesundheit an: Eine gute Emotionsregulation, hohe Selbstwirksamkeitserwartungen, ein gutes Selbstwertgefühl, ein geringes Inkongruenzniveau, sowie ein geringes Ausmass an Vermeidung und Vermeidungsmotivation.

2.3 Achtsamkeit und psychische Gesundheit

2.3.1 Theoretische Annahmen zum gesundheitsfördernden Einfluss von Achtsamkeit und Achtsamkeitsmeditation auf die psychische Gesundheit

Unterschiedliche Autoren haben Mechanismen zur Erklärung der Wirkung von Achtsamkeit und Achtsamkeitsmeditation aus der Sicht der empirisch-wissenschaftlichen Psychologie vorgeschlagen (Baer, 2003; Heidenreich & Michalak, 2003; Robins, 2002). In der Literatur wurde meist nicht deutlich unterschieden zwischen ‚primären‘ Aspekten der Achtsamkeit bzw. ihren Facetten (z. B. die wertfreie, distanzierte und akzeptierende Haltung) und Aspekten, die eher als Effekte bzw. Folgen ihrer Kultivierung gesehen werden können (z. B. Selbst-Management und kognitive Veränderung). Es soll hier versucht werden, eine solche Einteilung vorzunehmen. Dabei soll jeweils eine Facette der Achtsamkeit beschrieben und anschliessend die damit am stärksten verknüpften Effekte bzw. ihrer Entfaltung vorgeführt werden. Da die hier beschriebenen Mechanismen sehr eng miteinander verbunden sind und z. T. Überlappungen aufweisen, soll die hier

vorgeschlagene Einteilung eher als orientierend angesehen werden und hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

(1) **Willentlich auf das Hier und Jetzt gelenkte Aufmerksamkeit.** Heidenreich und Michalak (2003) weisen auf den in der Achtsamkeit zentralen Aspekt der willentlich auf das Hier und Jetzt gelenkten Aufmerksamkeit hin. Sie schlagen dabei eine Brücke zur Problemanalyse nach Schulte (1996, in Heidenreich & Michalak, 2003), bei der versucht wird, ungünstige Verhaltens- und Erlebensmuster durch genaue Beobachtung und Beschreibung des Problemverhaltens zu deautomatisieren. Analog unterstreicht Kabat-Zinn (1990) die Rolle der Achtsamkeit für die Ausschaltung des Autopilotenmodus, der durch eingefahrene Gewohnheiten des Denkens, Fühlens und Wahrnehmens charakterisiert ist. Achtsamkeit kann durch **Deautomatisierung** solcher Muster und Gewohnheiten zur Flexibilität von Verhalten und Denkmustern beitragen (Heidenreich & Michalak, 2003). Dies betrifft alle Bereiche, anfangend von alltäglichen Aufgaben wie z.B. Kochen oder Putzen, die mit mehr Bewusstheit geschickter, zeit- und energiesparender durchgeführt werden. Eine bessere Selbstbeobachtung erlaubt auch das frühzeitige **Erkennen von ruminativen** oder anderen dysfunktionalen **Gedankenabläufen**, die somit schneller unterbrochen werden können (Williams & Meibert, 2006). Sie fördert eine bessere Erkenntnis und Differenzierung der eigenen Zustände und der Konsequenzen des eigenen Verhaltens und damit ein besseres **Selbst-Management** (Baer, 2003). Dies ermöglicht eine differenziertere und genauere Sicht der aktuellen Situation, so dass es einfacher wird, effektive Coping-Strategien einzusetzen und impulsive, maladaptive Verhaltensweisen zu reduzieren (Baer, 2003).

(2) **Exposition.** Eine achtsame Haltung beinhaltet eine möglichst umfassende Wahrnehmung des Gegenwärtigen, von angenehmen und unangenehmen Empfindungen, Emotionen und Gedanken, ohne sie zu vermeiden oder verändern zu wollen. Sie beinhaltet also eine Bereitschaft und Fähigkeit zur Konfrontation, die eine kontinuierliche Exposition zu den (inneren und äusseren) Erfahrungen mit sich bringt und dadurch Habituation und Desensibilisierung gegenüber unangenehmen Erfahrungen bewirkt (Baer, 2003; Heidenreich & Michalak, 2003; Robins, 2002). Eine achtsame Exposition kann besonders wirksam sein: Untersuchungen zeigen, dass die Exposition in der Psychotherapie vor allem dann bei der Herbeiführung relevanter Veränderungen scheitert, wenn die Patienten während der Exposition dissoziieren oder wegen kognitiver Vermeidungsprozesse eine zu geringe emotionale Aktivierung zeigen (Jaycox, Foa & Morral, 1998; van Minnen & Hagenaars, 2002; Rauch & Foa, 2006). Da eine achtsame Haltung dagegen mit

der Fähigkeit einhergeht, mit aversiven Emotionen im Kontakt zu bleiben und diese bewusst und nicht abwehrend wahrzunehmen, stellt sie eine wichtige Voraussetzung für eine wirksame Konfrontation mit unerwünschten Erfahrungen dar. Die Entwicklung der Fähigkeit zu einem achtsamen Im-Kontakt-Bleiben mit aversiven Erfahrungen wird oft innerhalb von Behandlungsverfahren, die sich auf das Achtsamkeitsprinzip stützen, sehr betont: Sie stellt einen Kernpunkt innerhalb der von Steven Hayes entwickelten Acceptance and Commitment Therapy (ACT, Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) dar. Ebenso spielen, laut Kabat-Zinn und Kollegen (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn et al., 1992), Habituation und Desensibilisierung eine zentrale Rolle bei der Reduktion der Symptome, die Patienten mit chronischen Schmerzen und Angststörungen innerhalb des MBSR Programms erleben.

(3) **Wertfreie, nicht-identifizierende Haltung.** Ein weiterer potentiell therapeutischer Aspekt von Achtsamkeit ist ihre wertfreie und nicht-identifizierende Haltung. Diese Fähigkeit, sich aus den unmittelbar wirkenden Prozessen im Bewusstsein zu lösen, sich von ihnen soweit zu distanzieren, dass man sie beobachten kann, trägt dazu bei, dass Beobachtungsobjekte schlicht als ‚vorübergehende mentale Ereignisse‘ bewusst wahrgenommen und nicht als Aspekte des Selbst oder Widerspiegelungen der Realität interpretiert werden (Bishop et al. 2004):

Wenn wir alles, was mit uns geschieht, auf das subjektive Erleben reduzieren, haben wir grundsätzlich einen grossen Spielraum gewonnen. Wir können nämlich unser subjektives Erleben sehr viel leichter verändern als die Bedingungen, unter denen wir leben. (Huppertz, 2006, S. 262)

Auch einige kognitiv verhaltenstherapeutische Ansätze konzentrieren sich auf die Entwicklung einer ähnlichen Haltung. Die kognitive Therapie der Depression nach Beck (1979) zielt u. a. darauf ab, dass der Patient seine Gedanken relativiert, indem sie nicht als genaue Abbilder der Realität gesehen werden, sondern als Kognitionen, die auch falsch sein können und verifiziert werden sollten. Ähnlich soll im kognitiven Modell der Zwangsstörung von Salkovkis (1989) eine Distanzierung und Relativierung der Zwangsgedanken dazu beitragen, dass ihnen weniger Bedeutung und Beachtung zugeschrieben wird, sodass sie lediglich als mentale Ereignisse wahrgenommen werden³ (Baer, 2003; Heidenreich & Michalak, 2003). Diese Haltung wird in der wissenschaftlichen Achtsam-

³ Ein wichtiger Unterschied zwischen den hier erwähnten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen und Achtsamkeit besteht darin, dass Achtsamkeit eine distanzierte und nicht-identifizierende Haltung allen Bewusstseinsinhalten gegenüber einnehmen soll und nicht nur dysfunktionalen Gedanken und Gefühlen gegenüber (Heidenreich und Michalak, 2003).

keitsliteratur auch als *decentering* (Teasdale et al., 2002) und *cognitive defusion* (Blackledge & Hayes, 2001) bezeichnet und geht mit der Aktivierung eines **metakognitiven Modus** einher (Wells, 2002; Teasdale et al., 2002; Berking & von Känel, 2007). Das heisst, dass sie das Beobachten von und Reflektieren über Kognitionen erleichtert. Die damit einhergehende **Relativierung kognitiv-emotionaler Schemata** kann deren Verhaltensrelevanz abschwächen und die Aktivierung von Steuerungsmechanismen erleichtern (Kabat-Zinn, 1990; Bohus & Huppertz, 2006). Achtsamkeit kann aber auch zum Auftreten weiterer Arten von **kognitiver Veränderung** (bzw. Umstrukturierung), wie das Entstehen neuer Einsichten und Interpretationen bezüglich des eigenen Erlebens und des sozialen Umfeldes führen (Baer, 2003).

(4) **Akzeptanz** ist ein zentraler Aspekt der Achtsamkeit. Mit Akzeptanz ist nicht Kapitulation oder Resignation gemeint, sondern das Annehmen, das nicht bewertende Wahrnehmen und Eingestehen von bestimmten Ereignissen und der folgenden Reaktion. Das Bestehende wird als ‚gut genug‘ anerkannt und die Bedingungen, die ihr Dasein geschaffen haben, tolerierend erkannt. Diese annehmende Haltung unterbricht sonst automatisierte Reaktionsmuster und erst auf dieser Basis können sich nachhaltige und zielorientierte Veränderungen ergeben (Bohus & Huppertz, 2006; Heidenreich & Michalak, 2007). Beispielhaft dafür sind die ACT und die Dialektische Behaviorale Therapie (DBT; Linehan, 1993, 2004) für Borderline Persönlichkeitsstörungen. Die ACT konzentriert sich u. a. auf die Kultivierung von Akzeptanz, die als eine Unterstützung für das engagierte Handeln in Richtung eigener Werte und Ziele verstanden wird (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Die DBT legt viel Gewicht darauf, bei Borderline Patienten ein besseres Gleichgewicht zwischen Akzeptanz und Veränderungsorientiertheit zu fördern und unterstreicht, wie wichtig es ist, zwischen Dingen zu unterscheiden, die man verändern kann bzw. sollte und Dingen, bei denen das nicht der Fall ist und die akzeptiert werden sollten (Linehan, 1993, siehe auch Kapitel 2.3.3.1.). Eine akzeptierende Perspektive kann das automatisierte Streben reduzieren, so viel wie möglich mit dem Angenehmen in Kontakt zu bleiben und alles Unangenehme und Unerwünschte zu vermeiden oder zu verändern (Baer, 2003).

Diese Mechanismen sprechen deutlich für einen potentiell positiven Einfluss der Achtsamkeit und deren Übung auf die psychische Gesundheit. In den nächsten Kapiteln soll auf vorliegende Befunde zur Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter und -informierter Behandlungsverfahren und zu den Zusammenhängen zwischen Achtsamkeit, Meditationserfahrung und psychischer Gesundheit bei nicht-Patienten eingegangen werden.

2.3.2 Achtsamkeit in der Psychotherapie: Behandlungsverfahren und Wirksamkeit

In der Psychotherapie wurden in den letzten zwei Jahrzehnten unterschiedliche therapeutische Programme entwickelt, die Konzepte und Techniken aus der Achtsamkeits-tradition mit einschliessen. Germer (2005) unterscheidet dabei achtsamkeitsorientierte Vorgehensweisen sowie achtsamkeitsinformierte und achtsamkeitsbasierte Ansätze. Achtsamkeitsorientiert arbeiten demnach Therapeuten, die selber meditieren mit dem Ziel, eine achtsamere Haltung in die Therapie zu bringen, ohne den Patienten Meditationsübungen zu vermitteln. Bei achtsamkeitsinformierten Behandlungsverfahren ist Achtsamkeit eines unter mehreren Elementen der Intervention, während sich achtsamkeitsbasierte Ansätze erheblich auf Achtsamkeit und deren Kultivierung durch Übung stützen. Gemäss Heidenreich und Michalak (2006) sind der *Alliance Ruptures*-Ansatz von Safran und Muran (2000) und der von Marlatt (1994, 2002) vorgeschlagenen Einsatz von Achtsamkeit im Suchtbereich achtsamkeitsinformiert, während das Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Programm von Kabat-Zinn (1990), die Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) nach Segal et al. (2002) und die Dialektische Behaviorale Therapie der Borderline-Störungen (DBT) von Linehan (1993) achtsamkeitsbasierte Ansätze darstellen. Allerdings ist die Grenze zwischen achtsamkeitsinformiert und achtsamkeitsbasiert fließend (Heidenreich & Michalak, 2006). Das spiegelt sich z. B. in der von Berking und von Känel (2007) vorgeschlagenen und etwas strengeren Einteilung in achtsamkeitsassoziierten und achtsamkeitsbasierten Programmen wider. Die Autoren zählen dabei lediglich das MBSR zu den letzteren, während MBCT und DBT unter achtsamkeitsassoziierten Ansätzen subsumiert werden. Ausserdem könnte man solche Ansätze danach einteilen, ob sie vorwiegend konzeptuell an das Achtsamkeitsprinzip anknüpfen oder auch Techniken aus der Achtsamkeitstradition enthalten. Die DBT gehört zu den ersteren, während MBSR und MBCT regelmässige Übung von Achtsamkeitstechniken akzentuieren. An dieser Stelle sollen diese drei Ansätze vorgestellt und empirische Wirksamkeitsnachweise angeführt werden. Eine Übersicht über achtsamkeitsbasierte und -assoziierte Behandlungsverfahren und deren Wirksamkeit bietet der Review von Baer (2003).

Das *Mindfulness-Based Stress Reduction* (**MBSR**; Kabat-Zinn, 1982, 1990, 1994) wurde ursprünglich für Patienten mit chronischen Schmerzen entwickelt und wird mittlerweile bei Patienten mit unterschiedlichen körperlichen und psychischen Beschwerden angewendet. Das Training zielt auf eine nachhaltige Besserung von psychischen und physischen Symptomen, eine verbesserte Fähigkeit sich zu entspannen, eine Reduktion von Schmer-

zen und einen besseren Umgang mit ihnen, auf mehr Enthusiasmus und Energie im Leben, Erhöhung des Selbstbewusstseins und bessere Bewältigungsstrategien in stressvollen Situationen. Es umfasst einen Zeitraum von acht Wochen und beinhaltet unterschiedliche Achtsamkeitsübungen: Sitzmeditation (Aufmerksamkeit auf das Ein- und Ausatmen), Body Scan (Liegenmeditation, bei der die Aufmerksamkeit durch die verschiedenen Körperregionen gelenkt wird), Hatha Yoga (sanfte Stretch- und Versteifungsübungen aus der Yoga-Tradition) und informelle Meditation (das Bringen einer achtsamen Haltung in den Alltag). Dabei sollen während der Meditationsübung die folgenden Grundeinstellungen bewusst kultiviert werden: Nicht-Werten, Geduld, Unvoreingenommenheit, Vertrauen, Nicht-Streben, Akzeptanz und Loslassen. Zentral bei diesem Programm ist es, den Umgang mit Schmerzen zu verändern, indem sie nicht mehr mit Leiden gleichgesetzt werden, sondern das Leiden als eine von vielen möglichen Reaktionen auf sie erkannt wird.

Eine Reihe empirischer Studien hat die Wirksamkeit vom MBSR Programm bewiesen. Es führte in normalen und klinischen Stichproben zu Reduktionen von Stress, Angst, Dysphorie, negativer Stimmung, Stressbelastung, psychischer Belastung und funktionalen Einschränkungen. Signifikante Besserungen konnten auch bei generalisierter Angststörung, Panikstörung und Binge Eating Disorder nachgewiesen werden (Heidenreich & Michalak, 2003, 2006; Baer, 2003; Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004). In einer Studie wurde die Auswirkung des MBSR Programms auf die Effektivität psychotherapeutischer Behandlungen untersucht: Dabei zeigte die Patientengruppe, die zusätzlich zur Einzeltherapie das MBSR Training besucht hatte, eine signifikant höhere Erreichung therapeutischer Ziele als die Patientengruppe ohne MBSR Training (Weiss, Nordlie & Siegel, 2005).

Die *Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)* wurde von Segal, Williams und Teasdale (Teasdale, Segal & Williams, 1995; Segal, Williams & Teasdale, 2002) zur Rückfallprophylaxe für Patienten, die depressive Episoden erlebt haben, entwickelt. Dieses Programm basiert auf dem MBRS Training, umfasst ebenfalls einen Zeitraum von acht Wochen, beinhaltet zum grössten Teil die selben Achtsamkeitsübungen aber auch kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Interventionen. Die MBCT stützt sich auf eine Theorie der Informationsverarbeitung, gemäss der milde dysphorische Zustände das Neuauftreten einer Depression auslösen, weil sie alte Muster depressiven Denkens wieder aktivieren. Durch Achtsamkeitstechniken und Elemente kognitiver Therapie zielt das Programm auf die Entwicklung einer nicht-identifizierenden Aufmerksamkeit auf aktuelle

Gedanken, Emotionen und körperliche Empfindungen, so dass diese als rein mentale Ereignisse betrachtet werden und nicht mehr als Aspekte des eigenen Selbst oder genaue Beschreibungen der Realität. Diese neue Haltung soll die Eskalation negativer Gedanken verhindern, welche beim Auftreten der ersten depressiven Anzeichen zu einer vollen Episode führen könnten.

Depressive Patienten, die bereits drei oder mehr depressive Episoden erlebt hatten, zeigten eine signifikant kleinere Rückfallrate nach einer MBCT Intervention (Teasdale et al., 2000; Ma & Teasdale, 2004) sowie eine Reduktion des für Depressive typischen übergenerellen autobiographischen Gedächtnis (Williams, Teasdale, Segal & Soulsby, 2000). Die Variable, die mit dem depressionsprophylaktischen Erfolg die stärkste Assoziation zeigte, war metakognitive Bewusstheit. Sie beinhaltet die Fähigkeit, negative Gedanken nicht mehr mit einem Selbst zu identifizieren, sondern sie als beobachtbare mentale Inhalte zu betrachten (Teasdale et al., 2002).

Die *Dialectical Behavior Therapy* (**DBT**; Linehan, 1993) wurde von Linehan zur Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) entwickelt. Der Name dieser Therapie weist auf die zentrale Rolle einer dialektischen Weltsicht innerhalb der Theorie. Die dialektische Weltsicht beinhaltet dabei drei Prinzipien: Das Prinzip der wechselseitigen Beziehungen und der Ganzheit, das Prinzip der Polarität (These und Antithese) und das Prinzip des kontinuierlichen Wandels (Linehan, 1993). Gemäss Linehan scheitern Patienten mit BPS an der Dialektik: Sie wechseln ständig zwischen zwei klaren aber unvereinbaren Standpunkten hin und her, sind unfähig zu einer Synthese der zwei Positionen zu gelangen und neigen dazu die Wirklichkeit in einem sehr begrenzten Bezugsrahmen einander entgegengesetzter Kategorien von Entweder-Oder wahrzunehmen anstatt in einem Sowohl-als-Auch. Die DBT beinhaltet viele therapeutische Verfahren aus dem Spektrum der kognitiven-verhaltenstherapeutischen Therapie (kognitive Umstrukturierung, Expositionstraining, Kontingenz-Management, etc.) und Achtsamkeit ist dabei in einzelnen Modulen wichtig. Dabei wird zwischen drei Was-Fertigkeiten (Wahrnehmen, Beschreiben und Teilnehmen) und drei Wie-Fertigkeiten (nicht-wertend, konzentriert und wirkungsvoll) unterschieden. Die therapeutische Funktion der Achtsamkeit innerhalb dieses Ansatzes zeigt sich vor allem in Bezug auf die Entwicklung von Akzeptanz und Validierung des momentanen Verhaltens und eines ausgeglichenen Verhältnisses zwischen Veränderung und Annehmen. Sie soll einen bewussten Umgang mit Gefühlen, Achtsamkeit für positive Erfahrungen und eine wertfreie Haltung gegenüber eigenen Wünschen und anderen Menschen fördern.

Die DBT hat sich in mehreren Studien mit Borderline Patienten für die Reduktion der Symptomatik und die Verbesserung von Problemlösestrategien, Coping und soziale Integration als wirksam erwiesen (Mühlenkamp, 2006; Bohus et al. 2004; Lieb, Linehan, Schmal, Zanarini & Bohus, 2004). Positive Befunde liegen auch für die Behandlung von Bulimie, Binge-Eating-Disorder, Sexualstraftätern, Posttraumatische Belastungsstörung, Depression und Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit Hyperaktivität vor (Quigley, 2000; Becker & Zayfert, 2001; Lynch, Morse, Mendelson & Robins, 2003; Robins & Chapman, 2004).

Die methodische Qualität der Wirksamkeitsstudien zu achtsamkeitsbasierten und -assoziierten Ansätzen wurde von einigen Autoren kritisiert. Die dabei erwähnten Mängel sind das Fehlen von Kontrollgruppen, zu kleine Stichproben, unklare Definitionen der Interventionen oder keine Berücksichtigung von Drop-Out-Raten (Baer, 2003; Bishop, 2002; Grossman et al., 2004). Dazu kommt, dass in den bisherigen Studien die Achtsamkeit meist nicht erfasst wurde (Walach et al., 2006). Allerdings ermitteln methodisch einwandfreie Studien zu achtsamkeitsbasierten Behandlungsverfahren mittlere bis grosse Effektstärken, die über sehr verschiedene Populationen hinweg relativ konsistent sind (Heidenreich & Michalak, 2003, 2006). Das spricht eindeutig für die Wirksamkeit solcher Ansätze.

2.3.3 Empirische Befunde zu Achtsamkeit, Achtsamkeitsmeditation und psychischer Gesundheit

2.3.3.1 Achtsamkeit und psychische Gesundheit

Unterschiedliche Studien, vor allem im Rahmen der Validierung von Achtsamkeitsfragebögen haben Zusammenhänge zwischen Achtsamkeit und diversen Indikatoren der psychischen Gesundheit untersucht. Im Folgenden soll die Befundlage zu den in Kapitel 2.2 erwähnten Aspekten und Determinanten der psychischen Gesundheit beleuchtet werden, die für diese Studie relevant sind.

Mehrere Studien sprechen dafür, dass Achtsamkeit mit einer geringeren **psychopathologischen Symptombelastung** einhergeht. In einer Untersuchung von Baer und Mitarbeitern (2006) zeigten fünf unterschiedlichen Achtsamkeitsfragebögen zeigten negative, moderate bis starke Korrelationen mit der allgemeinen psychopathologischen Beeinträchtigung und mit Neurotizismus, Depression, Ängstlichkeit und Somatisierung. Diese Befunde stammen aus unterschiedlichen Populationen: Normalbevölkerung, Vipas-

sana Meditierende, Patienten und Studierende. (Baer et al., 2006; Walach et al., 2006; Brown & Ryan, 2003, 2004; Hayes & Feldman, 2004). Dazu konnte in einer prä-post-Studie zum MBSR Programm die Zunahme der Werte der Subskala *decentering* aus der Toronto Mindfulness Scale die allgemeine psychopathologische Symptomatik nach der Intervention schwach vorhersagen (Lau et al., 2006). Die Autoren erklären diesen Befund dadurch, dass *decentering* eine Relativierung eigener Gedanken und Gefühle bedeutet und somit zu einer Stressreduktion führen kann (vgl. Kapitel. 2.3.1.).

Emotionales Wohlbefinden und **Selbstwertgefühl** sind ebenfalls mit Achtsamkeit moderat bis stark assoziiert: In zwei Studien berichten Brown und Ryan (2003, 2004) über positive Korrelationen von Achtsamkeit mit positivem Affekt und Selbstgefühl und über negative Korrelationen mit dem negativen Affekt.

Der Zusammenhang zwischen **wahrgenommener Zielerreichung** (bzw. Inkongruenz) und Achtsamkeit wurde bisher nicht explizit untersucht. Allerdings weisen die nachfolgenden Befunde auf das Bestehen dieses Zusammenhanges hin. Zwei Studien von Chatzisarantis (2007) konnten die moderierende Rolle der Achtsamkeit in der Beziehung zwischen Intention und Verhalten aufzeigen: Nur bei achtsameren Personen liessen Absichten die physische Aktivität in der Freizeit vorhersagen. In der Studie von Lau und Kollegen (2006) korrelierte die Subskala der Achtsamkeit *decentering* in einer Stichprobe von Normalpersonen und Vipassana Meditierenden negativ schwach mit dem Erleben unaufmerksamkeitsbedingten Versagens in Kognitionen und Verhalten. Bei einer Untersuchung zum MBSR Programm konnte die beobachtete Zunahme der Achtsamkeitswerte den erlebten Stress nach der Intervention vorhersagen (Lau et al., 2006).

Die sich selbst zugeschriebene **Kompetenz** im Umgang mit der Umwelt korreliert mittelstark bis stark mit Achtsamkeit (Brown & Ryan, 2003). Weitere Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und Selbstwirksamkeitserwartungen sind nicht vorhanden. Hingegen wurde die Assoziation zwischen Achtsamkeit und dem **Umgang mit Emotionen** mehrmals untersucht und bestätigt. Achtsamkeit korrelierte schwach bis stark mit Aufmerksamkeit und Klarheit von Gefühlen und mit der Fähigkeit, die eigene Stimmung gezielt zu beeinflussen (Baer et al., 2006; Brown & Ryan, 2003; Hayes & Feldman, 2004). In einer Studentenstichprobe war Achtsamkeit moderat bis stark negativ assoziiert mit Schwierigkeiten in der Emotionsregulation als Mangel an Bewusstheit, Verstehen und Akzeptanz von Emotionen, dem Zugang zu Emotionsregulationsstrategien

und den Schwierigkeiten damit, unabhängig vom emotionalen Zustand, zielgerichtet zu handeln (Baer et al, 2006).

Achtsamkeit korreliert mittelstark bis stark negativ mit erfahrungsmässiger **Vermeidung** und Dissoziation, dazu korreliert sie schwach bis mittelstark negativ mit Gedankenunterdrückung (Baer et al., 2006; Walach et al., 2006; Hayes & Feldman, 2004). Diese Befunden wurden bei Studenten, Vipassana Meditierenden und normalen Erwachsenen erhoben. Offenheit gegenüber Gefühlen und Erfahrungen korrelierte in mehreren Untersuchungen schwach bis mittelstark positiv mit Achtsamkeit, wobei der Mindfulness Questionnaire (MQ) keine signifikante Korrelationen mit dieser Skala aufwies (Baer et al., 2006; Brown & Ryan, 2003). Der Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und motivationalen Zielen wurde bisher nicht untersucht.

Die grosse Breite der Korrelationsstärken ist wahrscheinlich vor allem auf die Anwendung unterschiedlicher Achtsamkeitsfragebögen zurückzuführen. Insgesamt sprechen aber die Befunde für einen förderlichen Einfluss der Achtsamkeit auf psychische Gesundheit und Wohlbefinden.

2.3.3.2 Buddhistische Meditation und Achtsamkeit

Die Auswirkung buddhistischer Meditation auf die Achtsamkeit wurde in mehreren Studien untersucht. Eine Studie mit prä-post Vergleich verschiedener Stichproben von Vipassana-Kursteilnehmern zeigte signifikante Erhöhungen des Achtsamkeitswertes am Ende der Kurse (Walach et al., 2006). Beim Vergleich zwischen Personen mit viel und Personen mit wenig oder ohne Meditationserfahrung wurden bedeutende Unterschiede sichtbar (Brown & Ryan, 2003; Lau et al., 2006). Dass Erfahrung in buddhistischer Meditation mit höheren durch Fragebögen erfassten Achtsamkeitswerten einhergeht, wurde auch mit Hilfe von Studien korrelativen Designs bestätigt. Korrelationen zwischen Achtsamkeit und Meditationserfahrung liegen im schwachen bis moderaten Bereich. Sie sind stärker und konsistenter, wenn Meditation in Jahren der Erfahrung ($r = .31$ mit dem FFA und $r = .36$ mit dem MAAS) gemessen wird, verglichen mit der von Baer und Mitarbeitern vorgeschlagenen Selbsteinschätzung der Meditationserfahrung auf einer Likert-Skala („none“, „little“, „medium amount“, „quite a lot“, „a lot“), die Werte zwischen $r = -.04$ mit dem MAAS und $r = .33$ mit dem FMI ergab (Walach et al., 2003, Brown und Ryan, 2003; Baer et al., 2006).

Meditation kann also als ein effektives Mittel zur Achtsamkeitsförderung angesehen werden (Brown & Ryan, 2004). Die Befunde sprechen nicht nur für den Einfluss der Meditationsübung auf die Achtsamkeit, sondern geben interessante Hinweise darauf, wie

gut die vorhandenen Fragebögen Achtsamkeit erfassen und welche Art der Erfassung der Meditationserfahrung sich am besten eignet. Wenn von der förderlichen Wirkung der Meditation auf die Steigerung von Achtsamkeit ausgegangen wird, sprechen tiefe Korrelationen eher für eine schlechte Erfassung der Achtsamkeit bzw. der Meditationserfahrung. Die Resultate sprechen auch dafür, dass Erfahrung in Meditation am besten aufgrund objektiver Merkmale, wie z. B. die Jahre seit Anfang der Praxis erfasst werden sollte und weniger aufgrund einer subjektiven Einschätzung der eigenen Meditationserfahrung auf Likert-Skala. Dazu zeigen die zwei Korrelationsstudien konsistente Befunde bezüglich des FFA bzw. FMI, der in beiden Untersuchungen Korrelationen im moderaten Bereich zeigt (Walach et al., 2003; Baer et al., 2006). Dass die Korrelationen im Allgemeinen schwache bis mittlere Stärke haben, ist sehr wahrscheinlich auf interindividuelle Unterschiede zurückzuführen.

2.3.3.3 Buddhistische Meditation und psychische Gesundheit

Studien über die Effekte buddhistischer Meditation auf die psychische Gesundheit liegen nur vereinzelt vor. Die bisherigen Befunde scheinen die Annahmen der positiven Auswirkung der Meditationsübung zu bestätigen.

Meditierende können, in Vergleich zu Personen ohne Meditationserfahrung, ihre Reaktionen auf experimentell induzierte negative Emotionen besser modulieren: Eine Studie von Goleman und Schwartz (1976) zeigte, dass Herzrate und Hautleitfähigkeit von Meditierenden nach Exposition zu belastenden Filmen schneller wieder die Baseline-Werte erreichten. Das Bestehen besserer Fertigkeiten seitens der Meditierenden, starkes emotionales Arousal zu modulieren, wird auch durch eine EEG-Studie von Aftanas und Golochevkin (2005) unterstützt.

Eine Studie mit Vipassana Meditierenden zeigte, dass Erfahrene signifikant mehr über Selbstakzeptanz und positive Stimmung berichteten als Anfänger. Dazu war in der Anfängergruppe der negative Einfluss von Stress auf die Selbstakzeptanz grösser als bei den Erfahrenen, das galt aber nicht für den Zusammenhang zwischen Stress und positiver Stimmung (Easterlin & Cardena, 1998-1999).

Prä-post Studien zu Vipassana Retreats oder sonstigen Meditationsprogrammen zeigten signifikante Erhöhungen von Selbstwertgefühl, Selbstakzeptanz, Wohlwollen, Toleranz gegenüber Stressoren, Selbstverwirklichung und dem Gefühl von Kontrolle. Emotionale Erschöpfung, allgemeine psychopathologische Symptombelastung, Angst, Depression sowie stressbezogene Symptome zeigten hingegen signifikante Reduktionen. (Emavar-

dhana & Tori, 1997; Galantino, Baime, Maguire, Szapary & Farrar, 2005; Goldin, 2001; Ostafin et al, 2006; Al-Hussaini et al., 2001)

Eine Studie von Lazar und Kollegen (2005) untersuchte Zusammenhänge zwischen strukturellen Eigenschaften des Gehirnes und der Erfahrung mit Einsichtsmeditation. Personen mit extensiver Meditationserfahrung zeigten dabei im Durchschnitt stärker entwickelte Hirnregionen, die gemäss den Autoren mit Aufmerksamkeit, Körperempfindung und sensorischer Verarbeitung assoziiert sind, insbesondere der Bereich des präfrontalen Kortex und die rechte anteriore Insula. Die Teilnehmer mit Meditationserfahrung zeigten im Vergleich zu der nicht meditierenden Kontrollgruppe keinen altersbedingten Abbau präfrontaler Regionen. Dieser Befund weist auf die Möglichkeit hin, die Meditationsübung könnte durch Mechanismen der Neuroplastizität zu strukturellen Veränderungen im Gehirn beitragen. Lernen als Veränderung neurokortikaler Netzwerke wird durch unterschiedliche Aspekte erleichtert. Dazu gehören die konstante Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf individuell relevante Stimuli, ein entspanntes Setting und wiederholte Sitzungen (Recanzone, Merzenich, Jenkins, Grajski & Dinse, 1992; Bao, Chang, Woods & Merzenich, 2004; Bangert & Altenmuller, 2003; Merzenich & DeCharms, 1996; Gottselig et al., 2004). Insbesondere dieser letzte Aspekt, die wiederholte Praxis, ist gemäss den neuen Entwicklungen der psychotherapeutischen und neuropsychologischen Forschung für die Herbeiführung anhaltender Veränderungen entscheidend (Atkinson, 2004). Da diese drei Aspekte Eigenschaften der Achtsamkeitsmeditation und deren gewöhnlichen Übungsmodalität sind sowie auch aufgrund der Resultate von Lazar et al. (2005), ist es plausibel, anzunehmen, dass die Meditationsübung effektiv zu strukturellen Veränderungen neuronaler Netzwerke beitragen kann. Diese Erwartung wird auch von Cahn und Polich (2006) in ihrem Review über neuropsychologische Effekte von Meditation unterstützt. Die Autoren weisen darauf hin, dass regelmässige Meditationsübung zu dauerhaften Veränderungen im Sinne dispositioneller Eigenschaften führen kann, die die aufgrund von Stress erlebte Belastung reduzieren können:

A considerable body of research supports the idea that meditative training can mitigate the effects of anxiety and stress on psychological and physiological functioning. The functional plasticity of the CNS affords significant neurophysiological state changes that may evolve into trait effects secondary to the long hours of practice, stylized attentional deployment, reframing of cognitive context, and emotional regulation involved in meditative training (R. J. Davidson, 2000). (Cahn & Polich, 2006, s. 201)

Die in diesem Kapitel dargestellten Befunde werden meist als Belege für die Wirkung der Meditationsübung auf Achtsamkeit und psychische Gesundheit interpretiert. Allerdings bleibt zu klären, inwieweit es sich dabei um einen tatsächlichen Übungseffekt handelt und nicht um einen Selektionseffekt. D. h., es könnte angenommen werden, dass Personen, die eine bessere Achtsamkeit und psychische Gesundheit aufweisen, die Meditationsübung leichter fällt und aus diesem Grunde eher weiter meditieren als andere. Beide Effekte sind plausibel. Es liegen aber bisher keine Studien vor, die den relativen Anteil von Selektionseffekten an den gefundenen Assoziationen untersucht haben. Dazu könnten die gefundenen Zusammenhänge auch durch andere Faktoren erklärt werden, die mit Meditation assoziiert sind. Dazu zählen z. B. der mit Meditation oft einhergehende Entspannungszustand oder persönliche Eigenschaften von Meditierenden, die wahrscheinlich im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung eher breitere Interessen haben und Tätigkeiten ausüben, die Gesundheit, Spiritualität und Beschäftigung mit existenziellen Fragen betreffen und sich für die psychische Gesundheit als fördernd erweisen könnten.

2.3.4 Offene Fragestellungen in der Achtsamkeitsforschung

Die Befundlage spricht insgesamt dafür, dass Achtsamkeit und Achtsamkeitsmeditation einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden ausüben, sowohl innerhalb klinischer therapeutischer Programme als auch ausserhalb. Einige Punkte wurden bisher innerhalb der Achtsamkeitsforschung wenig berücksichtigt. In der vorliegenden Arbeit sollen Befunde zu den Zusammenhängen zwischen Achtsamkeit, buddhistischer Meditation und psychischer Gesundheit repliziert und zusätzliche Aspekte untersucht werden. Im folgenden werden die Fragestellungen der Studie präsentiert und die Befundlage aus den vorangegangenen Ausführungen zusammengefasst.

Fragestellung 1: Gibt es einen Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und psychischer Gesundheit? Mehrere Studien konnten das Bestehen solcher Zusammenhänge für unterschiedliche Aspekte der psychischen Gesundheit bestätigen. Diese Befunde sollen hier z. T. repliziert werden, u. a. durch die Einführung eines globalen Index der psychischen Gesundheit. In Anlehnung an die Bedeutung, die die Konsistenztheorie der wahrgenommenen Zielerreichung zuschreibt, soll deren Assoziation mit Achtsamkeit näher untersucht werden. Besonders ausführlich wird dabei die Untersuchung des Zusammenhanges zwischen Emotionsregulationskompetenzen und Achtsamkeit sein, und zwar zum einen wegen der Ähnlichkeit dieser Konzepte und zum anderen um der Frage

nachzugehen, inwieweit Achtsamkeit auch mit aktiveren, handlungsnahen Fähigkeiten im Umgang mit Emotionen einhergeht.

Fragestellung 2: Gibt es Zusammenhänge zwischen den einzelnen Dimensionen der Achtsamkeit und psychischer Gesundheit? Nach den in Kapitel 2.3.1 geschilderten Komponenten und möglichen Wirkmechanismen der Achtsamkeit ist zu erwarten, dass ihre einzelnen Aspekte unterschiedlich stark mit der globalen psychischen Gesundheit und ihren verschiedenen Indikatoren und Determinanten einhergehen. Diese Frage wurde bisher nur selten untersucht. Deren Untersuchung könnte es aber erlauben, für die psychische Gesundheit besonders relevante Aspekte der Achtsamkeit, sowie deren differentielle Zusammenhänge mit unterschiedlichen Aspekten der psychischen Gesundheit festzustellen. Analog zur ersten Fragestellung sollen hier die Zusammenhänge zu den Kompetenzen im Umgang mit Gefühlen einzeln aufgeführt und untersucht werden.

Fragestellung 3: Wie liesse sich ein potentiell positiver Einfluss von Achtsamkeit auf die psychische Gesundheit erklären? Obwohl unterschiedliche theoretische Vorstellungen zur Erklärung der potentiell protektiven Rolle der Achtsamkeit für die psychische Gesundheit formuliert wurden, steht deren empirische Erforschung noch in ihren Anfängen (Bohus & Huppertz, 2006). Es sollen in der vorliegenden Arbeit zwei mögliche Wege beschrieben werden, auf denen sich der angenommene fördernde Einfluss der Achtsamkeit auf die psychische Gesundheit äussern könnte. Dabei wird der Schwerpunkt auf die den psychologischen Stress lindernde Wirkung der Achtsamkeit gesetzt und dargestellt, wie sich Achtsamkeit durch Beeinflussung des erlebten Stress positiv auf die psychologische Gesundheit auswirken könnte.

Fragestellung 4: Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmass an bisheriger Praxis in buddhistischer Meditation und Achtsamkeit? Die Befundlage bestätigt die erwarteten Zusammenhänge zwischen der Erfahrung mit Achtsamkeitsmeditation und der Fähigkeit zur Achtsamkeit. Diese Zusammenhänge sollen in dieser Studie bestätigt werden. Dazu soll untersucht werden, mit welchem Aufwand und zeitlichem Verlauf die Steigerung von Achtsamkeit durch buddhistische Meditation verbunden ist und welche Dimensionen der Achtsamkeit am stärksten mit Meditationserfahrung einhergehen. Ein weiterer, hier untersuchter Schwerpunkt betrifft die Art der Operationalisierung der Meditationserfahrung. Diese wurde in den meisten Studien als die Zeit seit Beginn des Praktizierens der Meditation operationalisiert. Bezüglich der Steigerung von Achtsamkeit durch Meditationserfahrung ist aber zu erwarten, dass sie nicht nur

davon abhängt, seit wie langem meditiert wird, sondern z.B. auch davon, wie oft dies geschieht, und ob früh oder spät im Leben mit der Meditationsübung angefangen wurde. Um genauere Informationen darüber zu gewinnen wie Meditationserfahrung am besten erfasst werden soll, wird diese Studie unterschiedliche quantitative Operationalisierungen vorschlagen und deren Zusammenhänge mit Achtsamkeit und ihren einzelnen Facetten untersuchen.

Fragestellung 5: Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmass an bisheriger Praxis in buddhistischer Meditation und der psychischen Gesundheit?

Die Befundlage zeigt, dass Erfahrung mit Achtsamkeitsmeditation mit psychischer Gesundheit einhergeht. Allerdings gibt es bisher nur wenige Studien, die Zusammenhänge zwischen Erfahrung in Meditation ausserhalb von säkularisierten Programmen für Patienten und der psychischen Gesundheit erforscht haben (Ostafin et al., 2006). In der vorliegenden Studie soll der Einfluss buddhistischer Meditation bei Personen, die aus eigenem Interesse Meditation in ihrem Alltag gebracht haben, untersucht werden. Es kann also davon ausgegangen werden, dass diese Personen Meditation in einem Kontext üben, der den Akzent eher auf existentielle und/oder spirituelle als auf therapeutische Ziele setzt. Somit soll die Frage gestellt und untersucht werden, inwieweit buddhistische Meditation die psychische Gesundheit und den Umgang mit Gefühlen fördern könnte, wenn sie von gesunden Personen im Alltag angewendet wird und nicht in Interventionen eingebettet ist, die spezifisch auf die Reduktion psychopathologischer Belastung abzielen. Ähnlich wie bei den beiden ersten Fragestellungen sollen die Assoziationen zwischen Meditationserfahrung und der globalen psychischen Gesundheit, ihren einzelnen Aspekten und den verschiedenen Kompetenzen im Umgang mit Emotionen untersucht werden.

3. Fragestellungen und Hypothesen

3.1 Achtsamkeit und psychische Gesundheit

Es sollen hier die folgenden Fragestellungen (F) untersucht werden:

- F1: Gibt es einen Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und psychischer Gesundheit?
- F2: Gibt es Zusammenhänge zwischen den einzelnen Dimensionen der Achtsamkeit und psychischer Gesundheit?
- F3: Wie liesse sich ein potentiell positiver Einfluss von Achtsamkeit auf die psychische Gesundheit erklären?

3.1.1 Achtsamkeit und psychische Gesundheit

Mit Bezug auf die **erste Fragestellung** kann aufgrund der im Kapitel 2.3 geschilderten theoretischen Aussagen und empirischen Erkenntnisse erwartet werden, dass Achtsamkeit einen förderlichen Einfluss auf die psychische Gesundheit ausübt. Es kann also die folgende Hypothese (H) aufgestellt werden:

- H1: Achtsamkeit geht mit psychischer Gesundheit einher.

Bei Bestätigung von H1 soll mit Hilfe einer explorativen Analyse (EA) untersucht werden, welche Aspekte der psychischen Gesundheit mit Achtsamkeit zusammenhängen. In Anlehnung an das in Kapitel 2.2 beschriebene Verständnis von Gesundheit, ihren Indikatoren und Determinanten, sollen die folgenden Aspekte untersucht werden: Psychopathologische Symptombelastung, positive und negative Affektivität, Inkongruenz, Emotionsregulationskompetenzen, Selbstwirksamkeitserwartungen, kognitive und behaviorale Vermeidung, Vermeidungsziele und Selbstwertgefühl.

- EA1.1: Wie hängen Achtsamkeit und einzelne Aspekte der psychischen Gesundheit zusammen?

Zusätzlich sollen die Zusammenhänge zwischen Achtsamkeit und den einzelnen Emotionsregulationskompetenzen untersucht werden. Dadurch soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit der angenommene Zusammenhang zwischen diesen psychologischen Konstrukten auf ihre inhaltlichen Überlappungen zurückzuführen ist und inwieweit Achtsamkeit auch mit aktiveren, handlungsnahen Kompetenzen zur Emotionsregulation assoziiert ist.

EA1.2: Wie hängen Achtsamkeit und einzelne Emotionsregulationskompetenzen zusammen?

3.1.2 Die Dimensionen der Achtsamkeit und psychische Gesundheit

Die **zweite Fragestellung** befasst sich mit den Zusammenhängen zwischen den einzelnen Dimensionen der Achtsamkeit und der psychischen Gesundheit. Die in Kapitel 2.3.1 aufgeführten theoretischen Annahmen zur Wirkungsweise einer achtsamen Haltung lassen vermuten, dass jede ihrer Facetten mit einer besseren psychischen Gesundheit einhergeht und diese fördern kann. Die in der vorliegenden Stichprobe vorgenommene Dimensionsanalyse ergab die vier folgenden Facetten der Achtsamkeit: 1) *Gewahrsein*, 2) *Abwesenheit negativer Reaktionen*, 3) *(Selbst-)Akzeptanz* und 4) *Konzentriertheit* (siehe dazu Kapitel 5.1). Dementsprechend werden die folgenden Hypothesen aufgestellt:

H2.1: Die Achtsamkeitsfacette *Gewahrsein* geht mit psychischer Gesundheit einher.

H2.2: Die Achtsamkeitsfacette *Abwesenheit negativer Reaktionen* geht mit psychischer Gesundheit einher.

H2.3: Die Achtsamkeitsfacette *(Selbst-)Akzeptanz* geht mit psychischer Gesundheit einher.

H2.4: Die Achtsamkeitsfacette *Konzentriertheit* geht mit psychischer Gesundheit einher.

Bei Bestätigung der Hypothese 2 soll explorativ untersucht werden, welche Aspekte der psychischen Gesundheit mit den einzelnen Dimensionen der Achtsamkeit zusammenhängen. Auch beim Konzept der Emotionsregulation sollen die Assoziationen mit dessen einzelnen Kompetenzen untersucht werden.

EA2.1: Wie hängen einzelne Dimensionen der Achtsamkeit und die psychische Gesundheit zusammen?

EA2.2: Wie hängen einzelne Dimensionen der Achtsamkeit und Emotionsregulationskompetenzen zusammen?

3.1.3 Achtsamkeit, Stress und das psychische Wohlbefinden

Fragestellung 3 betrifft die Wirkungsweise der Achtsamkeit. Die ersten Fragestellungen bezogen sich auf ihren Zusammenhang mit wichtigen Indikatoren und Determinanten der psychischen Gesundheit als ein Konstrukt. Hier soll der Frage nachgegangen werden, wie Achtsamkeit die Zusammenhänge zwischen einzelnen Aspekten der psychischen Gesundheit beeinflussen könnte.

Inkongruenz stellt aus der Sicht der Konsistenztheorie die wichtigste und die psychische Gesundheit beeinträchtigende Stressquelle dar (siehe Kapitel 2.2.2.4). Die in Kapitel 2.3.1 formulierten theoretischen Annahmen sprechen dafür, dass der potentielle positive Einfluss von Achtsamkeit auf das subjektive Wohlbefinden z. T. durch ihre Stress lindernde Wirkung erklärbar sei. Theoretische Überlegungen und bisherige Befunde deuten auf zwei mögliche Wege hin, durch die Achtsamkeit zu einer Linderung erlebten Stressses beitragen könnte. Sie sollen in den Kapiteln 3.1.3.1 und 3.1.3.2 aufgeführt werden.

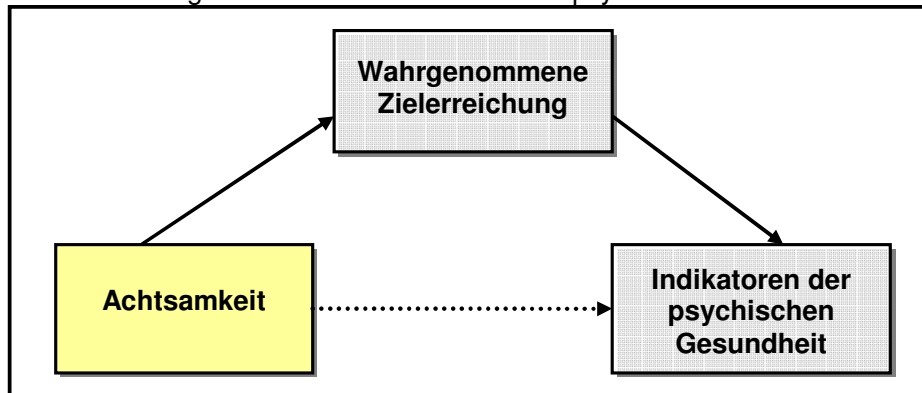
3.1.3.1 Mediator-Hypothesen

Zum einen kann erwartet werden, dass Achtsamkeit das psychische Wohlbefinden fördert, indem sie zu einer besseren objektiven sowie subjektiv wahrgenommenen Zielerreichung beiträgt. Gemäss der in Kapitel 2.3.1 geschilderten theoretischen Annahmen zu den Wirkmechanismen der Achtsamkeit geht sie u. a. mit einer verbesserten Fähigkeit zur willentlichen Aufmerksamkeitslenkung, funktionalen kognitiven Veränderungen, einem

besseren Selbst-Management und der Durchbrechung des Autopilotenmodus einher. Achtsamkeit könnte also die Handlungskompetenz fördern und die Auseinandersetzung mit der Umwelt verbessern. Somit wäre zu erwarten, dass Achtsamkeit zu einer besseren Zielerreichung führt. Diese Hypothese ist konsistent mit den Annahmen einer Reihe von Autoren. Nach Brown und Ryan bedeutet eine offene und genaue Aufmerksamkeit für innere Abläufe eine bessere Grundlage für die Handlungsplanung, welche die Wahl von Verhaltensweisen, die mit den eigenen Bedürfnissen konsistent sind, erleichtert (Brown und Ryan, 2003). Kabat-Zinn unterstreicht dabei eher die Relevanz einer akzeptierenden Haltung: Die Fähigkeit zur Akzeptanz kann das Auftreten depressiver oder ängstlicher Gefühle bei der Durchführung zielrelevanter Handlungen reduzieren und negative Reaktionsmuster unterbrechen, was flexibleres Verhalten ermöglicht (Kabat-Zinn, 2003). Darüber hinaus kann angenommen werden, dass Achtsamkeit die subjektive Einschätzung der eigenen Zielerreichung beeinflusst: Eine bessere Fähigkeit zur Akzeptanz, wenig ausgeprägte automatisierte negative Reaktionen, sowie die Relativierung eigener Gedanken, Gefühle und Wünsche könnten dazu beitragen, dass die Diskrepanz zwischen Zielen und Wahrnehmungen als weniger ausgeprägt oder relevant eingeschätzt wird.

Diese Annahme der Wirkweise von Achtsamkeit ist bislang nicht empirisch getestet worden. Deswegen soll in dieser Arbeit mit Hilfe von **Mediator-Analysen** getestet werden, ob die angenommene positive Wirkung von Achtsamkeit auf die psychische Gesundheit z. T. durch die Verbesserung der wahrgenommenen Zielerreichung erklärt werden kann. Dabei wird erwartet, dass Stressreduktion in Form wahrgenommener verbesserter Zielerreichung einen intervenierenden Mechanismus darstellt, der den Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und der psychischen Gesundheit vermittelt (Abbildung 1). In Anlehnung an die in Kapitel 2.2 geschilderten theoretischen Überlegungen, sollen die Mediator-Hypothesen auf die folgenden drei Indikatoren der psychischen Gesundheit getestet werden: Psychopathologische Symptombelastung, positiver und negativer Affekt.

Abbildung 1: Wahrgenommene Zielerreichung als Mediator des Zusammenhanges zwischen Achtsamkeit und psychischer Gesundheit.



Es werden die folgenden **Mediator-Hypothesen** formuliert:

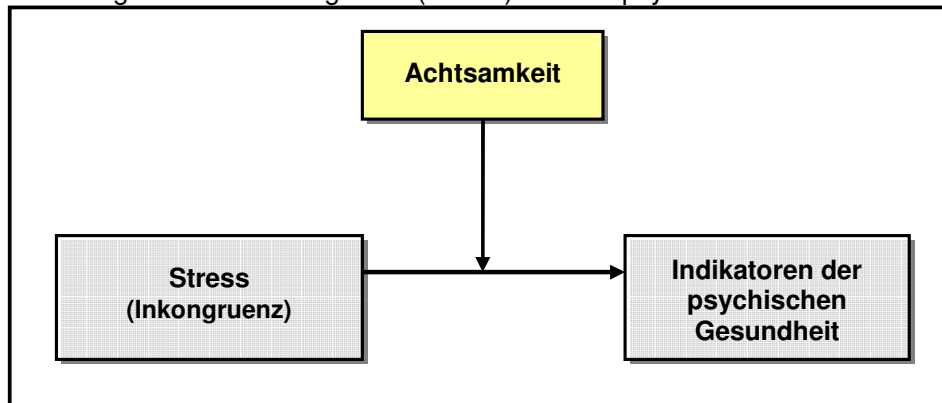
- H3.1.1: Der positive Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und der positiven Affektivität wird durch die achtsamkeitsbedingte Verbesserung der Zielerreichung mediiert.
- H3.1.2: Der negative Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und der negativen Affektivität wird durch die achtsamkeitsbedingte Verbesserung der Zielerreichung mediiert.
- H3.1.3: Der negative Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und der psychopathologischen Symptombelastung wird durch die achtsamkeitsbedingte Verbesserung der Zielerreichung mediiert.

3.1.3.2 Moderator-Hypothesen

Achtsamkeit könnte nicht nur dazu beitragen, das Auftreten von Stress zu reduzieren, sondern auch dazu, dass der Umgang mit schon vorhandenem Stress verbessert wird. Stress entsteht meist aus Diskrepanzen zwischen Ist- und Soll-Zuständen. Achtsamkeit beinhaltet die Fähigkeit, die eigenen automatischen Reaktionen auf diese Diskrepanzen distanziert zu beobachten und akzeptierend anzunehmen, wodurch deren Eskalierung gebremst werden kann. Eine Untersuchung von Carlson und Brown (2005) unterstützt das. Dort korrelierten physische, psychologische und behaviorale Reaktionen in belastenden Situationen in einer Stichprobe von Krebserkrankten und in einer von Normalpersonen

moderat negativ mit Achtsamkeit. Weitere Studien belegen, dass akzeptanzorientierte Copingstrategien zu einer verbesserten **Toleranz gegenüber belastenden Situationen** beitragen (Hayes et al., 1999; Levitt, Brown, Orsillo & Barlow, 2004; Feldner, Zvolensky, Eifert & Spira, 2003). Somit ist zu erwarten, dass Achtsamkeit den schädlichen Einfluss von Inkongruenz auf das psychische Wohlbefinden moderiert (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Der moderierende Einfluss der Achtsamkeit auf den Zusammenhang zwischen Inkongruenz (Stress) und der psychischen Gesundheit.



Es werden die folgenden **Moderator-Hypothesen** aufgestellt:

- H 3.2.1: Achtsamkeit moderiert den Zusammenhang zwischen Inkongruenz und positiver Affektivität: Je höher die Achtsamkeit, desto weniger hängt die erlebte positive Affektivität vom Inkongruenzniveau ab.
- H 3.2.2: Achtsamkeit moderiert den Zusammenhang zwischen Inkongruenz und negativer Affektivität: Je höher die Achtsamkeit, desto weniger hängt die erlebte negative Affektivität vom Inkongruenzniveau ab.
- H 3.2.3: Achtsamkeit moderiert den Zusammenhang zwischen Inkongruenz und psychopathologischer Symptome: Je höher die Achtsamkeit, desto weniger hängt das Vorhandensein subjektiver psychopathologischer Symptome vom Inkongruenzniveau ab.

3.2 Buddhistische Meditation, Achtsamkeit und psychische Gesundheit

Es sollen hier die folgenden Fragestellungen untersucht werden:

- F4: Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmass an bisheriger Praxis in buddhistischer Meditation und Achtsamkeit?
- F5: Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmass an bisheriger Praxis in buddhistischer Meditation und psychischer Gesundheit?

3.2.1 Der Zusammenhang zwischen Meditationserfahrung und Achtsamkeit

Fragestellung 4 bezieht sich auf die Replikation von Befunden, denen zu Folge Erfahrung in buddhistischer Meditation einen wichtigen Einfluss auf den Grad an alltäglich praktizierter Achtsamkeit hat (siehe Kapitel 2.3.2.). Dabei werden unterschiedliche Indikatoren für das Ausmass an bisher praktizierter Meditation verwendet, um zu prüfen, welche quantitativen Praxisaspekte den grössten Effekt auf die alltägliche Achtsamkeit haben.

- H4.1: Personen mit Erfahrung in buddhistischer Meditation sind achtsamer als Personen ohne Meditationserfahrung.
- H4.2: Die Fähigkeit zur Achtsamkeit nimmt bei buddhistisch Meditierenden mit zunehmender meditativer Erfahrung zu.

Darüber hinaus soll explorativ untersucht werden, wie das Ausmass an Meditationserfahrung mit den unterschiedlichen Aspekten der Achtsamkeit zusammenhängt (EA4.1) und zu welchen Zeitpunkten im Laufe der individuellen Meditationspraxis sich die Achtsamkeit bedeutend verbessert (EA4.2).

- EA4.1: Wie stark gehen die einzelnen Facetten der Achtsamkeit mit dem Ausmass an Erfahrung in buddhistischer Meditation einher?
- EA4.2: Zu welchen Zeitpunkten kommt es zu bedeutenden Steigerungen der Achtsamkeit im Laufe der individuellen Meditationspraxis?

3.2.2 Der Zusammenhang zwischen dem Ausmass an bisheriger Praxis in buddhistischer Meditation und der psychischen Gesundheit

Fragestellung 5 befasst sich mit den Zusammenhängen zwischen der Erfahrung in buddhistischen Meditationstechniken und der psychischen Gesundheit. Der Aufbau der Hypothesen und explorativen Analysen ist analog zu Fragestellung 1. Die in Kapitel 2.3 geschilderten theoretischen Überlegungen und Befunde sprechen dafür, dass eine längere und intensivere Erfahrung mit Achtsamkeitsmeditation die psychische Gesundheit fördert:

H5: Erfahrung in buddhistischen Meditationstechniken geht mit psychischer Gesundheit einher.

Bei Bestätigung von H5 soll explorativ untersucht werden, welche Aspekte der psychischen Gesundheit und welche Emotionsregulationskompetenzen mit Meditationserfahrung zusammenhängen. Dadurch soll auch analysiert werden, inwieweit die Meditationserfahrung mit einzelnen Emotionsregulationskompetenzen zusammenhängt.

EA5.1: Wie stark gehen einzelne Aspekte der psychischen Gesundheit mit dem Ausmass an Erfahrung in buddhistischer Meditation einher?

EA5.2: Wie stark gehen einzelne Emotionsregulationskompetenzen mit dem Ausmass an Erfahrung in buddhistischer Meditation einher?

3.3 Zusätzliche explorative Analysen

Im Laufe der ersten Auswertungen zu den Fragestellungen bezüglich der Zusammenhänge zwischen Achtsamkeit und der psychischen Gesundheit (Fragestellungen 1 und 2) und der Verteilung der Fragebögen in den Meditationsgruppen ergaben sich zusätzliche Fragen. Aus diesem Grund wurde Fragebogen 3 hergestellt, der in Fragebogen 1 und 2 nicht enthaltenen Skalen beinhaltet. Die folgenden Fragestellungen und explorativen Analysen beziehen sich auf diesen Fragebogen und sind z. T. Präzisierungen zu vorhin erwähnten Punkten, bergen aber auch weitere, noch offene Fragen. Die Fragestellungen 6 und 7 konzentrieren sich auf die Zusammenhänge zwischen Achtsamkeit, Meditation und

der Fähigkeit zum aktiven Problemlösen in Form von Handlungsorientierung (vs. Lageorientierung) gemäss der Handlungsplanungstheorie von Kuhl und Beckmann (1994a, 1994b). Die Fragestellungen 8 und 9 unterscheiden sich von den vorherigen: Die Fragestellungen 1 bis 7 beziehen sich auf Zusammenhänge zwischen den in einer Stichprobe gemittelten individuellen Ausprägungen in der Fähigkeit zur Achtsamkeit, der Erfahrung mit buddhistischer Meditation und der psychischen Gesundheit und ermöglichen es zu untersuchen, inwieweit diese Eigenschaften miteinander assoziiert im Durchschnitt vorkommen; Die letzten Fragestellungen konzentrieren sich hingegen auf die Meinungen von Meditierenden bezüglich Beweggründen, Zielen und Auswirkungen der eigenen Meditationspraxis. Fragestellung 8 beziehen sich auf die vorhin schon untersuchten Begriffe Emotionsregulationskompetenzen, wobei hier die Meinung der Probanden in den Mittelpunkt rückt, inwieweit sie denken, dass ihre Meditationspraxis zu Verbesserungen in diesen Bereichen beitrug. Die neunte Fragestellung wird sich hingegen mit Beweggründen und Zielen der Meditationsübung befassen.

Verschiedene Autoren weisen darauf hin, dass achtsamkeitsbasierte Techniken vor allem die Fähigkeiten fördern können, unangenehme Erfahrungen zu beobachten, zu akzeptieren und auszuhalten, dass sie aber bei der Förderung aktiver Problemlösung zu kurz greifen könnten (Berking & von Känel, 2007; Berking & Znoj, 2006). Es könnte aber auch angenommen werden, dass sich aufgrund der Stärkung der Kompetenzen zur Akzeptanz, Toleranz und bewussten Beobachtung des eigenen Funktionierens eine höhere Bereitschaft und Kompetenz zur aktiven Problemlösung entwickeln kann. Aufgrund fehlender Daten ist bislang unklar, inwieweit Achtsamkeit mit Lage- oder Handlungsorientierung zusammenhängt. Deswegen wurden die folgenden Fragestellungen noch zusätzliche in die Untersuchung aufgenommen:

F6: Gibt es einen Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und Handlungsorientierung?

F7: Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmass an bisheriger Praxis in buddhistischer Meditation und Handlungsorientierung?

Es wird angenommen, dass Achtsamkeit und Meditationserfahrung die Handlungsorientiertheit fördern können, was mit der Annahme ihrer potentiell fördernden Rolle für das aktive Problemlösen in Einklang steht. Allerdings werden, dem Studiendesign entsprechend, die Hypothesen nicht-kausal formuliert:

- H6: Achtsamkeit geht mit Handlungsorientierung einher.
- H7: Erfahrung in buddhistischer Meditation geht mit Handlungsorientierung einher.

Des Weiteren soll explorativ untersucht werden, ob sich die verschiedenen Aspekte von Achtsamkeit in Bezug auf ihren Zusammenhang mit Handlungsorientierung unterscheiden:

- EA6: Wie stark gehen die einzelnen Facetten der Achtsamkeit mit Handlungsorientierung einher?

Abschliessend sollen mit qualitativer Methodik die Meinungen der befragten buddhistisch Meditierenden über Wirkungen, Ziele und Beweggründe der Meditationsübung erfragt werden. Dabei wurden die folgenden Fragestellungen untersucht:

- F8: Inwieweit wirkt, aus der Sicht von Meditierenden, die Meditationsübung auf die Emotionsregulationskompetenzen?
- F9: Was sind die Beweggründe und Ziele, die buddhistisch Meditierende in Bezug auf ihre persönliche Meditationsübung berichten?

Daraus ergeben sich die folgenden explorativ untersuchten Annahmen:

- EA8: Wie oft berichten buddhistisch Meditierende Verbesserungen in den Emotionsregulationskompetenzen, die durch Meditation erreicht wurden?
- EA9: Über welche Beweggründe und Ziele der Übung der Meditation berichten buddhistisch Meditierende mit unterschiedlich langer Meditationserfahrung?

4. Methodenbeschreibung

In diesem Teil der Arbeit wird auf die Datenerhebung eingegangen (Kapitel 4.1), gefolgt von der Stichprobenbeschreibung (Kapitel 4.2). Im Anschluss daran werden die verwendeten Messmittel vorgestellt (Kapitel 4.3). Im letzten Abschnitt werden die psychologischen Vorhersagen und die angewandten statistischen Verfahren beschrieben (Kapitel 4.4 und 4.5).

4.1 Studiendesign und Datenerhebung

Diese Studie weist ein nicht experimentelles, querschnittliches Design auf. Die Datenerhebung erfolgte von Dezember 2005 bis Dezember 2006. Die Personen wurden gebeten, an einer Fragebogenuntersuchung zu den Themen Emotionsregulation, psychischer Gesundheit und Achtsamkeit teilzunehmen. Voraussetzung für die Teilnahme an der Untersuchung waren gute Deutschkenntnisse. Es wurden drei Fragebögen verteilt (zur Beschreibung der darin enthaltenen Skalen siehe Kapitel 4.3). Die Verteilung erfolgte durch unterschiedliche Kanäle: Drei Personen waren dabei beteiligt und gaben die Bögen im Bekanntenkreis, im Universitätsbetrieb (u. a. bei der Seniorenuniversität), an unterschiedlichen Kursen der Migros-Klubschule und in verschiedenen Meditationsgruppen weiter. Es wurden zwei Messungen durchgeführt, dabei enthielt die erste Messung (T1) immer Fragebogen 1 und die zweite (T2) entweder Fragebogen 2 oder 3. Fragebogen 2 sollte 14 Tage nach Fragebogen 1 ausgefüllt werden. Für die Ausfüllung von Fragebogen 3 wurde keine spezielle zeitliche Angabe angegeben. Fragebogen 1 wurde von allen Teilnehmern ausgefüllt und enthält zehn Skalen. Erhoben wurden Daten zur Achtsamkeit, Angaben zur Meditationserfahrung und unterschiedliche Aspekte der psychischen Gesundheit (siehe Kapitel 4.3.1). Des Weiteren wurden das Geschlecht, das Alter, die Nationalität, die höchste abgeschlossene Schulbildung und der Beruf erfragt. Fragebogen 2 enthält zwei Skalen aus den zehn des ersten Fragebogens: Den SEK-27 und den BSI. Fragebogen 3 wurde nur in buddhistischen Meditationsgruppen (in Bern, Basel und Zürich) verteilt und enthält Fragen bezüglich der eigenen Meditationspraxis. Damit die Fragebögen einander in anonymisierter Form zugeordnet werden konnten, gaben die Versuchspersonen einen Codenamen an, welcher die ersten drei Buchstaben des Vornamens der Mutter und den Geburtsjahrgang des Vaters beinhaltete.

4.2 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt haben 409 Personen an der Studie teilgenommen und Fragebogen 1 ausgefüllt. Davon füllten 229 auch Fragebogen 2 und 26 Fragebogen 3 aus.

Für die Durchführung der Faktorenanalyse und die Untersuchung der Fragestellungen wurden unterschiedliche Stichproben gebildet: Die Gesamtstichprobe ($N = 409$), die Risikostichprobe ($N = 200$ bei der Erst- und $N = 116$ bei der Zweiterhebung), die Meditationsstichprobe ($N = 42$) und eine damit vergleichbare Nicht-Meditationsgruppe ($N = 42$). Dazu wurde die Meditationsstichprobe in vier Untergruppen geteilt, je nach Meditationserfahrung des Befragten.

Ein Gesamtblick über die demographischen Eigenschaften der Stichproben ist aus Tabelle 1 zu entnehmen.

4.2.1 Gesamtstichprobe

Die Gesamtstichprobe umfasst 409 Probanden, die zumindest Fragebogen 1 ausgefüllt haben. Diese Stichprobe besteht aus der Meditationsstichprobe (siehe Kapitel 4.1.3.) und einer Normalstichprobe von 367 Personen. Die Normalstichprobe wurde in keiner statistischen Analyse verwendet und soll also nicht näher beschrieben werden. In Tabelle 1 sind demographische Angaben über die Gesamtstichprobe dargestellt. Sie wurde in der vorliegenden Arbeit ausschliesslich für die Durchführung der Faktorenanalyse zur Ermittlung der Unterskalen des Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (siehe Kapitel 4.3.1.) verwendet.

Tabelle 1: Demographische Eigenschaften der untersuchten Stichproben.

	Gesamt- Stichprobe	Risiko- Stichprobe (T1)	Risiko- Stichprobe (T2)	Meditations- Stichprobe	Nicht- Meditations- Stichprobe	Meditations- Stichprobe mit Fragebogen3	Med1 (bis 360 Sitzungen)	Med2 (361-1'080 Sitzungen)	Med3 (1'081-3'600 Sitzungen)	Med4 (ab 3'601 Sitzungen)
N	409	200	116	42	42	25	12	10	10	10
Geschlecht	n (%)									
Männer	132 (32,2)	62 (31.0)	27 (23.3)	16 (38.1)	16 (38.1)	10 (40)	5 (41.7)	2 (20.0)	4 (40)	1 (10)
Frauen	274 (67.0)	138 (69.0)	89 (76.7)	25 (59.5)	26 (61.9)	14 (56)	7 (58.3)	8 (80.0)	6 (60)	9 (90)
Fehl. Werte	3 (0.7)	-	-	1	-	1 (4)	-	-	-	-
Alter										
M	40.92	36.92	41.07	44.57	44.60	44.08	35.75	44.60	48.80	50.90
SD	18.16	18.81	20.90	15.28	15.45	12.57	11.41	18.41	17.84	8.91
Spannweite	14 - 81	14 - 81	14 - 81	20 - 79	20 - 79	25 - 68	20 - 58	23 - 75	26 - 79	31 - 62
fehlende. Werte, n	6	3	-	-	-	-	-	-	-	-
Höchste Ausbildung	n (%)									
≤ 10. Schuljahr	47 (11.5)	25 (12.5)	15 (12.9)	1 (2.4)	-	1 (4)	1 (8.3)	-	-	-
Matura	76 (18.6)	52 (26.0)	30 (25.9)	10 (23.8)	8 (19.0)	4 (16)	3 (25.0)	2 (20)	4 (40)	1 (10)
Lehrabschluss / Diplom	161 (39.4)	73 (36.5)	40 (34.5)	12 (28.6)	16 (38.1)	9 (36)	1 (8.3)	4 (40)	2 (20)	5 (50)
Universitätsabschluss	97 (23.7)	38 (19.0)	24 (20.7)	12 (28.6)	15 (35.7)	8 (32)	5 (41.7)	3 (30)	1 (10)	3 (30)
Postgrad.- Ausbildung	22 (5.4)	9 (4.5)	5 (4.3)	6 (14.3)	3 (7.1)	2 (8)	2 (16.7)	1 (10)	2 (20)	1 (10)
fehlende Werte, n	6 (1.5)	3 (1.5)	2 (1.7)	1 (2.4)	-	1 (4)	-	-	1 (10)	-

4.2.2 Risikostichprobe

Um die Fragestellungen 1 bis 3 zu beantworten, wurden aus der Normalstichprobe (N = 367) zwei Risikostichproben (für die beiden Messzeitpunkte T1 und T2) gebildet. Die Normalstichprobe weist bei den drei hier verwendeten Indikatoren der psychischen Gesundheit (psychopathologische Symptombelastung, positive und negative Affektivität), die vor allem beim Vorliegen psychologischer Belastung gut differenzieren können, eine nicht-normale Verteilung auf: Die Werte der Skalen für psychopathologische Belastung und negativer Affektivität sind im Durchschnitt sehr tief und die für die positive Affektivität sehr hoch. Nicht-normale Verteilungen in den psychologischen Variablen beeinträchtigen aber die Güte statistischer Tests. Aus diesem Grunde wurden die Risikostichproben gebildet. Kriterium dafür war, dass in mindestens einer der neuen Subskalen des Brief Symptom Inventory (BSI) der durchschnittliche Score gleich eins (= „ein wenig“ auf der BSI Likert-Skala) war oder höher lag. Die Benutzung der neuen Subskalen vom BSI (im Unterschied z. B. zur globalen Affektivität) erlaubte es, die Risikostichprobe unter gleichwertiger Berücksichtigung vielfältiger Aspekte der psychopathologischen Belastung (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Ängste, Paranoides Denken und Psychotizismus) zu bilden und somit zu einseitige Einschlusskriterien zu vermeiden. Beim ersten Messzeitpunkt umfasst die Risikostichprobe 200, beim zweiten 116 Personen.

4.2.3 Meditationsstichproben

Aus der Gesamtstichprobe wurde eine Unterstichprobe von 45 Personen, die Erfahrung in buddhistischer Meditation haben, ausgewählt. Davon gehören 33 Personen zu der Unterstichprobe, die durch Verteilung der Fragebögen in buddhistischen Meditationsgruppen in Bern, Basel und Zürich zusammengestellt wurde, während die restlichen 14 Versuchspersonen aus der Gesamtstichprobe stammen. Von den 45 Teilnehmern wurden 3 ausgeschlossen, die angegeben hatten, weniger als einmal pro Woche zu meditieren. Die endgültige **Meditationstichprobe** umfasst 42 Personen, 10 davon aus der Normalstichprobe und 32 aus den in den Meditationszentren rekrutierten Personen. Die Fragebögen wurden nicht spezifisch nur an Personen verteilt, die innerhalb einer bestimmten buddhistischen Tradition praktizieren, sondern in dieser Stichprobe sind Personen, die innerhalb der Haupttraditionen des Buddhismus, Theravada, Mahayana und Vajrayana

praktizieren. Folgende Meditationstechniken wurden von den Probanden angegeben (einige Personen haben mehr als eine Technik erwähnt):

- Achtsamkeitsmeditation (6 Personen)
- Atemmeditation (1)
- Sammlungsmeditation (2)
- Vipassana (12)
- Tibetische Meditation (5)
- Shamatha Meditation aus der Shambhala Tradition (10)
- Zen (5)
- andere oder nicht näher spezifizierte buddhistische Meditation (8)

Aufgrund der Daten können nicht alle Techniken eindeutig in ein (eher heuristisches) Kontinuum zwischen Achtsamkeit und Sammlung bzw. breitem und engem Fokus eingeordnet werden. Vipassana und Achtsamkeitsmeditation zeichnen sich eindeutig durch ihren breiten und Sammlungsmeditation durch ihren engen Aufmerksamkeitsfokus aus. Die tibetische Tradition beinhaltet viele unterschiedliche Meditationstechniken, die z. T. auch auf Visualisierungen oder Rezitationen von Mantras zurückgreifen. Somit kann die Bezeichnung „tibetische Meditation“ nicht klar in das oben erwähnte Kontinuum eingestuft werden. Dasselbe gilt für die Kategorie „andere oder nicht näher spezifizierte buddhistische Meditation“. Die Zen- und die Atemmeditation, sowie die Shamatha Meditation aus der Shambhala Tradition können zu beiden Gruppen gehören, da bei Üben dieser Traditionen der Aufmerksamkeitsfokus anfänglich in der Regel eng gelegt wird und sich mit wachsender Erfahrung ausbreiten soll, um von der Sammlungs- zur Einsichtsmeditation überzugehen (siehe auch Kapitel 2.1.3). Ziel aller Stile ist aber schlussendlich die Klärung und Förderung der Achtsamkeit. Eine Ausnahme dazu kann die Sammlungsmeditation darstellen, wenn sie als solche weitergeführt wird (d. h. als *Jhana* Meditation) und nicht, wie in den meisten Traditionen, als Anfangsstufe für die Einsichtsmeditation geübt wird. Da Sammlungsmeditation lediglich von zwei Personen angegeben wurde, kann man davon ausgehen, dass die Meditationspraxis der Probanden aus dieser Stichprobe vorwiegend auf die Steigerung von Achtsamkeit gerichtet ist.

25 Personen, alle aus der Meditationsstichprobe, füllten auch **Fragebogen 3** aus. Diese bilden eine zusätzliche Stichprobe, die für die Beantwortung der zusätzlichen explorativen Analysen (Fragestellungen 6 und 7) relevant sein wird.

Die gesamte Meditationsstichprobe wurde zusätzlich in vier **Unterstichproben mit unterschiedlicher Meditationserfahrung** unterteilt. Als Mass für die Meditationserfahrung wurde die Anzahl gemachter Meditationssitzungen gewählt. Diese Variable ist im Kapitel 4.3.4 beschrieben und deren Eignung als Indikator für die Entwicklung der Achtsamkeit wird in Kapitel 5.4 begründet. Die Personen wurden den vier Gruppen je nach der Anzahl der bis zum Messzeitpunkt gemachten Meditationssitzungen zugeteilt:

- **Med1** (N=12): Bis 360 Sitzungen (entspricht ca. einem Jahr täglicher Meditationsübung max.),
- **Med2** (N=10): 361 - 1080 Sitzungen (entspr. eins bis drei Jahre täglicher Übung),
- **Med3** (N=10): 1081 - 3600 Sitzungen (entspr. drei bis zehn Jahre täglicher Übung),
- **Med4** (N=10): Ab 3601 Sitzungen (entspr. mind. zehn Jahren täglicher Übung)

Die Einteilung in vier Gruppen bringt den Nachteil kleiner Stichprobengrössen und somit einer geringen Power (Teststärke) mit sich. Für diese Einteilung spricht aber die damit ermöglichte feinere Unterscheidung bezüglich der Meditationserfahrung. Diese Unterstichproben wurden gebildet, um die Entwicklung der Achtsamkeit durch die Meditationsübung genauer zu analysieren (explorative Analyse 4.2). Zu diesem Zwecke ist es vorteilhaft, wenn die zu untersuchende Erfahrungsspanne in möglichst viele Erfahrungsabschnitte geteilt wird. Das trifft insbesondere im Bereich geringer Erfahrung zu, da gerade in dem Bereich die grössten Gruppenunterschiede zu erwarten sind und der Frage nachgegangen werden kann, nach wie langer Übung die ersten bedeutsamen Veränderungen eintreten.

Tabelle 2: Eigenschaften der Meditationserfahrung in den Meditationsstichproben.

	Meditations- Stichprobe	Meditations- Stichprobe mit Fragebogen 3	Med1 (bis 360 Sitzungen)	Med2 (361-1080) Sitzungen)	Med3 (1081-3600) Sitzungen)	Med4 (ab 3601 Sitzungen)
N	42	25	12	10	10	10
Seit wann meditieren Sie?						
M	106.00	105.28	13.17	85.00	129.90	214.50
SD	100.91	104.52	13.62	68.37	80.82	96.22
Spannweite	1 - 372	2 - 372	1 - 48	22 - 240	44 - 300	96 - 372
In welchen Abständen?						
n (%)						
wöchentlich	14 (33.3)	5 (20.0)	8 (66.7)	5 (50,0)	1 (10.0)	-
mehrmals wöchentlich	4 (9.5)	3 (12.0)	1 (8.3)	2 (20,0)	1 (10.0)	-
täglich	23 (54.8)	16 (64.0)	3 (25.0)	3 (30.0)	8 (80.0)	9 (90.0)
mehrmals täglich	1 (2.4)	1 (4.0)	-	-	-	1 (10.0)
Anzahl Sitzungen						
M	2425.23	2977.92	103.77	638.22	2700.21	6723.00
SD	2928.36	3158.86	75.98	219.56	884.56	2624.21
Spannweite	4 - 11'160	8 - 11'160	4 - 206	361 - 1'032	1'290 - 3'600	4'320 - 11'160
prozentueller Anteil der Jahre der Meditationspraxis an der Lebenszeit						
M	18.67	18.46	3.11	15.07	23.24	36.36
SD	16.94	17.02	2.94	9.04	14.25	17.43
Spannweite	0.42 - 62.32	0.45 - 62.32	0.42 - 8.70	5.81 - 30.43	12.22 - 58.14	16.67 - 62.36

4.2.4 Nicht-Meditationsstichprobe

Die Nicht-Meditationstichprobe wurde gebildet, um über eine mit der meditierenden Stichprobe bezüglich Stichprobengrösse, Geschlechtsverteilung, Alter und Ausbildungsniveau vergleichbare Gruppe zu verfügen. Die dabei beachteten Kriterien sind (in Relevanzordnung):

1. Stichprobengrösse (N = 42),
2. Geschlecht des Probanden,
3. Alter und Ausbildungsniveau des Probanden,

Die Eigenschaften aller Stichproben sind in Tabelle 1 dargestellt. Dazu gibt Tabelle 2 Auskunft über zusätzliche Eigenschaften der Meditationsstichprobe und ihrer fünf Untergruppen.

4.3 Messinstrumente

Im Folgenden soll auf die Operationalisierung der untersuchten Konstrukte, d.h. auf die verwendeten Messinstrumente, eingegangen werden. Die nachfolgend erwähnten Skalen befinden sich im Anhang A.

4.3.1 Operationalisierung von Achtsamkeit

Achtsamkeit wurde mit dem *Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit* (FFA; Walach et al., 2003) erfasst. Diese 30-Item Skala deckt unterschiedliche Aspekte dieses Konstruktes ab. Die Probanden sollen auf einer vierstufigen Skala (fast nie, eher selten, relativ oft, fast immer) einschätzen, wie sehr das Gefragte für sie in den letzten vierzehn Tagen zutrifft.

Bei der Validierung kamen die Autoren auf eine Struktur mit vier Faktoren, die sich aber als eher instabil erwies. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die vier Skalen und deren Anzahl an Items. Für ein klareres Verständnis wurde je ein Beispielitem hinzugefügt. Die Autoren führen die nicht stabilen Zuordnungen einiger Items zu den vier Faktoren in den untersuchten Stichproben vor allem auf die unterschiedliche Erfahrung mit Achtsamkeitsmeditation und mit buddhistischer Philosophie der Probanden zurück: Für ‚Laien‘ könnten die Formulierungen einiger Items missverständlich sein. Aufgrund der Instabilität dieser Skalen sollen in der vorliegenden Studie eigene Faktoren berechnet werden.

Tabelle 3: Die vier Skalen des FFA.

	Bezeichnung	Items	Beispielitem
1	Gegenwärtige, nicht-identifizierte Aufmerksamkeit	12	„Wenn ich merke, dass ich abwesend war, kehre ich sanft zur Erfahrung des Augenblicks zurück.“
2	Akzeptierende, nicht-urteilende Haltung	7	„Ich akzeptiere mich so wie ich bin.“
3	Ganzheitliches Annehmen	7	„Ich spüre auch in unangenehme Empfindungen hinein.“
4	Prozesshaftes, einsichtsvolles Verstehen	4	„Ich betrachte Dinge aus mehreren Perspektiven.“

Zur Erfassung der Achtsamkeit stellt der Fragebogen ein zuverlässiges und valides Messinstrument mit befriedigenden bis guten statistischen Item- und Skalenkennwerten dar (Interne Konsistenzen zwischen $\alpha = 0.93$ und $\alpha = 0.94$) (Walach et al., 2003).

4.3.2 Operationalisierung von psychischer Gesundheit

Bei den hier verwendeten Massen der psychischen Gesundheit soll zwischen ihren Indikatoren und ihren Determinanten unterschieden werden (siehe dazu Kapitel 2.2). Zu ihren Indikatoren gehören 1) die psychopathologische Symptombelastung und das subjektive Wohlbefinden. Letzteres wird hier mit 2) der positiven und 3) der negativen Affektivität erfasst. Für diese Masse liegen zwei Erfassungszeitpunkte vor, wobei T2 14 Tage nach T1 liegt. Die hier untersuchten Determinanten der psychischen Gesundheit sind 4) Inkongruenz, 5) Emotionsregulationskompetenzen, 6) Selbstwirksamkeitserwartungen, 7) motivationale Vermeidungsziele, 8) Vermeidung und 9) Selbstwertgefühl. Diese neuen Aspekte wurden in eine neue Variable, den **globalen Index der psychischen Gesundheit**, zusammengefasst. Zu diesem Zwecke werden die Gesamtwerte der ihnen entsprechenden Skalen in Z-Werte standardisiert und gemittelt, so dass jeder Aspekt auf den gesamten Index denselben Einfluss ausübt. Die Operationalisierungen jedes Aspektes werden in den nachfolgenden Kapiteln beschrieben.

4.3.2.1 Indikatoren der psychischen Gesundheit

Positiver und negativer Affekt werden mit dem *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS) erfasst, der von Watson, Clark und Tellegen (1988) entwickelt und von Krohne, Egloff, Kohlmann und Tausch (1996) ins Deutsche übersetzt wurde⁴. Der PANAS ist ein globales, und ökonomisches Verfahren zur Erfassung der Affektivität auf zwei Skalen. Jeweils 10 Items messen das Vorkommen von positiven (*aktiv, interessiert, freudig, erregt, stark, stolz, begeistert, wach, entschlossen, aufmerksam*), bzw. negativen (*bekümmert, verärgert, schuldig, erschrocken, feindselig, gereizt, beschämt, nervös, durcheinander, ängstlich*) Affekten. Positiver und negativer Affekt sind die zwei Skalen des Fragebogens. Die Probanden sollen auf einer fünfstufigen Likert-Skala (gar nicht, ein bisschen, einigermaßen, erheblich, äusserst) einschätzen, wie intensiv die erfragte Emotion bei ihnen im Allgemeinen vorhanden ist. Zur Abschätzung der Reliabilität wurde in dieser Studie die interne Konsistenz bestimmt. Diese lag mit Cronbachs Alpha $\alpha \geq .80$ für die beiden Skalen im guten Bereich.

⁴ Der PANAS war dabei Teil eines umfassenderen Fragebogens zur emotionalen Befindlichkeit, des SEK-27-Trait (Berking und Znoj, zur Veröffentlichung eingereicht).

Die **psychopathologische Symptombelastung** wird mittels des *Brief Symptom Inventory* (Derogatis, 1993; deutsche Version: Franke, 2000), eine verkürzte Form des SCL-90-R, erhoben. Er misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen. Die 53 Items werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala zwischen „überhaupt nicht“ und „sehr stark“ eingeschätzt und ermöglichen Aussagen zur Symptombelastung, die zu neun Skalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Ängste, Paranoides Denken, Psychotizismus) und einer Zusatzskala zusammengefasst werden. Darüber hinaus können drei unterschiedliche globale Kennwerte berechnet werden, die Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items geben. Der *GSI (Global Severity Index)* misst die globale psychische Belastung, der *PSDI (Positive Symptom Distress Index)* misst die durchschnittliche Intensität (als durchschnittliche Ausprägung der Antworten auf den Likert-Skalen über die einzelnen Items) der Antworten und der *PST (Positive Total Symptom)* gibt Auskunft über die Anzahl der Items, bei denen eine Belastung vorliegt. Die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen lagen in dieser Untersuchung zwischen $\alpha = .63$ und $\alpha = .85$. Die Retest-Reliabilität nach einer Woche lag für Studierende zwischen $r = .73$ und $r = .92$. Die kriterienbezogene Validität des BSI konnte für einzelne Skalen und für die Gesamtskala nachgewiesen werden.

4.3.2.2 Determinanten der psychischen Gesundheit

Inkongruenz bzw. wahrgenommene Nicht-Zielerreichung wird mit der Kurzversion vom *Inkongruenzfragebogen* (K-INK; Grosse Holtforth & Grawe, 2003; Grosse Holtforth, Grawe, & Tamcan, 2004) erfasst, der eine Gesamtskala, und die zwei Unterskalen Annäherungs- und Vermeidungsinkongruenz beinhaltet. Der Fragebogen umfasst 23 Items, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala zwischen „viel zu wenig“ und „völlig ausreichend“ eingeschätzt werden. Bei den 14 Items zur Annäherungsinkongruenz soll die Person angeben, wie ausreichend sie die aufgelisteten, eher angenehmen Sachverhalte in der letzten Zeit umsetzen konnte. Bei den 9 Items aus der Skala zur Vermeidungsinkongruenz soll die Person einschätzen, wie sehr die aufgelisteten, möglicherweise unangenehmen Sachverhalte in der letzten Zeit für sie zutrafen. Die Items erfassen dieselben motivationalen Ziele wie der FAMOS (Grosse Holtforth & Grawe, 2000, 2003; siehe Kapitel 4.3.4.). Die internen Konsistenzen für die Annäherungsskala liegen zwischen

$\alpha = .79$ und $\alpha = .87$, für die Vermeidungsskala zwischen $\alpha = .77$ und $\alpha = .92$ und die Retest-Reliabilität (eine Woche) für die Gesamtskala liegt bei $r = .81$.

Der K-INK gilt innerhalb der Moderatoranalyse als Operationalisierung von Stress und soll für die Mediatoranalyse umgepolt als Mass der wahrgenommenen Zielerreichung eingesetzt werden. Im Rahmen dieser Arbeit wird Stress als Inkongruenz definiert, da diese Definition sowohl zur Konsistenztheorie als auch zu buddhistischen Vorstellungen passt. Die Diskrepanz zwischen den eigenen Zielen und den inneren und äusseren Wahrnehmungen bedeutet innerhalb der Konsistenztheorie die wichtigste Form von Stress. Dazu entspricht Inkongruenz ziemlich gut der buddhistischen Definition vom Leiden.⁵

Die **Emotionsregulation** wurde mit dem *Fragebogen zur standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen* SEK-27 erfasst. Er wurde von Berking und Znoj (zur Veröffentlichung eingereicht) entwickelt, um die für die psychische Gesundheit potentiell relevanten Aspekte des Umgangs mit den eigenen emotionalen Reaktionen zu erfassen. Bisher lag das Messinstrument nur in der Wochenversion mit der Eingangsfrage „In der letzten Woche“ vor. Um die dispositionelle Emotionsregulation zu erfassen, wurde die Eingangsfrage verändert und lautet nun neu: „Im Allgemeinen“. Abgesehen davon wurde an der Wochenversion des SEK-27 nichts verändert. Im Teil „Emotionale Kompetenzen“ wird auf neun Skalen (28 Items) und einer Gesamtskala erfasst, wie kompetent sich eine Person im Umgang mit potentiell problematischen Gefühlen verhält. Die Verfügbarkeit der neun Emotionsregulationskompetenzen wird über eine fünfstufige Likert-Skala erfragt, die von „überhaupt nicht“, über „selten“, „manchmal“, „oft“ bis „fast immer“ reicht. Die Skalen sind

1. Aufmerksamkeit auf Gefühle richten können (AG)
2. Gefühle klar erkennen können (Klarheit von Gefühlen, KL)
3. Emotionsrelevante Körperempfindungen wahrnehmen können (KW)
4. Gefühle verstehen können (VE)
5. Gefühle Akzeptieren können (AK)
6. Gefühle aushalten können (Resilienz, RS)
7. Selbstunterstützung in emotional belastenden Situationen (SU)

⁵ Die buddhistische Definition vom Leiden, wie sie an vielen Stellen des buddhistischen *Pali-Kanons* zu finden ist, kann in der folgenden Formel zusammengefasst werden: „Vereint sein mit Unliebem ist Leiden; getrennt sein von Liebem ist Leiden.“ (Govinda, 1980).

8. Wichtige Ziele auch angesichts negativer Gefühle verfolgen können (KB)
9. Überzeugt zu sein, sein Gefühle bei Bedarf positiv beeinflussen zu können (emotionsbezogene Selbsteffizienz, subjektive Regulationskompetenz RE)
10. Gesamt-Skala (GES)

Die Werte für die interne Konsistenz liegen mit Ausnahme der Skala Akzeptanz zwischen $\alpha = .71$ und $\alpha = .83$. Damit liegt der überwiegende Teil der Werte im befriedigenden bis guten Bereich. Die Reliabilität der Skala Akzeptanz ist dagegen mit Werten von $\alpha = .62$ und $\alpha = .68$ weniger befriedigend. Für die Gesamtskala lag die interne Konsistenz bei $\alpha = .93$.

Die **Selbstwirksamkeitserwartungen** wurden mit der Skala *generalisierte Selbstwirksamkeitsüberzeugung* aus dem *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen* (FKK, Krampen, 1991) erfasst. Die 16 Items Skala „generalisierte Selbstwirksamkeitsüberzeugung“ (FKK-SKI) erfasst das Selbstbewusstsein, die Handlungsorientierung und die kognitive Flexibilität. Sie setzt sich aus den folgenden beiden Subskalen zusammen: Der Internalität (FKK-I), „die subjektiv bei der eigenen Person wahrgenommene Kontrolle über das eigene Leben und über Ereignisse in der personenspezifischen Umwelt“ (8 Items), und dem Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (FKK-SK), die „generalisierte Erwartung darüber, dass in Handlungs- oder Lebenssituationen Handlungsmöglichkeiten – zumindest eine – zur Verfügung stehen“ (8 Items). Die Probanden konnten bei auf einer siebenstufigen Likert-Skala zwischen „sehr falsch“ und „sehr richtig“ einschätzen, wie richtig oder falsch 16 Aussagen für sie sind. Die Skala zur generalisierten Selbstwirksamkeit weist eine interne Konsistenz von $\alpha = .73$ bis $\alpha = .83$ und Retest-Reliabilität von $r = .70$ bis $r = .92$ auf.

Motivationale Vermeidungsziele wurden mit der Unterskala *Vermeidungsziele* (nur Selbstbericht) aus dem *Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata* (Famos; Grosse Holtforth & Grawe, 2000, 2003) erfasst. Ausgangspunkt für die Entwicklung des FAMOS sind motivationale Ziele, die von Therapeuten zur Beschreibung ihrer Patienten in realen Fallkonzeptionen verwendet worden sind. Die Probanden sollen bei 37 Items (nur Vermeidungsskala) auf fünfstufige Likert-Skalen von „überhaupt nicht schlimm“ bis „ausserordentlich schlimm“ einschätzen, wie schlimm das Genannte für sie im Allgemeinen ist. Die internen Homogenitäten und Retest-Reliabilitäten der einzelnen

Vermeidungszielskalen liegen im akzeptablen bis guten Bereich (im Durchschnitt zwischen $\alpha = .72$ und $\alpha = .79$ und zwischen $r = .51$ und $r = .75$).

Vermeidung wurde mit der *Kognitiv-Behavioralen Vermeidungsskala* (KBVS, Grosse Holtforth, in Vorbereitung), die deutsche Version der Cognitive Behavioral Avoidance Scale (CBAS, Ottenbreit & Dobson, 2004) erfasst, einem multidimensionalen (kognitiv vs. behavioral, sozial vs. nicht-sozial) Messinstrument. Bei den 51 Items dieser Skala können die Probanden auf einer fünfstufigen Likert-Skala zwischen „überhaupt nicht zutreffend für mich“ und „absolut zutreffend für mich“ einschätzen, inwieweit das Genannte für sie zutrifft. Die Subskalen weisen interne Konsistenzen zwischen $\alpha = .75$ und $\alpha = .86$ und Retest-Reliabilitäten (drei Wochen) von $r = .58$ bis $r = .94$ auf. Bei der Gesamtskala betragen sie $\alpha = .91$ und $r = .92$ und sind also zufrieden stellend. Aufgrund der bei der Achtsamkeit meist (aber nicht nur!) nach innen gerichteten Aufmerksamkeit erscheint es wünschenswert, bei der Berechnung der Resultate zwischen kognitiver und behavioraler Vermeidung zu unterscheiden. Um das Konzept der Vermeidung im GIPG nicht zu stark zu gewichten, soll dieses globale Index nur die Gesamtskala zur Vermeidung (und nicht die zwei Unterskalen getrennt) einbeziehen.

Das **Selbstwertgefühl** wurde mittels der *Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg* (Deutsche Fassung: Ferring & Filipp, 1996; revidierte Fassung: Collani & Herzberg, 2003a) erfasst. Diese 10-Items Skala umfasst, ausser einem Gesamtwert für das Selbstwertgefühl die zwei Komponenten *Selbstabwertung* (fünf negativ formulierte Items) und *Selbstakzeptanz* (fünf positiv formulierte Items). Gemäss der Analysen von Collani und Herzbert (2003b) kann letztere in zwei Unterkomponente unterteilt werden: *Unspezifische, positive Selbstwertschätzung* (2 Items) und *dem Selbst zugeschriebene positive Eigenschaften und Fähigkeiten* (3 Items). Die Probanden konnten dabei auf einer vierstufigen Likert-Skala zwischen „trifft gar nicht zu“ und „trifft voll und ganz zu“ einschätzen, inwieweit das Genannte für sie zutrifft. Die interne Konsistenz der Skala beträgt $\alpha = .84$.

4.3.3 Operationalisierung der Handlungsorientierung

Die Handlungsorientierung wurde mit zwei der drei Skalen aus dem Fragebogen *Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv*, HAKEMP 90 (Kuhl, o. J.), erfasst. Die zwei verwendeten Skalen sind Handlungsorientierung nach Misserfolgserfahrungen (HOM, Gegenpol: Lageorientierung, Präokkupation) und Grad der Entscheidungs- und

Handlungsplanung (HOP, Gegenpol: Lageorientierung, Zögern). Dabei umfasst jede Skala zwölf Situationsbeschreibungen mit je zwei Antwortalternativen, wobei die eine handlungsorientiertes und die andere lageorientiertes Verhalten erfasst. Um die Fragebögen möglichst kurz zu halten und aufgrund der explorativen Motivation hinter der Verwendung dieser Skala wurden für diese Studie pro Skala nur sechs Situationsbeschreibungen gewählt. Somit beinhaltet die hier verwendete verkürzte Version der Skala insgesamt zwölf Items. Die interne Konsistenz der Skala in der vorliegenden Meditationsstichprobe (N = 25), die die Skala erhalten hat, beträgt $\alpha = .71$, was mit einer Itemanzahl von zwölf als ein zufrieden stellender Wert betrachtet werden kann. Studien zur Validierung der ursprünglichen Skala (HAKEMP 88) führten zu zahlreichen Itemrevisionen, die zu einer besseren Validität der neusten Fassung beitragen.

4.3.4 Operationalisierung der Meditationserfahrung

Fragen zur Meditationserfahrung waren in Fragebogen 1 und 3 enthalten. In Fragebogen 1 wurden vor Ausfüllung des FFA die folgenden Fragen zur Meditationspraxis gestellt:

„Haben Sie schon mal meditiert? (Ja/Nein)

Wenn ja: Meditieren Sie immer noch? (Ja/Nein)

wie lange haben Sie meditiert bzw. seit wann meditieren Sie? (offenes Feld)

In welchen Abständen (täglich, wöchentlich, sporadisch,...)? (offenes Feld)

Welche Meditationsart(en) praktizieren Sie (bzw. haben Sie praktiziert)? (offenes Feld)“

Fragebogen 3, der nur bei 25 Personen mit Meditationserfahrung verteilt wurde, enthielt mehrere Fragen zu unterschiedlichen Aspekten der Meditationserfahrung. Zunächst wurden, ähnlich wie Fragebogen 1, aber detaillierter, technische Fragen zur eigenen Meditationserfahrung gestellt (Meditationsarten, seit wann praktiziert, mit welcher Häufigkeit, durchschnittliche Dauer der Sitzungen, Bemerkungen). Die durchschnittliche Dauer der Meditationssitzungen wurde nur in Fragebogen 3 erfasst, so dass diese Angaben für die Analyse der gesamten Meditationsstichprobe nicht berücksichtigt werden können. Somit muss die hier vorgenommene Erfassung der Meditationserfahrung auf diese Grösse verzichten und kann deshalb nicht als vollständig betrachtet werden. In einem zweiten Teil wurden die Probanden gefragt, direkt aufgrund von Likert-Skalen einzuschätzen:

- In welchem Ausmass die 13 aufgelisteten Gründe und Ziele sie zu dem Entschluss brachten zu meditieren (sechsstufige Likert-Skala). Dazu konnten die Probanden weitere Gründe und Ziele selbst angeben.
- Welche Auswirkungen und Einflüsse die Meditationserfahrung (verglichen mit dem Zustand, bevor mit der Praxis angefangen wurde) auf ihre Kompetenzen zur Emotionsregulation hatte. Dieser Teil enthielt 9 Items (sechsstufige Likert-Skala), die sich auf unterschiedliche Bereiche (Affektivität, Emotionsregulationskompetenzen, Inkongruenz,...) bezogen.

Aufgrund der Angaben zur Meditationserfahrung aus Fragebogen 1 wurden die folgenden zwei Variablen gebildet.

1) Meditationserfahrung in Monaten (**ME-Monate**): Dabei wurde angegeben, seit wie vielen Monaten die Person Meditation praktiziert.

2) Häufigkeit der Meditationsübung (**ME-Häufigkeit**): Dabei wurden die Häufigkeit, mit der die Person meditiert, wie folgend numerisch ausgedrückt:

- Wöchentlich: 4.3
- Mehrmals wöchentlich: 12.9
- Täglich: 30
- Mehrmals täglich: 60

Der numerische Ausdruck steht für die durchschnittliche Anzahl von Meditationssitzungen pro Monat. Personen die weniger als wöchentlich meditieren, wurden aus den Analysen ausgeschlossen. Auf der Grundlage dieser Variablen wurde eine dritte Variable eingeführt:

3) Meditationserfahrung in Anzahl der Sitzungen (**ME-Sitzungen**): Dabei wurden die erste und die zweite Variable zur Meditationserfahrung miteinander multipliziert. Diese Variable soll die Anzahl der gemachten Meditationssitzungen insgesamt ausdrücken.

Es wird oft angenommen, es sei von Vorteil, eher früh im Leben mit Meditation anzufangen. Um dies zu berücksichtigen, wurde eine vierte Variable zur Meditationserfahrung eingeführt:

4) Meditationserfahrung als prozentuales Verhältnis zwischen der Zeit, seitdem meditiert wird und der bisherigen Lebenszeit (**ME-%Lebenszeit**): Dabei wurde die Meditationserfahrung in Jahren ausgedrückt und durch das Alter des Probanden dividiert.

Diese Variablen, insbesondere die dritte, stellen keine genauen Messungen dar, da wahrscheinlich jeder Proband Zeiten ohne oder mit weniger oder mehr intensiver Meditationspraxis erlebt hat. Deren Werte sind eher als indikative, durchschnittliche Werte zu verstehen.

4.4 Ableitung der psychologischen Vorhersagen

Im Folgenden werden die in Kapitel 3 aufgeworfenen Hypothesen und explorative Analysen unter Verwendung der oben eingeführten Operationalisierungen in psychologische Vorhersagen überführt. Vor deren Ableitung wird jeweils die dazugehörige Fragestellung wiederholt.

F1: Gibt es einen Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und psychischer Gesundheit?

H1: Achtsamkeit geht mit psychischer Gesundheit einher.

➔ **PV1:** Der Gesamtwert des Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA) korreliert signifikant positiv mit dem globalen Index der psychischen Gesundheit.

EA1.1: Wie hängen Achtsamkeit und einzelne Aspekte der psychischen Gesundheit zusammen?

➔ Zur Beurteilung der EA1.1 sollen Richtung und Stärke der Korrelationen zwischen dem Gesamtwert des FFA und den folgenden Skalen zu den Aspekten der psychischen Gesundheit untersucht werden: Global Symptom Index (BSI), Positiver Affekt (PANAS), Negativer Affekt (PANAS), Rosenberg Skala zum Selbstwert Gesamtwert, K-INK Gesamtwert, SEK-27 Gesamtwert, Selbstwirksamkeitserwartung (FKK), kognitive Vermeidung (KBVS), behaviorale Vermeidung (KBVS) und Vermeidungsziele (FAMOS).

EA1.2: Wie hängen Achtsamkeit und einzelne Emotionsregulationskompetenzen zusammen?

➔ Zur Beurteilung der EA1.2 sollen Richtung und Stärke der Korrelationen zwischen dem Gesamtwert des FFA und den einzelnen Unterskalen des SEK-27 (AG, KL, KW, VE, AK, RS, SU, KB und RE) untersucht werden.

F2: Gibt es Zusammenhänge zwischen den einzelnen Dimensionen der Achtsamkeit und psychischer Gesundheit?

H2.1: Die Achtsamkeitsfacette *Gewahrsein* geht mit psychischer Gesundheit einher.

➔ **PV2.1:** Die FFA-Unterskala *Gewahrsein* korreliert signifikant positiv mit dem globalen Index der psychischen Gesundheit.

H2.2: Die Achtsamkeitsfacette *Abwesenheit negativer Reaktionen* geht mit psychischer Gesundheit einher.

➔ **PV2.2:** Die FFA-Unterskala *Abwesenheit negativer Reaktionen* korreliert signifikant positiv mit dem globalen Index der psychischen Gesundheit.

H2.3: Die Achtsamkeitsfacette *(Selbst-)Akzeptanz* geht mit psychischer Gesundheit einher.

➔ **PV2.3:** Die FFA-Unterskala *(Selbst-)Akzeptanz* korreliert signifikant positiv mit dem globalen Index der psychischen Gesundheit.

H2.4: Die Achtsamkeitsfacette *Konzentriertheit* geht mit psychischer Gesundheit einher.

➔ **PV2.4:** Die FFA-Unterskala *Konzentriertheit* korreliert signifikant positiv mit dem globalen Index der psychischen Gesundheit.

EA2.1: Wie hängen einzelne Dimensionen der Achtsamkeit und die psychische Gesundheit zusammen?

➔ Zur Beurteilung der EA2.1 sollen Richtung und Stärke der Korrelationen zwischen jeder Unterskala des FFA und den folgenden Skalen zu den Aspekten der psychischen Gesundheit untersucht werden: Global Symptom Index (BSI), Positiver Affekt (PANAS), Negativer Affekt (PANAS), Rosenberg Skala zum Selbstwert Gesamtwert, K-INK Gesamtwert, SEK-27 Gesamtwert, Selbstwirksamkeitserwartung (FKK), kognitive Vermeidung (KBVS), behaviorale Vermeidung (KBVS) und Vermeidungsziele (FAMOS).

EA2.2: Wie hängen einzelne Dimensionen der Achtsamkeit und Emotionsregulationskompetenzen zusammen?

➔ Zur Beurteilung der EA2.2 sollen Richtung und Stärke der Korrelationen zwischen jeder Unterskala des FFA und den einzelnen Unterskalen des SEK-27 (AG, KL, KW, VE, AK, RS, SU, KB und RE) untersucht werden.

F3: Wie liesse sich ein potentiell positiver Einfluss von Achtsamkeit auf die psychische Gesundheit erklären?

Mediatoranalyse:

H3.1.1: Der positive Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und der positiven Affektivität wird durch die achtsamkeitsbedingte Verbesserung der wahrgenommenen Zielerreichung mediiert.

➔ **PV3.1.1:** Der Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom FFA und der Skala Positiver Affekt (PANAS) wird signifikant reduziert, wenn der Einfluss des Gesamtwertes des K-INK (Mediator) kontrolliert wird.

H3.1.2: Der negative Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und der negativen Affektivität wird durch die achtsamkeitsbedingte Verbesserung der wahrgenommenen Zielerreichung mediiert.

➔ **PV3.1.2:** Der Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom FFA und der Skala Negativer Affekt (PANAS) wird signifikant reduziert, wenn der Einfluss des Gesamtwertes des K-INK (Mediator) kontrolliert wird.

H3.1.3: Der negative Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und der psychopathologischen Symptombelastung wird durch die achtsamkeitsbedingte Verbesserung der wahrgenommenen Zielerreichung mediiert.

➔ **PV3.1.3:** Der Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom FFA und dem Global Symptoms Index (BSI) wird signifikant reduziert, wenn der Einfluss des Gesamtwertes des K-INK (Mediator) kontrolliert wird.

Moderatoranalyse:

- H3.2.1:** Achtsamkeit moderiert den Zusammenhang zwischen Inkongruenz und positiver Affektivität: Je höher die Achtsamkeit, desto weniger hängt die erlebte positive Affektivität vom Inkongruenzniveau ab.
- ➔ **PV3.2.1:** Der Gesamtwert vom FFA moderiert den Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom K-INK und der Skala Positiver Affekt (PANAS). Dabei zeigt sich: Je höher der Gesamtwert vom FFA, desto schwächer der Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom K-INK und der Skala Positiver Affekt (PANAS) und umgekehrt.
- H3.2.2:** Achtsamkeit moderiert den Zusammenhang zwischen Inkongruenz und negativer Affektivität: Je höher die Achtsamkeit, desto weniger hängt die erlebte negative Affektivität vom Inkongruenzniveau ab.
- ➔ **PV3.2.2:** Der Gesamtwert vom FFA moderiert den Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom K-INK und der Skala Negativer Affekt (PANAS). Dabei zeigt sich: Je höher der Gesamtwert vom FFA, desto schwächer der Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom K-INK und der Skala Negativer Affekt (PANAS) und umgekehrt.
- H 3.2.3:** Achtsamkeit moderiert den Zusammenhang zwischen Inkongruenz und psychopathologischen Symptomen: Je höher die Achtsamkeit, desto weniger hängt das Vorhandensein subjektiver psychopathologischer Symptome vom Inkongruenzniveau ab.
- ➔ **PV3.2.3:** Der Gesamtwert vom FFA moderiert den Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom K-INK und dem Global Symptoms Index (BSI). Dabei zeigt sich: Je höher der Gesamtwert vom FFA, desto schwächer der Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom K-INK und dem GSI und umgekehrt.

F4: Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmass an bisheriger Praxis in buddhistischer Meditation und Achtsamkeit?

H4.1: Personen mit Erfahrung in buddhistischer Meditation sind achtsamer als Personen ohne Meditationserfahrung.

➔ **PV4.1:** Der Gesamtwert des FFA ist signifikant höher in der Meditationsgruppe als in der Nicht-Meditationsgruppe.

H4.2: Die Fähigkeit zur Achtsamkeit nimmt bei buddhistisch Meditierenden mit zunehmender meditativer Erfahrung zu.

➔ **PV4.2.1:** Die Variable ‚ME-Monate‘ korreliert signifikant positiv mit dem Gesamtwert des FFA.

➔ **PV4.2.2:** Die Variable ‚ME-Häufigkeit‘ korreliert signifikant positiv mit dem Gesamtwert des FFA.

➔ **PV4.2.3:** Die Variable ‚ME-Sitzungen‘ korreliert signifikant positiv mit dem Gesamtwert des FFA.

➔ **PV4.2.4:** Die Variable ‚ME-%Lebenszeit‘ korreliert signifikant positiv mit dem Gesamtwert des FFA.

EA4.1: Wie stark gehen die einzelnen Facetten der Achtsamkeit mit dem Ausmass an Erfahrung in buddhistischer Meditation einher?

➔ Zur Beurteilung der EA4.1 sollen Richtung und Stärke der Korrelationen zwischen den Unterskalen des FFA und den vier ME-Variablen untersucht werden.

EA4.2: Zu welchen Zeitpunkten kommt es zu bedeutenden Steigerungen der Achtsamkeit im Laufe der individuellen Meditationspraxis?

➔ Zur Beurteilung der EA4.2 soll der Gesamtwert des FFA in den fünf Gruppen: 1) Nicht-Meditierende, 2) Med1, 3) Med2, 4) Med3 und 5) Med4 verglichen werden. Es soll bestimmt werden zwischen welchen Gruppen signifikante Unterschiede bestehen.

F5: Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmass an bisheriger Praxis in buddhistischer Meditation und der psychischen Gesundheit?

H5: Erfahrung in buddhistischen Meditationstechniken geht mit psychischer Gesundheit einher.

➔ **PV5:** Die Meditationserfahrung korreliert signifikant positiv mit dem globalen Index der psychischen Gesundheit.

Dabei soll als Mass der Meditationserfahrung die Variable verwendet werden, die sich bei der PV4.1 als der beste Indikator der Achtsamkeitsentfaltung erwies.

EA5.1: Wie hängen Erfahrung in buddhistischen Meditationstechniken und einzelne Aspekte der psychischen Gesundheit zusammen?

➔ Zur Beurteilung der EA5.1 sollen Richtung und Stärke der Korrelationen zwischen Meditationserfahrung und den folgenden Skalen zu den Aspekten der psychischen Gesundheit untersucht werden: Global Symptom Index (BSI), Positiver Affekt (PANAS), Negativer Affekt (PANAS), Rosenberg Skala zum Selbstwert Gesamtwert, K-INK Gesamtwert, SEK-27 Gesamtwert, Selbstwirksamkeitserwartung (FKK), kognitive Vermeidung (KBVS), behaviorale Vermeidung (KBVS) und Vermeidungsziele (FAMOS).

EA5.2: Wie hängen Erfahrung in buddhistischen Meditationstechniken und einzelne Emotionsregulationskompetenzen zusammen?

➔ Zur Beurteilung der EA 5.2 sollen Richtung und Stärke der Korrelationen zwischen Meditationserfahrung und den einzelnen Unterskalen des SEK-27 (AG, KL, KW, VE, AK, RS, SU, KB und RE) untersucht werden.

F6: Gibt es einen Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und Handlungsorientierung?

H6: Achtsamkeit geht mit Handlungsorientierung einher.

➔ **PV6.1:** Der Gesamtwert des Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA) korreliert signifikant positiv mit dem Wert auf der Skala Handlungsorientierung nach Misserfolgserfahrung (HAKEMP 90).

➔ **PV6.2:** Der Gesamtwert des Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA) korreliert signifikant positiv mit dem Wert auf der Skala Grad der Entscheidungs- und Handlungsplanung (HAKEMP 90).

EA6: Wie stark gehen die einzelnen Facetten der Achtsamkeit mit Handlungsorientierung einher?

➔ Zur Beurteilung der EA6 sollen Richtung und Stärke der Korrelationen zwischen den zwei Unterskalen des HAKEMP 90 (*Handlungsorientierung nach Misserfolgserfahrung, Grad der Entscheidungs- und Handlungsplanung*) und den einzelnen Unterskalen des FFA (*Gewahrsein, Abwesenheit negativer Reaktionen, (Selbst-)Akzeptanz, Konzentriertheit*) untersucht werden.

F7: Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmass an bisheriger Praxis in buddhistischer Meditation und Handlungsorientierung?

H7: Erfahrung in buddhistischer Meditation geht mit Handlungsorientierung einher.

➔ **PV7.1:** Die Variable ‚ME-Sitzungen‘ korreliert signifikant positiv mit dem Wert auf der Skala Handlungsorientierung nach Misserfolgserfahrung (HAKEMP 90).

➔ **PV7.2:** Die Variable ‚ME-Sitzungen‘ korreliert signifikant positiv mit dem Wert auf der Skala Grad der Entscheidungs- und Handlungsplanung (HAKEMP 90).

F8: Inwieweit wirkt, aus der Sicht von Meditierenden, die Meditationsübung auf die Emotionsregulationskompetenzen?

EA8: Wie oft berichten buddhistisch Meditierende Verbesserungen in den Emotionsregulationskompetenzen, die durch Meditation erreicht wurden?

➔ Zur Beurteilung der EA 8 soll untersucht werden, wie häufig bestimmte durch Meditation unterstützte Verbesserungen in den neun im SEK-27 erfassten Emotionsregulationskompetenzen angegeben werden.

F9: Was sind die Beweggründe und Ziele, die buddhistisch Meditierende in Bezug auf ihre persönliche Meditationsübung berichten?

EA9: Über welche Beweggründe und Ziele der Übung der Meditation berichten buddhistisch Meditierende mit unterschiedlicher Meditationserfahrung?

➔ Zur Beurteilung der EA 9 soll untersucht werden, wie häufig bestimmte Beweggründe und Ziele für die Meditation von buddhistisch Meditierenden mit unterschiedlicher Meditationserfahrung angegeben werden.

4.5 Planung der statistischen Verfahren

In diesem Kapitel werden für die in Kapitel 3 formulierten Hypothesen und explorativen Analysen die für die Berechnungen eingesetzten statistischen Verfahren erläutert. Die Auswertung der Daten erfolgte bei allen Vorhersagen über das Statistikprogramm SPSS (Version 14.0).

4.5.1 Verfahren zur Dimensionsanalyse

Zur Bestimmung der Unterskalen des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit (FFA) soll eine Faktorenanalyse in Hauptkomponenten mit Varimax Rotation durchgeführt werden. Die Faktorenanalyse ist eine statistische Technik, die es ermöglicht, eine relativ geringe Anzahl von (latenten) Faktoren zu identifizieren, die hinter einer relativ grossen Zahl voneinander abhängiger Variablen stehen. Die Hauptkomponentenanalyse HKA ermittelt voneinander unabhängige Faktoren, die in ihrer Gesamtheit die Varianz der Variablen vollständig erklären. Der erste Faktor wird als die Linearkombination von Variablen

bestimmt, die ein Maximum an Varianz erklärt. Der zweite Faktor erklärt ein Maximum der Restvarianz und ist zum ersten orthogonal usw. Da die Faktorenanalyse zum Ziel hat, wenige Faktoren zu ermitteln, die viel erklären, muss die Zahl der in der HKA bestimmten Faktoren verringert werden. Als Mass dafür wird der **Eigenwert** des Faktors genutzt, der angibt, wie viel Varianz der Faktor für alle Variablen insgesamt erklärt. Aufgrund einer Graphik der Eigenwerte (scree-Plot) kann man feststellen, wo ein deutlicher Knick in der Kurve ist und die restlichen Faktoren abschneiden (**scree-Test**), da diese nur noch einen geringen Anstieg an erklärter Varianz zur Lösung beibringen. Um die Faktoren besser interpretieren zu können, was meist nur möglich ist, wenn jeder Faktor nur mit einer kleinen begrenzten Menge von Variablen korreliert, können die Faktoren rotiert werden. Die in der psychologischen Forschung am häufigsten verwendete Methode zur Faktorenrotation ist die **Varimax-Rotation**. Diese soll auch in der vorliegenden Studie verwendet werden. Die extrahierten, rotierten Faktoren können dann aufgrund ihrer Ladungen auf die beobachtbaren Variablen (die Items) inhaltlich interpretiert werden. **Anwendungsvoraussetzung** für die Faktorenanalyse ist, dass die Variablen miteinander korreliert sind, was mit Hilfe des **Bartlett-Tests auf Sphärizität** überprüft werden kann. Dieser Test prüft, ob die Korrelationsmatrix eine Einheitsmatrix ist (das ist die Nullhypothese).

4.5.2 Verfahren zur Überprüfung von Zusammenhangshypothesen

Zur Beurteilung der Richtung, Stärke und Signifikanz von Zusammenhängen eignen sich als statistische Verfahren die **Produkt-Moment-Korrelationen** und die **Rang-Korrelationskoeffizienten nach Spearman**.

Die **Produkt-Moment-Korrelation** oder Bravais-Pearson-Korrelation beschreibt die Enge des linearen Zusammenhangs zwischen zwei intervallskalierten Variablen durch den Koeffizienten r . Beide Variablen werden am Produkt ihrer Standardabweichungen relativiert und sind somit unempfindlich gegen Massstabs- bzw. Varianzunterschiede zwischen den beiden Variablen. Der Korrelationskoeffizient r liegt zwischen $+1$ und -1 . Dabei bedeuten -1 und $+1$, dass ein absoluter (negativer oder positiver) Zusammenhang zwischen den beiden Variablen besteht; und 0 , dass kein linearer Zusammenhang zwischen ihnen besteht, d.h. sie sind voneinander linear unabhängig. Gemäss Cohen (1988) gilt ein Koeffizient r zwischen $|.10|$ -und $|0.29|$ als ein schwacher, zwischen $|0.30|$ und $|0.49|$ als ein mittlerer und oberhalb von $|0.50|$ als ein grosser Effekt (Cohen, 1988, 1992).

Anwendungsvoraussetzungen für die Produkt-Moment-Korrelation sind (Hüftle, 2006):

- Annähernde Normalverteilung der Variablen;
- Annähernde Linearität der Zusammenhänge;
- Berücksichtigung normaler und multivariater Ausreisser.

Wenn die erste und/oder dritte Voraussetzung nicht gegeben sind, soll das robustere Verfahren der **Rang-Korrelationskoeffizienten nach Spearman** verwendet werden. Mit Rang-Korrelationen kann der Zusammenhang zwischen zwei ordinalskalierten Merkmalen oder zwischen nicht-normalverteilten intervallskalierten Merkmalen bestimmt werden. Dabei wird für jedes Merkmal eine Ordinalskalierung gebildet, indem die Merkmalswerte geordnet und nummeriert werden. Wenn die Merkmale näherungsweise normalverteilt sind, so entspricht der Korrelationskoeffizient nach Spearman dem Koeffizienten von Bravais-Pearson. (Hüftle, 2006)

Die PV4.2.1 bis 4.2.4 und 5 bis 7 sowie die EA 4.1 und 5.1 bis 5.2 werden in der Meditationsstichprobe untersucht. Aufgrund der kleinen Stichprobengröße soll hierfür das robustere statistische Verfahren der Rang-Korrelationskoeffizienten nach Spearman verwendet werden. PV1 und PV2, sowie die EA1.1 bis 2.2 werden hingegen in der Risikostichprobe (N = 200) untersucht. Diese können mit Produkt-Moment-Korrelationen überprüft werden, wenn die oben erwähnten Anwendungsvoraussetzungen gegeben sind (deren Überprüfung wird in Kapitel 5.2. beschrieben). Für die Bestimmung der Signifikanz bzw. Bedeutsamkeit der berechneten Korrelationen soll für diese Studie das übliche **Signifikanzniveau von $\alpha = .05$** genommen werden. Dies entspricht einer Wahrscheinlichkeit von 5%, dass die Hypothese irrtümlich bestätigt wurde. Koeffizienten, die eine Signifikanz unterhalb von $\alpha = .01$ aufweisen, sind sehr signifikant, während eine Irrtumswahrscheinlichkeit zwischen 5-10% einer knapp nicht erreichten Signifikanz entspricht. Bei letzterer spricht man von einer empirischen Tendenz in eine gewisse Richtung.

4.5.3 Verfahren zur Überprüfung von Moderations- und Mediationseffekten

Die Moderations- und Mediationshypothesen werden in dieser Studie mit dem statistischen Verfahren der Multiplen linearen Regression überprüft. Dies soll nachfolgend beschrieben werden, sowie die darauf aufbauenden für Moderations- und Mediationsanalyse spezifischen Verfahren.

Bei der multiplen Regressionsanalyse wird der simultane Einfluss von mehreren Regressoren X auf ein Kriterium Y analysiert. Aus den empirischen Daten werden Schätzer nach der Methode der kleinsten Quadrate (OLS, Ordinary Least Squares, siehe z. B. Abdi, 2003) bestimmt. Die geschätzten Regressionskoeffizienten b sind von der Masseinheit der Regressoren abhängig. Aus diesem Grunde werden standardisierte beta-Koeffizienten berechnet, welche eine Vergleichbarkeit der in derselben Population ermittelten Effekte ermöglicht. Aufgrund der Koeffizienten wird die Regressionsgleichung hergestellt, welche die Werte des Kriterium aufgrund der Werte der Regressoren (plus den nicht erklärter Residuen) voraussagt:

$$Y = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots b_iX_i + e \quad (\text{mit } i \text{ unabhängigen Variablen } X_1 \text{ bis } X_i)$$

Das Signifikanzniveau des gesamten Regressionsmodells wird anhand des klassischen varianzanalytischen F-Test (nach Fischer) und der einzelnen Koeffizienten oder Gewichte der Variablen anhand von t-Test beurteilt (Baltes-Götz, 2006). Der F-Test testet, ob der Anteil erklärter Varianz (R^2) des Regressionsansatzes Null ist. Wenn diese Null-Hypothese abgelehnt werden kann (d.h. wenn F mit $\alpha < .05$ signifikant ist), kann davon ausgegangen werden, dass die Prädiktoren einen signifikanten Einfluss auf die Kriteriumsvariable(n) haben. Wenn der t-Test signifikant ist, entfernt sich die Regressionsgerade der getesteten Variable signifikant von Null.

Schätzwerte und Signifikanzniveau des Regressionsmodells sind unverzerrt, wenn folgende Annahmen erfüllt bzw. berücksichtigt werden (Baltes-Götz, 2006; Hüftle, 2006; Kaunziger, 2004):

- Linearität der Zusammenhänge.
- Homoskedastizität, Normalität und Unabhängigkeit der Residuen (Autokorrelationen).
- Analyse von Ausreisser und einflussreichen Fällen.
- Multikollinearitätsproblem: Starke lineare Abhängigkeiten zwischen Regressoren erhöhen den Standardfehler, was zu einem grossen Konfidenzintervall und einer geringen Power der Hypothesentests führt. Die Toleranz ($Tol = 1 - R^2$, mit R: Regressionskoeffizient) eines Regressors sollte möglichst nahe am idealen Wert eins liegen. Als bedenklich gelten Werte kleiner als 0,10. (Baltes-Götz, 2006)
- Stichprobenumfang. In einem Modell mit k Regressoren muss N grösser als $(k + 1)$ sein, damit Schätzer und Signifikanztests berechnet werden können.

Moderatorhypothesen werden durch Testung der Interaktion zwischen Prädiktor- und Moderatorvariable bei der Vorhersage der Kriteriumsvariable überprüft. Durch Multiplikation der beiden unabhängigen Variablen wird ein Interaktionsterm berechnet. **Die Moderator-Hypothese ist bestätigt, wenn die Interaktion zwischen Prädiktor und Moderator signifikant ist und die Ergebnisse die erwartete Richtung der Beeinflussung zeigen.** Die Signifikanz der Interaktion lässt sich durch die Signifikanz des Regressionskoeffizienten dieses Interaktionsterms beurteilen. Deren Effektstärke lässt sich durch den Anstieg von erklärter Varianz nach Einfügung des Interaktionstermes in die Regressionsanalyse einschätzen (Frazier, Tix und Barron, 2004, Baron und Kenny, 1986). Bei signifikanten Interaktionen können die Resultate graphisch dargestellt werden. Zu diesem Zwecke werden repräsentative Werte der Variablen, in der Regel Durchschnittswerte und +/- 1 Standardabweichung, in die Regressionsgleichung eingesetzt und die daraus resultierenden Werte können in ein Liniendiagramm eingetragen werden.

Um die Moderatoranalyse durchzuführen, werden in der Regel die ursprünglichen unabhängigen Variablen standardisiert, d.h. in Z-Werte transformiert. Die Standardisierung reduziert die mit Multikollinearität assoziierten Probleme und führt zu einfacher interpretierbaren Koeffizienten (Frazier, Tix und Barron, 2004). Dazu soll durch Multiplikation der beiden unabhängigen Variablen ein Interaktionsterm berechnet werden. Mit den standardisierten unabhängigen Variablen und der abhängigen Variable wird eine Regression berechnet. In einem zweiten Schritt wird eine weitere Regression berechnet, die zusätzlich zur ersten auch den Interaktionsterm beinhaltet. Für die Durchführung der Moderatoranalyse wurden die folgenden drei Variablen kreiert:

ZFFA (standardisierte FFA-Werte);

ZK-INK (standardisierte K-INK-Werte);

ZFFAxZK-INK (Interaktionsterm für FFA und ZK-INK);

Wenn der Interaktionsterm in die Regressionsgleichung einbezogen wird, drücken die Regressionskoeffizienten die Assoziation zwischen Prädiktor und Kriterium, wenn der jeweils andere Prädiktor den Wert 0 annimmt, aus. Im Fall standardisierter Variablen stellt dieser Koeffizient den Effekt des Prädiktors beim Durchschnittsniveau der anderen unabhängigen Variable dar. Diese Effekte werden als konditionale (und nicht als Haupt-)Effekte bezeichnet. Die Anwendung multipler Regressionen bei der Beurteilung von Interaktionseffekten hat eine eher kleine **Power** (Teststärke), d.h. dass oft tatsächliche Interaktions-

effekte damit nicht erfasst werden, vor allem beim nicht-experimentellen Design. Gemäss Frazier, Tix und Barron liegen in der Regel Effektgrössen für Interaktionen im schwachen Bereich, d.h. um eine Veränderung der erklärten Varianz um 2%. Dazu kann die Power durch die folgenden Faktoren beeinträchtigt werden (Frazier, Tix & Barron, 2004; Hoyle & Robinson, 2003; Baron & Kenny, 1986):

- Reliabilität der Variablen: Die Reliabilität des Interaktionsterms kann mit der folgenden Formel berechnet werden (Hoyle & Robinson, 2003):

$$r_{int} = (r_{uv1}r_{iuv2} + r_{uv1uv2}^2) / (1 + r_{uv1uv2}^2)$$

r_{uv1} und r_{iuv2} : Reliabilitäten der unabhängigen Variable; r_{uv1uv2} : Ihre Korrelation.

- Antwortoptionen der Kriteriumsvariable: Die Antwortoptionen in der Kriteriumsvariable sollten grösser als oder gleich sein wie das Produkt der Antwortoptionen der unabhängigen Variablen.
- Normalverteilung der unabhängigen Variablen.

Die PV 2.2.1. bis 2.2.3 werden mit einer **Mediatoranalyse** getestet. Diese wird ebenfalls mittels linearer Regressionsanalysen durchgeführt. Zur Beurteilung eines Mediations-effektes werden die Regressionsgewichte der folgenden Pfade untersucht (siehe Abbildungen 3 und 4):

- Pfad a = b(MX): Regressionsgewicht des Prädiktors auf die Mediatorvariable
- Pfad b = b(YM.X): Regressionsgewicht der Mediatorvariable auf das Kriterium, wenn für den Effekt des Prädiktors kontrolliert wird
- Pfad c = b(YX): Regressionsgewicht des Prädiktors auf das Kriterium
- Pfad c' = b(YX.M): Regressionsgewicht des Prädiktors auf das Kriterium, wenn für den Effekt des Mediators kontrolliert wird

Dabei stellt Pfad c den **totalen**, Pfad c' den **direkten** (d.h. eigenen) und der Produkt aus Pfad a und b den **indirekten** (d.h. medierten) **Effekt** des Prädiktors auf das Kriterium dar.

Abbildung 3: Der totale Effekt c von Achtsamkeit auf das subjektive Wohlbefinden.

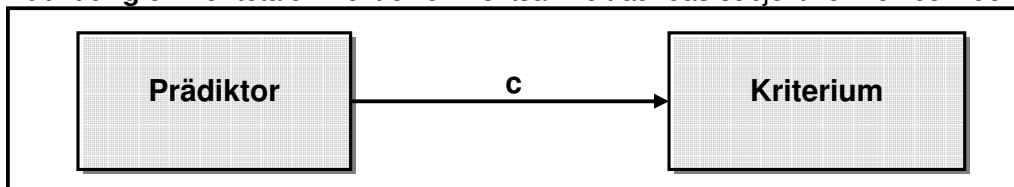
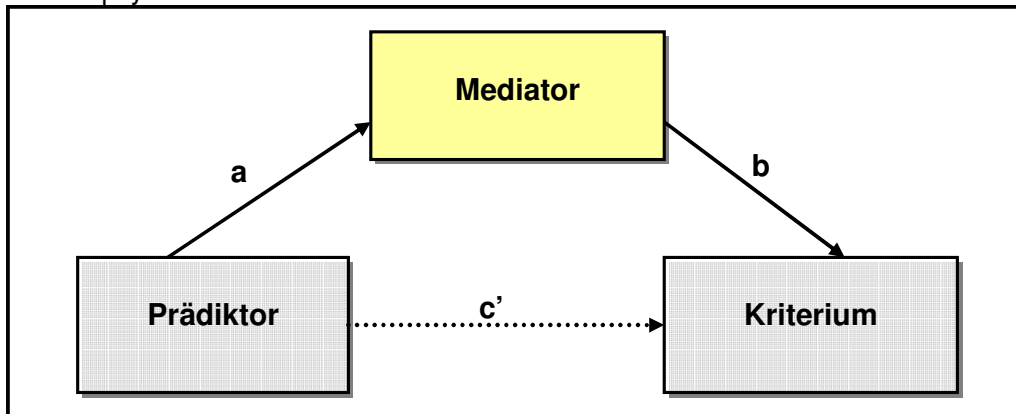


Abbildung 4: Der direkte Effekt c' und der indirekte Effekt axb von Achtsamkeit auf das psychische Wohlbefinden.



Die Mediatorhypothese ist bestätigt, wenn die Einführung des Mediators in das Regressionsmodell zu einer signifikanten Reduktion des Zusammenhanges zwischen Prädiktor und Kriterium führt. Dies ist der Fall, **wenn der indirekte Effekt (axb) signifikant ist**. Die Signifikanz des indirekten Pfades soll in dieser Studie mit Hilfe eines **Bootstrap Verfahren** getestet werden. Der Vorteil dieses Verfahrens gegenüber dem häufigeren verwendeten Sobel Test ist, dass beim Bootstrap Verfahren die Signifikanz nicht aufgrund eines Vergleiches des kritischen Wertes mit der Normalverteilung berechnet wird. Stattdessen werden mehrere Stichproben aus der untersuchten Stichprobe gezogen und eine Bootstrap Verteilung gebildet, mit der der kritische Wert verglichen wird. Dieses Verfahren ist also nicht-parametrisch und ergibt Konfidenzintervalle (und somit Signifikanzwerte), ohne dass die untersuchte Variable (hier: Der indirekte Effekte) normalverteilt sein muss (Preacher & Hayes, 2004; Moore & McCabe, 2005). Mediation kann partiell oder vollständig sein. Wenn der Koeffizient für den Pfad c' nicht signifikant ist, kann man von **vollständiger**, wenn nicht von **partieller Mediation** reden.

Bei Mediatoranalysen sind die nachfolgenden Voraussetzungen bzw. Problembereiche zu berücksichtigen (Frazier, Tix & Barron, 2004):

- Die statistische Assoziation zwischen Prädiktor und Kriterium sollte aufgrund früherer Forschungsergebnisse schon feststehen.
- Der Zusammenhang zwischen Prädiktor und Mediator sollte theoretisch adäquat sein.
- Veränderbarkeit des Mediators.
- Hinreichende Reliabilität des Mediators.

- Die Mediatorvariable sollte eine ähnlich starke Beziehung zur Kriterium- und zur Prädiktorvariable aufweisen oder einen etwas stärkeren Zusammenhang zum Prädiktor.
- Kausalität: Die Mediatoranalyse geht von der Annahme aus, dass der Prädiktor den Mediator signifikant beeinflusst und dieser wiederum auf das Kriterium einen substantiellen Effekt ausübt. Diese Annahme sollte aufgrund früherer Forschungsergebnisse bestätigt werden und wenn dies nicht gegeben ist, können umgekehrte Kausaleffekte angenommen werden. Wenn der Effekt in der umgekehrten Richtung keinen Sinn macht, kann er theoretisch ausgeschlossen werden. Das Design kann verbessert werden, indem der Mediator zeitlich vor dem Kriterium gemessen wird. (Kenny, 2006)

Die PV3.1.1 bis 3.2.3 werden mit multipler Regressionsanalysen überprüft. Dabei soll bei den PV 3.1.1 bis 3.1.3 eine Mediator- und bei den PV3.2.1 bis 3.2.3 eine Moderatoranalyse durchgeführt werden.

4.5.4 Verfahren zur Überprüfung von Unterschiedshypothesen

Im folgenden sollen der H- und der U-Test zur Überprüfung von Unterschiedshypothesen geschildert werden. Der **H-Test nach Kruskal Wallis** ist ein nichtparametrisches Verfahren zum Vergleich der Mittelwerte mehrerer Stichproben. Der H-Test vergleicht die Rangwerte der Daten. Es wird geprüft, ob sich Zahl der Beobachtungen, die kleiner (oder grösser) als der gemeinsame Median beider Variablen sind, in den Gruppen unterscheiden. Sind die untersuchten Stichproben sehr klein (was das bedeutet, ist in der Literatur nicht einheitlich definiert; häufig findet sich: Bei drei Gruppen, wenn $n < 8$, bei vier Gruppen, wenn $n < 4$ und bei fünf Gruppen, wenn $n < 3$), muss ein exakter Test durchgeführt werden und die Prüfgrösse H mit entsprechenden kritischen Schwellenwerten verglichen werden. Sind die untersuchten Stichproben gross genug, lässt sich der asymptotische Test durchführen, welcher einer Chi²-Verteilung folgt. **Voraussetzungen** für den H-Test sind unabhängige Stichproben, eine stetige Verteilung und mindestens ordinalskalierte Daten. Es handelt sich um eine Alternative zum F-Test, die vor allem dann angewendet werden sollte, wenn dessen Anwendungsvoraussetzungen verletzt sind, d.h. wenn die Messwerte nicht normalverteilt sind oder die Varianzen der Gruppen stark unterschiedlich sind oder sogar beides gegeben ist.

Der **U-Test nach Mann-Whitney** ist ebenfalls ein nichtparametrischer Test. Es testet den Unterschied der zentralen Tendenz zweier unabhängiger Gruppen. Die Nullhypothese $H(0)$ besagt, dass es keinen Unterschied zwischen den Verteilungen gibt. Der U-Test ist eine Alternative zum t-Test, die aber keine Normalverteilung der Variablen voraussetzt und in kleinen Stichproben durchgeführt werden kann.

Die PV4.1 und die EA4.2 werden in der Meditationsstichprobe getestet. Aufgrund der kleinen Stichprobengröße sollen hierfür die soeben beschriebenen robusten statistischen Verfahren verwendet werden: Der H-Test zum Vergleich mehrerer Gruppen soll zur Überprüfung der EA4.2, während der U-Test zur Überprüfung dieser und der PV4.1 eingesetzt werden soll.

4.5.5 Verfahren zur deskriptiven Analyse

Die Angaben zu den Beweggründen, Zielen und Wirkungen der Meditation wurden mit Hilfe von Likert-Skalen erfasst. Zur Beantwortung der Fragestellungen 8 und 9, wurden aus den Angaben Prozentsätze formuliert. Die Fragen zum Einfluss der Meditationserfahrung (Fragestellung 8) wurden anhand zweier Likert-Skalen erfasst: Die erste erfasst die Intensität der fragten Eigenschaft, bevor mit Meditation angefangen wurde und die zweite den Einfluss der Meditation darauf. Wenn also auf der zweiten Skala eine höhere Ausprägung angegeben wird, spricht das dafür, dass der Befragte dabei eine Veränderung festgestellt hat, die er oder sie auf die Meditationsübung zurückführt. Wenn die Summe der Fragebögen, in denen ein positiver Unterschied zwischen diesen Likert-Skalen angegeben wurde, durch die Summe der beantworteten Fragebögen geteilt wird, ergibt sich den Prozentsatz an Personen, die in dem fragten Item von einer Veränderung berichten. Die Fragen zu den Beweggründen und Zielen der Meditation (Fragestellung 8) wurden auf einer einzigen sechsstufigen Likert-Skala beantwortet, deren Mitte als Trennung zwischen zutreffend und nicht zutreffend fungierte. Der Prozentsatz an Personen, die ein bestimmtes Ziel der Meditation erwähnt haben, ergibt sich aus der Anzahl Personen, die einen Item mindestens oberhalb der Hälfte der Likert-Skala angekreuzt haben (also mindestens vier), geteilt durch die Summe der beantworteten Fragebögen.

5. Ergebnisse

5.1 Dimensionsanalyse der Achtsamkeit

Die Struktur des FFA zeigte in unterschiedlichen Studien eine gewisse Instabilität: Die dabei durch Faktorenanalyse erschlossenen Faktoren unterschieden sich, je nach der untersuchten Gruppe, und je nach Erfahrung in buddhistischer Meditation (Walach et al., 2004; Leigh, Bowen & Marlatt, 2005; Baer et al., 2006). Aus diesem Grunde wurde für diese Studie eine Faktorenanalyse durchgeführt, um seine Struktur in der vorliegenden Stichprobe zu erschliessen. Es wurde eine Faktorenanalyse in Hauptkomponenten mit Varimax-Rotation in der gesamten Stichprobe (N = 409) durchgeführt⁶. Der Bartlett-Test auf Sphärizität ergab einen hochsignifikanten Wert, was die Null-Hypothese einer unkorrelierten Variablenmatrix ausschliesst und die Durchführung der Faktorenanalyse rechtfertigt. So wurde bei der Analyse der 30 Items der Skala ersichtlich, dass Item 16 („Ich sehe, wie ich mir selbst Leiden schaffe.“) von den meisten Probanden falsch interpretiert wurde. Dieser Item zeigte in der rotierten Komponentenmatrix eine starke negative Ladung (-.456) auf den Faktor (*Selbst-)Akzeptanz* (siehe unten) und scheint somit in der Allgemeinbevölkerung tendenziell eine abwertende Bedeutung hervorzurufen. In der Validierungsstudie lud dieser Item am stärksten auf die Faktoren „prozesshaftes, einsichtsvolles Verstehen“ und „ganzheitliches Annehmen“. Die hier gefundene Ladung ist deutlich darauf zurückzuführen, dass das Verständnis dieses Items bei mangelnder Vertrautheit mit buddhistischen Konzepten erschwert ist. Deswegen wurde Item 16 ausgeschlossen⁷ und eine zweite Faktorenanalyse mit 29 Items durchgeführt, die 8 Komponenten mit Eigenwert grösser als 1 ergab. Die Ladungen der Items auf diese Komponenten sind in Tabelle 4 dargestellt.

⁶ Aufgrund der niedrigen Anzahl Personen in der Meditationsstichprobe (N=43) war es nicht möglich, eine Faktorenanalyse innerhalb dieser Stichprobe zu berechnen. Die hier gefundenen Dimensionen sollen also bei der Untersuchung von Fragestellungen Einsatz finden, die sowohl die Risiko- als auch die Meditationsstichprobe betreffen und wurden deswegen in der gesamten Stichprobe berechnet.

⁷ Obwohl Item 16 vermutlich von den meisten Probanden eher abwertend interpretiert wurde, wurde der Gesamtwert vom FFA in allen statistischen Analysen aufgrund der 30-Items Skala berechnet. Somit sollte die Vergleichbarkeit mit anderen Studien, in denen in der Regel die 30-Item-Skala verwendet wurde, gewährleistet sein.

Tabelle 4: Rotierte Hauptkomponentenanalyse vom Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit.

Item	Komponente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Ich spüre in meinen Körper hinein, sei es beim Essen, Kochen, Putzen, Reden	.74	.07	.06	-.03	.00	.11	.10	-.00
6. Ich nehme wahr, wie sich meine Gefühle im Körper ausdrücken.	.69	.05	.33	-.06	-.05	.02	.11	.05
20. Ich spüre auch in unangenehme Empfindungen hinein.	.60	.23	.04	-.12	.30	-.04	.01	.21
4. Wenn ich merke, dass ich abwesend war, kehre ich sanft zur Erfahrung des Augenblicks zurück.	.58	.27	.02	-.02	-.06	.08	.04	-.27
8. Ich achte auf die Motive meiner Handlungen	.56	.12	.05	.25	.28	.07	.04	-.10
21. Ich bin in Kontakt mit meinen Erfahrungen, hier und jetzt.	.55	.16	.29	.07	.21	-.04	-.22	-.14
7. Ich bleibe mit unangenehmen, schmerzhaften Empfindungen und Gefühlen in Kontakt.	.55	-.07	-.27	-.23	.24	.05	.13	.31
12. Ich beobachte meine Gedanken, wie sie kommen und gehen.	.50	.25	-.08	-.08	.22	.40	.04	.01
23. Ich beobachte das Kommen und Gehen von Erfahrungen.	.49	.18	.06	.09	.42	.22	-.07	-.07
18. Ich nehme meine Gefühle wahr, ohne auf sie reagieren zu müssen.	.24	.70	.04	.18	-.02	.08	-.00	.07
30. Ich kann darüber lächeln, wenn ich sehe, wie ich mir manchmal das Leben schwer mache.	.15	.63	.25	-.17	-.06	.22	.08	-.04
17. Ich sehe meine Fehler und Schwierigkeiten, ohne mich zu verurteilen.	-.03	.58	.28	.06	.42	-.00	.18	-.01
22. Ich nehme unangenehme Erfahrungen an.	.31	.49	.16	.02	.33	-.20	-.27	.10
26. In schwierigen Situationen kann ich innehalten.	.21	.44	.16	.27	.24	-.00	.31	.02
28. Ich erlebe Momente innerer Ruhe und Gelassenheit, selbst wenn äusserlich Schmerzen und Unruhe da sind.	.15	.42	.15	.07	.03	.38	.33	-.29
10. Ich merke, dass ich nicht auf alles reagieren muss, was mir in den Sinn kommt.	.07	.35	.09	.33	.25	.22	-.18	-.17
5. Ich kann mich selbst wertschätzen.	.14	.10	.77	.12	.15	-.01	.09	.02
19. Ich akzeptiere mich so wie ich bin.	.02	.22	.75	.15	.16	-.08	.02	-.06
24. Ich bin mir selbst gegenüber freundlich, wenn Dinge schief laufen.	.12	.31	.52	.12	.07	.09	.34	-.04
1. Ich bin offen für die Erfahrung des Augenblickes.	.32	-.02	.43	.17	-.05	.34	-.34	-.01
9. Ich lasse mich von meinen Gedanken und Gefühlen leicht wegtragen. (umgepolt)	-.05	.03	.09	.82	.05	-.06	.15	.07
13. Ich verliere mich im Inhalt meiner Gedanken. (umgepolt)	-.15	.03	.18	.79	-.06	-.13	.07	-.01
25. Ich beobachte meine Gefühle, ohne mich in ihnen zu verlieren	.26	.43	.15	.48	.20	.06	.04	.02
15. Ich betrachte Dinge aus mehreren Perspektiven.	.16	.05	.24	.12	.68	.04	-.08	-.02
14. Ich bin mir der Flüchtigkeit und Vergänglichkeit meiner Erfahrungen bewusst.	.17	.07	.03	-.11	.58	.33	.21	-.08
2. Ich erkenne, dass ich nicht mit meinen Gedanken identisch bin.	-.03	-.05	.01	-.17	.06	.71	.02	.13
11. Ich beobachte meine Gedanken, ohne mich mit ihnen zu identifizieren.	.21	.27	-.04	.06	.16	.66	-.04	-.05
29. Ich bin ungeduldig mit mir und meinen Mitmenschen. (umgepolt)	.12	.06	.13	.19	.01	.00	.71	.00
27. Ich wehre mich innerlich gegen unangenehme Gefühle.	-.02	.05	-.02	.07	-.09	.07	-.02	.88

Der Scree-Plot deutet auf eine Struktur mit vier Komponenten hin (Scree Test). In die Faktorenlösung wurden aus diesem Grunde nur jene Items einbezogen, die eine Faktorladung grösser als .40 auf diese vier Komponenten aufweisen. Das Kriterium für die Faktorladung wurde in Anlehnung an Nunnally und Bernstein (1994) festgelegt, die empfehlen, Faktorladungen erst ab $|\geq .40|$ entsprechend zu interpretieren. Items, die auf zwei oder mehreren Faktoren luden, wurden dem Faktor zugewiesen, bei dem das Item die höchste Ladung aufwies⁸. Aufgrund dieser Kriterien wurden 22 Items in vier Unterskalen zusammengefasst. Eine weitere Faktorenanalyse wurde durchgeführt, bei der die 29 Items auf vier Komponenten gezwungen wurden. Diese ergab vier weniger eindeutig interpretierbare Faktoren und, bei Beibehaltung des Cut-Off Wertes von .40 (Faktorladung), bedeutete auch diese Lösung den Ausschluss von sechs Items. Aus diesen Gründen wurde die 22-Items Lösung gewählt. Diese, mit ihren Bezeichnungen und Items sind in Tabelle 5 dargestellt. Die erschlossene Faktoren drücken inhaltlich unterschiedliche Aspekte der Achtsamkeit aus, die sich teilweise mit den in Kapitel 2.3.1 beschriebenen Mechanismen überlappen:

- **Faktor 1**, welcher den grössten Anteil an Varianz erklärt, beschreibt **Gewahrsein** der Erfahrung des Momentes. Es beinhaltet das Sich-Nicht-Wehren gegen bzw. das In-Kontakt-Bleiben mit unangenehmen Erfahrungen und ist aus diesem Grunde mit dem Wirkmechanismus der Exposition verbunden.
- In den Aussagen zu **Faktor 2** kommt vor allem die **Abwesenheit negativer Reaktionen** auf negative Gefühle, Situationen und Erfahrungen im Allgemeinen zum Ausdruck. Dieser Faktor weist zum Teil Überlappungen mit der Idee einer Durchbrechung des Autopilotenmodus im Sinne einer Unterbrechung automatisierter (bzw. unreflektierter), negativer Reaktionen.
- **Faktor 3** beschreibt Akzeptanz vor allem in Form bedingungsloser Selbstwertschätzung und Geduld mit sich selbst. Dieser Faktor stellt die akzeptierende Komponente der Achtsamkeit dar, wobei bei der hier erfassten Dimension die **Akzeptanz gegenüber sich Selbst** im Vordergrund steht.
- **Faktor 4** drückt **Konzentriertheit** bzw. Nicht-Zerstreutheit aus und somit willentlich gelenkte Aufmerksamkeit. Seine Items weisen auch gewisse Ähnlichkeiten zum Selbst-Management.

⁸ Diese Massnahme betraf lediglich Item 25, welcher sowohl auf die zweite (.434) als auch auf die vierte Komponente (.475) lud. Dieses Item wurde von Faktor 2 ausgeschlossen.

Tabelle 5: Die Faktoren des Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit Gesamtstichprobe.

Faktor / Item	Reliabilität/ Ladung	Faktoren Walach et al.
Faktor 1 (9 Items): Gewährsein	.82	
3. Ich spüre in meinen Körper hinein, sei es beim Essen, Kochen, Putzen, Reden.	.74	F1, F3
6. Ich nehme wahr, wie sich meine Gefühle im Körper ausdrücken.	.69	F1, F3
20. Ich spüre auch in unangenehme Empfindungen hinein.	.60	F3
4. Wenn ich merke, dass ich abwesend war, kehre ich sanft zur Erfahrung des Augenblicks zurück.	.58	F1, F3
8. Ich achte auf die Motive meiner Handlungen.	.56	F3, F4
7. Ich bleibe mit unangenehmen, schmerzhaften Empfindungen und Gefühlen in Kontakt.	.55	F3
21. Ich bin in Kontakt mit meinen Erfahrungen, hier und jetzt.	.55	F1, F2, F3
12. Ich beobachte meine Gedanken, wie sie kommen und gehen.	.50	F1
23. Ich beobachte das Kommen und Gehen von Erfahrungen.	.49	F1, F4
Faktor 2 (6 Items): Abwesenheit negativer Reaktionen	.74	
18. Ich nehme meine Gefühle wahr, ohne auf sie reagieren zu müssen.	.70	F1
30. Ich kann darüber lächeln, wenn ich sehe, wie ich mir manchmal das Leben schwer mache.	.63	F2, F4
17. Ich sehe meine Fehler und Schwierigkeiten, ohne mich zu verurteilen.	.58	F2
22. Ich nehme unangenehme Erfahrungen an.	.49	F3, F4
26. In schwierigen Situationen kann ich innehalten.	.44	F1, F2
28. Ich erlebe Momente innerer Ruhe und Gelassenheit, selbst wenn äusserlich Schmerzen und Unruhe da sind.	.42	F1, F2, F3
Faktor 3 (4 Items): (Selbst-)Akzeptanz	.67	
5. Ich kann mich selbst wertschätzen.	.77	F2
19. Ich akzeptiere mich so wie ich bin.	.75	F2
24. Ich bin mir selbst gegenüber freundlich, wenn Dinge schief laufen.	.52	F2
1. Ich bin offen für die Erfahrung des Augenblickes.	.43	F2
Faktor 4 (3 Items): Konzentriertheit	.68	
9. Ich lasse mich von meinen Gedanken und Gefühlen leicht wegtragen. (umgepolt)	.82	F1
13. Ich verliere mich im Inhalt meiner Gedanken. (umgepolt)	.79	F1
25. Ich beobachte meine Gefühle, ohne mich in ihnen zu verlieren	.48	F1

Anmerkungen: N = 409; Reliabilität = Cronbach Alpha; Die letzte Spalte gibt die Itemzugehörigkeit in der Validierungsstudie an: F1, *Gegenwärtige, nicht-identifizierte Aufmerksamkeit*; F2, *Akzeptierende, nicht-urteilende Haltung*; F3, *Ganzheitliches Annehmen*; F4, *Prozesshaftes, einsichtsvolles Verstehen*; *absteigende Rangreihe der Ladung*.

Um die Zusammenhänge der gefundenen Dimensionen genauer zu untersuchen wurden ihre Interkorrelationen berechnet:

Tabelle 6. Interkorrelationen der Skalen des FFA.

	FFA Gesamt	FFA2	FFA3	FFA4
FFA1	.80***	.49***	.34***	.09*
FFA2	.78***		.50***	.29***
FFA3	.63***			.37***
FFA4	.41***			

Anmerkungen: N = 409; FFA1, *Gewahrsein*, FFA2, *Abwesenheit negativer Reaktionen*, FFA3, *(Selbst-)Akzeptanz*, FFA4, *Konzentriertheit*; m Spearman Korrelationen; einseitige Signifikanzniveaus: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; gelb und orange markiert sind die Korrelationen im moderaten ($|\cdot| > .30$) resp. starken ($\geq |\cdot| > .50$) Bereich.

Alle Faktoren laden moderat bis stark auf die Gesamtskala. Faktor 1, 2 und 3 korrelieren mittelstark miteinander, während Faktor 4 am wenigsten mit den anderen Faktoren und mit der Gesamtskala korreliert.

5.2 Überprüfung von Gütekriterien und Anwendungsvoraussetzungen

5.2.1 Reliabilität der eingesetzten Skalen

Der Messfehler in der Messung psychologischer Variablen stellt eine Herausforderung für die Güte einer Untersuchung. Die Reliabilität der eingesetzten Skalen ist ein wichtiger Indikator dafür, wie genau diese die zu untersuchenden Variablen erfassen. Sie kann unterschiedlich berechnet werden, in der psychologischen Forschung wird üblicherweise das Cronbachs Alpha eingesetzt. Als Faustregel wird ein psychometrischer Test verwendet, wenn er ein Cronbachs Alpha von mindestens $\alpha = .70$ aufweist. Es wurden die Cronbachs Alpha für die hier eingesetzten Fragebögen in der Risiko- (für die beiden Messzeitpunkten) und in zwei Meditationsstichproben (N = 42 und N = 25) berechnet. Die meisten Skalen erreichten ausreichende Reliabilitätswerte in allen Stichproben. Lediglich vier Skalen konnten eine interne Konsistenz von $\alpha = .70$ nicht erreichen (Tabelle 7). Diese Skalen beinhalten, mit Ausnahme der FKK-Skala Selbstwirksamkeitserwartungen, eine sehr geringe Anzahl an Items, was die tiefen Alpha Werte gut erklärt (Interne Konsistenz und Itemzahl einer Skala korrelieren negativ). Aufgrund der tiefen Reliabilitäten sollten die

mit diesen Skalen berechneten Ergebnisse unter Vorbehalt betrachtet werden. Insgesamt zeigt sich aber ein positives Bild: Aus 59 berechneten Reliabilitäten wiesen nur vier tiefe Werte auf, wovon drei eindeutig auf die tiefe Itemzahl der Skalen zurückzuführen sind.

Tabelle 7: Psychometrische Skalen mit Reliabilität $\alpha < .70$.

Skala	Anzahl Items	α Risiko- stichprobe (T1)	α Meditations- stichprobe	α Meditations- stichprobe mit Fragebogen 3
FFA3: (Selbst-)Akzeptanz	4	.58		
SEK-27, Akzeptanz	3	.52		
FKK, Selbstwirksamkeitserwartungen	16		.63	
HAKEMP 90, Handlungsorientierung nach Misserfolg (HOM)	6			.55

Anmerkungen: N = 200 für Risikostichprobe T1; N = 42 für Meditationsstichprobe; α = Cronbachs Alpha;

5.2.2 Überprüfung der Voraussetzungen für die Korrelationsanalysen

In der Risiko- und in der Meditationsstichprobe wurden Verletzungen der **Normalverteilung** bei einigen abhängigen Variablen beobachtet (siehe Tabelle 8 und 9). Dazu sind alle Unterskalen aus dem SEK-27 nicht normalverteilt.

Tabelle 8: Beschreibung der Verteilung nicht-normalverteilter Variablen in der Risikostichprobe.

Variable	Mittelwert	SD	Schiefe	Kurtosis	K-S-Test
Globaler Index der psychischen Gesundheit	-0.00	.53	-1.30	4.38	1.48*
Global Symptom Index (BSI)	0.77	.47	2.01	5.17	2.68***
Negativer Affekt (PANAS)	2.07	.62	1.10	1.33	1.82**
Selbstwert (Rosenberg Skala)	3.19	.57	-0.87	0.44	1.96**
Vermeidung (KBVS)	1.88	.53	0.99	0.81	1.83**

Anmerkungen: N= 198 - 200; Schiefe: Negative Werte bedeuten eine rechtssteile, positive eine linkssteile und Null-Werte eine zentrierte Verteilung. Kurtosis: Positive Werte bedeuten Hochgipfligkeit, negative Flachgipfligkeit und Null-Werte eine normale Wölbung. Kolmogorov-Smirnov-Test (K-S-Test): Wenn signifikant, ist die Verteilung nicht normal; Signifikanzniveaus des K-S-Tests: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabelle 9: Nicht-normalverteilte Variablen in der Meditationsstichprobe.

Variable (N42)	Mittelwert	SD	Schiefe	Kurtosis	K-S-Test
ME-Häufigkeit	18.60	15.51	0.12	-.87	2.21***
ME-Sitzungen	2435.73	3091.05	1.38	1.19	1.44*
ER - Konfrontationsbereitschaft	2.69	.64	-0.46	-.83	1.53*

Anmerkungen. N= 198 - 200; Schiefe: Negative Werte bedeuten eine rechtssteile, positive eine linkssteile und Null-Werte eine zentrierte Verteilung. Kurtosis: Positive Werte bedeuten Hochgipfligkeit, negative Flachgipfligkeit und Null-Werte eine normale Wölbung. Kolmogorov-Smirnov-Test (K-S-Test): Wenn signifikant, ist die Verteilung nicht normal; Signifikanzniveaus des K-S-Tests: * $p < .05$, *** $p < .001$

Die (hier nicht gezeigten) Verteilungsdiagramme dieser Variablen sowie die Werte für Schiefe und Kurtosis zeigen, dass die Signifikanz im Kolmogorov-Smirnov-Test vor allem aufgrund der hohen Schiefe und der Anwesenheit einiger extremen Werte (**Ausreisser**⁹) erklärt werden kann und dass kein relevanter und problematischerer Verstoss gegen die Normalität, z.B. in Form mehrerer Maxima, vorhanden ist. In der statistischen Auswertung der nicht-normalverteilten Variablen soll auf die Berechnung von Produkt-Moment-Korrelationen verzichtet werden. Für die anderen Variablen sollen sowohl die Spearman als auch die Produkt-Moment-Korrelation berechnet werden.

5.2.2 Überprüfung der Voraussetzungen für die multiple lineare Regression

Die Analysen zur **Linearität der Zusammenhänge** zeigten, dass die Zusammenhänge zwischen K-INK und GSI und PANAS Negativer Affekt nicht deutlich linear sind: Der Wert der abhängigen Variable tendiert dazu, überproportional zu steigen, je mehr sich die Inkongruenzwerte erhöhen. Dies trifft aber nur bei den Regressionsanalysen, die den für die Moderatoranalyse berechneten Interaktionsterm nicht beinhalten. Diese nicht-linearen Beziehungen sind theoretisch sinnvoll: Je höher das Inkongruenzniveau, desto grösser wird sein Einfluss auf die psychopathologische Symptome und auf die negative Affektivität und gleichzeitig kann das Auftauchen von Symptomen und negativen emotionalen Zuständen zu einem erhöhten Inkongruenzniveau führen, was einen sich selbst verstärkenden und aufrechterhaltenden Mechanismus auslösen kann.

Das Bestehen nicht-linearer Zusammenhänge spricht nicht gegen die Anwendung linearer Modelle, da diese nur in den Parametern linear sein müssen und durch geeignete Transformationen auf die lineare Form gebracht werden können. Hingegen: „Ist eine Lineari-

⁹ Da es sich dabei um korrekt erfasste aussergewöhnliche Werte handelt, besteht kein Grund, diese aus der Analyse auszuschliessen.

sierung möglich, sollte diese stets vorgenommen werden, damit die einfachen, nicht-iterativen Schätzmethoden des linearen Modells verwendet werden können.“ (Baltes-Götz, 1998, S. 3). Aus diesem Grunde wurde eine transformierte, quadratisierte Variable eingeführt: K-INK². Diese Transformation wirkte sich gut auf die Linearität der Zusammenhänge aus und, entsprechend, auf die Vorhersage der Kriteriumsvariable durch K-INK bzw. K-INK²: Der standardisierte Koeffizient (beta) für diesen Prädiktor erhöhte sich von .596 auf .628 bei der Kriteriumsvariable GSI und von .516 auf .550 beim Negativen Affekt (PANAS). Die transformierte Variable soll für die Hypothesen 2.2.1 bis 2.2.3 (Mediatoranalyse) verwendet werden (bei der theoretischen Interpretation der Koeffizienten soll diese Transformation beachtet werden). Die Hypothesen 2.1.1 bis 2.1.3 (Moderatoranalysen) werden dagegen aufgrund der nicht-transformierten Variable berechnet.

Multikollinearität zwischen den unabhängigen Variablen ist innerhalb einer Moderatoranalyse unerwünscht. Sie ist aber eine Voraussetzung für die Mediator-Hypothese (Frazier, Tix & Barron, 2004). Das heisst, dass eine relativ hohe Kollinearität zwischen den beiden Regressoren und dadurch eine Toleranz, die sich dem idealen Wert 1 nicht nähert, zu erwarten ist. Die kleinste Toleranz, die in den Analysen gefunden wurde, liegt bei .692 (bei FFA und K-INK). Wegen der Multikollinearität wird die Power ungefähr so klein, als wäre die Stichprobe $N(1-r^2)$ gross (r^2 ist die Korrelation zwischen den zwei Regressoren). $N(1-r^2)$ wird als die effektive Stichprobengrösse bezeichnet (Kenny, 2006), deren Werte in der nachfolgenden Tabelle MULT dargestellt sind:

Tabelle 10: Effektive Stichprobengrössen nach Berücksichtigung der Multikollinearität

Regressoren	Pearson r	Effective N
FFA, K-INK	-.50	150
FFA, K-INK ²	-.49	152

In Bezug auf die anderen Voraussetzungen für die Regressionsanalyse konnten keine relevanten Abweichungen festgestellt bzw. überprüft¹⁰ werden.

¹⁰ Gemäss Baltes-Götz (2006) kann bei Verletzung der Linearität die Normalverteilung der Residuen nicht geprüft werden. Abweichungen von der Residual-Normalverteilung wirken sich aber in der Regel nicht stark auf die Ergebnisse einer Regressionsanalyse aus (Norušis 2005, in Baltes-Götz, 2006).

5.2.3 Überprüfung der Voraussetzungen für die Moderatoranalyse

Moderatoren sind Variablen, die die Richtung und/oder die Stärke des Zusammenhanges zwischen einer unabhängigen Variable und einer abhängigen Variable beeinflussen. Im Idealfall sind sie fixe Variablen (z.B. das Geschlecht), die weder mit der unabhängigen Variable noch mit der abhängigen Variable korrelieren, was eindeutig interpretierbare Interaktionen ermöglicht. In der vorliegenden Stichprobe ist die Moderatorvariable, der FFA-Wert, ein psychologisches Merkmal, das sowohl mit der unabhängigen Variable als auch mit der abhängigen Variable korreliert. Aus diesem Grund soll bei der Interpretation der Resultate besondere Rücksicht darauf genommen werden.

Die **Reliabilitäten** der verwendeten Skalen und der Interaktionsterme sollten oberhalb der $\alpha = .80$ Grenze liegen. Dabei liegt nur die Reliabilität des Interaktionsterms (FFAxK-INK) unterhalb dieser Grenze mit $\alpha = .76$. Dies spricht dafür, dass bei der Moderatoranalyse die Wahrscheinlichkeit, eine bestehende Interaktion zu entdecken, nicht optimal hoch ist.

Bei einer Interaktionsanalyse sollten die **Antwortoptionen** in der Kriteriumsvariable, wenn möglich, breiter als oder gleich dem Produkt der Antwortoptionen der unabhängigen Variable sein. Die Likert-Skalen von FFA und K-INK enthalten resp. vier und fünf Antwortoptionen. Das heisst, dass im idealen Fall die unabhängige Variable auf Likert-Skalen mit 20 Antwortoptionen beantwortet wurden. Die drei, hier verwendeten unabhängigen Variablen haben lediglich fünf Antwortoptionen. Dies trägt auch zu einer niedrigeren Wahrscheinlichkeit bei, signifikante Resultate zu haben. Eine Anpassung der Originalversionen der Skalen BSI und PANAS wäre aber fraglich gewesen. Die unabhängigen Variablen sind gemäss dem Kolmogorov-Smirnov-Test **normalverteilt**.

5.2.4 Überprüfung der Voraussetzungen für die Mediatoranalyse

Gemäss der Literatur (Frazier, Tix & Barron, 2004; Hoyle & Robinson, 2003) sollen im Rahmen einer Mediatoranalyse methodologisch-statistische und theoretisch-empirische Voraussetzungen berücksichtigt werden.

Die Assoziation zwischen **Prädiktor**- und Kriteriumsvariable sollte durch frühere Forschungsergebnisse bestätigt worden und der Zusammenhang zwischen Prädiktor und Mediator sollte theoretisch begründet sein. Empirische Befunde und theoretische Überlegungen zu diesen Punkten wurden schon in den Kapiteln 2.3.3 und 2.3.1 erwähnt.

Der **Mediator** soll veränderbar und reliabel sein. Inkongruenz ist **veränderbar**: Berking, Grosse-Holtforth und Jacobi (2003) konnten in einer Psychotherapiestudie zeigen, dass Inkongruenz nach stationärer kognitiver Verhaltenstherapie substantiell reduziert war. Inkongruenzreduktion gilt als einer der zentralen Ziele der psychologischen Therapie gemäss Grawe und ist auch theoretisch gut zu begründen: Die Erreichung motivationaler Ziele stellt keine fixe, a priori gegebene Grösse dar, sondern es ist zu erwarten, dass sie durch Veränderungen psychologischer Merkmale wie Kognitionen, Strategien usw. begünstigt werden kann. Die **Reliabilität** des K-INK in der Risikogruppe beträgt $\alpha = .85$, was zufrieden stellend ist.

Der Mediator sollte eine ähnlich starke Beziehung zur Kriterium- und zur Prädiktorvariable aufweisen oder einen wenig stärkeren Zusammenhang zum Prädiktor. Die Werte dieser Korrelationen in der Risikostichprobe sind in Tabelle 11 angegeben.

Tabelle 11: Korrelationen der Mediatorvariable.

	FFA	Pos. Aff.	Neg. Aff.	GSI
K-INK	-.50***	-.47***		
K-INK ²	-.49***		.52***	.63***

Anmerkungen: Pearson Korrelationen; einseitiges *** $p < 0.001$

Während der Zusammenhang zwischen K-INK² und GSI deutlich höher ist, als der zwischen K-INK² und FFA, verhalten sich die anderen Zusammenhänge gemäss den Empfehlungen von Frazier, Tix und Barron (2004). Die Autoren geben in ihrem Artikel keine spezifischen Angaben darüber, ab wann der Korrelationsunterschied ‚zu gross‘ wird. Wenn alle Korrelationen ähnlich sind, wird die Power des Tests maximiert. Das heisst, dass die grössere Korrelation zwischen K-INK² und GSI zu einer weniger wahrscheinlichen Bestätigung der Mediator-Hypothese mit Bezug auf die psychopathologische Symptombelastung führen sollte.

Ein weiterer wichtiger Punkt betrifft die Annahme kausaler Richtungen zwischen den Variablen. Um die Kausalitätsannahmen im Rahmen einer Mediatoranalyse zu bekräftigen, empfiehlt Kenny (siehe auch Kapitel 4.4.2.3.), Messungen der abhängigen Variable zu einem späteren Messzeitpunkt in die Analysen einzubeziehen. Aus diesem Grunde werden hier die Mediatorhypothesen für jede abhängige Variable sowohl mit den Daten aus der ersten (t1) als auch mit denen aus der zweiten Erhebung (t2, ca. vierzehn Tage nach t1) getestet. Die Daten bezüglich der unabhängigen Variablen, FFA und K-INK, stammen in beiden Fällen aus t1.

5.3 Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und psychischer Gesundheit

5.3.1 Achtsamkeit und psychische Gesundheit

PV1: Der Gesamtwert des Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA) korreliert signifikant positiv mit dem globalen Index der psychischen Gesundheit.

Die Spearman Korrelation zwischen dem Gesamtwert vom FFA und dem globalen Index psychischer Gesundheit (GIPG) beträgt $r = .455$ ($p < .001$) und bestätigt somit die erste psychologische Vorhersage.

Zur Beurteilung der **EA1.1** sollen Richtung und Stärke der Korrelationen zwischen dem Gesamtwert des FFA und den folgenden Skalen zu den Aspekten der psychischen Gesundheit untersucht werden: Global Symptom Index (BSI), Positiver Affekt (PANAS), Negativer Affekt (PANAS), Rosenberg Skala zum Selbstwert Gesamtwert, K-INK Gesamtwert, SEK-27 Gesamtwert, Selbstwirksamkeitserwartung (FKK), kognitive Vermeidung (KBVS), behaviorale Vermeidung (KBVS) und Vermeidungsziele (FAMOS).

Die Resultate zur EA1 (Tabelle 12) zeigen, dass achtsamere Individuen tendenziell höhere Werte bei den Merkmalen zeigen, die mit der psychischen Gesundheit positiv assoziiert sind und tiefere bei denen, die mit ihr negativ zusammenhängen. Die einzige Ausnahme zeigt sich beim Zusammenhang mit den motivationalen Zielen, der nicht die Signifikanz erreichte. Die stärksten Korrelationen zeigen sich mit den Emotionsregulationskompetenzen und mit der Inkongruenz.

Tabelle 12: Korrelationen der Achtsamkeit mit den Aspekten psychischer Gesundheit.

	PA	NA	GSI	INK	ER	SWK	VZ	KV	BV	SW
FFA r	.37***			-.50***	.59***	.29***	-.04			
FFA	.40***	-.24***	-.30***	-.49***	.58***	.23**	-.06	-.41***	-15*	.34***

Anmerkungen: N = 193 - 200; PA = Positiver Affekt (PANAS); NA = Negativer Affekt (PANAS); GSI = Global Symptoms Index (BSI); ER = Emotionsregulationskompetenzen (SEK-27); SWK = Selbstwirksamkeitserwartungen (FKK); VZ = Vermeidungsziele (FAMOS); KV = kognitive Vermeidung (KBVS); BV = behaviorale Vermeidung (KBVS) INK = Inkongruenz (K-INK); SW = Selbstwert (Rosenberg); erste und zweite Zeile: Pearson resp. Spearman Korrelationen; einseitige Signifikanzniveaus: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; gelb und orange markiert sind die Korrelationen im moderaten ($|\cdot| .30 > |\cdot| .50$) resp. starken ($\geq |\cdot| .50$) Bereich.

Zur Beurteilung der EA1.2 sollen Richtung und Stärke der Korrelationen zwischen dem Gesamtwert des FFA und den einzelnen Unterskalen des SEK-27 (AG, KL, KW, VE, AK, RS, SU, KB und RE) untersucht werden.

Die Resultate zur EA1.2 (Tabelle 13) zeigen, dass der Gesamtwert des FFA mittelstark mit allen Subskalen des SEK-27 ausser der ER-Skala *Konfrontationsbereitschaft*, mit der sie eine schwache Korrelation aufweist. Die Subskalen *Akzeptanz* und *Gefühle aushalten können* weisen dabei die stärksten Assoziationen.

Tabelle 13: Korrelationen der Achtsamkeit mit den Emotionsregulationskompetenzen.

	ER	AG	KW	KL	VE	AK	RS	KB	RE	SU
FFA		.33***	.37***	.38***	.35***	.49***	.49***	.26***	.42***	.33***

Anmerkungen: N = 193 - 200; AG, Aufmerksamkeit; KW, Körperwahrnehmung; KL, Klarheit; VE, Verstehen; AK, Akzeptanz; RS, Aushalten können; KB, Konfrontationsbereitschaft; RE, Selbsteffizienz; SU, Selbstunterstützung; Spearman Korrelationen; einseitige Signifikanzniveaus: *** p < .001; gelb markiert sind die Korrelationen im moderaten (|.30|>|.50|) Bereich.

5.3.2 Dimensionen der Achtsamkeit und psychische Gesundheit

- PV2.1:** Die FFA-Unterskala *Gewahrsein* korreliert signifikant positiv mit dem globalen Index der psychischen Gesundheit.
- PV2.2:** Die FFA-Unterskala *Abwesenheit negativer Reaktionen* korreliert signifikant positiv mit dem globalen Index der psychischen Gesundheit.
- PV2.3:** Die FFA-Unterskala *(Selbst-)Akzeptanz* korreliert signifikant positiv mit dem globalen Index der psychischen Gesundheit.
- PV2.4:** Die FFA-Unterskala *Konzentriertheit* korreliert signifikant positiv mit dem globalen Index der psychischen Gesundheit.

Die Korrelationen zwischen den vier Faktoren aus dem FFA und dem globalen Index zur psychischen Gesundheit sind signifikant (Tabelle 15). Die FFA-Skala (Selbst-)Akzeptanz zeigt eine starke Korrelation mit dem GIPG, während deren Korrelationen mit den übrigen FFA-Skalen im Bereich mittlerer Stärken liegen. Die PV2 wurde somit bestätigt: Jede hier untersuchte Facette des FFA weist einen signifikanten Zusammenhang zur psychischen Gesundheit auf.

Tabelle 14: Korrelationen der Dimensionen der Achtsamkeit mit der globalen psychischen Gesundheit.

	FFA1	FFA2	FFA3	FFA4
GIPG	.31***	.32***	.52***	.36***

Anmerkungen: N = 198-199; FFA1, *Gewahrsein*, FFA2, *Abwesenheit negativer Reaktionen*, FFA3, *(Selbst-)Akzeptanz*, FFA4, *Konzentriertheit*; Spearman Korrelationen; einseitige Signifikanzniveaus: *** p < .001; gelb und orange markiert sind die Korrelationen im moderaten (|.30|>|.50|) resp. starken (≥|.50|) Bereich.

Zur Beurteilung der EA2.1 sollen Richtung und Stärke der Korrelationen zwischen jeder Unterskala des FFA und den folgenden Skalen zu den Aspekten der psychischen Gesundheit untersucht werden: Global Symptom Index (BSI), Positiver Affekt (PANAS), Negativer Affekt (PANAS), Rosenberg Skala zum Selbstwert Gesamtwert, K-INK Gesamtwert, SEK-27 Gesamtwert, Selbstwirksamkeitserwartung (FKK), kognitive Vermeidung (KBVS), behaviorale Vermeidung (KBVS)) und Vermeidungsziele (FAMOS).

Die vier Unterskalen des FFA zeigen z. T. deutliche Unterschiede in ihren Zusammenhängen mit den Skalen zur psychischen Gesundheit (Tabelle 15). Alle signifikanten Korrelationen zeigen die erwartete Richtung. Die FFA-Subskala (Selbst-)Akzeptanz zeigt die meisten nicht schwachen Korrelationen mit den psychologischen Skalen. Von diesen sind die Skalen K-INK und SEK-27 am deutlichsten mit Achtsamkeit verknüpft.

Tabelle 15: Korrelationen der Dimensionen der Achtsamkeit mit den Aspekten psychischer Gesundheit.

	PA	NA	GSI	INK	ER	SWK	VZ	KV	BV	SW
FFA1	.29***	-.02	-.05	-.28***	.58***	.19**	.06	-.40***	-.12*	.17*
FFA2	.24***	-.21**	-.26***	-.39***	.40***	.22**	-.17*	-.25***	-.02	.22**
FFA3	.45***	-.29***	-.30***	-.50***	.37***	.27***	-.09	-.27***	-.30***	.68***
FFA4	.21**	-.33***	-.33***	-.34***	.29***	.21**	-.12*	-.27***	-.16*	.22**

Anmerkungen: N = 193 - 200; FFA1, *Gewahrsein*, FFA2, *Abwesenheit negativer Reaktionen*, FFA3, *(Selbst-)Akzeptanz*, FFA4, *Konzentriertheit*; PA = Positiver Affekt (PANAS); NA = Negativer Affekt (PANAS); GSI = Global Symptoms Index (BSI); ER = Emotionsregulationskompetenzen (SEK-27); SWK = Selbstwirksamkeitserwartungen (FKK); VZ = Vermeidungsziele (FAMOS); KV = kognitive Vermeidung (KBVS); BV = behaviorale Vermeidung (KBVS) INK = Inkongruenz (K-INK); SW = Selbstwert (Rosenberg); Spearman Korrelationen; einseitige Signifikanzniveaus: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001; gelb und orange markiert sind die Korrelationen im moderaten (|.30|>|.50|) resp. starken (≥|.50|) Bereich; fett gedruckt ist die jeweils stärkste Korrelation der abhängigen Variable mit den Unterskalen des FFA.

Zur Beurteilung der EA2.2 sollen Richtung und Stärke der Korrelationen zwischen jeder Unterskala des FFA und den einzelnen Unterskalen des SEK-27 (AG, KL, KW, VE, AK, RS, SU, KB und RE) untersucht werden.

Die Ergebnisse zur explorativen Analyse (Tabelle 16) zeigen, dass der Achtsamkeitsaspekt *Gewahrsein* die stärksten Korrelationen aufweist. Die ER-Facetten *Akzeptanz*, *Selbstunterstützung* und *Gefühle aushalten können* zeigen die meisten moderaten Assoziationen mit den FFA-Skalen.

Tabelle 16: Korrelationen der Unterskalen des FFA mit den einzelnen SEK-27 Skalen.

	FFA1	FFA2	FFA3	FFA4
ER: Aufmerksamkeit	.53***	.15*	.15*	-.10
ER: Körperwahrnehmung	.55***	.14*	.17**	.08
ER: Klarheit / Erkennen	.38***	.24***	.23**	.27***
ER: Verstehen	.40***	.22**	.20**	.11
ER: Akzeptanz	.39***	.41***	.37***	.24***
ER: Aushalten können	.31***	.38***	.30***	.42***
ER: Konfrontationsbereitschaft	.19**	.18**	.17**	.25***
ER: Selbsteffizienz	.34***	.30***	.27***	.31***
ER: Selbstunterstützung	.27***	.32***	.39***	.18**

Anmerkungen: N = 193 - 200; FFA1, *Gewahrsein*, FFA2, *Abwesenheit negativer Reaktionen*, FFA3, *(Selbst-)Akzeptanz*, FFA4, *Konzentriertheit*; Spearman Korrelationen; einseitige Signifikanzniveaus: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; gelb und orange markiert sind die Korrelationen im moderaten ($|.30| > |.50|$) resp. starken ($\geq |.50|$) Bereich; fett gedruckt ist die jeweils stärkste Korrelation der abhängigen Variable mit den Unterskalen des FFA.

5.3.3 Achtsamkeit, Stress und psychische Gesundheit

Es sollen die psychologischen Vorhersagen zur Mediatoranalyse getestet werden:

PV3.1.1: Der Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom FFA und der Skala Positiver Affekt (PANAS) wird signifikant reduziert, wenn der Einfluss des Gesamtwertes des K-INK (Mediator) kontrolliert wird.

PV3.1.2: Der Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom FFA und der Skala Negativer Affekt (PANAS) wird signifikant reduziert, wenn der Einfluss des Gesamtwertes des K-INK (Mediator) kontrolliert wird.

PV3.1.3: Der Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom FFA und dem Global Symptoms Index (BSI) wird signifikant reduziert, wenn der Einfluss des Gesamtwertes des K-INK (Mediator) kontrolliert wird.

Die drei PV konnten sowohl für T1 als auch für T2 bestätigt werden: Der indirekte Effekt (axb) von Gesamtwert des FFA auf das jeweilige Kriterium in allen berechneten Mediatoranalysen sind mit $\alpha < .01$ signifikant. Dies zeigt sich in ihren 99% Konfidenzintervallen, die keinen Null-Effekt einbeziehen (Tabelle 17). Anders gesagt, sinkt nach Einführung vom Regressor K-INK der Regressionskoeffizient von FFA auf das Kriterium signifikant. Die Mediationseffekte für die Kriteriumsvariablen negativer Affekt und psychopathologische Symptombelastung sind zu beiden Messzeitpunkten total (c' ist nicht signifikant). Beim positiven Affekt erweist sich die wahrgenommene Zielerreichung nur zu T2 als totaler und zu T1 hingegen als partieller Mediator. Die Mediatorhypothesen sind somit bestätigt.

Tabelle 17: Pfadkoeffizienten der Mediatoranalyse zu T1 und T2.

Kriterium / Pfad	T1			T2		
	b / M [‡]	SF	t / 99% KI ^{‡‡}	b / M	SF	t / 99% KI
Positiver Affekt						
c	0.66	.12	5.51***	0.62	.20	3.17**
a	0.90	.11	8.06***	1.03	.16	6.33***
b	0.38	.07	5.34***	0.38	.11	3.53**
c'	0.31	.13	2.44*	0.23	.22	1.04
axb	.34	.08	0.16 - 0.56	.39	.12	0.09 - 0.75
Negativer Affekt						
c	-0.44	.14	-3.04**	-0.45	.20	-2.27*
a	4.41	.57	7.80***	5.16	.83	6.19***
b	-0.13	.02	-7.90***	-0.11	.02	-5.19***
c'	0.12	.14	0.80	0.09	.21	0.44
axb	-.55	.12	-0.87 - -0.28	-.55	.14	-0.97 - -0.22
Psychopathologische Symptombelastung						
c	-0.48	.11	-4.55***	-0.51	.16	-3.22**
a	4.41	.57	7.80***	5.16	.83	6.19***
b	-0.11	.01	-9.70***	-0.11	.02	-7.41***
c'	-0.01	.10	-0.11	0.05	.15	0.36
axb	-.47	.09	-0.73 - -0.25	-.56	.13	-0.93 - -0.26

Anmerkungen: N = 198/114 zu T1/T2, Pfad a = b(MX), Pfad b = b(YM.X), Pfad c = b(YX), Pfad c' = b(YX.M), axb = indirekter Pfad; †M, M (Mittelwert) und ‡‡99% KI (Konfidenzintervall) beziehen sich nur auf axb; 2000 Bootstrappings, zweiseitige Signifikanzniveaus: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

PV3.2.1: Der Gesamtwert vom FFA moderiert den Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom K-INK und der Skala Positiver Affekt (PANAS). Dabei zeigt sich: Je höher der Gesamtwert vom FFA, desto schwächer der Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom K-INK und der Skala Positiver Affekt (PANAS) und umgekehrt.

Wie aus Tabelle 20 ersichtlich wird, ist der Interaktionsterm nicht signifikant. Die Effektstärke beträgt 0.002 (= .246 - .244), was einer Steigerung des Ausmasses erklärter Varianz um 0.2%, entspricht. Die PV3.2.1. ist somit nicht bestätigt: Die Fähigkeit zur Achtsamkeit scheint den Zusammenhang zwischen Stress und dem Erleben positiver Affekte nicht zu beeinflussen.

Tabelle 18: Ergebnisse zur Moderatoranalyse mit dem Kriterium positiver Affekt.

	F-Test	R ²	b	SE b	Beta	T-Test
1. Regression	31.54***	.244				
Z-FFA			.10	.04	.18	2.44*
Z-K-INK			-.22	.04	-.38	-5.34***
2. Regression	21.15***	.246				
Z-FFA			.11	.04	.19	2.54*
Z-K-INK			-.24	.05	-.41	-5.06***
Z.FFAxZ-K-INK			-.03	.04	-.06	-0.72

Anmerkungen: N = 197; Der ANOVA F-Wert und dessen Signifikanzniveau sowie der R² beziehen sich auf die gesamte Regression. Alle anderen Werte beschreiben die einzelnen Regressoren. b = nicht standardisierte Koeffizienten, SE b = Standardfehler von b, Beta = standardisierte Koeffizienten, T = Ergebnis des T-Tests; Signifikanzniveaus: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

PV3.2.2: Der Gesamtwert vom FFA moderiert den Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom K-INK und der Skala Negativer Affekt (PANAS). Dabei zeigt sich: Je höher der Gesamtwert vom FFA, desto schwächer der Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom K-INK und der Skala Negativer Affekt (PANAS) und umgekehrt.

Die Interaktion zwischen FFA und K-INK war nur knapp nicht signifikant (p = .10) und die Effektstärke beträgt 0.01, was einer Steigerung des Ausmasses erklärter Varianz um 1%, entspricht (Tabelle 21).

Tabelle 19: Ergebnisse zur Moderatoranalyse mit dem Kriterium negativer Affekt.

	F-Test	R ²	B	SE B	Beta	T-Test
1. Regression	31.65***	.245				
Z-FFA			.03	.05	.05	0.63
Z-K-INK			.34	.05	.52	7.19***
2. Regression	22.19***	.255				
FFA			.06	.05	.08	1.09
Z-K-INK			.30	.05	.45	5.63***
Z.FFAxK-INK			-.07	.05	-.13	-1.65

Anmerkungen: N = 197; Der ANOVA F-Wert und dessen Signifikanzniveau sowie der R² beziehen sich auf die gesamte Regression. Alle anderen Werte beschreiben die einzelnen Regressoren. b = nicht standardisierte Koeffizienten, SE b = Standardfehler von b, Beta = standardisierte Koeffizienten, T = Ergebnis des T-Tests; Signifikanzniveaus: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Obwohl der Effekt lediglich knapp nicht signifikant war, sollen die Ergebnisse graphisch dargestellt und somit die Richtung der festgestellten Tendenz überprüft werden. Die Regressionsgleichung für die zweite Regression, mit der Konstante $y = 1.886$ für $x_{1-n} = 0$, ist:

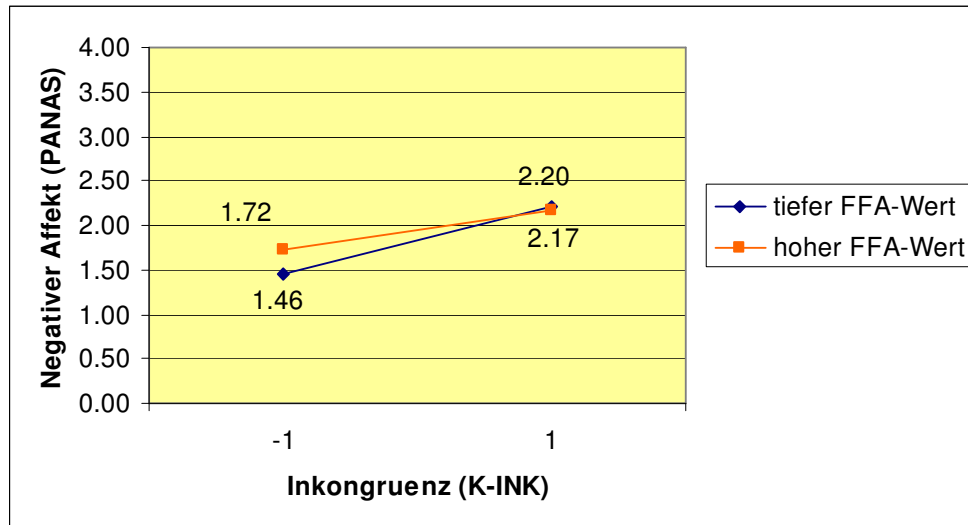
$$y = 1.886 + .055(Z\text{-FFA}) + .298(Z\text{-K-INK}) - .074(Z\text{-FFAxZ-K-INK})$$

Durch Einsetzen der Werte +/-1 in Z-FFA und Z-K-INK wurde die Graphik der Abbildung 5¹¹ hergestellt¹²: Diese zeigt, dass gemäss den Erwartungen der Zusammenhang zwischen Inkongruenz und dem negativem Affekt bei hohen Achtsamkeitswerten schwächer ist. Die Steigung der Gerade, welche dem Zusammenhang zwischen diesen ausdrückt, beträgt .373 bei tiefer und .224 bei hoher Achtsamkeit. Die PV3.2.2 ist nicht bestätigt, die Ergebnisse zeigen aber eine Tendenz in die erwünschte Richtung.

¹¹ Diese und die nächste Graphik (Abbildungen 5 und 6) können den Eindruck erwecken, dass Personen mit einer höheren Achtsamkeit höhere Werte auf den Skalen negativer Affekt und allgemeine Psychopathologie aufweisen. Die Befunde zur ersten Fragestellung zeigen aber, dass dies nicht der Fall ist. Aus den Graphiken sind vor allem die Steigungen der Geraden zu entnehmen, die die Regressionskoeffizienten und somit Stärke und Richtung der Assoziationen zwischen unabhängigen Variablen und abhängigen Variablen ausdrücken.

¹² Da die unabhängige Variable standardisiert sind, entspricht der Durchschnittswert dem Null-Punkt und die erste Standardabweichungen den Werten 1 und -1.

Abbildung 5: Graphische Darstellung der Interaktion zwischen Achtsamkeit und Inkongruenz bei der Vorhersage der Werte auf der negativen Affektivität.



PV3.2.3: Der Gesamtwert vom FFA moderiert den Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom K-INK und dem Global Symptoms Index (BSI). Dabei zeigt sich: Je höher der Gesamtwert vom FFA, desto schwächer der Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom K-INK und dem GSI und umgekehrt.

Wie in Tabelle 22 dargestellt, ist die Interaktion zwischen FFA und K-INK signifikant mit $p < .01$ und die Effektstärke beträgt 0.03, was einer Steigerung des Ausmasses erklärter Varianz um 3%, entspricht.

Tabelle 20: Ergebnisse zur Moderatoranalyse mit dem Kriterium globale psychopathologische Symptombelastung.

	F-Test	R ²	B	SE B	Beta	T-Test
1. Regression	53.93***	.356				
Z-FFA			-.01	.03	-.02	-0.23
Z-K-INK			.30	.03	.60	8.88***
2. Regression	40.72***	.386				
Z-FFA			.02	.03	.05	0.68
Z-K-INK			.24	.04	.48	6.61***
Z.FFAxK-INK			-.09	.03	-.23	-3.09**

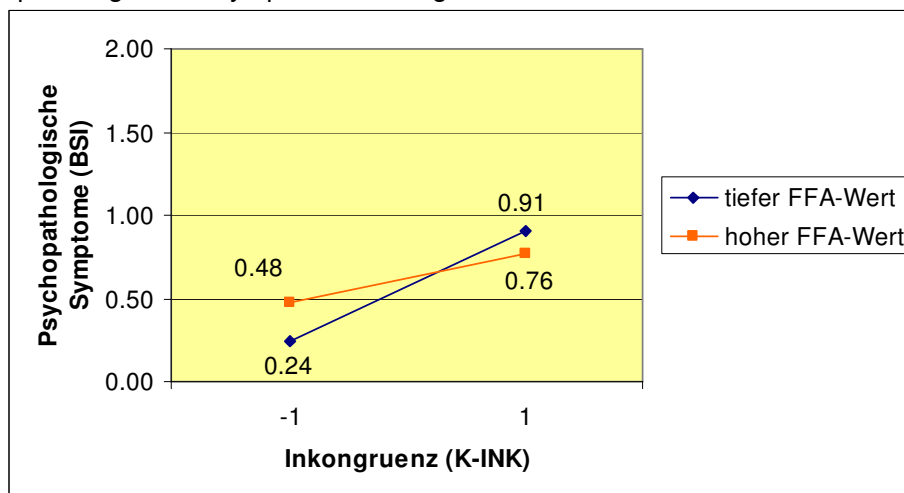
Anmerkungen: N = 197; Der ANOVA F-Wert und dessen Signifikanzniveau sowie der R² beziehen sich auf die gesamte Regression. Alle anderen Werte beschreiben die einzelnen Regressoren. b = nicht standardisierte Koeffizienten, SE b = Standardfehler von b, Beta = standardisierte Koeffizienten, T = Ergebnis des T-Tests; Signifikanzniveau: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Durch Einsetzung der Regressionsgewichte und der Konstante $y = .597$ für $x_{1-n} = 0$ wurde die folgende Gleichung formuliert:

$$y = .597 + .023(Z\text{-FFA}) + .238(Z\text{-K-INK}) - .094(Z\text{-FFA} \times Z\text{-K-INK})$$

Die Graphik (Abbildung 5) zeigt, dass die Resultate die erwartete Richtung zeigen: Der Zusammenhang zwischen Inkongruenz und der psychopathologischen Symptombelastung sinkt bei steigenden Achtsamkeitswerten. Die Steigung der Gerade, die diesen Zusammenhang ausdrückt, beträgt .332 bei tiefer und .114 bei hoher Achtsamkeit. Im Durchschnitt ist bei Personen, die über eine bessere Fähigkeit zur Achtsamkeit verfügen, der Zusammenhang zwischen Stress und psychopathologischer Symptombelastung weniger ausgeprägt. Die PV3.2.3 ist somit bestätigt.

Abbildung 6: Graphische Darstellung der Interaktion zwischen Achtsamkeit und Inkongruenz bei der Vorhersage der psychopathologischen Symptombelastung.



5.4 Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Meditationserfahrung und Achtsamkeit

PV4.1: Der Gesamtwert des FFA ist signifikant höher in der Meditationsgruppe als in der Nicht-Meditationsgruppe.

Die PV konnte bestätigt werden. Personen mit Meditationserfahrung zeigen einen höheren mittleren Rang als die Nicht-Meditierenden und der U-Wert ist signifikant (Tabelle 23). Erstere weisen also im Durchschnitt einen signifikant höheren FFA-Wert auf.

Tabelle 21: Mann-Whitney-Test zur Beurteilung der Gruppenunterschiede im Achtsamkeitsniveau bei Personen mit und ohne Meditationserfahrung.

Stichprobe	N	Mittlerer Rang	Rang-Summe	Mann-Whitney-U	Z
Meditationsstichprobe	42	49.81	2092.00	575.00	-2.75**
Nicht-Meditationsstichprobe	42	35.19	1478.00		

Anmerkungen: Signifikanzniveau: ** $p < .01$,

PV4.2.1: Die Variable ‚ME-Monate‘ korreliert signifikant positiv mit dem Gesamtwert des FFA.

PV4.2.2: Die Variable ‚ME-Häufigkeit‘ korreliert signifikant positiv mit dem Gesamtwert des FFA.

PV4.2.3: Die Variable ‚ME-Sitzungen‘ korreliert signifikant positiv mit dem Gesamtwert des FFA.

PV4.2.4: Die Variable ‚ME-%Lebenszeit‘ korreliert signifikant positiv mit dem Gesamtwert des FFA.

Wie es aus Tabelle 24 zu entnehmen ist, korrelieren die vier Variablen zur Erfassung der Meditationserfahrung signifikant positiv mit dem Gesamtwert des FFA. Die PV4.2.1 bis 4.2.3 sind somit bestätigt. Nur die Variable ‚ME-Sitzungen‘ korreliert stark mit dem Gesamtwert vom FFA. Sie soll also zur Bestimmung der Untergruppen der Meditationsstichprobe (siehe Kapitel 4.1.3) und als unabhängige Variable zur Untersuchung von Fragestellung 5 dienen. Die anderen drei ME Variablen korrelieren ebenfalls signifikant mit dem FFA Wert, deren Koeffizienten liegen aber im oberen Bereich mittlerer Stärken.

Zur Beurteilung der EA4.1 sollen Richtung und Stärke der Korrelationen zwischen den Unterskalen des FFA und den vier ME-Variablen untersucht werden.

Tabelle 24 zeigt, dass Faktor 1 (*Gewahrsein*) am stärksten mit den ME Variablen korreliert: Dabei zeigen sich drei starke Korrelationen. Die vier ME Variablen korrelieren signifikant schwach/mittelstark mit den Faktoren 2 und 3, *Abwesenheit negativer Reaktionen* resp. *(Selbst-)Akzeptanz*. Faktor 4 (*Konzentriertheit*) weist hingegen keine signifikante Korrelation mit der Meditationserfahrung auf. Alle Korrelationen zeigen die erwartete Richtung.

Tabelle 22: Korrelationen zwischen unterschiedlichen Massen der Meditationserfahrung, Achtsamkeit und ihren Dimensionen..

	FFA				
	Gesamt	FFA1	FFA2	FFA3	FFA4
ME-Monate	.42**	.62***	.31*	.26*	.06
ME-Häufigkeit	.43**	.33*	.31*	.38**	.18
ME-Sitzungen	.51***	.61***	.38**	.37**	.12
ME-%Lebenszeit	.42**	.58***	.29*	.29*	.12

Anmerkungen: N = 42; FFA1: *Gewahrsein*; FFA2: *Abwesenheit negativer Reaktionen*; FFA3: *(Selbst-)Akzeptanz*; FFA4: *Konzentriertheit*; Spearman Korrelationen, einseitige Signifikanzniveaus: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001; gelb und orange markiert sind die Korrelationen im moderaten (|.30|>|.50|) resp. starken (≥|.50|) Bereich.

Zur Beurteilung der EA4.2 soll der Gesamtwert des FFA in den fünf Gruppen: 1) Nicht-Meditierende, 2) Med1, 3) Med2, 4) Med3 und 5) Med4 verglichen werden. Es soll bestimmt werden, zwischen welchen Gruppen signifikante Unterschiede bestehen.

Der Kruskal-Wallis Test ist signifikant und spricht somit für das Bestehen bedeutender Unterschiede zwischen der fünf untersuchten Gruppen.

Tabelle 23: H- Test zur Beurteilung der Gruppenunterschiede im Achtsamkeitsniveau in Abhängigkeit zur Meditationserfahrung.

Stichprobe	N	Mittlerer Rang	Kruskal-Wallis-H
Nicht-Meditationsstichprobe	42	35.19	
Med1 (bis 360 Sitzungen)	12	31.83	
Med2 (361-1080 Sitzungen)	10	51.80	17.49**
Med3 (1081-3600 Sitzungen)	10	57.70	
Med4 (ab 3601 Sitzungen)	10	61.50	

Anmerkungen: Signifikanzniveau: ** p < .01,

Es wurden also die Mann-Whitney-Tests zur Beurteilung der einzelnen Intergruppen-Unterschiede berechnet (Tabelle 26). Die Resultate sprechen dafür, dass die Entwicklung der Achtsamkeit eine gewisse Zeit erfordert: Die Nicht-Meditierende Gruppe unterscheidet sich nicht signifikant von der weniger Erfahrenen Gruppe aber von alle anderen Gruppen. Die Med2 ist dabei eine Art Trennlinie: Im Bereich 361 bis 1080 Sitzungen, was einer täglichen Meditationspraxis von mindestens 1 bis 3 Jahren entspricht, scheint Achtsamkeit am meisten gefördert zu werden und ein Niveau zu erreichen, dass durch weitere Übung aufrechterhalten und leicht (aber nicht signifikant) verbessert wird.

Tabelle 24: Mann Whitney-Tests zur Beurteilung der Gruppenunterschiede im Achtsamkeitsniveau in Abhängigkeit zur Meditationserfahrung.

	Med1 (bis 360 Sitzungen) N = 12	Med2 (361-1080 Sitzungen) N = 10	Med3 (1081-3600 Sitzungen) N = 10	Med4 (ab 3601 Sitzungen) N = 10
Nicht- Meditations- Stichprobe	27.88 vs. 26.17 -0.33	24.33 vs. 35.60 -2.12*	24.02 vs. 36.90 -2.42*	23.45 vs. 39.30 -2.98**
Med1		8.96 vs. 14.55 -2.02*	8.04 vs. 15.65 -2.74**	8.17 vs. 15.50 -2.64**
Med2			9.35 vs. 11.65 -0.87	8.80 vs. 12.20 -1.287
Med3				10.00 vs. 11.00 -0.38

Anmerkungen: Für jede Reihe: Erste Zeile = Gruppe links vs. Gruppe oben (mittlerer Rang); zweite Zeile = Z-Wert (einseitige Signifikanz). Die Signifikanzniveaus sind exakt ausser bei den Vergleichen mit der Nicht-Meditationsstichprobe (asymptotische Signifikanz); Signifikanzniveaus: * $p < .05$, ** $p < .01$; gelb markiert sind die signifikante Unterschiede;

5.5 Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Meditationserfahrung und psychischer Gesundheit

PV5: Meditationserfahrung korreliert signifikant positiv mit dem globalen Index der psychischen Gesundheit.

Der GIPS und die Anzahl gemachter Meditationssitzungen (ME-Sitzungen) korrelieren mittelstark positiv mit dem Spearman Rangkoeffizient $r = .31$ ($p < .05$). Somit ist PV5 bestätigt. Personen mit einer längeren Meditationserfahrung berichten im Durchschnitt über eine bessere psychische Gesundheit.

Zur Beurteilung der EA5.1 sollen Richtung und Stärke der Korrelationen zwischen Meditationserfahrung und den folgenden Skalen zu den Aspekten der psychischen Gesundheit untersucht werden: Global Symptom Index (BSI), Positiver Affekt (PANAS), Negativer Affekt (PANAS), Rosenberg Skala zum Selbstwert Gesamtwert, K-INK Gesamtwert, SEK-27 Gesamtwert, Selbstwirksamkeitserwartung (FKK), kognitive Vermeidung (KBVS), behaviorale Vermeidung (KBVS) und Vermeidungsziele (FAMOS).

Tabelle 27 zeigt, dass obwohl alle Korrelationen die erwartete Richtung zeigen, lediglich drei signifikant sind: Meditationserfahrung korreliert signifikant negativ mit der psychopathologischen Symptombelastung und Inkongruenz und positiv mit den Emotionsregulationskompetenzen. Die Korrelationen mit der positiven und negativen Affektivität sowie mit den Selbstwirksamkeitserwartungen sind knapp nicht signifikant und im Bereich schwacher Korrelationen. Analog zur den Assoziationen mit der Achtsamkeit, zeigt sich kein Zusammenhang mit den Vermeidungszielen.

Tabelle 25: Korrelationen zwischen Meditationserfahrung und Aspekten psychischer Gesundheit.

	PA	NA	GSI	INK	ER	SWK	VZ	KV	BV	SW
ME-Sitzungen	.23 [†]	-.24 [†]	-.27*	-.34*	.44**	.24 [†]	-.03	-.29*	-.11	.18

Anmerkungen: N = 41 - 42; PA = Positiver Affekt (PANAS); NA = Negativer Affekt (PANAS); GSI = Global Symptoms Index (BSI); ER = Emotionsregulationskompetenzen (SEK-27); SWK = Selbstwirksamkeitserwartungen (FKK); VZ = Vermeidungsziele (FAMOS); KV = kognitive Vermeidung (KBVS); BV = behaviorale Vermeidung (KBVS); INK = Inkongruenz (K-INK); SW = Selbstwert (Rosenberg); Spearman Korrelationen, einseitiges Signifikanzniveau [†] $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$; gelb markiert sind die Korrelationen im moderaten Bereich ($|.30| >|.50|$).

Zur Beurteilung der EA 5.2 sollen Richtung und Stärke der Korrelationen zwischen Meditationserfahrung und den einzelnen Unterskalen des SEK-27 (AG, KL, KW, VE, AK, RS, SU, KB und RE) untersucht werden.

Sechs von den neu berechneten Korrelationen zwischen der Anzahl gemachter Meditationssitzungen und den Kompetenzen zur Emotionsregulation sind signifikant und mittelstark. Zwei Korrelationen zeigen eine Tendenz in die erwünschte Richtung, während die Skala *Aufmerksamkeit für Gefühle* keine signifikante Korrelation mit der Meditationserfahrung aufweist.

Tabelle 26: Korrelationen zwischen Meditationserfahrung und den Emotionsregulationskompetenzen.

	ER	AG	KW	KL	VE	AK	RS	KB	RE	SU
ME-Sitzungen		.15	.36**	.48**	.24 [†]	.34*	.38**	.40**	.36*	.22 [†]

Anmerkungen: N = 41 – 42, AG, Aufmerksamkeit; KW, Körperwahrnehmung; KL, Klarheit; VE, Verstehen; AK, Akzeptanz; RS, Aushalten können; KB, Konfrontationsbereitschaft; RE, Selbsteffizienz; SU, Selbstunterstützung; Spearman Korrelationen, einseitiges Signifikanzniveau[†] p < .10, * p < .05, ** p < .01; gelb markiert sind die Korrelationen im moderaten (|.30|>|.50|) Bereich.

5.6 Ergebnisse zu den zusätzlichen explorativen Analysen

5.6.1 Achtsamkeit, buddhistische Meditation und Handlungsorientierung

- PV6.1:** Der Gesamtwert des Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA) korreliert signifikant positiv mit dem Wert auf der Skala Handlungsorientierung nach Misserfolgserfahrung (HAKEMP 90).
- PV6.2:** Der Gesamtwert des Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA) korreliert signifikant positiv mit dem Wert auf der Skala Grad der Entscheidungs- und Handlungsplanung (HAKEMP 90).
- PV7.1:** Die Variable ‚ME-Sitzungen‘ korreliert signifikant positiv mit dem Wert auf der Skala Handlungsorientierung nach Misserfolgserfahrung (HAKEMP 90).
- PV6.2:** Die Variable ‚ME-Sitzungen‘ korreliert signifikant positiv mit dem Wert auf der Skala Grad der Entscheidungs- und Handlungsplanung (HAKEMP 90).

Die Ergebnisse in Tabelle 27 bestätigen die PV6.1, 6.2 und 7.1. Die PV 7.2 ist hingegen nicht bestätigt. In der vorliegenden Stichprobe ist also Achtsamkeit mit den beiden hier

erfassten Aspekten der Handlungsorientierung moderat assoziiert, während Meditationserfahrung ebenfalls moderat mit *Handlungsorientierung nach Misserfolg* einhergeht. Ihre Korrelation zum *Grad der Entscheidungs- und Handlungsplanung* zeigt die erwünschte Richtung, erreicht aber nicht die Signifikanz.

Tabelle 27: Korrelationen zwischen Achtsamkeit, deren Dimensionen, Meditationserfahrung und Handlungsorientierung.

	HOM: Handlungsorientierung nach Misserfolg	HOP: Grad der Entscheidungs- und Handlungsplanung
ME-Sitzungen	.41*	.25
FFA	.45*	.42*
FFA1: Gewährsein	.28	.43*
FFA2: Abwesenheit negativer Reaktionen	.44*	.38*
FFA3: (Selbst-)Akzeptanz	.51**	.18
FFA4: Konzentriertheit	.40*	.13

Anmerkungen: N = 25; Spearman Korrelationen; einseitiges Signifikanzniveaus: * p < .05, ** p < .01; gelb und orange markiert sind die Korrelationen im moderaten (|.30|>|.50|) resp. starken (≥|.50|) Bereich.

Zur Beurteilung der EA6 sollen Richtung und Stärke der Korrelationen zwischen den zwei Unterskalen des HAKEMP 90 (*Handlungsorientierung nach Misserfolgserfahrung*, *Grad der Entscheidungs- und Handlungsplanung*) und den einzelnen Unterskalen des FFA (*Gewährsein*, *Abwesenheit negativer Reaktionen*, *(Selbst-)Akzeptanz*, *Konzentriertheit*) untersucht werden.

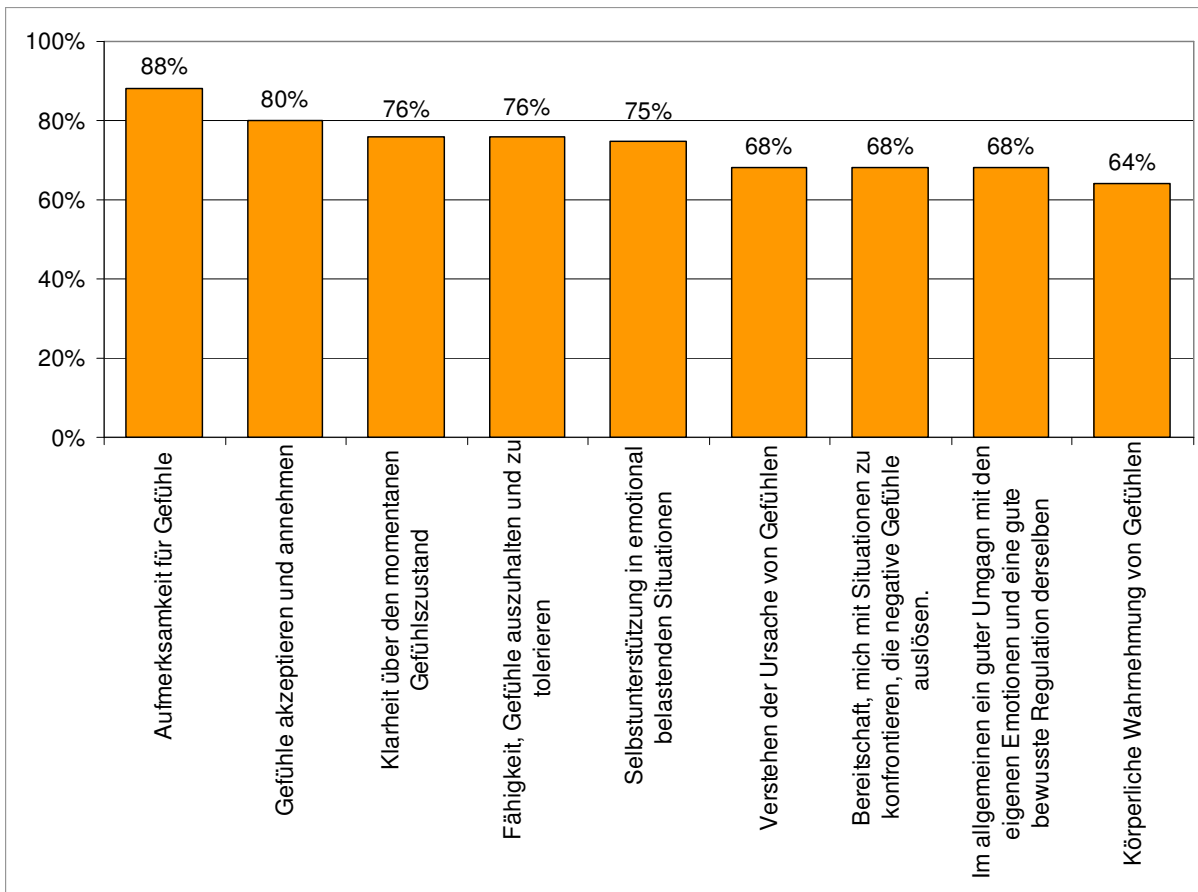
Alle Dimensionen der Achtsamkeit zeigen mindestens einen signifikanten moderaten bis starken Zusammenhang zu den Aspekten der Handlungsorientierung. Dabei ist *Gewährsein* mit dem *Grad der Entscheidungs- und Handlungsplanung* assoziiert, *(Selbst-)Akzeptanz* und *Konzentriertheit* hingegen mit der *Handlungsorientierung nach Misserfolg* während die *Abwesenheit negativer Reaktionen* als einzige Dimension der Achtsamkeit signifikante Zusammenhänge zu beiden Aspekten zeigt.

5.6.2 Ziele, Beweggründe und Effekte der Meditation aus der Sicht der Meditierenden

Zur Beurteilung der EA 9 soll untersucht werden, wie häufig bestimmte durch Meditation unterstützte Verbesserungen in den neun im SEK-27 erfassten Emotionsregulationskompetenzen angegeben werden.

Die in Abbildung 8 angegebenen Anwohnhäufigkeiten zeigen, dass die meisten Meditierenden über positive Wirkungen der Meditationserfahrung auf ihre Fähigkeiten im Umgang mit Emotionen berichten. Die Häufigkeiten unterscheiden sich nur wenig voneinander: Am häufigsten wurden von 88% der Befragten, Fortschritte in der Fähigkeit, Gefühlen Aufmerksamkeit zu schenken, festgestellt, am wenigsten, mit 64%, wurde eine bessere körperliche Wahrnehmung von Gefühlen angegeben.

Abbildung 7: Einfluss der Meditationsübung aus der Sicht von Meditierenden.

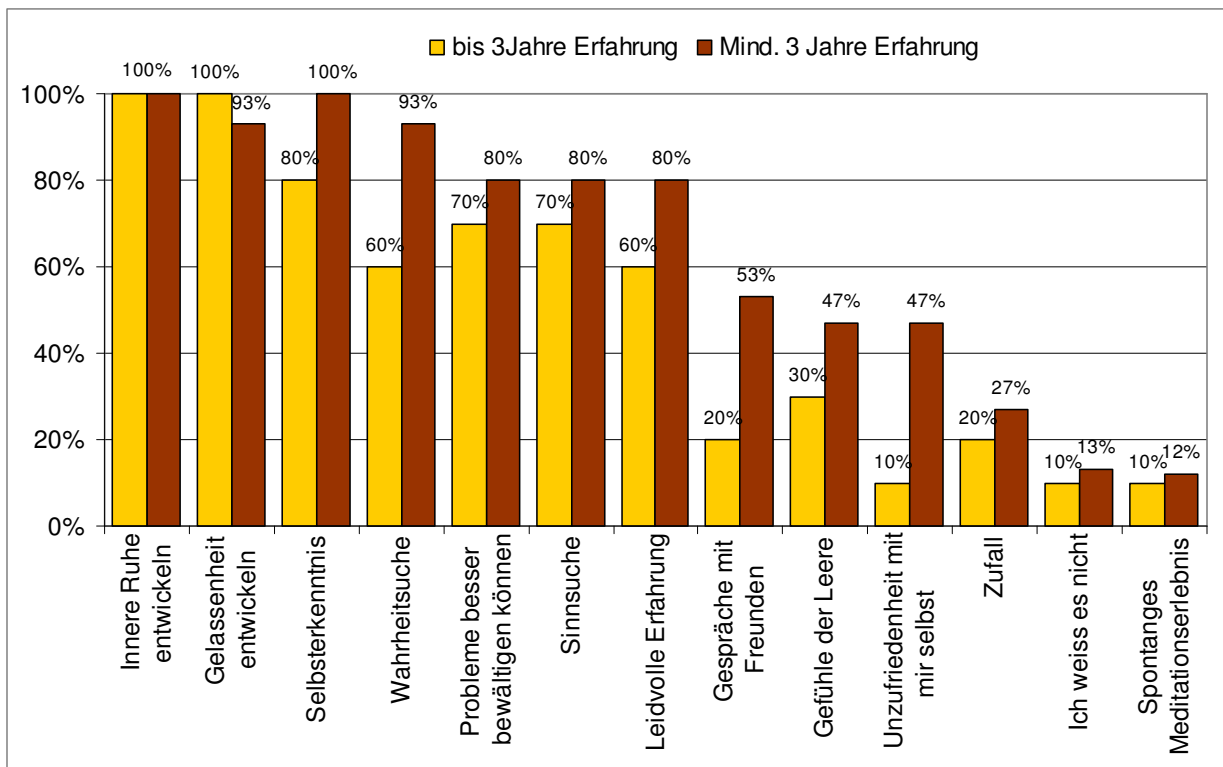


Anmerkungen: Die Reihenfolge der Ziele entspricht deren Häufigkeit in der gesamten Meditationsgruppe

Zur Beurteilung der EA 9 soll untersucht werden, wie häufig bestimmte Beweggründe und Ziele für die Meditation von buddhistisch Meditierenden mit unterschiedlicher Meditationserfahrung angegeben werden.

Die nachfolgende Abbildung, die sich auf die im Fragebogen vorgegebenen Ziele und Beweggründe bezieht, zeigt, dass sie mit ähnlichen Häufigkeiten bei Personen mit mehr oder weniger Meditationserfahrung als persönlich relevant angegeben werden. Dabei können quasi drei Gruppen gebildet werden: Die ersten drei Gründe, Innere Ruhe entwickeln, Gelassenheit entwickeln und Selbsterkenntnis werden von fast allen Probanden erwähnt, die nachfolgenden vier Gründe auf der Abbildung werden meistens angegeben während die letzten sechs Motivationen nur von einer Minderheit der Befragten als für sich zutreffend eingestuft werden. Insgesamt zeigt sich, dass Erfahrenere mehr Ziele als für sie relevant beurteilen.

Abbildung 8: Ziele und Beweggründe für die Meditationsübung bei Personen mit mehr oder weniger als 3 Jahren Erfahrung in buddhistischer Meditation.



Anmerkungen: Die Reihenfolge der Ziele entspricht deren Häufigkeit in der gesamten Meditationsgruppe

Zu den dreizehn, im Fragebogen aufgelisteten Gründen für die Meditation fügten zehn von den 25 Befragten einige hinzu, die in der nachfolgenden Tabelle dargestellt sind. Hier zeigen sich deutliche Unterschiede, auf die in Kapitel 6.3.7 näher eingegangen werden soll.

Tabelle 28: Selbst angegebene Ziele und Beweggründe für Meditation.

Ziel oder Beweggrund	Daten der befragten Person		
	Monate Meditations-Erfahrung	Geschlecht	Alter
Psychotherapie	2	♀	33
‚High‘ sein ohne Drogen	12	♂	30
Erweitertes Bewusstsein	12	♂	30
Buddhistische Interessen	18	♀	47
Wissenschaftliche Interesse	18	♀	58
Reise in Osten	18	♀	58
Suche nach Spiritualität im Alltag	36	♀	30
‚Gedankenlärm‘ loswerden	72	♀	30
‚Seelenfrieden‘ erreichen	72	♀	30
Sinnvolle Lebensgestaltung	96	♀	57
Positive Motivation für jeden Tag	96	♀	57
Sehr leidvolle Situation an der ich nichts ändern konnte	96	♂	48
Erleuchtung erlangen	204	♀	31
Durchlässig werden für das Transzendente	264	♀	68

5.7 Zusammenfassender Überblick über das Eintreffen der psychologischen Vorhersagen

Die folgende Tabelle 29 gibt einen zusammenfassenden Überblick über das Eintreffen der psychologischen Vorhersagen.

Tabelle 29: Entscheidung über das Eintreffen der psychologischen Vorhersagen.

Fragestellung	psychologische Vorhersagen	eingetroffen?
<p>F1: Gibt es einen Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und psychischer Gesundheit?</p>	<p>PV1: Der Gesamtwert des Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA) korreliert signifikant positiv mit dem globalen Index der psychischen Gesundheit.</p>	<p>✓</p>
<p>F2: Gibt es Zusammenhänge zwischen den einzelnen Dimensionen der Achtsamkeit und psychischer Gesundheit?</p>	<p>PV2.1: Die FFA-Unterskala <i>Gewahrsein</i> korreliert signifikant positiv mit dem globalen Index der psychischen Gesundheit.</p> <p>PV2.2: Die FFA-Unterskala <i>Abwesenheit negativer Reaktionen</i> korreliert signifikant positiv mit dem globalen Index der psychischen Gesundheit.</p> <p>PV2.3: Die FFA-Unterskala (<i>Selbst-</i>)<i>Akzeptanz</i> korreliert signifikant positiv mit dem globalen Index der psychischen Gesundheit.</p> <p>PV2.4: Die FFA-Unterskala <i>Konzentriertheit</i> korreliert signifikant positiv mit dem globalen Index der psychischen Gesundheit.</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>
<p>F3: Wie liesse sich ein potentiell positiver Einfluss von Achtsamkeit auf die psychische Gesundheit erklären?</p>	<p>PV3.1.1: Der Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom FFA und der Skala Positiver Affekt (PANAS) wird signifikant reduziert, wenn der Einfluss des Gesamtwertes des K-INK (Mediator) kontrolliert wird.</p> <p>PV3.1.2: Der Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom FFA und der Skala Negativer Affekt (PANAS) wird signifikant reduziert, wenn der Einfluss des Gesamtwertes des K-INK (Mediator) kontrolliert wird.</p> <p>PV3.1.3: Der Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom FFA und dem Global Symptoms Index (BSI) wird signifikant reduziert, wenn der Einfluss des Gesamtwertes des K-INK (Mediator) kontrolliert wird.</p> <p>PV3.2.1: Der Gesamtwert vom FFA moderiert den Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom K-INK und der Skala Positiver Affekt (PANAS). Dabei zeigt sich: Je höher der Gesamtwert vom FFA, desto schwächer der Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom K-INK und der Skala Positiver Affekt (PANAS) und umgekehrt.</p> <p>PV3.2.2: Der Gesamtwert vom FFA moderiert den Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom K-INK und der Skala Negativer Affekt (PANAS). Dabei zeigt sich: Je höher der Gesamtwert vom FFA, desto schwächer der Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom K-INK und der Skala Negativer Affekt (PANAS) und umgekehrt.</p> <p>PV3.2.3: Der Gesamtwert vom FFA moderiert den Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom K-INK und dem Global Symptoms Index (BSI). Dabei zeigt sich: Je höher der Gesamtwert vom FFA, desto schwächer der Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert vom K-INK und dem GSI und umgekehrt.</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✗</p> <p>✗</p> <p>✓</p>

<p>F4: Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmass an bisheriger Praxis in buddhistischer Meditation und Achtsamkeit?</p>	<p>PV4.1: Der Gesamtwert des FFA ist signifikant höher in der Meditationsgruppe als in der Nicht-Meditationsgruppe.</p> <p>PV4.2.1: Die Variable ‚ME-Monate‘ korreliert signifikant positiv mit dem Gesamtwert des FFA.</p> <p>PV4.2.2: Die Variable ‚ME-Häufigkeit‘ korreliert signifikant positiv mit dem Gesamtwert des FFA.</p> <p>PV4.2.3: Die Variable ‚ME-Sitzungen‘ korreliert signifikant positiv mit dem Gesamtwert des FFA.</p> <p>PV4.2.4: Die Variable ‚ME-%Lebenszeit‘ korreliert signifikant positiv mit dem Gesamtwert des FFA.</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>
<p>F5: Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmass an bisheriger Praxis in buddhistischer Meditation und der psychischen Gesundheit?</p>	<p>PV5: Meditationserfahrung korreliert signifikant positiv mit dem globalen Index der psychischen Gesundheit.</p>	<p>✓</p>
<p>F6: Gibt es einen Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und Handlungsorientierung?</p>	<p>PV6.1: Der Gesamtwert des Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA) korreliert signifikant positiv mit dem Wert auf der Skala Handlungsorientierung nach Misserfolgserfahrung (HAKEMP 90).</p> <p>PV6.2: Der Gesamtwert des Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA) korreliert signifikant positiv mit dem Wert auf der Skala Grad der Entscheidungs- und Handlungsplanung (HAKEMP 90).</p>	<p>✓</p> <p>✓</p>
<p>F7: Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmass an bisheriger Praxis in buddhistischer Meditation und Handlungsorientierung?</p>	<p>PV7.1: Die Variable ‚ME-Sitzungen‘ korreliert signifikant positiv mit dem Wert auf der Skala Handlungsorientierung nach Misserfolgserfahrung (HAKEMP 90).</p> <p>PV7.2: Die Variable ‚ME-Sitzungen‘ korreliert signifikant positiv mit dem Wert auf der Skala Grad der Entscheidungs- und Handlungsplanung (HAKEMP 90).</p>	<p>✓</p> <p>✗</p>

Anmerkungen: ✓ = eingetroffen; ✗ = nicht eingetroffen.

6. Diskussion

Im diesem Kapitel werden mögliche Einschränkungen der internen Validität dieser Untersuchung und die Generalisierbarkeit der Befunde diskutiert. Anschliessend soll auf die Dimensionsanalyse der Achtsamkeit eingegangen und die in Kapitel 3 aufgeworfenen psychologischen Fragestellungen beantwortet werden. In einem letzten Kapitel sollen Anregungen für zukünftige Studien im Bereich der Erforschung von Achtsamkeit und Achtsamkeitsmeditation formuliert werden.

6.1 Potentielle Gefahren für die interne Validität

Die interne Validität einer Untersuchung ist hoch, wenn die Ausprägungen auf den abhängigen Variablen eindeutig auf die der unabhängigen Variablen zurückzuführen sind. In diesem Kapitel sollen mögliche Störfaktoren für die interne Validität der Studie beschrieben werden. Zu diesen Störfaktoren gehört die hier verwendete Erhebungsmethode: Die Selbstbeurteilung in Fragebögen. Eine Gefährdung eines validen Antwortverhaltens kann sich dann ergeben, wenn die Probanden die Fragen im Sinne der **sozialen Erwünschtheit** beantworten, oder **Erwartungseffekten** unterliegen. Z. B. könnten Personen, die seit langem meditieren, ihre Einschätzungen zur Achtsamkeit und zur psychischen Gesundheit übertreiben, weil sie die Hypothesen der Studie und somit die Erwartungen der Untersucher durchschauen, und im Sinne ihrer eigenen Erwartungen antworten. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass dieser Einfluss v. a. bei Personen mit ausgeprägter sozialer Unsicherheit und mangelndem Selbstbewusstsein eine Rolle spielt. Die normalen bis rechtssteilen Verteilungen der Risiko- und Meditationsstichprobe bei den Variablen Selbstwert und Selbstwirksamkeitserwartungen (siehe Kapitel 5.2.2) sprechen eher dafür, dass die vorliegenden Stichproben nicht diesen Verzerrungen unterliegen. Es kann auch erwartet werden, dass Personen, die im Sinne der sozialen Erwünschtheit antworten, diese Tendenz in allen beantworteten Skalen mehr oder weniger gleichmässig zeigen, so dass sie sich auf korrelative Verhältnisse nicht stark auswirkt. Aus diesen Gründen erscheint es plausibel anzunehmen, dass die beschriebenen Verzerrungen des Antwortverhaltens, soziale Erwünschtheit und Erwartungseffekte, für diese Studie nicht von grosser Relevanz sind.

Eine weitere mögliche Gefährdung der Validität der Ergebnisse ergibt sich durch **Verletzungen der Verteilungsannahmen**. In der hier untersuchten gesunden Stichprobe zeigten einige Fragebögen, die vor allem beim Vorliegen psychologischer Belastung gut differenzieren, eine nicht normale Verteilung. Die Auswirkungen dieser Verletzung der Verteilungsannahmen konnten aber durch die meist grossen Stichproben, die Bildung der Risikostichprobe, die nur wenige nicht normalverteilte Variablen aufweist, sowie durch die systematische Verwendung robuster, nicht-parametrischer Verfahren beim Vorliegen nicht normaler Verteilungen so weit eingeschränkt werden, dass die Güte der Resultate gewährleistet scheint.

Das **korrelative, querschnittliche Design** der Studie erlaubt es nicht, das Bestehen kausaler Zusammenhänge zu untersuchen. Das Vorliegen korrelativer Zusammenhänge ist eine notwendige, aber keine hinreichende, Bedingung für die Existenz kausaler Zusammenhänge: Die Testung korrelativer Zusammenhänge kann die Annahme kausaler Beziehungen nicht bestätigen, sie aber unterstützen. Folglich ist die Bestätigung der Vorhersagen in dieser Arbeit mit den erwarteten Kausalitätsannahmen konsistent, kann aber alternative Erklärungen (umgekehrte oder beidseitige Kausalität oder gemeinsame Beeinflussung durch eine dritte Variable) nicht ausschliessen.

Eine weitere Einschränkung betrifft die kleine Power bzw. **Teststärke der Moderatoranalyse**. Dabei ist die Power durch die Anwendung der Methode der Regressionsanalyse für die Testung von Interaktionseffekten, sowie aufgrund der tiefen Reliabilität des Interaktionsterms und der schmalen Antwortoptionen der abhängigen Variablen beeinträchtigt (Frazier, Tix & Barron, 2004). Eine niedrige Teststärke geht mit einer Unterschätzung der Effekte, d.h. mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, tatsächliche Effekte nicht zu erkennen, einher.

Ein weiterer Faktor, der die Validität der Studie beeinträchtigen kann, sind **nicht kontrollierte Unterschiede zwischen Vergleichsgruppen**. In der vorliegenden Studie betrifft dies vor allem die Gruppenvergleiche zwischen den Meditationsstichproben und der Nicht-Meditationsstichprobe (Fragestellung 4). Dabei könnten nicht kontrollierte Variablen bei der Erklärung der Gruppenunterschiede bezüglich der Zielvariablen eine Rolle spielen und somit die Annahme in Frage stellen, die beobachteten Differenzen wären auf Meditationserfahrung zurückzuführen. Um diese Gefahr zu minimieren, wurde die Nicht-Meditationsstichprobe mit der Meditationsstichprobe bezüglich Alter, Geschlecht und Ausbildungsniveau gematcht, womit diese Variablen konstant gehalten werden können. Die kleineren

Meditationsstichproben wurden aufgrund der Meditationserfahrung bestimmt, so dass sie in Bezug auf Alter, Geschlecht und Ausbildungsniveau nicht gematcht sind. Die kleine Anzahl von Probanden in diesen Gruppen und die starke Assoziation zwischen dem Alter und der Meditationserfahrung erlaubte keine Bildung gematchter Untergruppen aus der Meditationsstichprobe. Allerdings kamen diese Gruppenbildungen nur für eine (von zahlreichen anderen) explorativen Analyse zur Verwendung. Der zweite Gruppenvergleich dieser Studie wurde mit den erwähnten gematchten Gruppen Meditations- und Nicht-Meditationsstichprobe berechnet.

6.2 Generalisierbarkeit der Ergebnisse

Die Generalisierbarkeit der Resultate ist nur dann gewährleistet, wenn die Stichproben für ihre jeweiligen Zielpopulationen repräsentativ sind. Das wird vor allem durch **Selektionseffekte** erschwert: Bei der Verteilung von Fragebögen können manche Gruppen leichter erreicht werden (z. B. Mitstudenten oder Verwandte) und bei den Personen, bei denen das Messinstrument verteilt wurde, ergibt sich eine weitere Selektion, indem nicht alle den Fragebogen ausfüllen und zurückschicken werden. Somit verliert die untersuchte Stichprobe an Repräsentativität für die Zielpopulation. In Bezug auf die hier untersuchte Risikostichprobe kann ihre Größe, sowie, dass sie Personen sehr unterschiedlicher Alter, Berufsklassen und Berufskategorien beinhaltet die Repräsentativität gewährleisten. Die Meditationsstichproben sind hingegen relativ klein, was eine Beeinträchtigung ihrer Generalisierbarkeit zur Folge hat. Allerdings umfassen sie breite Spannweiten in der Altersverteilung, sehr unterschiedliche Berufsklassen und Berufskategorien und Probanden aus unterschiedlichen Meditationsgruppen und Traditionen, was wiederum für deren Repräsentativität spricht.

6.3 Identifikation der Dimensionen der Achtsamkeit und Beantwortung der psychologischen Fragestellungen

6.3.1 Identifikation der Dimensionen der Achtsamkeit

Die Faktorenanalyse des FFA ergab vier Faktoren: *Gewahrsein*, *Abwesenheit negativer Reaktionen*, *(Selbst-)Akzeptanz* und *Konzentriertheit*. Diese vier Faktoren decken sich nur teilweise mit denen der Validierungsstudie von Walach und Kollegen (2004). In ihrer Studie entspricht Faktor 1 (FW1) der *gegenwärtigen, nicht-identifizierenden Aufmerksamkeit*. Der in der vorliegenden Untersuchung gefundene Faktor 1 (FFA1) enthält ebenfalls das gegenwärtige *Gewahrsein*, jedoch weniger den Aspekt der Nicht-Identifikation, sondern mehr eine nicht-vermeidende Haltung (Item 20: „Ich spüre auch in unangenehme Empfindungen hinein.“, Item 7: „Ich bleibe mit unangenehmen, schmerzhaften Empfindungen und Gefühlen in Kontakt.“). Diese nicht-vermeidende Haltung entspricht bei Walach und Kollegen vor allem dem FW3 (*ganzheitliches Annehmen*). Aufmerksamkeit für den Augenblick scheint in beiden Fällen die wichtigste Dimension des Fragebogens zu sein, die aber mit unterschiedlichen Aspekten verbunden ist. FFA2 weist am wenigstens Ähnlichkeit zu den Faktoren der Validierungsstudie auf. Die *Abwesenheit negativer Reaktionen*, die in keinem der ursprünglichen Faktoren so eindeutig zum Ausdruck kam, hat sich für den FFA2 als zentral erwiesen. FFA3, *(Selbst-)Akzeptanz* entspricht grossenteils dem FW2 (*Akzeptierende, nicht-urteilende Haltung*), ist aber mit nur vier statt sieben Items repräsentiert und damit weniger breit gefasst. FFA3 drückt insbesondere die Akzeptanz für sich selbst und weniger eine allgemeine akzeptierende Haltung aus. Faktor 4 beider Untersuchungen unterscheiden sich deutlich voneinander: Das *einsichtsvolle Verstehen* vom FW4 kommt in den hier gefundenen Faktoren kaum zum Ausdruck, ist aber zum Teil im FFA2 repräsentiert (Item 30 „Ich kann darüber lächeln, wenn ich sehe, wie ich mir manchmal das Leben schwer mache.“). Die in FFA4 zum Ausdruck kommende *Konzentriertheit* entsprach in der Validierungsstudie keiner eigenständigen Dimension, sondern war im FW1, *gegenwärtige, nicht-identifizierende Aufmerksamkeit*, enthalten.

Die Interkorrelationen der FFA-Faktoren zeigen, dass FFA4 (*Konzentriertheit*) mit dem Rest der Skala, vor allem mit FFA1 (*Gewahrsein*) deutlich schwächer korreliert als die anderen Faktoren untereinander. Diese dimensionale Trennung zwischen *Gewahrsein* und *Konzentriertheit*, ist theoretisch sinnvoll und entspricht in gewissem Masse der Unterscheidung zwischen Achtsamkeit und Sammlung und den damit einhergehenden Schwer-

punktsetzungen auf einen breiten bzw. engen Aufmerksamkeitsfokus. Die Fähigkeit zur Sammlung kann die Fähigkeit zur Achtsamkeit unterstützen, stellt aber für sich eine andere Dimension bzw. Ebene der Aufmerksamkeit dar. Die ersten drei FFA-Faktoren korrelieren hingegen ähnlich stark miteinander. Die Interkorrelationen liegen dabei im moderaten Bereich, während die Korrelationen mit der Gesamtskala stark sind.

Die Interkorrelationen der hier gefundenen Dimensionen des FFA, die über verschiedene Populationen hinweg instabilen Faktorenlösungen der Gesamtskala und ihre hohe Reliabilität ($\alpha = .86$ mit 29 Items in der Gesamtstichprobe) sprechen gleichzeitig für die inhaltliche Verschiedenheit ihrer Dimensionen und für deren enge Interdependenz. Es scheint sich also nicht um getrennte Konstrukte zu handeln, sondern um Facetten des umfassenderen Konstruktes Achtsamkeit.

Es ist jedoch wichtig hervorzuheben, dass sich die hier beschriebenen Resultate auf Achtsamkeit beziehen, wie sie im FFA konzeptualisiert und operationalisiert wird. Im Unterschied dazu erfasst z. B. die *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS; Brown & Ryan, 2003) Achtsamkeit als ein eindimensionales Konstrukt und der *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS; Baer et al., 2004) als vier wenig zusammenhängende Dimensionen. Das in dieser Studie angenommene Verständnis von Achtsamkeit entspricht vorwiegend den Vorstellungen von Walach und Kollegen und die Verwendung des FFA steht damit in Einklang. Die Validität dieser Annahme trifft aber nicht auf einen allgemeinen Konsens, wie die Vielfalt an Erfassungsinstrumenten der Achtsamkeit zeigt (siehe Kapitel 2.1.2).

Die hier gefundenen Facetten der Achtsamkeit können mit den in Kapitel 2.3.1 beschriebenen möglichen psychologischen Wirkmechanismen von Achtsamkeit und Achtsamkeitsübung in Zusammenhang gebracht werden. (1) Die willentliche auf das Hier und Jetzt gelenkte Aufmerksamkeit entspricht vor allem FFA4, *Konzentriertheit*, z. T. aber auch FFA1, *Gewahrsein*. Die dadurch geförderte Durchbrechung des Autopilotenmodus weist hingegen am meisten Ähnlichkeiten mit FFA2 auf, der *Abwesenheit negativer Reaktionen*. Die Durchbrechung des Autopilotenmodus ist allerdings viel breiter gefasst und beinhaltet nicht nur die Aufhebung negativer Reaktionen, sondern aller automatisierten Reaktionen. (2) Die nicht vermeidende Haltung und die Bereitschaft und Fähigkeit zu einer achtsamen Exposition ist am engsten mit FFA1, *Gewahrsein*, verknüpft. (3) Die wertfreie, distanzierte und nicht-identifizierende Haltung kommt in der hier gefundenen Faktorenstruktur nicht deutlich zum Ausdruck, war jedoch in der Validierungsstudie vom FFA im ersten Faktor

repräsentiert. (4) Die Fähigkeit zur Akzeptanz äussert sich deutlich in FFA3, wobei dieser Faktor vorwiegend die Akzeptanz gegenüber sich selbst beinhaltet. Diese Zuordnung der in Kapitel 2.3.1 erwähnten Mechanismen zu den hier gefundenen Faktoren kann bei der Beantwortung der Fragestellungen bezüglich des Zusammenhangs zwischen den Dimensionen der Achtsamkeit, der psychischen Gesundheit (Fragestellung 2) und der Meditationserfahrung (Fragestellung 4) interessante Interpretationshinweise bieten.

Zusammenfassend, zeigte die Dimensionsanalyse des FFA vier Facetten der Achtsamkeit auf, die sich z. T. von denen anderer Studien unterscheiden. Als ‚neue‘ Facette ergab sich FFA2, die *Abwesenheit negativer Reaktionen*. Die Dimensionen *Gewahrsein* und *Konzentriertheit* zeigen sich in der vorliegenden Stichprobe, im Unterschied zur Validierungsstudie, als getrennte Facetten. Die dimensionale Ausdifferenzierung des Achtsamkeitskonstruktes ist von besonderer Relevanz für die Erforschung der Achtsamkeit, da sie erstens eine genauere Definition des Konstruktes, zweitens die Klärung der Beziehung der verschiedenen Facetten untereinander und drittens die Erforschung spezifischer Zusammenhänge von Achtsamkeit und anderen psychologischen Konstrukten ermöglicht. Wie oben erwähnt ist es bei der Interpretation solcher Befunde besonders wichtig, zu berücksichtigen, dass sie sich auf Achtsamkeit als ein spezifisch konzeptualisiertes psychologisches Konstrukt, in *einer* möglichen Form der Operationalisierung beziehen.

6.3.2 Gibt es Zusammenhänge zwischen Achtsamkeit mit ihren einzelnen Dimensionen und psychischer Gesundheit?

Die Resultate bestätigen die Annahme, dass eine achtsame Haltung mit einer besseren psychischen Gesundheit einhergeht: Der globale Index zur psychischen Gesundheit korreliert signifikant mittelstark mit der Achtsamkeit. Ihre einzelnen Dimensionen zeigen auch signifikante Assoziationen zur globalen psychischen Gesundheit. Dabei zeigen sich ein starker Zusammenhang zur *(Selbst-)Akzeptanz* und mittelstarke Korrelationen zu den Dimensionen *Gewahrsein*, *Abwesenheit negativer Reaktionen* und *Konzentriertheit*. Mit Ausnahme der Intensität von Vermeidungszielen zeigen alle Aspekte der psychischen Gesundheit signifikante Korrelationen mit der Fähigkeit zur Achtsamkeit. Am stärksten sind die positive Assoziation mit den Emotionsregulationskompetenzen und die negative mit der Inkongruenz. Die einzelnen Facetten der Achtsamkeit zeigen auch vorwiegend signifikante Zusammenhänge zu den Aspekten der Gesundheit. Die meisten moderaten

und starken Assoziationen ergeben sich bei der (*Selbst-*)*Akzeptanz*. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit der immer grösseren Betonung von Akzeptanz in der Psychotherapie, die u. a. in der DBT, in der ACT und in den Arbeiten von Heidenreich und Michalak (2003, 2006) geäussert wird.

Die Korrelationen der Achtsamkeit zu den hier verwendeten **Indikatoren der psychischen Gesundheit, globale Affektivität und psychopathologische Symptombelastung**, liegen im schwachen bis moderaten Bereich und sind somit schwächer als die in anderen Studien gefundenen moderaten bis starken Assoziationen (Baer et al., 2006; Brown & Ryan, 2003). Dies kann z. T. auf die niedrige Varianz zurückgeführt werden, die die vorliegende Stichprobe auf diesen Massen der psychischen Gesundheit aufweist, was zu einer Unterschätzung tatsächlicher Zusammenhänge beiträgt. In den Korrelationen von Achtsamkeit mit der Affektivität und der Symptombelastung zeigt sich ein interessantes Muster: Die Assoziation mit positivem Affekt ist bedeutender und für jede Facette der Achtsamkeit signifikant. Die Korrelationen zu den zwei ‚negativen‘ Indikatoren der psychischen Gesundheit (bzw. zu den Indikatoren des psychischen Leidens) sind dagegen schwächer und mit FFA1 (*Gewahrsein*) sogar nicht signifikant. Eine Erklärung für die niedrigeren Korrelationen mit den negativ formulierten Aspekten psychischer Gesundheit kann in der Formulierung der Fragen liegen: Tendenziell korrelieren positiv formulierte Items eher miteinander als mit negativ formulierten Aussagen. Eine weitere Erklärung wären die schwachen Assoziationen, die der Faktor *Gewahrsein*, im Vergleich mit den anderen FFA-Faktoren, mit den Indikatoren psychischen Leidens aufweist: Eine sich nicht entziehende Aufmerksamkeit bedeutet eine erhöhte Wahrnehmung des affektiven Zustandes und der psychischen Belastung, so dass diese eher im Fragebogen Erwähnung finden. Das könnte die Korrelationen der Achtsamkeit insgesamt mit diesen Indikatoren abschwächen. Diese Annahme scheint sich mit den Resultaten von Brown und Ryan nicht zu decken: In ihrer Untersuchung korrelierte Achtsamkeit als *Aufmerksamkeit auf aktuelle Handlungen* stärker mit negativem als mit positivem Affekt. Allerdings weist ihre Skala (MAAS) mit Items wie „Es sieht so aus, als würde ich ‚automatisch funktionieren‘, ohne viel Bewusstsein für das, was ich tue.“, „Ich hetze durch Aktivitäten, ohne wirklich aufmerksam für sie zu sein“ oder „Ich erledige Aufträge oder Aufgaben automatisch, ohne mir bewusst zu sein, was ich tue.“¹³ inhaltlich viel mehr Ähnlichkeit zu FFA4 (*Konzentriertheit*) als zu

¹³ Diese drei Items wiesen in der Studie von Ströhle (2006) die höchsten Anteile an erklärter Varianz des Gesamtfaktors Achtsamkeit.

FFA1 auf. Dies entspricht den hier gefundenen Korrelationen von FFA4, der wie die MAAS stärker mit der negativen als mit der positiven Affektivität assoziiert ist. Diese Assoziationen von FFA4 und MAAS könnten zum einen dadurch erklärt werden, dass eine bessere Konzentrationsfähigkeit die Identifikation und Durchbrechung ruminativer Gedankenabläufe, die gewöhnlich mit negativer Affektivität und Depressivität einhergehen, erleichtert. Zum anderen könnte die Fähigkeit zur Konzentration eine effektivere Handlungsplanung und -durchführung unterstützen (Selbst-Management), dadurch die Bewältigung der Anforderungen der Umwelt erleichtern und das Auftreten psychischer Belastung und negativer Gefühlszustände reduzieren. Das entspricht den hier aufgestellten Mediator-Hypothesen, die später diskutiert werden sollen.

Von den **Determinanten der psychischen Gesundheit** weisen Inkongruenz und die Kompetenzen der Emotionsregulation die stärksten Assoziationen mit Achtsamkeit auf. Der Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und der **subjektiv wahrgenommenen Zielerreichung** soll bei der Diskussion der Mediatoranalyse genauer besprochen werden. Die Assoziationen der Achtsamkeit zu den **Emotionsregulationskompetenzen** sind z. T. auf die inhaltliche Nähe dieser Konstrukte zurückzuführen, die sich insbesondere in den starken Korrelationen zwischen FFA1 (*Gewahrsein*) und den ER-Skalen *Aufmerksamkeit* und *Körperwahrnehmung für Gefühle* ausdrückt. Die Items zu deren Erfassung zeigen z. T. deutliche Überlappungen: „Ich nehme wahr, wie sich meine Gefühle im Körper ausdrücken“ (FFA: Item 6, *Gewahrsein*), „Ich achte auf die Motive meiner Handlungen“ (FFA: Item 8, *Gewahrsein*), „Im Allgemeinen achte ich auf meine Gefühle“ (SEK-27: Item 1, *Aufmerksamkeit für Gefühle*) und „Im Allgemeinen merke ich gut, wenn mein Körper auf emotional bedeutende Situationen besonders reagiert.“ (SEK-27: Item 13, *Körperwahrnehmung von Gefühlen*). Die Befunde unterstützen z. T. aber auch die Annahme, dass Achtsamkeit die Entwicklung von Emotionsregulationskompetenzen, die aktives Problemlösen beinhalten, fördert. Zu den ‚aktiveren‘ Emotionsregulationskompetenzen zählen insbesondere die Überzeugung, die eigenen Gefühle bei Bedarf positiv beeinflussen zu können (*subjektive Selbsteffizienz*) und die Fähigkeit, trotz negativer Gefühle wichtige Ziele zu verfolgen (*Konfrontationsbereitschaft*). Die FFA-Skalen sind mit *subjektiver Selbsteffizienz* schwach bis moderat assoziiert, mit *Konfrontationsbereitschaft* allerdings nur schwach. Nach diesen Ergebnissen scheint der erwartete Einfluss der Achtsamkeit auf die Entwicklung aktiver Coping-Strategien eher moderat zu sein. Auf

dieses Thema soll bei der Diskussion der Zusammenhänge zwischen Meditationserfahrung und Emotionsregulationskompetenzen wieder eingegangen werden.

Auffällig ist der deutliche Unterschied in den Korrelationen von Achtsamkeit mit kognitiver und behavioraler Vermeidung. Dabei zeigen die Assoziationen mit den einzelnen Facetten der Achtsamkeit, dass **kognitive Vermeidung** am stärksten mit FFA1, *Gewahrsein*, mit der sie eine inhaltliche Ähnlichkeit hat, aber auch mit den übrigen FFA-Dimensionen signifikant korreliert. Diese Befunde sprechen für einen negativen Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und erfahrungsmässiger Vermeidung (*experiential avoidance*). **Behaviorale Vermeidung** ist dagegen am stärksten mit (*Selbst-*)*Akzeptanz* assoziiert, was darauf hindeutet, dass die Bereitschaft, sich schwierigen und potentiell gefährlichen Situationen auszusetzen, durch die Fähigkeit der Akzeptanz eigener Fehler und eines möglichen Versagens unterstützt wird.

Die Intensität von **Vermeidungszielen** zeigte lediglich mit zwei Dimensionen der Achtsamkeit, *Gewahrsein* und *Konzentriertheit*, signifikante, aber schwache, negative Assoziationen. Im *Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata* (FAMOS; Grosse Holtforth & Grawe, 2000, 2003) sollten die Probanden angeben, „wie schlimm“ bestimmte Situationen oder Ereignisse für sie sind. Dass eine achtsame und akzeptierende Haltung nicht oder nur schwach mit einer Abnahme von negativ formulierten Zielen einhergeht, steht im Einklang mit den theoretischen Überlegungen von Robins (2002). Demnach beeinflusst Achtsamkeit hauptsächlich das Verhältnis unseren Zielen und Wünschen gegenüber, im Sinne subjektiver Bedeutsamkeit und ‚Verhaftung‘ an diese, und weniger die Ziele und Wünsche selbst (Robins, 2002). Die fehlenden bzw. schwachen Zusammenhänge zwischen Vermeidungszielen und Achtsamkeit können also dadurch erklärt werden, dass die durch den FAMOS erfasste Intensität von Zielen nicht mit deren Verhaltensrelevanz und der persönlichen Bedeutsamkeit ihrer Realisierung gleichzusetzen ist.

Zusammenfassend unterstützen die Ergebnisse die Annahme eines Zusammenhanges von Achtsamkeit und psychischer Gesundheit. Es scheint gerechtfertigt anzunehmen, dass es sich dabei um bidirektionale Beziehungen handelt: Achtsamkeit könnte die psychische Gesundheit fördern bzw. schützen, eine positive psychische Befindlichkeit wiederum die Einnahme einer achtsamen, akzeptierenden Haltung erleichtern. Die Ergebnisse können z. T. auch aufgrund inhaltlicher Ähnlichkeiten erklärt werden. Insgesamt stützen allerdings die Resultate theoretische Überlegungen, wonach Achtsamkeit einen

gesundheitsfördernden Einfluss besitzt. Mögliche Mechanismen dieses Einflusses sollen nachfolgend diskutiert werden.

6.3.3 Wie liesse sich ein potentiell positiver Einfluss von Achtsamkeit auf die psychische Gesundheit erklären?

Die hier vorgeschlagenen Erklärungen für den Einfluss der Achtsamkeit auf die psychische Gesundheit konnten durch die Ergebnisse bestätigt werden. Dabei erwiesen sich insbesondere die Mediator-Hypothesen als mit den Resultaten konsistent, während die Moderator-Hypothesen nur in Bezug auf die psychopathologische Belastung bestätigt wurden.

Die Befunde unterstützen die **Mediator-Hypothese** sowohl in Bezug auf die psychopathologische Symptombelastung als auch auf die Affektivität. In der vorliegenden Stichprobe erwies sich wahrgenommene Zielerreichung als totaler Mediator, mit Ausnahme des Zusammenhanges zwischen Achtsamkeit und der positiven Affektivität zum ersten Messzeitpunkt, bei dem nur partielle Mediation vorhanden war. Das spricht für die entscheidende Bedeutung der wahrgenommenen Zielerreichung als intervenierende Variable im Zusammenhang zwischen einer achtsamen Haltung und der psychischen Gesundheit. Eine achtsame Haltung könnte eine gesundheitsfördernde Funktion haben, indem sie die objektive und subjektiv empfundene Zielerreichung positiv beeinflusst. Gegen diese Annahme sprechen zwei alternative Modelle, die im Folgenden beschrieben und diskutiert werden sollen.

Das **erste alternative Modell** beinhaltet die Umkehrung der Kausalität: Eine bessere psychische Gesundheit (Prädiktor) könnte eine bessere Erreichung eigener Ziele ermöglichen bzw. ihre Einschätzung beeinflussen (Mediator) und dadurch die Fähigkeit zur Achtsamkeit (Kriterium) fördern. Die für dieses Modell berechneten totalen, direkten und indirekten Effekte haben aus statistischen Gründen dieselben Signifikanzwerte wie die des ursprünglichen Modells. Die Validität des hier postulierten Modells kann also nur aufgrund theoretischer Begründungen (siehe Kapitel 3.1.3.1) oder durch Einschluss eines zweiten Messzeitpunktes beurteilt werden (Kenny, 2006). Aus diesem Grund wurden die Angaben zu den Kriteriumsvariablen zum Zeitpunkt T2, zwei Wochen später, eingeschlossen. Die Resultate zu T2 ergeben leicht höhere Mediationseffekte als die zu T1, was für die Gültigkeit der hier angenommenen Kausalrichtung spricht.

Gemäss dem **zweiten alternativen Modell** erhöht Achtsamkeit (Prädiktor) die wahrgenommene Zielerreichung (Kriterium) über ihren Einfluss auf die psychische Gesundheit

(Mediator). Die Angemessenheit dieses Modell wurde für T1 getestet (siehe Tabelle 30). Das Modell kann durch die Resultate nicht ausgeschlossen werden: Für die drei Variablen ist der indirekte Effekt signifikant. Allerdings sind die Koeffizienten, die die Stärke der Mediation ausdrücken, deutlich schwächer als beim ursprünglichen Modell und es wurden keine totalen Mediationen gefunden. Die Konfidenzintervalle der indirekten Effekte gehen, ausser für den GSI, gegen Null. Der Unterschied zwischen totalem und direktem Effekt des Prädiktors (Achtsamkeit) auf das Kriterium (wahrgenommene Zielerreichung) ist für die Mediatoren positiver und negativer Affekt nur gering, während er für die psychopathologische Symptombelastung hingegen deutlicher ausgeprägt ist. Das spricht für die Relevanz des Alternativmodells hauptsächlich für die psychopathologische Symptombelastung.

Das erstgenannte Modell konnte sich also statistisch besser bewähren als die beiden alternativen Modelle, die aber wie erwähnt nicht ausgeschlossen werden können. In der Tat scheinen sie eine sinnvolle Ergänzung des ursprünglichen Modells zu sein. Das erste alternative Modell ergänzt das ursprüngliche durch die Einfügung beider Kausalrichtungen zwischen Achtsamkeit und der psychischen Gesundheit (mit wahrgenommener Zielerreichung als Mediator). Das zweite Alternativmodell stellt eine sinnvolle Ergänzung dar, indem es einen direkten Einfluss der Achtsamkeit auf die psychische Gesundheit und eine daraus folgende Erhöhung der wahrgenommenen Zielerreichung annimmt.

Tabelle 30: Pfadkoeffizienten der Mediatoranalysen für die alternativen Modelle zu T1.¹⁴

Kriterium /Pfad	b / M [‡]	SF	t / 99% KI ^{‡‡}
Positiver Affekt			
c	0.90	.11	8.06***
a	0.66	.12	5.51***
b	0.33	.06	5.34***
c'	0.68	.10	6.05***
axb	0.22	.06	0.08 - 0.42
Negativer Affekt			
c	4.41	.57	7.80***
a	-0.44	.14	-3.04**
b	-1.94	.25	-7.90***
c'	3.56	.51	7.06***
axb	-0.85	.35	0.07 – 1.93
Psychopathologische Symptombelastung			
c	4.41	.57	7.80***
a	-0.48	.11	-4.55***
b	-3.09	.32	-9.70***
c'	2.94	.49	6.00***
axb	-1.49	.42	0.53 – 2.63

Anmerkungen: N=198, Pfad a = b(MX), Pfad b = b(YM.X), Pfad c = b(YX), Pfad c' = b(YX.M), axb = indirekter Pfad; [‡]M, M (Mittelwert) und ^{‡‡}99% KI (Konfidenzintervall) beziehen sich nur auf axb; 2000 Bootstrappings, zweiseitige Signifikanzniveaus: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

¹⁴ Bei der Interpretation der hier dargestellten Resultate soll beachtet werden, dass die Analysen bezüglich GSI und Negativem Affekt die transformierte Inkongruenzvariable als Kriterium beinhalten. Aus diesem Grunde fallen die hier berechneten b-Koeffizienten so hoch. Sie können nicht direkt mit denen verglichen werden, die sich auf eine untransformierte Kriteriumsvariable beziehen (also die drei b-Koeffizienten aus dem ursprünglichen Mediatormodell und der b-Koeffizient für positiven Affekt bei diesem Alternativmodell). Dies wird durch den breiten Konfidenzintervall und den hohen Standardfehler ersichtlich.

Von den drei **Moderator-Hypothesen** konnte nur eine bestätigt werden. Gemäss den Resultaten, wird nur der Zusammenhang zwischen Stress bzw. Inkongruenz und der allgemeinen psychopathologischen Symptombelastung bedeutend durch Achtsamkeit moderiert: Je höher das Achtsamkeitsniveau, desto schwächer ist der Zusammenhang zwischen Stress und der allgemeinen Symptombelastung. Die Moderationsanalyse bezüglich negativer Affektivität ist nur knapp nicht signifikant, wobei die Resultate die erwartete Richtung zeigen. Aufgrund der niedrigen Teststärken der hier berechneten Regressionsanalyse ist es nicht eindeutig bestimmbar, ob das Fehlen einer signifikanten Interaktion auf die geringe Power des verwendeten statistischen Verfahrens oder auf tatsächlich nicht vorhandene Effekte zurückzuführen ist. Nur bei der positiven Affektivität sprechen die Ergebnisse eindeutig für das Fehlen einer moderierenden Funktion der Achtsamkeit. Die Resultate zeigen also, dass Stress mit einer höheren Symptombelastung einhergeht, dass Achtsamkeit als Moderator zu einer Reduktion dieses schädlichen Effektes beiträgt. Gegen diese Annahme sprechen die zwei im Folgenden vorgestellten und diskutierten alternativen Interpretationen der Ergebnisse.

Die **erste alternative Interpretation** ergibt sich daraus, dass rein statistisch nicht ausgeschlossen werden kann, dass Inkongruenz und nicht Achtsamkeit als intervenierende Variable wirksam ist (siehe Abbildung 9). Danach hängen bei hohem Stressniveau Achtsamkeit und psychopathologische Symptombelastung leicht negativ zusammen, während sie bei einem tiefen Stressniveau leicht positiv zusammenhängen. Aus einer theoretischen Perspektive erscheint diese Interpretation weniger sinnvoll als die oben vorgeschlagene. Aus diesem Grunde soll sie als weniger wahrscheinlich betrachtet werden, obwohl sie statistisch nicht ausgeschlossen werden kann.

Nach einer **zweiten alternativen Interpretation**, die von Frazier, Tix und Barron (2004) beschrieben wird, ist die angenommene Moderatorvariable eigentlich eine Mediatorvariable. Um diese alternative Erklärung zu testen, wurde die entsprechende Mediatoranalyse für die psychopathologische Symptombelastung berechnet. Die Pfadkoeffizienten und Signifikanzwerte dazu befinden sich in Tabelle 31. Die Resultate widersprechen der Mediator-Hypothese (der indirekte Effekt ist nicht signifikant). Sie kann also ausgeschlossen und die ursprüngliche Moderator-Hypothese beibehalten werden. Insgesamt konnte sich also die hier angenommene Interpretation der Resultate besser bewähren als die zwei Alternativerklärungen.

Abbildung 9: Graphische Darstellung der Interaktion zwischen Achtsamkeit und Inkongruenz bei der Vorhersage der psychopathologischen Symptombelastung bei der Annahme von Inkongruenz als Moderator.

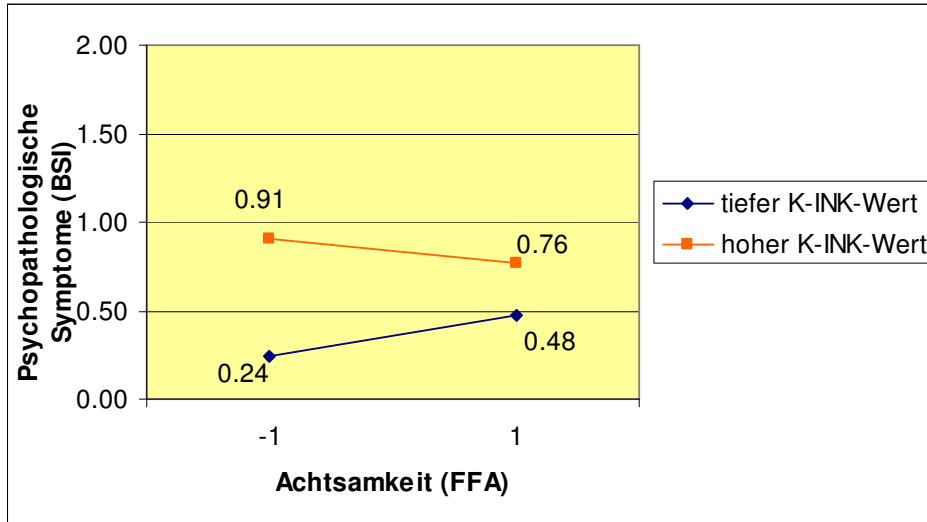


Tabelle 31: Pfadkoeffizienten der Mediatoranalysen als alternative Erklärung zur Moderatoranalyse

Kriterium / Pfad	b / M [‡]	SF	t / 99% KI ^{‡‡}
Positiver Affekt			
c	0.11	.01	11.20***
a	-0.05	.01	-7.80***
b	-0.01	.10	-0.11
c'	0.11	.01	9.70***
axb	0.00	.01	-0.01 – 0.01

Anmerkungen: N=198, Pfad a = b(MX), Pfad b = b(YM.X), Pfad c = b(YX), Pfad c' = b(YX.M), axb = indirekter Pfad; [‡]M, M (Mittelwert) und ^{‡‡}99% KI (Konfidenzintervall) beziehen sich nur auf axb; 2000 Bootstrappings, zweiseitige Signifikanzniveaus: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Zusammenfassend stehen die Ergebnisse im Einklang mit den Annahmen, wonach Achtsamkeit das Erleben von Stress reduziert, indem sie die wahrgenommene Zielerreichung positiv beeinflusst (Mediator-Hypothese), und den Umgang mit erlebtem Stress verbessert (Moderator-Hypothese). Durch beide Mechanismen kann Achtsamkeit einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit ausüben.

6.3.4 Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmass an bisheriger Praxis in buddhistischer Meditation und Achtsamkeit?

Fragestellung 4 kann positiv beantwortet werden: Zwischen Erfahrung in buddhistischer Meditation und Achtsamkeit besteht ein deutlicher Zusammenhang. Er äussert sich sowohl darin, dass Meditierende durchschnittlich über eine bessere Achtsamkeit berichten als Nicht-Meditierende, als auch in den moderaten bis starken Korrelationen zwischen Achtsamkeit und Meditationserfahrung. Buddhistische Meditation scheint also eine effektive Technik zur Steigerung von Achtsamkeit zu sein.

Die Variable zur Meditationserfahrung, die am stärksten mit dem Gesamtwert des FFA assoziiert war, ist die Anzahl gemachter Sitzungen. Die übrigen Variablen zur Meditationserfahrung weisen sehr ähnliche Korrelationen im moderaten Bereich auf. Die gefundenen Zusammenhänge sind im Allgemeinen stärker als die aus anderen Studien bekannten (Walach et al., 2003; Brown & Ryan, 2003). Da in der Untersuchung von Walach und Kollegen dasselbe Messinstrument verwendet wurde, ist es plausibel, die unterschiedlichen Resultate auf Unterschiede in den Stichproben zurückzuführen.

Von den einzelnen Dimensionen der Achtsamkeit ist *Gewahrsein* am stärksten mit Meditation assoziiert, während *Konzentriertheit* die einzige Dimension darstellt, die keine signifikanten Zusammenhänge mit der Meditationserfahrung aufweist. Moderate Zusammenhänge zeigen sich zur *Abwesenheit negativer Reaktionen* und *(Selbst-)Akzeptanz*. Die Übung der Meditation scheint also vor allem die Fähigkeit zur nicht entziehenden Beobachtung momentaner Bewusstseinsinhalte zu begünstigen. Die tiefen, nicht signifikanten Korrelationen mit der Skala *Konzentriertheit* werfen die Frage nach der Relevanz dieser Dimension innerhalb des Achtsamkeitsfragebogens und der zugrunde liegenden Konzeptualisierung auf. Diese Frage wird dadurch bekräftigt, dass in der vorliegenden Stichprobe vor allem Meditationstechniken vertreten sind, die sich auf die Entwicklung von Achtsamkeit (das, was der FFA zu messen vorgibt) konzentrieren.

Die explorative Analyse zur Entwicklung der Achtsamkeit in Abhängigkeit der Sitzungsanzahl zeigt ebenfalls interessante Ergebnisse. Nicht-Meditierende und Personen mit höchstens 360 gemachten Sitzungen unterscheiden sich im Durchschnitt nicht signifikant voneinander. Gemäss dieser Analyse finden die grössten Veränderungen zwischen 361 und 1080 Sitzungen statt, was ungefähr ein bis drei Jahren täglicher Übung entspricht. Ab 1081 Sitzungen zeigen sich in der vorliegenden Stichprobe keine

bedeutenden Veränderungen mehr. Die mittleren Ränge für die zwei erfahreneren Gruppen sind höher als die der beiden anderen Gruppen und zeigen somit die erwünschte Richtung. Das Fehlen eines Effektes könnte also teilweise auf die niedrige Teststärke, die sich aus den kleinen Stichproben ergibt, zurückzuführen sein. Man könnte aber auch argumentieren, dass nach einer Zeit der Instabilität und grösserer Fortschritte ein relativ stabiles Plateau erreicht wird, um das nun die Werte streuen. Die fehlenden Unterschiede zwischen Nicht-Meditierenden und Meditationsanfängern in der Fähigkeit zur Achtsamkeit, können unterschiedliche Ursachen haben. Man könnte z. B. annehmen, dass sich während des ersten Jahres der Meditationspraxis tatsächlich wenige Veränderungen ergeben. Dies würde dafür sprechen, dass die Steigerung von Achtsamkeit durch Meditation mit relativ grossem Aufwand verbunden ist und sich langsam entfaltet. Eine weitere Erklärung dafür wäre, dass sich die Selbstbeurteilung von Achtsamkeit und ihr Verständnis bedeutend unterscheiden können, je nach dem, ob man sich schon theoretisch mit diesem Begriff beschäftigt hat und/oder ob man schon meditiert hat. Meditierende könnten dazu neigen, ihre Achtsamkeit als tiefer einzustufen als Nicht-Meditierende, da sie aufgrund ihrer Praxis den Kontrast zwischen gewöhnlicher Aufmerksamkeit und der durch Übung gewonnenen stärkeren empfinden. Diese Einsicht könnte also zu Veränderungen führen, die einen validen Vergleich der Achtsamkeitswerte zwischen Personen mit und ohne Meditationserfahrung erschweren.

Zusammenfassend weisen die Ergebnisse auf die Wirksamkeit buddhistischer Meditationserfahrung für die Steigerung von Achtsamkeit hin. Die Resultate machen die Relevanz langfristigen Übens deutlich. Allerdings sind die Ergebnisse in Anbetracht möglicher Unterschiede in der Wahrnehmung der eigenen Achtsamkeit zwischen Meditierenden und Nicht-Meditierenden mit Vorbehalt zu betrachten. Ausserdem muss erwähnt werden, dass den hier gefundenen Korrelationen und Gruppenunterschieden bidirektionale Einflüsse zugrunde liegen können. Einerseits kann die Übung der Meditation die Entwicklung von Achtsamkeit fördern (Übungseffekt). Andererseits unterstützt eine schon bestehende Achtsamkeit die langfristige Kontinuität der Meditationspraxis (Selektionseffekt).

6.3.5 Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmass an bisheriger Praxis in buddhistischer Meditation und psychischer Gesundheit?

Erfahrung in buddhistischer Meditation ist moderat positiv mit dem globalen Index psychischer Gesundheit assoziiert. Für die **Indikatoren psychischer Gesundheit** zeigen sich lediglich schwache (psychopathologische Symptombelastung) oder nur knapp nicht signifikante (globale Affektivität) Zusammenhänge mit der Übung der Meditation. Auch wenn die Reduktion bzw. die Prävention psychopathologischer Symptome nicht das eigentliche Ziel der Meditationsübung darstellt, könnte sie diesbezüglich einen leichten positiven Einfluss haben (vgl. Ostafin et al., 2006).

Der Aspekt psychischer Gesundheit, der am stärksten mit Meditationserfahrung assoziiert ist, sind die **Emotionsregulationskompetenzen**. Dabei zeigen sich signifikante, moderate Zusammenhänge zu den folgenden Kompetenzen (von der stärksten Assoziation absteigend): *Klarheit von Gefühlen, Konfrontationsbereitschaft, Gefühle aushalten können, subjektive Selbsteffizienz, Körperwahrnehmung von Gefühlen, Akzeptanz von Gefühlen*. Am stärksten korreliert also Meditationserfahrung mit der Fähigkeit, die eigenen Gefühle zu erkennen und benennen zu können. Diese Klarheit über Emotionen ist eine wichtige Voraussetzung für den Umgang mit ihnen. Unterstützung für die Annahme, dass Meditationspraxis auch handlungsnahen Kompetenzen im Umgang mit Emotionen fördert, geben die moderaten, aber relativ zu den anderen Emotionsregulationskompetenzen starken Korrelationen der Skalen *Konfrontationsbereitschaft* und *subjektive Selbsteffizienz*. Diese Ergebnisse sind konsistent mit den in Kapitel 2.3.3.3 geschilderten Befunden über die bei Meditierenden gefundene bessere Modulation experimentell induzierter negativer Emotionen (Goleman & Schwartz, 1976; Aftanas & Glocheykin, 2005), sowie mit unterschiedlichen Studien aus der Hirnforschung. Z. B. zeigte eine Untersuchung von Davidson und Kollegen (2003), dass die Teilnehmer eines MBSR-Trainings, verglichen mit einer Warteliste-Kontrollgruppe, Veränderungen präfrontaler Hirnaktivität zeigten, die nach den Autoren auf einen besseren Umgang mit negativen Emotionen hinweist. Cahn und Polich (2006) kommen in ihrem Review zur neuropsychologischen Erforschung der Meditation zu dem Schluss, dass die Ausübung einer Meditationspraxis das fundamentale elektrische Gleichgewicht zwischen den Hirnhemisphären verändern und dadurch die affektive Verarbeitung beeinflussen könnte.

Von den **Determinanten der psychischen Gesundheit** sind **Inkongruenz** und **kognitive Vermeidung** signifikant negativ mit Erfahrung in buddhistischer Meditation assoziiert. Es ist anzunehmen, dass kontinuierliche Meditationspraxis Fähigkeiten fördert wie gegenwärtige, akzeptierende Aufmerksamkeit und Schwächung des Autopiloten, die zur Inkongruenzreduktion beitragen. Für die **kognitive Vermeidung** können bidirektionale Beziehungen zur Meditationserfahrung angenommen werden. Einerseits kann Meditation u. a. durch Konfrontation mit den inneren Erfahrungen die Tendenz, sie zu vermeiden, abschwächen. Andererseits kann eine grössere Bereitschaft, sich auch unangenehmen inneren Erfahrungen zu stellen, die Übung der Meditation erleichtern und fördern. Zusammenfassend bestätigen die Resultate die Hypothese, dass Meditationserfahrung auch ausserhalb eines therapeutischen Kontextes mit psychischer Gesundheit einhergeht und positiv auf diese wirken könnte.

6.3.6 Gibt es einen Zusammenhang zwischen Achtsamkeit, Erfahrung in buddhistischen Meditationstechniken und Handlungsorientierung?

Achtsamkeit und Erfahrung in buddhistischen Meditationstechniken gehen mit Handlungsorientierung einher. Dabei ist Achtsamkeit sowohl mit *Handlungsorientierung nach Misserfolg* als auch mit dem *Grad der Entscheidungs- und Handlungsplanung* signifikant moderat assoziiert, während die Meditationserfahrung nur mit dem ersten Aspekt einen moderaten Zusammenhang aufweist. Achtsamere Personen und Personen mit mehr Meditationserfahrung zeigen also im Durchschnitt weniger *Präokkupation* nach Misserfolg (als Gegenpol zur *Handlungsorientierung nach Misserfolg*, siehe Kapitel 4.3.3). Achtsamkeit ist ausserdem mit deutlich weniger *Zögern* vor Entscheidungen (als Gegenpol zum *Grad der Entscheidungs- und Handlungsplanung*) verbunden. Die explorative Analyse zu den einzelnen Dimensionen der Achtsamkeit zeigt, dass das *Zögern* insbesondere mit den Facetten *Gewahrsein* und *Abwesenheit negativer Reaktionen* negativ assoziiert ist, während Handlungsorientierung nach Misserfolg mit *Konzentriertheit*, *Abwesenheit negativer Reaktionen* und vor Allem mit *(Selbst-)Akzeptanz* einhergeht. Die Fähigkeit, negative Reaktionsmuster zu durchbrechen scheint also für beide hier untersuchten Formen der Handlungsorientierung eine wichtige Rolle zu spielen. Die stärkste Korrelation zeigte sich beim Zusammenhang zwischen der *(Selbst-)Akzeptanz* und der *Handlungsorientierung nach Misserfolg*. Eine wertschätzende Haltung sich selbst gegenüber könnte also der

Tendenz, sich nach Misserfolg übertrieben zu sorgen und sich Vorwürfe zu machen entgegenwirken.

Zusammenfassend sind also Achtsamkeit und Meditation deutlich negativ assoziiert mit Lageorientierung (resp. positiv mit Handlungsorientierung), die hier als *Präokkupation* und *Zögern* erfasst wurde und eine Form ruminativer Gedankenabläufe darstellt. Die Ergebnisse sind mit der in Kapitel 2.3 formulierten Annahme konsistent, Achtsamkeit und Achtsamkeitstechniken könnten bei der Durchbrechung ruminativer Gedankenabläufe eine entscheidende Rolle spielen und unterstützen somit das Vorgehen der Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT; Teasdale, Segal & Williams, 1995; Segal, Williams & Teasdale, 2002). Nach Kuhl und Beckman (1994a; 1994b) verlieren lageorientierte Menschen unter Stress häufig den Überblick über die Situation und neigen dazu, fremde Wünsche und Ziele mit den eigenen zu verwechseln. Die hier gefundenen Korrelationen sind also auch mit den Ergebnissen zum Zusammenhang zwischen Achtsamkeit, Meditation und der wahrgenommenen Zielerreichung konsistent und unterstützen die Annahme, Achtsamkeit und Meditation könnten die aktive Problemlösung und die effektive Umsetzung eigener Pläne fördern.

6.3.7 Inwieweit wirkt, aus der Sicht von Meditierenden, die Meditationsübung auf die Emotionsregulationskompetenzen

Die meisten Befragten berichten über positive Veränderungen in ihren Kompetenzen im Umgang mit Emotionen, die sie zumindest teilweise auf ihre Meditationspraxis zurückführen. Die Ergebnisse sind nur teilweise konsistent mit den Korrelationskoeffizienten zu den Zusammenhängen zwischen Meditationserfahrung und den einzelnen Emotionsregulationskompetenzen (siehe die Resultate zur EA5.2). Am auffälligsten ist, dass der von den Befragten am häufigsten angegebenen Effekt (88%) die Aufmerksamkeit für Gefühle betrifft, wobei die Skala, die im SEK-27 diesen Namen trägt, keine signifikanten Korrelationen zur Meditationserfahrung aufweist. Der hier festgestellte Unterschied zwischen direkter und indirekter Messung, d. h. zwischen subjektiv festgestellter Veränderung und den berechneten Korrelationen kann unterschiedlich erklärt werden. Einerseits könnten diese Antworten, die in Meditationskreisen verbreiteten oder individuellen Überzeugungen, Ansichten oder Erwartungen widerspiegeln, und weniger auf eigener Erfahrung beruhen. Weiter könnte argumentiert werden, dass die Antworten auf das durch die direkte Befragung evozierte Konzept „den Gefühlen Aufmerksamkeit schen-

ken“ und die durch die Items des SEK-27 konstituierte Skala *Aufmerksamkeit für Gefühle* unterschiedliche Sachverhalte messen. Diese Einschränkungen der Validität betreffen nicht nur die Skala *Aufmerksamkeit für Gefühle*, sondern auch die anderen Vergleiche direkter Befragung mit den SEK-27 Skalen.

Die Ergebnisse der direkten Befragung für sich allein betrachtet, zeichnen ein eindrückliches Bild der subjektiv empfundenen Veränderungen durch die Meditationsübung. Mit 88 bzw. 80% gaben deutlich mehr als drei Viertel der Befragten an, dass sich die Aufmerksamkeit für ihre Gefühle und die Akzeptanz derselben verbessert habe. Selbst die deutlich handlungsorientierten Kompetenzen *Konfrontationsbereitschaft* (Item: „Bereitschaft, mich mit Situationen zu konfrontieren, die negative Gefühle auslösen.“) und *subjektive Selbsteffizienz* (Item: „Im Allgemeinen ein guter Umgang mit den eigenen Emotionen und eine gute bewusste Regulation derselben.“) werden noch von mehr als zwei Drittel (68%) der Probanden als durch die Meditation positiv beeinflusst beurteilt. Die geringste Angabe betrifft die Verbesserung der körperlichen Wahrnehmung von Gefühlen, die aber immerhin noch fast zwei Drittel der Befragten (64%) berichten. Die Angaben der Probanden sind also mit der Erwartung konsistent, dass die Meditationsübung zur Förderung der Emotionsregulation in der Gesamtheit ihrer Aspekte beitragen kann.

6.3.8 Was sind die Beweggründe und Ziele, die buddhistisch Meditierende in Bezug auf ihre persönliche Meditationsübung berichten?

Bei den Gründen, die für die Aufnahmen einer Meditationspraxis angegeben wurden, können nach der Häufigkeit der Nennung drei Gruppen unterschieden werden: Gründe die 1. von fast allen (92-100%), 2. den meisten (72-80%) und 3. einer Minderheit (12-40%) der Befragten angegeben wurden. Die ersten zwei Gruppen beinhalten insbesondere Gründe, die positive Zielvorstellungen beinhalten, wie der Wunsch nach erhöhtem Wohlbefinden („Innere Ruhe entwickeln“, „Gelassenheit entwickeln“), die Antwort auf existentiellen Lebensfragen („Sinnsuche“, „Wahrheitsuche“ und „Selbsterkenntnis“) und im weitesten Sinne therapeutische Ziele („Probleme besser bewältigen können“ und „Leidvolle Erfahrung“). Die dritte Gruppe umfasst v. a. Gründe, die äussere oder nicht kontrollierbare Einflüsse („Zufall“, „Gespräche mit Freunden“, „spontanes Meditationserlebnis“) und Gefühle des Mangels („Gefühle der Leere“, „Unzufriedenheit mit mir selbst“) beinhalten.

Zwischen mehr und weniger Erfahrenen zeigen sich für die im Fragebogen vorgegebenen Ziele keine grossen Unterschiede bezüglich der angegebenen Gründe und ihrer relativen

Wichtigkeit. Tendenziell geben aber Meditationserfahrene mehr Gründe an, was eventuell auf die Erfahrung zahlreicherer Facetten der Meditationspraxis zurückzuführen ist und gleichzeitig auf die beschränkte Validität einer retrospektiven Befragung hinweisen könnte. Bei den von den Meditierenden selbst angegebenen Gründen für die Meditationsübung zeigen sich etwas deutlichere Unterschiede zwischen mehr und weniger Erfahrenen. Aufgrund des querschnittlichen Designs bleibt ungeklärt, inwieweit sich die Gründe durch die Erfahrung mit Meditation und der Beschäftigung mit damit verbundenen Themen über die Zeit veränderten. Die Daten zu den unterschiedlichen Häufigkeiten der Gründe der Gruppen mit unterschiedlicher Meditationserfahrung deuten eher auf eine Veränderung hin. Insgesamt berichten also Meditierende vorwiegend über spirituelle, existenzielle und gesundheitsbezogene Ziele.

6.4 Implikationen für die weitere Forschung und die klinische Praxis

Aus der Dimensionsanalyse des FFA sowie aus dem Vergleich zwischen den hier gefundenen Assoziationen der Achtsamkeit mit psychischer Gesundheit und Meditation und denen aus anderen Studien wird ersichtlich, dass das **Achtsamkeitskonstrukt** einer genaueren Definition und Operationalisierung bedarf. Ausserdem erschwert die aktuelle Lage die Vergleichbarkeit der Ergebnisse unterschiedlicher Untersuchungen. Eine Einigung in der Definition und der Operationalisierung wäre deshalb wünschenswert, ist allerdings durch die Komplexität und den Facettenreichtum der Achtsamkeit erschwert.

Ein wichtiger Forschungsbereich wäre die Identifikation und Operationalisierung von **dem Achtsamkeitskonstrukt näher stehenden Konstrukten** und Variablen, als den bisher betrachteten üblichen Massen psychischer Gesundheit, Zielerreichung, usw. Dadurch könnten unmittelbarere Wirkmechanismen aufgedeckt und ausdifferenziert werden und in der klinischen psychotherapeutischen Praxis zur Anwendung kommen. Dazu gehört auch die Erforschung buddhistischer Konzepte, aus deren Kontext die Achtsamkeitsübung entnommen wurde, wie z. B. Anhaftung, meditative Einsicht, meditative Versenkung, usw. Durch eine solche Betrachtung des originären Kontexts der Achtsamkeitsübung könnte man ein breiteres Verständnis für diese Technik gewinnen.

Die Ergebnisse dieser Studien beruhen auf korrelative Analysen. Zur Bestimmung kausaler Einflüsse von Achtsamkeit auf andere Variablen sind **longitudinale Studien**

nötig. Dabei könnten sich die hier vorgenommene Unterscheidung zwischen **Determinanten und Indikatoren der psychischen Gesundheit** sowie die in Kapitel 2.3.1 erwähnten **Wirkmechanismen der Achtsamkeit** für die Entwicklung weiterer interessanter Erklärungsmodelle als fruchtbar erweisen. Die moderaten bis starken Zusammenhänge zwischen Achtsamkeit, Meditationserfahrung und Inkongruenz sowie die positiven Resultate bezüglich der hier formulierten Mediator- und Moderator-Hypothesen deuten auf ein bedeutsames Wirkgeflecht dieser Variablen hin. Dabei erscheint es uns sinnvoll (v. a. bei experimentellen Studien, wo dies noch leicht möglich ist) zwischen **tatsächlicher und subjektiv empfundener Zielerreichung** zu unterscheiden.

Die Korrelationen zwischen Achtsamkeit und unterschiedlichen Massen der Meditationserfahrung weisen darauf hin, dass **eine genaue Erfassung der individuellen Meditationspraxis** sinnvoll wäre. In einer solchen Erfassung könnten Daten über Dauer der Meditationspraxis, Häufigkeit, durchschnittliche Länge einer Meditationssitzung, eingesetzte Technik und empfundene Qualität eingehen. Dies würde Aussagen über differentielle Effekte einzelner solchen Variablen erlauben.

Die Ergebnisse unterstützen die Annahme, dass Achtsamkeit die psychische Gesundheit fördern kann. Achtsamkeit ist eine veränderbare individuelle Eigenschaft, die, wie die Resultate dieser Studie hindeuten, durch die Meditationsübung effektiv gefördert werden kann. Aus diesen Gründen kann **die Beeinflussung der Achtsamkeit** durch Achtsamkeitstechniken als ein wichtiges **Therapieziel** angesehen werden. Das steht im Einklang mit dem aktuellen Interesse der empirisch orientierten klinischen Psychologie für Achtsamkeit und Techniken zu deren Kultivierung. Diese Studie unterstützt also die Annahme ihres therapeutischen Nutzens und weist gleichzeitig auf die Relevanz der weiteren Erforschung des Achtsamkeitskonstruktes und von achtsamkeitsfördernden Massnahmen hin.

7. Verzeichnisse

7.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Demographische Eigenschaften der untersuchten Stichproben.	44
Tabelle 2:	Eigenschaften der Meditationserfahrung in den Meditationsstichproben.....	48
Tabelle 3:	Die vier Skalen des FFA.	49
Tabelle 4:	Rotierte Hauptkomponentenanalyse vom Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit.	74
Tabelle 5:	Die Faktoren des Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit Gesamtstichprobe.	76
Tabelle 6:	Interkorrelationen der Skalen des FFA.	77
Tabelle 7:	Psychometrische Skalen mit Reliabilität $\alpha < .70$	78
Tabelle 8:	Beschreibung der Verteilung nicht-normalverteilter Variablen in der Risikostichprobe.	78
Tabelle 9:	Nicht-normalverteilte Variablen in der Meditationsstichprobe.....	79
Tabelle 10:	Effektive Stichprobengrößen nach Berücksichtigung der Multikollinearität.....	80
Tabelle 11:	Korrelationen der Mediatorvariable.....	82
Tabelle 12:	Korrelationen der Achtsamkeit mit den Aspekten psychischer Gesundheit.	83
Tabelle 13:	Korrelationen der Achtsamkeit mit den Emotionsregulationskompetenzen.....	84
Tabelle 14:	Korrelationen der Dimensionen der Achtsamkeit mit der globalen psychischen Gesundheit.....	85
Tabelle 15:	Korrelationen der Dimensionen der Achtsamkeit mit den Aspekten psychischer Gesundheit.	85
Tabelle 16:	Korrelationen der Unterskalen des FFA mit den einzelnen SEK-27 Skalen.	86
Tabelle 17:	Pfadkoeffizienten der Mediatoranalyse zu T1 und T2.....	87
Tabelle 18:	Ergebnisse zur Moderatoranalyse mit dem Kriterium positiver Affekt.....	88
Tabelle 19:	Ergebnisse zur Moderatoranalyse mit dem Kriterium negativer Affekt.	89
Tabelle 20:	Ergebnisse zur Moderatoranalyse mit dem Kriterium globale psychopatho-logische Symptombelastung.	90

Tabelle 21: Mann-Whitney-Test zur Beurteilung der Gruppenunterschiede im Achtsamkeitsniveau bei Personen mit und ohne Meditationserfahrung.	92
Tabelle 22: Korrelationen zwischen unterschiedlichen Massen der Meditationserfahrung, Achtsamkeit und ihren Dimensionen.....	93
Tabelle 23: H- Test zur Beurteilung der Gruppenunterschiede im Achtsamkeitsniveau in Abhängigkeit zur Meditationserfahrung.....	93
Tabelle 24: Mann Whitney-Tests zur Beurteilung der Gruppenunterschiede im Achtsamkeits-niveau in Abhängigkeit zur Meditationserfahrung.....	94
Tabelle 25: Korrelationen zwischen Meditationserfahrung und Aspekten psychischer Gesundheit.	95
Tabelle 26: Korrelationen zwischen Meditationserfahrung und den Emotionsregulations-kompetenzen.	96
Tabelle 27: Korrelationen zwischen Achtsamkeit, deren Dimensionen, Meditationserfahrung und Handlungsorientierung.	97
Tabelle 28: Selbst angegebene Ziele und Beweggründe für Meditation.	100
Tabelle 29: Entscheidung über das Eintreffen der psychologischen Vorhersagen.....	101
Tabelle 30: Pfadkoeffizienten der Mediatoranalysen für die alternativen Modelle zu T1.	114
Tabelle 31: Pfadkoeffizienten der Mediatoranalysen als alternative Erklärung zur Moderatoranalyse.....	116

7.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wahrgenommene Zielerreichung als Mediator des Zusammenhanges zwischen Achtsamkeit und psychischer Gesundheit.....	36
Abbildung 2: Der moderierende Einfluss der Achtsamkeit auf den Zusammenhang zwischen Inkongruenz (Stress) und der psychischen Gesundheit.....	37
Abbildung 3: Der totale Effekt c von Achtsamkeit auf das subjektive Wohlbefinden.....	69
Abbildung 4: Der direkte Effekt c' und der indirekte Effekt axb von Achtsamkeit auf das psychische Wohlbefinden.	70
Abbildung 5: Graphische Darstellung der Interaktion zwischen Achtsamkeit und Inkongruenz bei der Vorhersage der Werte auf der negativen Affektivität.	90
Abbildung 6: Graphische Darstellung der Interaktion zwischen Achtsamkeit und Inkongruenz bei der Vorhersage der psychopathologischen Symptombelastung.	91
Abbildung 7: Einfluss der Meditationsübung aus der Sicht von Meditierenden.....	98

- Abbildung 8:** Ziele und Beweggründe für die Meditationsübung bei Personen mit mehr oder weniger als 3 Jahren Erfahrung in buddhistischer Meditation.99
- Abbildung 9:** Graphische Darstellung der Interaktion zwischen Achtsamkeit und Inkongruenz bei der Vorhersage der psychopathologischen Symptombelastung bei der Annahme von Inkongruenz als Moderator..116

7.3 Literaturverzeichnis

- Abdi, H. (2003). Least-squares. In M. Lewis-Beck, A. Bryman, T. Futing (Hrsg.), *Encyclopedia for research methods for the social sciences* (S. 792-795). Thousand Oaks (CA): Sage.
- Aftanas, L. I., & Golocheikyn, S. A. (2005). *Human anterior and frontal midline theta and lower alpha reflect emotionally positive state and internalised attention: High-resolution EEG investigation of meditation*. *Neuroscience Letters*, 310, 57-60.
- Al-Hussaini, A., Dorvlo, A. S., Antony, S. X., Chavan, D., Dave, J., Purecha, V., Al-Rahbi, S., & Al-Adawi, S. (2001). Vipassana meditation: A naturalistic preliminary observation in Muscat. *SQU Journal for Scientific Research: Medical Sciences*, 3 (2), 87-92.
- Atkinson, B. (2004). Altered States: Why Insight Itself isn't Enough for Lasting Change. *Psychotherapy Networker*, 28 (5), 42-45.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 10 (2), 125-143.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191-206
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13 (1), 27-45.
- Baltes-Götz, B. (2006) *Lineare Regressionsanalyse mit SPSS*. Verfügbar unter Universität Trier, URT, Webseite: <http://www.uni-trier.de/urt/user/baltes/docs/linreg/linreg.pdf> (März, 2007).

- Baltes-Götz, B. (1998). *Nichtlineare Regression mit SPSS*. Verfügbar unter Universität Trier, URT, Webseite: <http://www.uni-trier.de/urt/user/baltes/docs/cnlr/cnlr.htm> (April, 2007).
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bangert, M., & Altenmüller, E. O. (2003). Mapping perception to action in piano practice: a longitudinal DC-EEG study. *BMC Neuroscience*, 4, 26-36.
- Bao, S., Chang, E. F., Woods, J., & Merzenich, M. M. (2004). Temporal plasticity in the primary auditory cortex induced by operant perceptual learning. *Nature Neuroscience*, 7, 1123-1130.
- Beck, A. T. (1979). *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose. Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen*. München: Pfeiffer.
- Becker, C. B., & Zayfert, C. (2001). Integrating DBT-based techniques and concepts to facilitate exposure treatment for PTSD. *Cognitive Behavioral Practice*, 8, 107-122.
- Berking, M. (in Druck). *Training Emotionaler Kompetenzen*. Berlin: Springer-Verlag.
- Berking, M., & von Känel, M. (2007). Achtsamkeitstraining als therapeutische Interventionsmethode. Konzeptklärung, klinische Anwendung und aktuelle empirische Befundlage. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57, 1-8.
- Berking, M., & Znoj, H.-J. (2006). Achtsamkeit und Emotionsregulation – When East Meets West. *Psychotherapie im Dialog*, 7 (3), 307-312.
- Berking, M., & Znoj, H.-J. (zur Veröffentlichung eingereicht). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen.
- Berking, M., Grosse-Holtforth, M., & Jacobi, C. (2003). Reduction of Incongruence after Inpatient Psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 86-92.
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, 71-84.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (3), 230-241.

- Bishop, S. R., Segal, Z. V., Lau, M., Anderson, N. C., Carlson, L., & Shapiro, S. L. (2003). The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation. Poster presented at Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Weimar.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 243-255.
- Bohus, M. (2006). Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie. Die dritte Welle in der Evolution der Verhaltenstherapie? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 54* (4), 229.
- Bohus, M. & Huppertz, M. (2006). *Wirkmechanismen achtsamkeitsbasierter Psychotherapie. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 54* (4), 265-276.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Schmahl, C., Limberger, M. F., Unkel, C., Lieb, K., & Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient DBT for BPD: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 42* (5), 487-499.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung*. Frankfurt: Fischer.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84* (4), 822-848.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2004). Perils and Promise in Defining and Measuring Mindfulness: Observations From Experience. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11* (3), 242-248.
- Buchheld, N., & Walach, H. (2004). Die historischen Wurzeln der Achtsamkeitsmeditation – Ein Exkurs in Buddhismus und christliche Mystik. Heidenreich, T. & Michalak, J. (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie* (S. 25-46). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Buss, A. H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco: Freeman.
- Cahn, B. R., & Polich, J. (2006). Meditation States and Traits: EEG, ERP, and Neuroimaging Studies. *Psychological Bulletin, 132* (2), 180-211.
- Carlson, L. E., & Brown, K. W. (2005). Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research, 58*, 29-33.

- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1981). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. New York: Springer-Verlag.
- Chadwick, P., Hember, M., Mead, S., Lilley, B., & Dagnan, D. (2005). *Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Mindfulness Questionnaire*. Unpublished Manuscript, University of Southampton Royal South Hants Hospital, UK.
- Chatzisarantis, N. L. D. (2007). Mindfulness and the Intention-Behavior Relationship Within the Theory of Planned Behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33 (5), 663-676.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edition) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Collani, G., & Herzberg, P. Y. (2003a). Eine revidierte Fassung der deutschsprachigen Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 24 (1), 3-7.
- Collani, G., & Herzberg, P. Y. (2003b). Zur internen Struktur des globalen Selbstwertgefühls nach Rosenberg. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 24 (1), 9-22.
- Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S.F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., and Sheridan, J.F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Diener, E. (1994). Assessing Subjective Well-Being: Progress and Opportunities. *Social Indicators Research*, 31 (2), 103-157.
- Dimidjian S., & Linehan, M. (2003) Defining an Agenda for Future Research on the Clinical Application of Mindfulness Practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 166-171
- Dudenredaktion. (2007). *Meditation*. Verfügbar unter Duden Deutsches Universalwörterbuch: <http://www.duden.de> (Juli, 2007).

- Duval, S., & Wicklund, R. A. (1972). *A theory of objective self-consciousness*. New York: Academic Press.
- Easterlin, B., & Cardena, E. (1998-1999). Cognitive and emotional differences between short- and long-term Vipassana meditators. *Imagination, Cognition and Personality*, 18, 69-81.
- Emavardhana, T., & Tori, C. D. (1997). Changes in Self-Concept, Ego Defense Mechanisms, and Religiosity Following Seven-Day Vipassana Meditation Retreats. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36 (2), 194-206.
- Epstein, M. (1995). *Gedanken ohne den Denker. Das Wechselspiel von Buddhismus und Psychotherapie*. Frankfurt a. M.: Krüger Verlag.
- Feldman, G. C., Hayes, A. M., Kumar, S. M., Kamholz, B. W., Greeson, J. M., & Laurenceau, J. (2005). *Assessing mindfulness in the context of emotion regulation: The Revised Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS-R)*. Paper presented at the 39th Annual Convention of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Washington, DC.
- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., Eifert, F. H. & Spira, A. P. (2003). *Emotional avoidance: An experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge*. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 403-411.
- Ferring, D., & Filipp, S.-H. (1996). Messung des Selbstwertgefühls: Befunde zur Reliabilität, Validität und Stabilität der Rosenberg-Skala. *Diagnostica*, 42, 284-292.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Flavell, J. H., & Wellman, H., M. (1977). Metamemory. Kail, R.V., Hagen J.W. (Hrsg.), *Perspectives on the development of memory and cognition* (S. 3-33). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory (BSI)*. Göttingen: Beltz.
- Frazier, P. A., Tix, A. P., & Barron, K. E. (2004). Testing Moderator and Mediator Effects in Counseling Psychology Research. *Journal of Counseling Psychology*, 51 (1), 115-134.

- Galantino, M. L., Baime, M., Maguire, M., Szapary, P. O., & Farrar, J. T. (2005). Short Communication: Association of Psychological and Physiological Measures of Stress in Health-Care Professionals during an 8-Week Mindfulness Meditation Program: Mindfulness in Practice. *Stress and Health*, 21, 255-261.
- Germer, C. K. (2005). Mindfulness. What is it? What does it matter. In C. K. Germer, R. D. Siegel & P. R. Fulton (Hrsg.), *Mindfulness and psychotherapy* (S. 3-27). New York: Guilford.
- Goldin, P. (2001). *Mindfulness Meditation Research Findings*. Retrieved June 27 2007, from Dhamma Web Site. <http://www.dhammadownload.com/meditation/view.php?id=39>
- Goleman, D. (1990). *Meditation: Wege nach innen*. Weinheim, Basel: Beltz (Psychologie Heute – Taschenbücher).
- Goleman, D. J., & Schwartz, G. E. (1976). Meditation as an intervention in stress reactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 456–466.
- Gottselig, J. M., Hofer-Tinguely, G., Borbely, A. A., Regel S. J., Landolt, H. P., Retey, J. V., & Achermann, P. (2004). Sleep and rest facilitate auditory learning. *Neuroscience*, 127 (3), 557-561.
- Govinda, Lama, A. (1980). *Die psychologische Haltung der frühbuddhistischen Philosophie und ihre systematische Darstellung nach der Tradition des Abhidhamma*. Wien: Octopus Verlag.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2005, 5. Mai). Inkonsistenz und psychische Gesundheit. Vortrag gehalten am 4. Workshopkongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Dresden.
- Grosse Holtroth, M. (in Vorbereitung). Kognitiv-Behaviorale Vermeidungsskala (KBVS): Deutsche Version der Cognitive Behavioral Avoidance Scale.
- Grosse Holtforth, M., & Grawe, K. (2003). Der Inkongruenzfragebogen (INK) - Ein Messinstrument zur Analyse motivationaler Inkongruenz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (4), 315-323.

- Grosse Holtforth, M., & Grawe, K. (2000). Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29 (3), 170-179.
- Grosse Holtforth, M., Grawe, K., & Tamcan, Ö. (2004). *Inkongruenzfragebogen (INK)*. Hogrefe Verlag: Göttingen.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Grossman, P. (2004). Das Üben der Achtsamkeit: Eine einzigartige klinische Intervention für die Verhaltenswissenschaften. Heidenreich, T. & Michalak, J. (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie* (S. 69-102). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behaviour therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the Construct of Mindfulness in the Context of Emotion Regulation and Process of Change in Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 255-262.
- Hayes, S. C., & Shenk, C. (2004). Operationalizing Mindfulness Without Unnecessary Attachments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (3), 249-254.
- Hayes, S. C., Bissett, R. T., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I. S., Cooper, L. D., & Grundt, A. M. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49, 33-47.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (6), 1152-1168.
- Heidenreich, T., & Michalak, J. (2007). Achtsamkeit und Akzeptanz: Opium für das Volk? Eine Antwort auf den Kommentar von Herrn Dr. med. Willy Herbold (PiD Heft 4, 2006). *Psychotherapie im Dialog*, 8, 194-195

- Heidenreich, T., & Michalak, J. (2006). Einführung in die Thematik Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54 (4), 231-240.
- Heidenreich, T., & Michalak, J. (2003). Achtsamkeit („Mindfulness“) als Therapieprinzip in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. *Verhaltenstherapie*, 13, 264-274.
- Hoyle, R. H., & Robinson, J. I. (2003). Mediated and moderated effects in social psychological research: Measurement, design, and analysis issues. In C. Sansone, C. Morf, A. T. Panter (Hrsg.), *Sage handbook of methods in social psychology* (S. 213-233). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Huppertz, M. (2006). Achtsamkeit in der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT). *Zeitschrift für Psychiatrie*, 54 (4), 255-264.
- Ivanoski, B., & Malhi, G. S. (2007). The psychological and neurophysiological concomitants of mindfulness forms of meditation. *Acta Neuropsychiatrica*, 19, 76-91.
- Jaycox, L. H., Foa, E. B., & Morral, A. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 185-192.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W. R., & Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149 (7), 936-943.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.

- Kenny, D. (2006). *Mediation*. Verfügbar unter <http://davidakenny.net/cm/mediate.htm> (Februar, 2007)
- Krampen, G. (1991). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. (ohne Jahresangabe). *Kurzanweisung zum Fragebogen HAKEMP 90. Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv*. Osnabrück: Universität, Fachbereich Psychologie, Abteilung für Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung.
- Kuhl, J. & Beckmann, J. (1994a). Alienation: Ignoring one's preferences. In J. Kuhl & J. Beckmann (Hrsg.), *Volition and personality: Action versus state orientation* (S. 375-390). Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. & Beckmann, J. (1994b). Introduction: Action versus state orientation in the context of personality and volition. J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Volition and personality: Action versus state orientation* (S. 1-5). Göttingen: Hogrefe.
- Kuhr, A. (2004). Bericht über die 37. Jahrestagung der AABT (Association for Advancement of Behavior Therapy) vom 20.11. bis 23.11.2003 in Boston. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 36, 22-23.
- Kumar, S. M. (2002). An introduction to Buddhism for the Cognitive-Behavioral Therapist. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 40-43
- Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., Shapiro, S., Carmody, J., Abbey, S., Devins, G. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: Development and Validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (12), 1445-1467.
- Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wassermann, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., McGarvey, M., Quinn, B. T., Dusek, J. A., Benson, H., Rauch, S. L., Moore, C. I., & Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *NeuroReport*, 16 (17), 1893-1897.
- Leigh, J., Bowen, S., & Marlatt, G. A. (2005) Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive Behaviors*, 30, 1335-1341.

- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, 35, 747-766.
- Linehan, M. M. (2004). Acceptance and change: The central dialectic in psychotherapy. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette & M. J. Dougher (Hrsg.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (S. 73-86). Reno, NV: Context Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Lynch, T. R., Morse, J. Q. Mendelson, T., & Robins, C. J. (2001). Dialectical behaviour therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 33-45.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.
- Marlatt, G. A. (1994). Addiction, mindfulness, and acceptance. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette & M. J. Dougher (Hrsg.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (S. 73-86). Reno, NV: Context Press.
- Marlatt, G. A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behaviour. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 44-50.
- Martin, J. R. (2002). The Common Factor of Mindfulness – An Expanding Discourse: Comment on Horowitz (2002). *Journal of Psychotherapy Integration*, 12 (2), 139-142.
- Merzenich, M. M., DeCharms, R. C. (1996). *Neural representations, experience and change*. Boston: MIT Press.
- Michalak, J., Heidenreich, T., & Bohus, M. (2006). Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie; Gegenwärtiger Forschungsstand und Forschungsentwicklung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54 (4), 241-253.
- Moore, D. S., & McCabe, G. P. (2006). *Introduction to the Practice of Statistics*. New York: W. H. Freeman.

- Mühlenkamp, J. J. (2006). Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling, 28* (2), 166-185.
- Murphy, M., Donovan, S. (1999). *The physical and psychological effects of meditation*. Sausalito, CA: Institute of Noetic Sciences.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Nyanaponika, M. (1979). *Geistestraining durch Achtsamkeit*. Konstanz: Verlag Chrisitaini.
- Nyanatiloka, M. (1992). *Dhammapada und Kommentar*. Uttenbühl: Jhana Verlag.
- Ostafin, B. D., Chawla, N., Bowen, S., Dillworth, T. M., Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2006). Intensive Mindfulness Training and the Reduction of Psychological Distress: A Preliminary Study. *Cognitive an Behavioral Practice, 13*, 191-197.
- Ott, U. (2007, 15. Mai). Neurowissenschaftliche Meditationsforschung: Konzepte, Befunde, Erkenntnischancen. Vortrag gehalten an der Parmenides Foundation, München.
- Ottenbreit, N. D., & Dobson, K. S. (2004). Avoidance and depression: the construction of the Cognitive-Behavioral Avoidance Scale. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 293-313.
- Philips, A. G., & Silvia, P. J. (2005). Self-awareness and the emotional consequences of self-discrepancies. *Personality and Social Psychology Bulletin, 31*, 703-713.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behaviour Research Methods, Instruments und Computers, 36* (4), 717-731.
- Quigley, S. M. (2000). Dialectical behavior therapy and sex offender treatment: An integrative model. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 60* (9-B), 4969.
- Rauch, S. & Foa, E. (2006). Emotional Processing Theory (EPT) and Exposure Therapy for PTSD. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 36* (2), 61-65.
- Recanzone, G. H., Merzenich, M. M., Jenkins, W. M., Grajski, K. A., Dinse, H. R. (1992). Topographic reorganization of the hand representation in cortical area 3b owl monkeys trained in a frequency-discrimination task. *Journal of Neurophysiology, 67* (5), 1031-1056.

- Robins, C. J. (2002). Zen Principles and Mindfulness Practice in Dialectical Behavior Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 50-57.
- Robins, C. J., & Chapman, A. L. (2004). Dialectical behavior therapy : Current status, recent developments, and future directions. *Journal of personality Disorders*, 18, 73-89.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: The Guilford Press.
- Salkovkis, P. M. (1989). Cognitive-Behavioural Factors and the Persistence of intrusive Thoughts in obsessional Problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27 (6), 677-682.
- Scharfetter, C. (1997). *Der spirituelle Weg und seine Gefahren*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Scharfetter, C. (2004). *Das Ich auf dem spirituellen Weg*. Sternenfels: Verlag Wissenschaft & Praxis.
- Schwartz, N., & Strack, F. (1999). Reports of Subjective Well-Being. Judgmental Processes and Their Methodological Implication. In D., Kahneman, E., Diener & N., Schwartz (Hrsg.), *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology* (S. 61-84). New York: Russell Sage Foundation.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. A New Approach to Preventing Relapse*. New York: Guilford Press.
- Sheldon, S. (2006) Self-Esteem is Central to Human Well-Being. In M., H., Kernis (Hrsg.), *Self-esteem issues and answers: A source book of current perspectives* (S. 254-259). New York: Psychology Press.
- Ströhle, G. (2006). *Empirische Erfassung der Achtsamkeit: Ein Vergleich der deutschsprachigen Achtsamkeitsskalen*. Verfügbar unter <http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2006/863>
- Suzuki, S. (1975). *Zen-Geist, Anfänger-Geist: Unterweisungen in Zen-Meditation*. Zürich: Theseus.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive Awareness and Prevention of Relapse in Depression: Empirical Evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (2), 275-287.

- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (1), 25–39.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-based-cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 615-623.
- Van Minnen, A., & Hagenaars, M. (2002). Fear activation and habituation patterns as early process predictors of response to prolonged exposure treatment in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 15 (5), 359–367.
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., Grossmann, P., & Schmidt, S. (2004). Empirische Erfassung der Achtsamkeit – Die Konstruktion des Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA) und weitere Validierungsstudien. T. Heidenreich und J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie* (S. 729-772). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring Mindfulness – the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40, 1543-1555.
- Walsh, R. (1977). Initial Meditative Experiences: Part I. *Journal of Transpersonal Psychology*, 9 (2), 151-192.
- Walsh, R. (1980). The Consciousness Disciplines and the Behavioral Sciences: Questions of Comparison and Assessment. *American Journal of Psychiatry*, 137 (6), 663-673.
- Weiss, M., Nordlie J. W., & Siegel, E. P. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction as an Adjunction to Outpatient Psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 108-112.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition. Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley
- Wells, A. (2002). GAD, Metacognition, and Mindfulness: An Information Processing Analysis. *Clinical Psychology*, 9, 95-100.
- Williams, J. M. G., & Meibert, P. (2006). Neue Wege zur Rückfallprophylaxe bei Depressionen: Mark Williams im Gespräch mit Petra Meibert. *Psychotherapie im Dialog*, 7 (3), 322-326.

-
- Williams, J. M. G., Teasdale, J.D., Segal, Z.V., & Soulsby, J. (2000) Mindfulness-Based Cognitive Therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 150-155.
- World Health Organisation, WHO. (2001b). *The world health report 2001. Mental Health: Strengthening Mental Health Promotion*. Verfügbar unter <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> (Juni, 2007).
- World Health Organisation, WHO. (2001a). *The world health report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. chapter 1: A public Health Approach to Mental Health*. Verfügbar unter <http://www.who.int/whr/2001/chapter1/en/index1.html> (Juni, 2007).

8. Anhang

A	MATERIALIEN.....	142
A.1	Operationalisierung der Achtsamkeit: der FFA	142
A.2	Indikatoren der psychischen Gesundheit	143
A.2.1	Wohlbefinden: PANAS negativer und positiver Affekt	143
A.2.2	Psychopathologische Symptombelastung: BSI	144
A.4	Determinanten der psychischen Gesundheit	146
A.4.1	Inkongruenz: K-INK	146
A.4.2	Emotionsregulationskompetenzen: SEK-27	147
A 4.3	Selbstwirksamkeitserwartungen: FKK	148
A 4.4	Motivationale Vermeidungsziele: FAMOS	149
A 4.5	Vermeidungsstrategien: KBVS	150
A 4.6	Selbstwertgefühl: Rosenberg Skala	151
A.5	Angaben zur Meditationserfahrung	152
A.6	Handlungsorientierung: HAKEMP-90	152
A.7	Direkte Fragen zu den Auswirkungen der Meditationserfahrung auf die Emotionsregulationskompetenzen.....	154
A.8	Direkte Fragen zu den Zielen und Gründen der Meditation.....	155

A Materialien

A.1 Operationalisierung der Achtsamkeit: der FFA

Dieser Fragebogen soll Ihre **Achtsamkeit** erfassen. Bitte beziehen Sie dabei die Aussagen auf Sie im Allgemeinen.

	fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
1. Ich bin offen für die Erfahrung des Augenblicks.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich erkenne, dass ich nicht mit meinen Gedanken identisch bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich spüre in meinen Körper hinein, sei es beim Essen, Kochen, Putzen, Reden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wenn ich merke, dass ich abwesend war, kehre ich sanft zur Erfahrung des Augenblicks zurück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich kann mich selbst wertschätzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich nehme wahr, wie sich meine Gefühle im Körper ausdrücken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich bleibe mit unangenehmen, schmerzhaften Empfindungen und Gefühlen in Kontakt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich achte auf die Motive meiner Handlungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich lasse mich von meinen Gedanken und Gefühlen leicht wegtragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich merke, dass ich nicht auf alles reagieren muss, was mir gerade in den Sinn kommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich beobachte meine Gedanken, ohne mich mit ihnen zu identifizieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich beobachte meine Gedanken, wie sie kommen und gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich verliere mich im Inhalt meiner Gedanken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich bin mir der Flüchtigkeit und Vergänglichkeit meiner Erfahrungen bewusst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich betrachte Dinge aus mehreren Perspektiven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich sehe, wie ich mir selbst Leiden schaffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich sehe meine Fehler und Schwierigkeiten, ohne mich zu verurteilen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich nehme meine Gefühle wahr, ohne auf sie reagieren zu müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich akzeptiere mich so wie ich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich spüre auch in unangenehme Empfindungen hinein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich bin in Kontakt mit meinen Erfahrungen, hier und jetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich nehme unangenehme Erfahrungen an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich beobachte das Kommen und Gehen von Erfahrungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich bin mir selbst gegenüber freundlich, wenn Dinge schief laufen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ich beobachte meine Gefühle, ohne mich in ihnen zu verlieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. In schwierigen Situationen kann ich innehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ich wehre mich innerlich gegen unangenehme Gefühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ich erlebe Momente innerer Ruhe und Gelassenheit, selbst wenn äusserlich Schmerzen und Unruhe da sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ich bin ungeduldig mit mir und meinen Mitmenschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ich kann darüber lächeln, wenn ich sehe, wie ich mir manchmal das Leben schwer mache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.2 Indikatoren der psychischen Gesundheit

A.2.1 Wohlbefinden: PANAS negativer und positiver Affekt

Liebe(r) Teilnehmer(in),

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen zu Ihrem emotionalen Befinden im Allgemeinen, Ihrem Umgang mit diesen Gefühlen und Ihrem Umgang allgemein mit stressvollen Ereignissen. Bitte beantworten Sie die Fragen spontan, indem Sie diejenige Antwort aussuchen und ankreuzen, die Ihnen am passendsten erscheint. Bitte lassen Sie keine Frage unbeantwortet, da sonst die Auswertung erschwert wird.

Gefühle & Stimmungen: Im Allgemeinen fühle ich mich...

	überhaupt nicht	ein wenig	mittel- mässig	ziem- lich	sehr		überhaupt nicht	ein wenig	mittel- mässig	ziem- lich	sehr
aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bekümmert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
interessiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verärgert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
freudig erregt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	schuldig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	erschrocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inspiriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	feindselig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stolz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gereizt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
begeistert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	beschämt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
entschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	durcheinander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aufmerksam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.2.2 Psychopathologische Symptombelastung: BSI

Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, **und zwar während der vergangenen sieben Tagen bis heute. Bitte beantworten Sie jede Frage!**

1: überhaupt nicht 2: ein wenig 3: ziemlich 4: stark 5: sehr stark

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter: ...

1	Nervosität oder innerem Zittern	1	2	3	4	5
2	Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	1	2	3	4	5
3	der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	1	2	3	4	5
4	dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	1	2	3	4	5
5	Gedächtnisschwierigkeiten	1	2	3	4	5
6	dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	1	2	3	4	5
7	Herz- oder Brustschmerzen	1	2	3	4	5
8	Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Strasse	1	2	3	4	5
9	Gedanken, sich das Leben zu nehmen	1	2	3	4	5
10	dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	1	2	3	4	5
11	schlechtem Appetit	1	2	3	4	5
12	plötzlichem Erschrecken ohne Grund	1	2	3	4	5
13	Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren	1	2	3	4	5
14	Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	1	2	3	4	5
15	dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	1	2	3	4	5
16	Einsamkeitsgefühlen	1	2	3	4	5
17	Schwermut	1	2	3	4	5
18	dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	1	2	3	4	5
19	Furchtsamkeit	1	2	3	4	5
20	Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	1	2	3	4	5
21	dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	1	2	3	4	5
22	Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	1	2	3	4	5
23	Übelkeit oder Magenverstimmung	1	2	3	4	5
24	dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	1	2	3	4	5

25	Einschlafschwierigkeiten	1	2	3	4	5
26	dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	1	2	3	4	5
27	Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	1	2	3	4	5
28	Furcht vor Fahrten in Bus, Strassenbahn, U-Bahn oder Zug	1	2	3	4	5
29	Schwierigkeiten beim Atmen	1	2	3	4	5
30	Hitzewallungen oder Kälteschauern	1	2	3	4	5
31	der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	1	2	3	4	5
32	Leere im Kopf	1	2	3	4	5
33	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	1	2	3	4	5
34	dem Gefühl, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	1	2	3	4	5
35	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	1	2	3	4	5
36	Konzentrationsschwierigkeiten	1	2	3	4	5
37	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	1	2	3	4	5
38	dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	1	2	3	4	5
39	Gedanken an den Tod und ans Sterben	1	2	3	4	5
40	dem Drang, jemanden zu schlagen, ihn zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	1	2	3	4	5
41	dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	1	2	3	4	5
42	starker Befangenheit im Umgang mit anderen	1	2	3	4	5
43	Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen und im Kino	1	2	3	4	5
44	dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	1	2	3	4	5
45	Schreck- oder Panikanfällen	1	2	3	4	5
46	der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	1	2	3	4	5
47	Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	1	2	3	4	5
48	mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	1	2	3	4	5
49	so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	1	2	3	4	5
50	dem Gefühl, wertlos zu sein	1	2	3	4	5
51	dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie dies zulassen würden	1	2	3	4	5
52	Schuldgefühlen	1	2	3	4	5
53	dem Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	1	2	3	4	5

A.4 Determinanten der psychischen Gesundheit

A.4.1 Inkongruenz: K-INK

9. Sie finden nachstehend eine Liste von unterschiedlich angenehmen und unangenehmen Sachverhalten. Geben Sie bitte an, wie ausreichend Sie die eher angenehmen in der letzten Zeit umsetzen können (**Teil 1**) bzw. wie sehr möglicherweise unangenehme Sachverhalte in der letzten Zeit für Sie zutreffen (**Teil 2**).

(Teil 1) *In der letzten Zeit*

		viel zu wenig					völlig ausreichend				
1	...bringe ich Leistung.	1	2	3	4	5					
2	...bin ich unabhängig.	1	2	3	4	5					
3	...glaube ich an mich selbst.	1	2	3	4	5					
4	...habe ich meinen Platz in der Welt.	1	2	3	4	5					
5	...habe ich viele Freunde.	1	2	3	4	5					
6	...kann ich andere beeindrucken.	1	2	3	4	5					
7	...werde ich geachtet und respektiert.	1	2	3	4	5					
8	...gönne ich mir selber etwas.	1	2	3	4	5					
9	...habe ich mich selber unter Kontrolle.	1	2	3	4	5					
10	...lebe ich eine intime Beziehung.	1	2	3	4	5					
11	...verfolge ich breite Interessen.	1	2	3	4	5					
12	...fühle ich mich von anderen beschützt.	1	2	3	4	5					
13	...setze ich mich für Schwächere ein.	1	2	3	4	5					
14	...führe ich ein abwechslungsreiches Leben.	1	2	3	4	5					

(Teil 2) *In der letzten Zeit*

		trifft überhaupt nicht zu					trifft sehr stark zu				
15	...bin ich Vorwürfen ausgesetzt.	1	2	3	4	5					
16	...muss ich Schwächen von mir zeigen.	1	2	3	4	5					
17	...kann ich nicht selbst bestimmen.	1	2	3	4	5					
18	...werde ich von anderen nicht akzeptiert.	1	2	3	4	5					
19	...fühle ich mich machtlos.	1	2	3	4	5					
20	...blamiere ich mich.	1	2	3	4	5					
21	...behandle ich andere aggressiv.	1	2	3	4	5					
22	...fühle ich mich von anderen verlassen.	1	2	3	4	5					
23	...genüge ich den Anforderungen nicht.	1	2	3	4	5					

A.4.2 Emotionsregulationskompetenzen: SEK-27

Liebe(r) Teilnehmer(in),

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen zu Ihrem emotionalen Befinden im Allgemeinen, Ihrem Umgang mit diesen Gefühlen und Ihrem Umgang allgemein mit stressvollen Ereignissen. Bitte beantworten Sie die Fragen spontan, indem Sie diejenige Antwort aussuchen und ankreuzen, die Ihnen am passendsten erscheint. Bitte lassen Sie keine Frage unbeantwortet, da sonst die Auswertung erschwert wird.

Umgang mit Gefühlen: Im Allgemeinen...

		über-			fast-	
		haupt	manch-	immer		
		nicht	selten	mal	oft	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		0	1	2	3	
		4				
1	... achte ich auf meine Gefühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	... kann ich positivere Gefühle gezielt herbeiführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	... verstehe ich meine emotionalen Reaktionen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	... fühle ich mich auch intensiven, negativen Gefühlen gewachsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	... kann ich auch negative Gefühle annehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	... könnte ich klar benennen, wie ich mich gerade fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	... habe ich eine gute körperliche Wahrnehmung meiner Gefühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	... mache ich, was ich mir vorgenommen habe, auch wenn ich mich dabei unwohl oder ängstlich fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	... kann ich meine negativen Gefühle beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	... weiss ich, was meine Gefühle bedeuten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	... schenke ich meinen Gefühlen Aufmerksamkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	... ist mir klar, was ich gerade fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	... merke ich gut, wenn mein Körper auf emotional bedeutende Situationen besonders reagiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	... kann ich trotz negativer Gefühle das machen, was ich mir vorgenommen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	... kann ich zu meinen Gefühlen stehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	... bin ich mir sicher, auch intensive, unangenehme Gefühle aushalten zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	... setze ich mich mit meinen Gefühlen auseinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	... ist mir bewusst, warum ich mich so fühle, wie ich mich fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	... ist mir klar, dass ich meine Gefühle beeinflussen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	... kann ich wichtige Ziele verfolgen, auch wenn ich mich dabei manchmal unwohl oder unsicher fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	... akzeptiere ich meine Gefühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A 4.4 Motivationale Vermeidungsziele: FAMOS

8. Sie finden nachstehend eine Liste von Sachverhalten, welche man **negativ empfinden kann** und lieber **vermeiden** möchte. Bitte beurteilen Sie, wie **schlimm das Genannte für Sie im Allgemeinen ist**, unabhängig davon, ob Sie es tatsächlich vermeiden können, und ob Ihnen dies momentan gelingt.

		Überhaupt nicht schlimm	Weniger schlimm	Mittel- mässig schlimm	Ziemlich schlimm	Ausser- ordentlich schlimm
1	Vorwürfen ausgesetzt zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	nicht genug Liebe und Zuwendung zu erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	eigene Schwächen zu zeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	hilflos zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	einsam zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	fremdbestimmt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	mich mit anderen zu streiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	mich in peinliche Situationen zu bringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	zu versagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	andere zu verletzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	abhängig zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	nicht zu genügen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	kritisiert zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	eingeeengt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	von anderen getrennt zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	angegriffen zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	von Gefühlen überwältigt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	bestraft zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	nicht respektiert zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	nicht selbst bestimmen zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	nicht akzeptiert zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	machtlos zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	mich zu blamieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	meine Eigenständigkeit zu verlieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	ertappt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	nicht wertgeschätzt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	andere aggressiv zu behandeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	inkompetent zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	verlassen zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	nicht bestätigt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Anforderungen nicht zu genügen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	meine eigenen Bedürfnisse zu zeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	andere zu verärgern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	einer Situation ausgeliefert zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	etwas wichtiges nicht zu verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	andere zu verlieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	nicht anerkannt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A 4.5 Vermeidungsstrategien: KBVS

Unterschiedliche Menschen verwenden unterschiedliche Strategien, um mit bestimmten Situationen und Problemen in ihrem Leben zurecht zu kommen. Nachfolgend sind einige solcher Strategien beschrieben. Einige Fragen beziehen sich auf Probleme bei der Arbeit oder in der Ausbildung. Wenn Sie momentan nicht arbeiten oder in Ausbildung sind, beurteilen Sie bitte die Aussagen für Ihre täglichen Pflichten und Aktivitäten.

		überhaupt nicht zutreffend für mich	eher zutreffend	mittel- mässig zutreffend	sehr zutreffend	absolut zutreffend für mich
1	Ich vermeide es, an Aktivitäten mit anderen Leuten teilzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Wenn ich mir über meine Zukunft im Unklaren bin, gelingt es mir nicht, in Ruhe darüber nachzudenken was ich wirklich will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich möchte gerne bestimmte Dinge bei der Arbeit oder in der Ausbildung erreichen, aber ich muss meine eigenen Grenzen akzeptieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich schaffe es nicht, an Leistungszielen dranzubleiben, die ich mir selbst gesetzt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Um Enttäuschungen zu vermeiden versuche ich Arbeit/Ausbildung nicht zu ernst zu nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ich bleibe lieber bei Sachen die ich kenne, als neue Aktivitäten auszuprobieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ich nehme Gelegenheiten nicht wahr, die gut für meine Karriere / Ausbildung wären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ich nehme das Telefon nicht ab, wenn Leute mich einladen könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ich beende Aktivitäten, die mich zu sehr beanspruchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ich versuche, nicht über Probleme in meinen Beziehungen zu anderen Menschen nachzudenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ich sage zu mir selbst, dass ich eine wirklich anspruchsvolle Aufgabe nicht schaffen werde zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Obwohl ich weiss, dass ich bezüglich meiner persönlichen Beziehungen Entscheidungen treffen sollte, lasse ich alles einfach so weiterlaufen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Ich vermeide es, neue Aktivitäten auszuprobieren, bei denen ich versagen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ich besuche Veranstaltungen nicht, wenn ich weiss, dass dort viele Menschen sein werden die ich nicht kenne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Anstatt über die Probleme in meinen Beziehungen zu anderen Menschen nachzudenken, sage ich mir, dass ich lieber alleine bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Ich schaffe es nicht, Spannungen, die sich in einer Freundschaft aufbauen, anzusprechen und ausdiskutieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Es passiert mir oft, dass ich Treffen mit anderen Leuten verlassen möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Ich denke nicht darüber nach, wie ich meine Leistungen bei der Arbeit/Ausbildung verbessern könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19	Ich versuche, lieber nicht darüber nachzudenken, wie meine Zukunft aussieht und was ich mit meinem Leben anfangen werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Ich sitze Spannungen in meinen Beziehungen aus und hoffe, dass sie wieder vorbei gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Ich erfinde oft irgendwelche Entschuldigungen, um aus Aktivitäten mit anderen Leuten herauszukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Ich kann nichts machen, um Probleme in meinen Beziehungen zu verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Ich nehme Gelegenheiten nicht wahr, um etwas mit Personen des anderen Geschlechts zu unternehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Bei Treffen und Aktivitäten mit anderen Leuten bleibe ich oft für mich alleine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Ich vermeide es, Entscheidungen über meine Zukunft zu treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Wenn ich irgendetwas in meiner Beziehung nicht verstehe, versuche ich aber nicht herauszufinden was los ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Ich weiss, dass ich wichtige Entscheidungen bezüglich Arbeit / Ausbildung treffen sollte. Aber ich schaffe es einfach nicht, sie anzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Anstatt herauszugehen und Dinge zu unternehmen, sitze ich einfach zuhause und schaue Fernsehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Ich lenke mich lieber ab, wenn ich anfangs über meine Leistungen bei der Arbeit oder in der Ausbildung nachzudenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Ich versuche es erst gar nicht, darüber nachzudenken, wie ich die Probleme in meiner Familie lösen könnte - es bringt sowieso nichts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Es passiert mir immer wieder, dass ich Aufgaben und Pflichten vermeide, die wirklich wichtig wären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A 4.6 Selbstwertgefühl: Rosenberg Skala

Kreuzen Sie bitte diejenige Antwortalternative an, die am meisten auf Sie zutrifft.

		trifft gar nicht zu	trifft etwas zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
1	Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Hin und wieder denke ich, dass ich gar nichts taue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich kann vieles genau so gut wie die meisten anderen Menschen auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ich fürchte, es gibt nicht viel, worauf ich stolz sein kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ich halte mich für einen wertvollen Menschen, jedenfalls bin ich nicht weniger wertvoll als andere auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8	Ich wünschte, ich könnte vor mir selber mehr Achtung haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Alles in allem neige ich dazu, mich für einen Versager zu halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.5 Angaben zur Meditationserfahrung

Bitte beziehen Sie die Aussagen auf die letzten zwei Wochen.

Haben Sie schon mal meditiert?

Ja

Nein

Wenn ja:

- meditieren Sie immer noch?

Ja

Nein

- wie lange haben Sie meditiert bzw. seit wann meditieren Sie? _____

- In welchen Abständen (täglich, wöchentlich, sporadisch,...)? _____

- welche Meditationsart(en) praktizieren Sie (bzw. haben Sie praktiziert)?

A.6 Handlungsorientierung: HAKEMP-90

Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage immer diejenige der beiden Antwortmöglichkeiten an, die für Sie eher zutrifft.

1) Wenn ich etwas Wertvolles verloren habe und jede Suche vergeblich war, dann

... kann ich mich schlecht auf etwas anderes konzentrieren.

... denke ich nicht mehr lange darüber nach.

2) Wenn mir ein neues Gerät versehentlich auf den Boden gefallen und nicht mehr zu reparieren ist, dann

... finde ich mich rasch mit der Sache ab.

... komme ich nicht so schnell darüber hinweg.

3) Wenn ich ein schwieriges Problem lösen muss, dann

... lege ich meist sofort los.

... gehen mir zuerst andere Dinge durch den Kopf, bevor ich mich richtig an die Aufgabe heranmache.

4) Wenn ich vor der Frage stehe, was ich in einigen freien Stunden tun soll, dann

... überlege ich manchmal eine Weile, bis ich mich entscheiden kann.

... entscheide ich mich meist ohne Schwierigkeit für eine der möglichen Beschäftigungen.

5) Wenn ich nach einem Einkauf zu Hause merke, dass ich zu viel bezahlt habe, aber das Geld nicht mehr zurückbekomme,

... fällt es mir schwer, mich auf irgend etwas anderes zu konzentrieren.

... fällt es mir leicht, die Sache auszublenden.

6) Wenn ich eigentlich zu Hause arbeiten müsste, dann

... fällt es mir oft schwer, mich an die Arbeit zu machen.

... fange ich meist ohne weiteres an.

7) Wenn meine Arbeit als völlig unzureichend bezeichnet wird, dann

... lasse ich mich davon nicht lange beirren.

... bin ich zuerst wie gelähmt.

8) Wenn ich sehr viele wichtige Dinge zu erledigen habe, dann

... überlege ich oft, wo ich anfangen soll.

... fällt es mir leicht, einen Plan zu machen und ihn auszuführen.

9) Wenn ich zu zwei Dingen grosse Lust habe, die ich aber nicht beide machen kann, dann

... beginne ich schnell mit einer Sache und denke gar nicht mehr an die andere.

... fällt es mir nicht so leicht, von einer der beiden Sachen ganz Abstand zu nehmen.

10) Wenn mich etwas traurig macht, dann

... fällt es mir schwer, irgend etwas anderes zu tun.

... fällt es mir leicht, mich durch andere Dinge abzulenken.

11) Wenn einmal sehr viele Dinge am selben Tag misslingen, dann

... weiss ich manchmal nichts mit mir anzufangen.

... bleibe ich fast genauso tatkräftig, als wäre nichts passiert.

12) Wenn ich vor einer langweiligen Aufgabe stehe, dann

... habe ich meist keine Probleme, mich an die Arbeit zu machen.

... bin ich manchmal wie gelähmt.

A.7 Direkte Fragen zu den Auswirkungen der Meditationserfahrung auf die Emotionsregulationskompetenzen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Person bevor Sie mit Meditation anfangen und auf die Auswirkungen, die die Meditation für Sie hatte.

1) Folgende Eigenschaften trafen auf mich, bevor ich mit Meditation anfang in folgendem Ausmass zu

2) Meine Meditationserfahrung hatte darauf folgenden Einfluss (bitte Richtung und Stärke angeben)

(hier folgte ein Beispiel zur Erläuterung der Beantwortungsweise, das hier nicht aufgeführt werden soll)

		sehr zutreffend			sehr wenig zutreffen	
1.	1) vor Meditation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2) Auswirkung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufmerksamkeit für Gefühle.						
2.	1) vor Meditation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2) Auswirkung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körperliche Wahrnehmung von Gefühlen.						
3.	1) vor Meditation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2) Auswirkung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klarheit über den momentanen Gefühlszustand.						
4.	1) vor Meditation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2) Auswirkung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verstehen der Ursache von Gefühlen.						
5.	1) vor Meditation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2) Auswirkung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gefühle akzeptieren und annehmen können.						
6.	1) vor Meditation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2) Auswirkung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fähigkeit, Gefühle auszuhalten und zu tolerieren.						
7.	1) vor Meditation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2) Auswirkung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bereitschaft, mich mit Situationen zu konfrontieren, die negative Gefühle auslösen.						
8.	1) vor Meditation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2) Auswirkung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selbstunterstützung in emotional belastenden Situationen.						
9.	1) vor Meditation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2) Auswirkung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im allgemeinen ein guter Umgang mit den eigenen Emotionen und eine gute bewusste Regulation derselben.						

