



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Gesundheitsbezogene Lebensqualität und
bewusstseinsverändernde Praktiken
unter Betrachtung von Meditation und Klartraum

verfasst von / submitted by

Maria-Lena Lindner (BSc)

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

Wien, 2016 / Vienna, 2016

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

A 066 840

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

Masterstudium Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Inhalt

Abstract	1
1 Einleitung	3
2 Theoretischer Hintergrund	4
2.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	4
2.1.1 Definitionsversuche und Entwicklung	4
2.1.2 Korrelate	5
2.2 Veränderte Bewusstseinszustände.....	5
2.2.1 Geschichte und Definition	5
2.2.2 Bewusstseinsverändernde Praktiken	8
2.3 Meditation.....	8
2.3.1 Meditationsarten und Definition.....	8
2.3.2 Physiologische und psychologische Effekte	10
2.3.3 Korrelate	11
2.4 Klartraum	12
2.4.1 Definition	12
2.4.2 Häufigkeiten und soziodemographische Variablen.....	12
2.4.3 Techniken.....	13
2.4.4 Korrelate	14
2.5 Zusammenfassung	15
3 Zielsetzung der Studie	17
4 Methodik	18
4.1 Stichprobe	18
4.2 Untersuchungsdurchführung.....	18
4.3 Studiendesign.....	18
4.4 Untersuchungsinstrumente	19
4.4.1 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)	19

4.4.2	Absorption-Skala	20
4.4.3	Substance Use Risk Profile Scale (SURPS)	20
4.4.4	Zusätzliche Fragen.....	21
4.5	Fragestellungen und Hypothesen	21
4.6	Statistische Auswertungsverfahren.....	25
5	Ergebnisse	27
5.1	Stichprobenbeschreibung	27
5.1.1	Rücklauf-Statistik.....	27
5.1.2	Gruppenverteilung und soziodemographische Daten.....	27
5.1.3	Häufigkeiten und Arten von Meditation und Klartraum	30
5.1.4	BVP in der Kontrollgruppe	31
5.2	Reliabilitätsanalyse der Messinstrumente	32
5.3	Hypothesenprüfung.....	33
6	Diskussion und Ausblick	42
	Literaturverzeichnis	47
	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	55
	Abkürzungsverzeichnis	56

Abstract

In dieser Studie wurde untersucht, inwieweit sich Personen, die die bewusstseinsverändernden Praktiken Meditation und/oder Klarraum regelmäßig ausüben, von Personen, die weder regelmäßig meditieren noch klarträumen, in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität unterscheiden. Dabei wurden auch die Häufigkeit und die Art der Ausübung von Meditation bzw. Klarraum betrachtet sowie die Persönlichkeitseigenschaften Absorptionsfähigkeit und Offenheit für Erfahrungen, die in Zusammenhang mit der Induktion von bewusstseinsverändernden Zuständen gebracht werden. Mit einem Online-Fragebogen wurden Daten von 211 Proband_innen im Alter von 14 bis 70 Jahren erfasst. Die Ergebnisse zeigen in einigen Bereichen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (gemessen mit dem Gesundheitsfragebogen Short Form Health Survey (SF-36)) signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen: Personen, die klarträumen, wiesen höhere Werte in Aspekten der physischen Gesundheit auf als die Kontrollgruppe, während Personen, die meditieren, höhere Werte in Aspekten der psychischen Gesundheit gegenüber Personen der Kontrollgruppe aufwiesen. Signifikante Unterschiede zwischen Personen, die sowohl meditieren als auch klarträumen, und Personen der Kontrollgruppe wurden in physischen und psychischen Aspekten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gefunden.

Die Häufigkeit und Art der Anwendung von Meditation bzw. Klarraum zeigten dabei keine signifikanten Unterschiede. Dagegen unterschieden sich die Gruppen hinsichtlich der Absorptionsfähigkeit und Offenheit signifikant. Personen, die klarträumen, wiesen die höchsten Werte in der Absorptionsfähigkeit auf, und Personen, die sowohl meditieren als auch klarträumen, gaben die höchsten Werte in der Offenheit für neue Erfahrungen an. Weder die Absorptionsfähigkeit noch die Offenheit gaben Hinweise auf einen positiven Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Schlüsselbegriffe: Meditation, Klarraum, bewusstseinsverändernde Praktiken, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Absorption, Offenheit

Abstract

This study investigated how persons who regularly practice altered states of consciousness through meditation and/or lucid dreams, differ in health-related quality of life from persons who do not meditate or have lucid dreams on a regular basis. In addition, frequency and type of meditation/lucid dreams as well as the personality characteristics absorption and openness, which are associated with induction of altered states of consciousness, were examined. Data of 211 participants of the age of 14 to 70 have been assessed by an online survey. Results show significant differences between groups in respect of aspects of health-related quality (measured by using the Short Form Health Survey (SF-36)): Lucid dreamers showed better results in aspects of physical health compared to the control group, whereas persons who meditate showed better results in aspects of mental health compared to the control group. Significant difference between persons who have lucid dreams and meditate and persons of the control group have been found regarding both aspects of health-related quality – physical as well as mental health.

Frequency and type of meditation or lucid dreams did not show any significant difference in health-related quality of life. However, groups differed significantly regarding the personality characteristics absorption and openness. Lucid dreamers showed best results in absorption, whereas persons who both meditate and have lucid dreams revealed best scores in openness. Neither absorption nor openness gave evidence for a positive correlation with health-related quality of life.

key words: meditation, lucid dreams, altered states of consciousness, health related quality of life, absorption, openness

1 Einleitung

Es gibt nicht nur einen, sondern mehrere Bewusstseinszustände. Dieses Wissen lässt sich schon seit vielen Jahrhunderten in verschiedenen Kulturen wiederfinden. Auch die in der vorliegenden Studie untersuchten Bewusstseinszustände der Meditation und des Klartraums sind seit langem bekannt. Schon ca. 3000 v. Chr. wurden in einer hinduistischen Schrift verschiedene Meditationstechniken beschrieben, darunter auch eine Erläuterung von Klartraum (Thiemann, 2013). Heute zeigt sich das rege Interesse an diesen bewusstseinsverändernden Praktiken beispielsweise an dem vielfältigen Angebot von Meditationskursen und zahlreichen Mitgliedern in verschiedenen Klartraumforen im Internet. Häufig werden die Bedürfnisse nach Entspannungszuständen, Selbstreflexion, Problembewältigung, Selbstoptimierung und Transzendenz mit Meditation bzw. Klartraum in Verbindung gebracht (McGee, 2008; Schädlich & Erlacher, 2012). Daraus folgt die Frage danach, ob sich die beiden bewusstseinsverändernden Praktiken auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität auswirken.

Inwieweit sich Personen, die regelmäßig meditieren und/oder klarträumen, tatsächlich von Personen, die nicht regelmäßig meditieren und klarträumen, im Hinblick auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität unterscheiden, wird in der vorliegenden Arbeit untersucht.

Im Folgenden wird dabei zunächst auf das Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingegangen, und Definitionsansätze, die Entwicklungsgeschichte und Korrelate werden erläutert. Es wird eine Definition von veränderten Bewusstseinszuständen gegeben sowie kurz auf die Geschichte dieser eingegangen. Im Weiteren werden speziell die bewusstseinsverändernden Praktiken Meditation und Klartraum sowie verschiedene Arten, Techniken und Korrelate dieser beschrieben. Nach der Erläuterung der Ziele dieser Studie folgt der Methodenteil mit einer Beschreibung der Stichprobe, der Untersuchungs-durchführung, des Studiendesigns, der Untersuchungsinstrumente, der Fragestellungen und Hypothesen sowie der statistischen Auswertungsverfahren. Zuletzt werden die Ergebnisse dargelegt und Interpretationen, Schlussfolgerungen und Grenzen der vorliegenden Studie diskutiert.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

2.1.1 Definitionsversuche und Entwicklung

Das Konzept Lebensqualität wird bereits seit vielen Jahrhunderten diskutiert. Schon Aristoteles beschrieb das menschliche Bestreben nach dem guten Leben (vgl. Osterfeld, 1994). Lebensqualität ist seitdem Gegenstand vieler Wissenschaftsdisziplinen wie der Psychologie, Soziologie, Philosophie und Ökonomie geworden. In der Literatur lassen sich verschiedene verwandte Begriffe finden (z.B. Wohlbefinden, Gesundheitszustand, Lebenszufriedenheit, Glück), die oftmals als Synonym verwendet werden. Aufgrund der Vielzahl von entstandenen Theorien und Abgrenzungsschwierigkeiten des Begriffs der Lebensqualität gibt es bis heute keine einheitliche und eindeutige Definition (Kramer, Furi, & Stute, 2014).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1997) bezeichnet Lebensqualität als die „subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt, und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen“ (übersetzt nach WHO, 1997, S. 1).

Die allgemeine Lebensqualität wird durch zahlreiche Lebensbedingungen wie Nahrung, Wohnung, Verbrauchsgüter und unter anderem auch durch den Gesundheitszustand festgelegt. Dahingegen beschränkt sich der Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf den Gesundheitssektor und wird somit als ein Teil der allgemeinen Lebensqualität verstanden (Kramer et al., 2014).

Das Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität orientiert sich an der Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation: „a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO, 1948, S. 100). Somit basiert die gesundheitsbezogene Lebensqualität auf einem biopsychosozialen Modell, das mehr als die Abwesenheit von Krankheit beinhaltet (Bullinger, 2000).

Es werden vier Dimensionen als wesentlich für das Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erachtet (Bullinger, 1994):

- die körperliche Verfassung
- die psychische Verfassung
- soziale Beziehungen
- funktionale Einschränkungen

Bullinger (2014) zählt außerdem eine mentale Komponente hinzu. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität stellt somit ein dynamisches, mehrdimensionales Konstrukt dar, das auf subjektiven Beurteilungen beruht (Bullinger, Ravens-Sieberer, & Siegrist, 2000).

In den letzten Jahrzehnten ist die Anzahl der Publikationen zu dem Thema Lebensqualität erheblich gestiegen (Kramer et al., 2014). Bullinger et al. (2000) legen die Entwicklung der Lebensqualitätsforschung in vier Phasen dar. Die erste Phase begann in den 1970er Jahren durch Auseinandersetzungen mit dem Konzept der Lebensqualität und Definitionsversuchen. Während man sich in der zweiten Phase in den 1980er Jahren vorwiegend mit der Frage der Messbarkeit und dem Auffinden von Messmöglichkeiten beschäftigte, kennzeichnet die dritte Phase in den 1990er Jahren die Anwendung von erarbeiteten Messinstrumenten sowie der Qualitätssicherung dieser. Aktuell und in der vierten Phase liegt der Fokus auf methodischen und theoretischen Grundlagen, um Messverfahren weiter und neu entwickeln zu können.

2.1.2 Korrelate

Nach Bellach, Ellert und Radoschewski (2000) zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Sozialschicht, dem Einkommen und dem Ausbildungsgrad. Personen, die eine niedrige Sozialschicht, niedrigeres Einkommen und einen niedrigeren Ausbildungsgrad angaben, wiesen niedrigere Werte der Lebensqualität auf. Auch in Bezug auf das Geschlecht und das Alter wurden Unterschiede festgestellt; Männer und jüngere Proband_innen zeigten höhere Werte in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Daig und Lehmann (2007) fassen folgende Persönlichkeitseigenschaften zusammen, die als Prädiktoren der Lebensqualität signifikante Ergebnisse ergaben: Selbstsicherheit, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, Extraversion und geringer Neurotizismus.

2.2 Veränderte Bewusstseinszustände

2.2.1 Geschichte und Definition

Den Schwerpunkt in der Erforschung veränderter Bewusstseinszustände stellte zunächst das Phänomen der Trance dar. Mit der Entwicklung der Psychoanalyse kam es zu einer verstärkten Pathologisierung von Trancezuständen sowie ähnlichen

veränderten Bewusstseinszuständen (Vaitl, 2012). Erkenntnisse der Hypnoseforschung (z.B. Mischel & Mischel, 1958) zeigten jedoch, dass jeder Mensch zu veränderten Bewusstseinszuständen fähig ist und dass das Zulassen dieser durch soziale Rollen und Lernprozesse beeinflusst wird. Die Möglichkeit, Hypnosephänomene empirisch zu untersuchen, führte schließlich zu erneutem Interesse und vermehrter Beschäftigung mit der Erforschung von veränderten Bewusstseinszuständen. Ein Höhepunkt der Forschung trat in den 1960er und 1970er Jahren ein, als sich die Faszination der Bewusstseinsweiterung, LSD-Räusche und Transzendentalen Meditation in der Bevölkerung verbreitete. Es wurden viele Themen und Bereiche betrachtet, jedoch waren diese oft sehr weit gefasst, und es fehlte an klaren Definitionen (Vaitl, 2012; Vaitl et al., 2013).

Ludwig (1966) prägte den Begriff der „veränderten Bewusstseinszustände“ und beschrieb diesen wie folgt:

„alle mentalen Zustände, die induziert werden durch verschiedene physiologische und psychologische Maßnahmen oder durch Pharmaka. Das Individuum selbst (oder ein objektiver Beobachter des Individuums) erkennt diese daran, dass sie eindeutige Abweichungen in der subjektiven Erfahrung oder den psychologischen Funktionen darstellen hinsichtlich bestimmter Normen, die für dieses Individuum während des normalen Wachbewusstseins gelten“ (zitiert nach Vaitl, 2012, S. 14).

Die Subjektivität des Erlebens und Bewertens des „normalen Bewusstseinszustandes“ als Referenzpunkt zum veränderten Bewusstseinszustand, die diese Definition prägt, erweist sich in der wissenschaftlichen Forschung als schwierig. Revonsuo, Kallio und Sikka (2009) plädieren für eine stärkere Abgrenzung zwischen dem normalen und veränderten Bewusstseinszustand. Sie sprechen nicht von einer Veränderung des Bewusstseinszustands per se, sondern vielmehr von veränderten Repräsentationen zwischen dem Bewusstsein und der Umwelt. Repräsentationen entsprechen der Art und dem Umfang, wie die Umwelt und das Selbst im Gehirn eines Individuums wiedergespiegelt werden. Fehlrepräsentationen entstehen, wenn es zu Veränderungen in den Mechanismen kommt, die zu akkuraten Repräsentationen über den eigenen Organismus und der Welt führen. Diese Mechanismen (siehe Abbildung 1) bestehen aus dem *Input von Informationen*, die die phänomenalen Repräsentationen bilden, sowie der *Integration* von externalen (Sensorik) und internalen Faktoren (Affekte und Kognitionen), die wiederum das *Handeln* des Individuums beeinflussen können (Revonsuo et al., 2009; Vaitl, 2012).

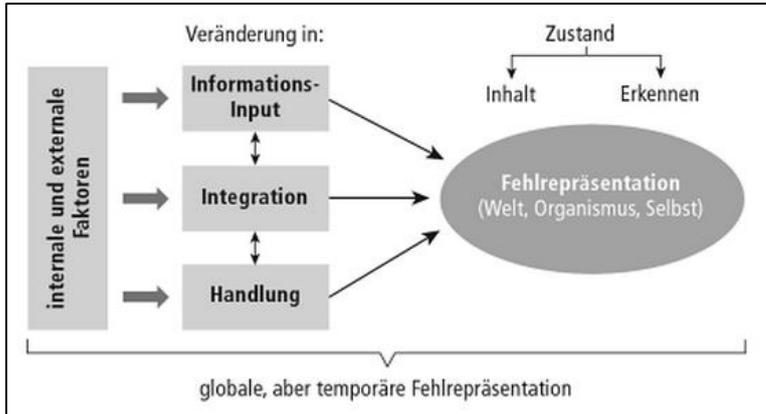


Abbildung 1. Fehltreuepräsentationen (Vaitl, 2012, S. 16)

Ein verändertes Bewusstsein entspricht demnach einem Zustand von Fehltreuepräsentationen, die vorübergehend und reversibel sind (Revonsuo et al., 2009). Er besteht zum einen aus dem primären phänomenalen Bewusstsein (*Inhalt*: z.B. Wahrnehmungen, Gefühle, Aufmerksamkeit) und zum anderen aus dem reflexiven Bewusstsein (*Erkennen*: z.B. Benennen, Kategorisieren, Bewerten) (Vaitl, 2012).

Abbildung 2 gibt einen Überblick über Arten und Methoden von veränderten Bewusstseinszuständen, die nach ihrer Entstehungsart geordnet sind.

Entstehung	Art/Methode
Pathologisch	Bewusstseinsstörungen Psychotische Erkrankungen Halluzinationen Dissoziative Bewusstseinsstörungen
Spontan auftretend	Schlaf und (Klar-)Traum Nahtod-Erfahrungen Außerkörper-Erfahrungen Mystische Erfahrungen
Induziert	Pharmakologische Methoden Physiotrope Methoden Schamanismus Hypnose Klartraum Autogenes Training Meditation Flow-Zustände

Abbildung 2. Arten und Methoden von veränderten Bewusstseinszuständen (vgl. Vaitl, 2012)

Veränderte Bewusstseinszustände können nach Vaitl et al. (2013) anhand von folgenden vier Dimensionen charakterisiert werden:

- Aktivierung
- Aufmerksamkeitsspanne
- Selbstbewusstheit
- Sensorische Dynamiken

2.2.2 Bewusstseinsverändernde Praktiken

In der vorliegenden Studie wird das Augenmerk auf bewusstseinsveränderte Zustände gelegt, die explizit durch Praktiken selbst induziert werden. Dafür wurden die zwei bewusstseinsverändernden Praktiken (im Folgenden BVP) Meditation und Klartraum ausgewählt, die in den Kapiteln 2.3 und 2.4 näher betrachtet werden.

Zwischen den Häufigkeiten der beiden BVP Meditation und Klartraum zeigten einige Studien (Gackenbach, 1978, zitiert nach Schredl & Erlacher, 2004; Hunt & McLeod, 1991; Levitan, 1993) positive Korrelationen. Verschiedene Untersuchungen (z.B. Hölzel & Ott, 2006; Tellegen & Atkinson, 1974) deuten zudem darauf hin, dass vor allem zwei Persönlichkeitsmerkmale einen bedeutsamen Einfluss auf die Induktion von bewusstseinsveränderten Zuständen ausüben: Offenheit für Erfahrungen und Absorptionsfähigkeit. Absorption beschreibt die Fähigkeit einer extrem fokussierten Wahrnehmung eines Objekts, so „dass es zu einer Art Verschmelzung mit diesem kommt“ (Vaitl, 2012, S. 206). Nach Tellegen und Atkinson (1974) stehen mit dieser Fähigkeit auch eine geringere Ablenkbarkeit und eine unkonventionelle Informationsverarbeitung in Verbindung. Die beiden Persönlichkeitsmerkmale Absorptionsfähigkeit und Offenheit für Erfahrungen weisen positive Korrelationen untereinander auf (Glisky, Tataryn, Tobias, Kihlstrom, & McConkey, 1991).

2.3 Meditation

2.3.1 Meditationsarten und Definition

Der Begriff Meditation fasst verschiedene Arten von Praktiken zusammen, die zum einen angewendet werden können, um psychologische oder emotionale Probleme zu überwinden (i.S. einer besseren Selbstregulation), und zum anderen können sie zu transzendentalen Erfahrungen und bewusstseinsveränderten Zuständen führen (McGee, 2008). Mögliche Unterscheidungsmerkmale der Meditationsarten ergeben sich aus den geistigen Fähigkeiten, die verwendet werden (z.B. Aufmerksamkeit, Gefühle,

Visualisierung, Gedächtnis), ihrer Anwendung (z.B. passiv, aktiv, mit oder ohne Anstrengung) und nach den Objekten, auf die sie gerichtet sind (z.B. Gedanken, Bilder, Konzepte) (Shear, 2006). In der Praxis können verschiedene Herangehensweisen jedoch vermischt werden und lassen sich oftmals nicht klar differenzieren (Sedlmeier et al., 2012). Auch in der bestehenden Literatur herrscht keine einheitliche Kategorisierung der verschiedenen Meditationstechniken (Nash & Newberg, 2013).

In der Forschung werden jedoch überwiegend zwei Hauptarten unterschieden: die **Achtsamkeitsmeditation** und die **konzentrierte Meditation**. Während bei der Achtsamkeitsmeditation ein weiter Aufmerksamkeitsfokus angestrebt wird, der alle Vorgänge im Körper und Geist umfasst, wird bei konzentrativen Meditationstechniken die Aufmerksamkeit auf ein bestimmtes Objekt gerichtet (Vaitl, 2012). Zwischen diesen beiden Polen gibt es eine Vielzahl von Zwischen- und Mischformen. So werden auch bei vielen Achtsamkeitsmeditationen zu Beginn konzentrierte Methoden verwendet, um den Zustand der Achtsamkeit zu erreichen (Chiesa, 2009). Die **Zen-Meditation** lässt sich am Pol der Achtsamkeitsmeditation festsetzen und zeichnet sich durch bestimmte Körperhaltungen und den sogenannten „koans“ aus (Chiesa, 2009; Ospina et al., 2007). Ein Koan ist eine Frage oder eine Aussage, die sich auf einen alogischen Sachverhalt bezieht und nicht rational gelöst werden kann, z.B. „Wie klingt das Klatschen einer Hand?“ oder „Was ist dein Gesicht vor deiner Geburt?“ (Vaitl, 2012, S. 298). Auch die **Vipassana-Meditation** ist eine bekannte Form der Achtsamkeitsmeditation mit dem Ziel, die drei Charakteristiken des Wesens zu verstehen: die Vergänglichkeit (anicca), das Leiden (dharma) und die Nichtexistenz, die das Nichtvorhandensein eines unveränderlichen „Ichs“ beschreibt (anatta) (Ospina et al., 2007). Die Erfahrung und das Bewusstwerden des gegenwärtigen Moments wird durch Beobachten und Wahrnehmen des Körpers, der Gefühle, des Geistes und der Denkinhalte geübt (Goyal et al., 2014). In der **Mantra-Meditation** werden Wörter oder Sätze laut oder im Stillen wiederholt. Somit wird die Aufmerksamkeit nach innen gelenkt und automatische Gedanken unterbunden (Ospina et al., 2007; Vaitl, 2012). Meditationsformen, die die Konzentration auf Bewegungen legen, sind unter anderem **Tai Chi**, **Qi Gong** und **Yoga**. Als klinisch standardisierte Meditation gilt das **Mindfulness-based Stress Reduction Program (MBSR)**.

Die verschiedenen Praktiken haben dabei nach Cardoso, de Souza, Camano und Leite (2004) folgende Aspekte gemeinsam und können einer operationalisierten Definition von meditativen Verfahren dienen:

- **Anwendung einer spezifischen und klar definierten Technik:** Dazu gehören z.B. spezifische Mantren, Sitzpositionen oder eine Aufmerksamkeitsausrichtung nach innen oder außen.

- **Auftreten von muskulärer Entspannung:** Diese kann zu irgendeinem Punkt im Verlauf der Meditation einsetzen.
- **Auftreten mentaler Entspannung:** Diese umfasst die Versuche, das bewusste Beurteilen und Analysieren sowie Erwartungshaltungen bezüglich der Vorgänge während der Meditation zu unterlassen.
- **Selbstinduzierbarkeit des Zustandes:** Nach dem Erlernen der Praktik muss diese auch eigenständig, ohne Lehrer_in oder Therapeut_in, durchführbar sein.
- **Vorhandensein eines selbstgewählten Fokus:** Zur Erreichung des meditativen Zustandes werden sogenannte Anker benutzt, um unerwünschte Gedanken, Trance-Zustände oder Einschlafen zu vermeiden. Solche Anker können beispielsweise ein bestimmter Punkt in der Umgebung oder das eigene Atmen sein.

2.3.2 Physiologische und psychologische Effekte

Hussain und Bhushan (2010) und McGee (2008) fassen Ergebnisse von Studien zu physiologischen und psychologischen Effekten von Meditation zusammen.

Puls

Bono (1984) und Delmonte (1984) zeigten, dass viele Meditationsformen zu einem niedrigeren Puls führen.

Kortikale Aktivität

Delmonte (1984) und Daniels und Fernhall (1984) stellten eine signifikant höhere Alpha-Aktivität während des Meditationsprozesses fest. Eine hohe Alpha-Aktivität gilt als Indikator eines tiefen Entspannungszustandes im Gehirn (Hussain & Bhushan, 2010).

Stoffwechsel und Atmung

Studien zeigten zudem, dass der Verbrauch von Sauerstoff und der Ausstoß von Kohlendioxid während der Meditation teilweise bis zu 50% reduziert sind. Auch die Häufigkeit der Atmung nimmt ab (Kesterson, 1986; Sudsuang, Chentanez, & Veluvan, 1991).

Hautwiderstand

Der Hautwiderstand kann zur Messung von Stress herangezogen werden. Dabei steht ein niedriger Hautwiderstand als Indikator für einen hohen Stresspegel. Bono (1984) und Bagga und Gandhi (1982) fanden einen signifikant erhöhten Hautwiderstand bei meditierenden Personen.

Körperliche und psychische Erkrankungen

Bonadonna (2003) berichtet von einer positiven Beeinflussung und Prävention von chronischen Erkrankungen durch Meditation. So konnten Ong und Sholtes (2010) und Woolfolk, Carr-Kaffashan, McNulty und Lehrer (1976) eine signifikante Verbesserung von Insomnie durch meditationsbasierte Programme aufzeigen. Hinweise für eine Absenkung des Blutdrucks durch Meditation bei Personen mit hohem Blutdruck fanden Wallace, Silver, Mills, Dillbeck und Wagoner (1983). Auch bei zahlreichen psychiatrischen Erkrankungen und Problemen zeigte sich eine positive Wirkung von meditationsbasierten Programmen, so bei Angsterkrankungen (Evans et al., 2008; Lee et al., 2007), Sucht (Hoppes, 2006; Simpson et al., 2007), Suizidalität (Williams, Duggan, Crane, & Fennell, 2006) und Depression (Finucane & Mercer, 2006; Teasdale et al., 2000).

Emotionen

Ärger und Aggression konnten durch achtsamkeitsbasierte Meditationsprogramme reduziert werden (Borders, Earleywine, & Jajodia, 2010; Singh et al., 2007). Die Metaanalyse von Sedlmeier et al. (2012) unter Berücksichtigung von Studien mit nichtklinischen Stichproben ergab eine mittlere Effektstärke für die Abnahme von negativen Emotionen.

Soziale Beziehungen

Hohe Effektstärken wurden in dieser Metaanalyse für Variablen gefunden, die auf positive Veränderungen in interpersonalen Beziehungen verwiesen (Sedlmeier et al., 2012).

Wohlbefinden und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Es wurden bereits einige Studien zu den psychologischen Konstrukten Wohlbefinden (Brown & Ryan, 2003; Carmody & Baer, 2008) und gesundheitsbezogener Lebensqualität (Levin et al., 2014; Moritz et al., 2006; Reibel, Greeson, Brainard, & Rosenzweig, 2001) anhand von achtsamkeitsbasierter Meditation durchgeführt. Diese zeigen positive Effekte sowohl auf Wohlbefinden als auch auf gesundheitsbezogene Lebensqualität.

2.3.3 Korrelate

In Hinblick auf die Absorptionsfähigkeit stellten Hölzel und Ott (2006) einen positiven signifikanten Zusammenhang mit der Meditationstiefe der Proband_innen fest. Zudem

fanden Lau et al. (2006) positive signifikante Korrelationen zwischen Achtsamkeit und der Absorptionsfähigkeit.

Untersuchungen zur Achtsamkeit zeigten zudem signifikant positive Zusammenhänge mit der Offenheit für Erfahrungen (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006; Brown & Ryan, 2003; Thompson & Waltz, 2007). Auch die Metaanalyse von Giluk (2009) fand einen signifikant positiven, jedoch geringen Zusammenhang zwischen der Achtsamkeit und Offenheit für Erfahrungen. In der Metaanalyse von Sedlmeier et al. (2012), die verschiedene Meditationstechniken umfasste, konnte allerdings kein signifikanter Effekt bezüglich der Offenheit für Erfahrungen gezeigt werden.

2.4 Klartraum

2.4.1 Definition

Klarträume, oder auch „luzide Träume“ genannt, bezeichnen eine Traumart, in der sich die träumende Person bewusst ist, dass sie träumt und das Traumgeschehen kontrollieren und lenken kann (LaBerge, 1987). Nach Tholey und Utecht (1987) unterscheidet sich der Klartraum von einem gewöhnlichen Traum anhand von vier Kriterien:

- Die Träumer_innen sind sich bewusst, dass sie träumen.
- Die Träumer_innen sind sich über ihre Entscheidungsfreiheit im Klaren.
- Das Bewusstsein ist klar, es gibt keine traumtypische Verwirrung oder Bewusstseinsbeeinträchtigung.
- Die Wahrnehmung über die fünf Sinne ist wie im Wachzustand.

2.4.2 Häufigkeiten und soziodemographische Variablen

In der Studie von Schredl und Erlacher (2011) mit einer repräsentativen Stichprobe deutscher Jugendlicher und Erwachsener gaben 51% der Proband_innen an, dass sie bisher mindestens einen Klartraum erlebten. Davon berichteten 20.2% Personen von einem oder mehreren Klarträumen im Monat und zählen nach der Definition von Snyder und Gackenbach (1988) somit zu regelmäßig bzw. häufig Klarträumenden. Eine weitere Studie (Stepansky et al., 1998) mit österreichischer Stichprobe ergab mit 26% eine weitaus niedrigere Anzahl von Personen, die bisher von mindestens einem Klartraum berichteten. Schredl und Erlacher (2011) führen diesen Unterschied darauf zurück, dass in dem verwendeten Fragebogen keine klare Definition von Klarträumen gegeben wurde. Bei Stichproben, die aus Student_innen bestanden, war die Anzahl von Klarträumenden deutlich höher (z.B. 73% bei Blackmore, 1982 und 82% bei Schredl und Erlacher, 2004).

Das Ziel der Studie von Schädlich und Erlacher (2012) war herauszufinden, aus welchen Gründen Personen klarträumen. Die häufigsten Kategorien, die dabei genannt wurden, waren „Spaß haben“ (81.4%), „einen Alptraum in einen angenehmen Traum zu verändern“ (63.8%) und „Probleme lösen“ (29.9%).

In der Studie von Schredl und Erlacher (2011) konnten keine Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit von Klarträumen und den soziodemographischen Variablen Ausbildung, Familienstand und Einkommen gefunden werden. Mehrere Studien ergaben, dass das Alter negativ mit der Anzahl von Klarträumen korreliert (Schredl & Erlacher, 2004, 2011; Watson, 2001). Während Stepansky et al. (1998) keine Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit von Klarträumen fanden, zeigen die Ergebnisse von Schredl und Erlacher (2011) und Stumbrys, Erlacher, Johnson und Schredl (2014), dass Frauen signifikant häufiger klarträumen als Männer.

2.4.3 Techniken

Klarträumen ist eine erlernbare Fähigkeit (Stumbrys, Erlacher, Schädlich, & Schredl, 2012).

Um diese zu erlernen oder um die Häufigkeit zu steigern, sich an Klarträume zu erinnern, können verschiedene Übungen angewendet werden. Abbildung 3 zeigt die Einteilung der verschiedenen Techniken in die drei Gruppen: Klarheit gewinnende Techniken, Klarheit bewahrende Techniken und Einsatz von externen Stimuli (vgl. Schredl, 1999).

Techniken
<p>Klarheit gewinnende Techniken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autosuggestion • Mnemotische Induktion luzider Träume (MILD) • Handlungsvorsätze fassen (z.B. Hand anschauen) • kritische Reflexionstechnik
<p>Klarheit bewahrende Techniken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vom Wachzustand aus induzierte luzide Träume (WILD) • Bild/Körper-Techniken • Traum-Yoga
<p>Einsatz von externen Reizen</p> <ul style="list-style-type: none"> • akustische Stimulation („Dies ist ein Traum“) • „NOVA-Dreamer“ (Lichtblitze) • „DreamMachine“ (leichte Elektroschocks)

Abbildung 3. Techniken zur Induktion von Klarträumen (Schredl, 1999, S. 125)

Die *Klarheit gewinnenden Techniken* fassen Methoden zusammen, die das Ziel haben, sich während des Träumens bewusst zu werden, dass man träumt. Die Autosuggestion stellt dabei die einfachste Übung dar, indem man sich vor dem Einschlafen suggeriert: „Heute Nacht werde ich einen luziden Traum haben“ (Erlacher, 2005, S. 37). Bei der MILD-Methode (Mnemonic Induction of Lucid Dreams; LaBerge, 1985) wird auf bestimmte Traumhinweise (bizarre Traumelemente, wie z.B. fliegen zu können) geachtet, die daran erinnern sollen, dass es sich um einen Traum handelt. Auch bestimmte Handlungsvorsätze im Traum durchzuführen, wie z.B. die eigene Hand anzusehen (Castaneda, 1998), kann zu dem Bewusstwerden eines Traumes führen. Die kritische Reflexionstechnik von Tholey (1982) basiert auf dem häufigen Hinterfragen, ob man im Moment wach ist oder träumt. Tholey (1982) nimmt an, dass sich diese Frage, stellt man sie sich mehrmals am Tag, auch in den Traumzustand überträgt.

Die *Klarheit bewahrenden Techniken* beziehen sich auf die Phase des Einschlafens. Es wird hier versucht, die Klarheit des Wachzustandes beizubehalten. LaBerge und Rheingold (1990) beschreiben diese Induktionsart mit der WILD-Technik (Wake-Initiated Lucid Dreams) und erklären als einfache Methode das lautlose Zählen während des Einschlafens. Auch das Konzentrieren auf körperliche oder visuelle Eindrücke (Bild/Körper-Techniken; Tholey, 1981) zählt zu diesen Verfahren. Im Traum-Yoga wird in der Körpermitte das tibetische A visualisiert (Norbu, 1994).

Auch der *Einsatz von externen Stimuli* wird zum Erkennen des Träumens verwendet. In der Studie von LaBerge und Giguere (1995) wurde mit dem Abspielen des Satzes „Dies ist ein Traum“ eine akustische Stimulation eingesetzt. Taktile Reize wurden von Hearne (1983) durch Verabreichung leichter Elektroschocks am Daumen mit der sogenannten „DreamMachine“ verwendet. Der NOVA-Dreamer ist ein Gerät, das einer Schlafmaske ähnelt. Es sendet in bestimmten Phasen Lichtimpulse und soll somit der träumenden Person beim Erkennen des Traumzustandes helfen (LaBerge & Levitan, 1995).

2.4.4 Korrelate

Während einige Forschungen Zusammenhänge zwischen luzidem Träumen und psychischem Wohlbefinden bzw. niedrigem Neurotizismus zeigen (Gackenbach, 1978, zitiert nach Schredl & Erlacher, 2004, S. 1465; Gruber, Steffen, & Vonderhaar, 1995), konnten diese in anderen Untersuchungen (Hearne, 1978; Watson, 2001; Wolpin, Marston, Randolph, & Clothier, 1992) nicht gefunden werden. Eine neuere Studie von Doll, Gittler und Holzinger (2009) unterstützt dabei die Verbindung zwischen Klarträumen und psychischem Wohlbefinden. Hier wiesen häufig klarträumende Personen im Vergleich zu selten oder gar nicht klarträumenden Personen höhere Werte in der psychischen Gesundheit auf und berichteten von weniger Beschwerden. Die

Untersuchung von Thomas, Pollak und Kahan (2015) deutet auf häufiger erlebte positive Gefühle bei Personen hin, die von Bewusstsein während des Träumens berichteten, im Gegensatz zu Personen, die kein Bewusstsein im Traum erlebten.

Wolpin et al. (1992) zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Klarträumen und der Kontrolle über diese. So geben die Ergebnisse der Studie von Spoormaker und van den Bout (2006) auch Hinweise darauf, dass das Erlernen von Klarträumen zu einer Reduzierung der Häufigkeit und Intensität von Alpträumen führen kann. Ebenso zeigen Holzinger, Klösch und Saletu (2015) positive Effekte bei Alpträumen durch die Arbeit mit Klarträumen als Zusatz zur Gestalttherapie. Personen, die häufig klarträumen, wiesen in der Untersuchung von Doll et al. (2009) höhere Werte im Durchsetzungsvermögen, der Autonomie und dem Selbstvertrauen auf als Personen, die selten oder gar nicht klarträumen.

Eine neurophysiologische Studie von Erlacher, Schredl und LaBerge (2003) zeigt, dass Bewegungen, die im luziden Traum durchgeführt werden, dieselben Gehirnareale aktivieren wie Bewegungen im Wachzustand. Dies unterstreicht die Möglichkeit motorischen Lernens sowie der Unterstützung in der Rehabilitation physischer Erkrankungen mithilfe von luziden Träumen (Mota-Rolim & Araujo, 2013).

Hinweise auf eine erhöhte Absorptionsfähigkeit bei Klarträumer_innen fanden Schredl und Erlacher (2004). In dieser Studie wurde ebenfalls die Persönlichkeitseigenschaft Offenheit für Erfahrungen erfragt, wobei nur signifikante Korrelationen mit den Aspekten „Fantasie“ und „Ideen“ im NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI; Costa & McCrae, 1992) auftraten. Watson (2001) konnte nur in einer von zwei Teilstudien einen geringen, jedoch signifikanten Zusammenhang zwischen Klarträumen und der Offenheit für Erfahrungen feststellen.

2.5 Zusammenfassung

Untersuchungen zu den beiden BVP Meditation und Klarraum geben Hinweise auf Zusammenhänge mit gesundheitsbezogener Lebensqualität (siehe Kapitel 2.3.3 und 2.4.4).

In der Literatur zeigt sich, dass im Vergleich zum Thema Klarraum der Bereich der Meditation bis heute deutlich mehr beforscht wurde, wobei sich die Studien vorwiegend auf achtsamkeitsbasierte Meditation konzentrierten. Die Untersuchungen deuten dabei auf eine erhöhte gesundheitsbezogene Lebensqualität bei meditierenden Personen hin. In Bezug auf den Zusammenhang zwischen Klarraum und Wohlbefinden weisen Forschungen unterschiedliche Ergebnisse auf. Allerdings wurde Wohlbefinden in den meisten erwähnten Studien aufgrund eines niedrigen Neurotizismus geschlussfolgert.

Im Hinblick auf die Absorptionsfähigkeit liegen für beide BVP konsistente Ergebnisse vor und deuten auf einen bedeutsamen Einfluss der BVP sowohl auf die Meditationstiefe als auch die Induktion von Klarträumen hin. Studien zur Offenheit für Erfahrungen weisen weniger eindeutige Ergebnisse auf. Es wurden bei beiden BVP vor allem Zusammenhänge mit Aspekten der Offenheit für Erfahrungen oder ähnlichen Konstrukten gefunden.

3 Zielsetzung der Studie

Ziel der Studie war es herauszufinden, in welchem Ausmaß sich Personen, die regelmäßig meditieren und/oder klarräumen, von Personen, die keine dieser BVP regelmäßig anwenden, im Hinblick auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität unterscheiden. Dabei wurde auch ein Augenmerk auf die zwei Persönlichkeitsmerkmale Absorptionsfähigkeit und Offenheit für Erfahrungen gelegt, die als bedeutsamer Faktor für die Induktion von BVP gelten. Auch die Häufigkeit der Klarträume und/oder der Meditation war in dieser Studie von Interesse, und es wurde untersucht, ob sich häufig von weniger häufig meditierenden/klarräumenden Personen bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, Absorptionsfähigkeit und Offenheit für Erfahrungen unterscheiden.

Die BVP Meditation und Klarraum, die in der Bewusstseinsforschung eine bedeutsame Rolle einnehmen, werden in der vorliegenden Untersuchung miteinander sowie mit einer Kontrollgruppe verglichen. Durch die zusätzliche Gruppenbildung von Personen, die sowohl meditieren als auch klarräumen, kann untersucht werden, ob Kumulierungseffekte auftreten. Mit dieser Studie soll ein weiterer Beitrag sowohl zu der Forschung von BVP als auch zur Aufklärung und Optimierung von Gesundheitszuständen sowie zur Prävention von Krankheiten geleistet werden.

4 Methodik

4.1 Stichprobe

Die Stichprobe repräsentiert eine nichtklinische Population. Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie waren demnach das Vorhandensein einer körperlichen oder psychischen Erkrankung.

Die Stichprobe unterteilt sich in vier Gruppen:

- Personen, die regelmäßig meditieren
- Personen, die regelmäßig klarträumen
- Personen, die regelmäßig meditieren und klarträumen
- Kontrollgruppe: Personen, die weder meditieren noch klarträumen

Die Regelmäßigkeit von Meditation wurde in Anlehnung an Keune und Perczel Forintos (2010) auf mindestens *einmal pro Woche* festgelegt. Bei der Klartraum-Gruppe wurde mindestens *einmal pro Monat* als regelmäßig definiert (vgl. Schredl & Erlacher, 2004).

4.2 Untersuchungsdurchführung

Die Studie wurde mithilfe eines Online-Fragebogens des Internetprogramms SoSci Survey im Oktober und November 2015 durchgeführt. Der Weblink für den Fragebogen wurde mit einem kurzen Text mit Hinweis auf das Ausschlusskriterium sowie Informationen über das Thema, die Vorgehensweise, Dauer (ca. 10–20 Minuten), Anonymität und Freiwilligkeit der Teilnahme an verschiedene Internetforen, Facebook-Gruppen, Newsletter und unter Anwendung des Schneeball-Systems an Bekannte und Freund_innen per E-Mail versandt. Nach einer weiteren Anleitung zur Studie auf der ersten Seite des Online-Fragebogens folgten kurze Definitionen von Meditation und Klartraum und Fragen zur regelmäßigen Anwendung dieser BVP. Je nach Beantwortung der Fragen wurden die Teilnehmer_innen entweder zu weiteren Fragen (siehe 4.4.4) oder zum nächsten Abschnitt weitergeleitet.

4.3 Studiendesign

Die vorliegende Untersuchung stellt eine Querschnittsstudie dar. Es wurden quantitative Daten erhoben, die auf den subjektiven Einschätzungen der Proband_innen beruhen.

4.4 Untersuchungsinstrumente

4.4.1 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)

Der SF-36-Fragebogen zum Gesundheitszustand (Morfeld, Kirchberger, & Bullinger, 2011) ist die deutsche Version des Short Form-36 Health Survey (Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993). Er besteht aus 36 Items, die sich meist auf die letzten vier Wochen beziehen und auf einer drei-, fünf- und sechsstufigen Likert-Skala sowie in einem „Ja“/„Nein“-Antwortformat zu beantworten sind. Beispielitems sind: „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“ und „Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?“.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird in acht Dimensionen erfasst:

- Körperliche Funktionsfähigkeit (10 Items)
- Körperliche Rollenfunktion (4 Items)
- Körperliche Schmerzen (2 Items)
- Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (5 Items)
- Vitalität (4 Items)
- Soziale Funktionsfähigkeit (2 Items)
- Emotionale Rollenfunktion (3 Items)
- Psychisches Wohlbefinden (5 Items)

Es können die zwei Summenskalen „Körperliche Gesundheit“ (Körperliche Funktionsfähigkeit, Körperliche Rollenfunktion, Körperliche Schmerzen und Allgemeine Gesundheitswahrnehmung) und „Psychische Gesundheit“ (Vitalität, Soziale Funktionsfähigkeit, Emotionale Rollenfunktion und Psychisches Wohlbefinden) gebildet werden. Ein zusätzliches Einzelitem erfragt die aktuelle Gesundheit im Vergleich zum vergangenen Jahr. In der Auswertung ergibt die Addition der einzelnen Itemwerte den jeweiligen Skalenwert. Die Skalenwerte werden in Werte zwischen 0 und 100 transformiert, um eine Vergleichbarkeit gewährleisten zu können. Dabei entsprechen höhere Werte einem besseren Gesundheitszustand. Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) der Subskalen reichen von .57 bis .94. Der SF-36-Fragebogen wurde zum einen aufgrund der leichten Durchführbarkeit und der kurzen Bearbeitungsdauer (von ca. zehn Minuten) ausgewählt, zum anderen wegen des verbreiteten Einsatzes des Fragebogens und der damit einhergehenden Vergleichbarkeit.

4.4.2 Absorption-Skala

Die Absorptionsfähigkeit wurde mit der Tellegen Absorption Scale (Tellegen & Atkinson, 1974) in der deutschen Version von Ritz und Dahme (1995) gemessen. Sie umfasst 34 Items, wie z.B. „Wenn ich Musik höre, kann sie mich so gefangen nehmen, dass ich nichts anderes mehr beachte“ oder „Meine Gedanken erscheinen oft nicht als Worte, sondern als Bilder“. Diese werden in Form eines Selbstberichts auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „trifft nicht zu“ bis „trifft völlig zu“ bewertet. Nach Tellegen (1992) lassen sich die Items faktorenanalytisch in sechs Dimensionen aufteilen: Reaktion auf bewegende Reize, Synästhesie, verstärkte Kognitionen, Selbstvergessenheit, lebhafte Erinnerungen und gesteigertes Wahrhaben. Die hohe Korrelation der Faktoren untereinander deutet jedoch auf die Eindimensionalität des Konstruktes hin. Die Auswertung erfolgt durch die Addition der einzelnen Itemwerte, dabei kann eine maximale Gesamtsumme von 136 erreicht werden. Ein hoher Gesamtwert entspricht einer hohen Absorptionsfähigkeit. Für die deutsche Version des Fragebogens liegt eine Split-half-Reliabilität von $r = .88$ vor; Cronbachs Alpha beträgt $.89$.

Die Absorptionsskala wurde gewählt, da sie das meist verwendete und passendste Instrument für die Messung der Absorptionsfähigkeit darstellt.

4.4.3 Substance Use Risk Profile Scale (SURPS)

Die Substance Use Risk Profile Scale (SURPS; Woicik, Stewart, Pihl, & Conrod, 2009) wurde in der deutschen Version verwendet. Der Fragebogen besteht aus 23 Aussagen, die mithilfe einer fünfstufigen Likert-Skala von „stimme zu“ bis „stimme nicht zu“ bewertet werden können. Es werden in vier Subskalen folgende Persönlichkeitseigenschaften erfasst:

- Hoffnungslosigkeit (7 Items, Beispielitem: „Ich halte mich für einen Versager.“)
- Impulsivität (5 Items, Beispielitem: „Ich überlege oft nicht, bevor ich spreche.“)
- Sensation Seeking (6 Items, Beispielitem: „Ich habe Spaß an neuen und aufregenden Erfahrungen, auch wenn diese unkonventionell sind.“)
- Angstsensitivität (5 Items, Beispielitem: „Es macht mir Angst, wenn ich spüre, wie sich mein Herzschlag ändert.“)

Diese werden als Prädiktorfaktoren von Substanzmissbrauch angenommen. Vor allem die Subskala Sensation Seeking steht im Zusammenhang mit der Persönlichkeitseigenschaft Offenheit für neue Erfahrungen (Woicik et al., 2009) und lässt somit Rückschlüsse auf diese ziehen. Für die Hypothesenprüfung in der vorliegenden Studie wurde nur diese Subskala verwendet. Insgesamt weisen die Subskalen innere

Konsistenzen (Cronbachs Alpha) von .61 bis .86 auf. Die SURPS wurde aus dem ökonomischen Grund der kurzen Bearbeitungszeit von ca. fünf bis zehn Minuten ausgewählt.

4.4.4 Zusätzliche Fragen

Beantworteten die Proband_innen die Frage „Meditieren Sie regelmäßig (mindestens einmal pro Woche)?“ mit „Ja“, folgten die Fragen: „Welche Meditationstechniken wenden Sie an? (Mehrfachauswahl möglich)“, „Wie häufig meditieren Sie in der Gruppe?“, „Bitte geben Sie die ungefähre Dauer einer Meditationseinheit an.“, „Seit wann meditieren Sie?“ und „Bitte beschreiben Sie kurz: Warum meditieren Sie?“.

Wurde die Frage „Haben Sie regelmäßig Klarträume (mindestens einmal pro Monat)?“ mit „Ja“ beantwortet, erschienen die Fragen „Wie häufig im Monat haben Sie Klarträume?“, „Haben Sie bestimmte Übungen angewendet, bzw. wenden Sie bestimmte Übungen an, um klar zu träumen?“ und „Falls ja, beschreiben Sie bitte kurz: Warum möchten Sie klarträumen?“.

Falls beide Fragen zur regelmäßigen Anwendung von Meditation und Klartraum mit „Nein“ beantwortet wurden, wurden die Teilnehmer_innen an folgende Frage weitergeleitet: „Haben Sie jemals in ihrem Leben über einen längeren Zeitraum ... meditiert? ... klargeträumt? ... andere bewusstseinsverändernde Praktiken (wie z.B. Selbst-Hypnose, autogenes Training) angewendet?“.

An letzter Stelle des Online-Fragebogens wurden die demographische Daten Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildung und Beschäftigung erfasst.

4.5 Fragestellungen und Hypothesen

1. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Absorptionsfähigkeit, Offenheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität?

H₀ (1.1): Es besteht kein positiver Zusammenhang zwischen der Absorptionsfähigkeit (Absorption-Skala) und Sensation Seeking (SURPS).

H₁ (1.1): Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Absorptionsfähigkeit (Absorption-Skala) und Sensation Seeking (SURPS).

H₀ (1.2): Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Absorptionsfähigkeit (Absorption-Skala) und der Physischen Gesundheit (SF-36).

H_1 (1.2): Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Absorptionsfähigkeit (Absorption-Skala) und der Physischen Gesundheit (SF-36).

Analog zu H_0 bzw. H_1 (1.2) sind die Hypothesen H_0 bzw. H_1 (1.3) bis (1.5) zu dem Zusammenhang zwischen der Absorptionsfähigkeit (Absorption-Skala) und der Summenskala Psychische Gesundheit (SF-36) sowie zwischen Sensation Seeking (SURPS) und den Summenskalen Physische und Psychische Gesundheit (SF-36) formuliert.

2. Besteht ein Unterschied zwischen häufig meditierenden/klarträumenden und weniger häufig meditierenden/klarträumenden Personen im Hinblick auf die Absorptionsfähigkeit und Offenheit?

H_0 (2.1): Es besteht kein Unterschied zwischen häufig meditierenden und weniger häufig meditierenden Personen im Hinblick auf die Absorptionsfähigkeit (Absorption-Skala).

H_1 (2.1): Es besteht ein Unterschied zwischen häufig meditierenden und weniger häufig meditierenden Personen im Hinblick auf die Absorptionsfähigkeit (Absorption-Skala).

H_0 (2.2): Es besteht kein Unterschied zwischen häufig klarträumenden und weniger häufig klarträumenden Personen im Hinblick auf die Absorptionsfähigkeit (Absorption-Skala).

H_1 (2.2): Es besteht ein Unterschied zwischen häufig klarträumenden und weniger häufig klarträumenden Personen im Hinblick auf die Absorptionsfähigkeit (Absorption-Skala).

Analog zu H_0 bzw. H_1 (2.1) und (2.2) sind die Hypothesen H_0 bzw. H_1 (2.3) und (2.4) zu Sensation Seeking (SURPS) formuliert.

3. Besteht ein Unterschied zwischen häufig meditierenden/klarträumenden und weniger häufig meditierenden/klarträumenden Personen im Hinblick auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität?

H_0 (3.1): Es besteht kein Unterschied zwischen häufig meditierenden und weniger häufig meditierenden Personen im Hinblick auf die Skala „Körperliche Funktionsfähigkeit“ der SF-36.

H_1 (3.1): Es besteht ein Unterschied zwischen häufig meditierenden und weniger häufig meditierenden Personen im Hinblick auf die Skala „Körperliche Funktionsfähigkeit“ der SF-36.

H_0 (3.2): Es besteht kein Unterschied zwischen häufig klarträumenden und weniger häufig klarträumenden Personen im Hinblick auf die Skala „Körperliche Funktionsfähigkeit“ der SF-36.

H_1 (3.2): Es besteht ein Unterschied zwischen häufig klarträumenden und weniger häufig klarträumenden Personen im Hinblick auf die Skala „Körperliche Funktionsfähigkeit“ der SF-36.

Analog zu H_0 bzw. H_1 (3.1) und (3.2) sind die Hypothesen H_0 bzw. H_1 (3.3) bis (3.20) zu den weiteren sieben Skalen der SF-36 sowie zu den Summenskalen „Körperliche Gesundheit“ und „Psychische Gesundheit“ formuliert.

4. Besteht ein Unterschied zwischen den Arten der angewandten BVP im Hinblick auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität?

H_0 (4.1): Es besteht kein Unterschied zwischen konzentrativer Meditation und Achtsamkeitsmeditation im Hinblick auf die Summenskala „Körperliche Gesundheit“ der SF-36.

H_1 (4.1): Es besteht ein Unterschied zwischen konzentrativer Meditation und Achtsamkeitsmeditation im Hinblick auf die Summenskala „Körperliche Gesundheit“ der SF-36.

H_0 (4.2): Es besteht kein Unterschied zwischen Personen, die mithilfe von Übungen klarträumen, und Personen, die ohne Übungen klarträumen, im Hinblick auf die Skala „Körperliche Gesundheit“ der SF-36.

H_1 (4.2): Es besteht ein Unterschied zwischen Personen, die mithilfe von Übungen klarträumen, und Personen, die ohne Übung klarträumen, im Hinblick auf die Skala „Körperliche Gesundheit“ der SF-36.

Analog zu H_0 bzw. H_1 (4.1) und (4.2) sind die Hypothesen H_0 bzw. H_1 (4.3) bis (4.4) zu der Summenskala „Psychische Gesundheit“ der SF-36 formuliert.

5. Besteht ein Unterschied zwischen Personen, die meditieren, Personen, die klarträumen, Personen, die sowohl meditieren als auch klarträumen, und Personen der Kontrollgruppe hinsichtlich der Absorptionsfähigkeit und Offenheit?

H₀ (5.1): Personen, die meditieren, Personen, die klarträumen, und Personen, die sowohl meditieren als auch klarträumen, weisen niedrigere oder gleich hohe Werte hinsichtlich der Absorptionsfähigkeit auf als Personen der Kontrollgruppe.

H₁ (5.1): Personen, die meditieren, Personen, die klarträumen, und Personen, die sowohl meditieren als auch klarträumen, weisen höhere Werte hinsichtlich der Absorptionsfähigkeit auf als Personen der Kontrollgruppe.

H₀ (5.2): Es besteht kein Unterschied zwischen Personen, die meditieren, Personen, die klarträumen, Personen, die sowohl meditieren als auch klarträumen, und Personen der Kontrollgruppe hinsichtlich der Subskala Sensation Seeking (SURPS).

H₁ (5.2): Es besteht ein Unterschied zwischen Personen, die meditieren, Personen, die klarträumen, Personen, die sowohl meditieren als auch klarträumen, und Personen der Kontrollgruppe hinsichtlich der Subskala Sensation Seeking (SURPS).

6. Besteht ein Unterschied zwischen Personen, die meditieren, Personen, die klarträumen, Personen, die sowohl meditieren als auch klarträumen, und Personen der Kontrollgruppe hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität?

H₀ (6.1): Es besteht kein Unterschied zwischen Personen, die meditieren, Personen, die klarträumen, Personen, die sowohl meditieren als auch klarträumen, und Personen der Kontrollgruppe hinsichtlich der Skala „Körperliche Funktionsfähigkeit“ der SF-36, dabei weisen Personen, die meditieren, und Personen, die sowohl meditieren als auch klarträumen, niedrigere oder gleich hohe Werte auf als Personen, die klarträumen, und Personen der Kontrollgruppe.

H₁ (6.1): Es besteht ein Unterschied zwischen Personen, die meditieren, Personen, die klarträumen, Personen, die sowohl meditieren als auch klarträumen, und Personen der Kontrollgruppe hinsichtlich der Skala „Körperliche Funktionsfähigkeit“ der SF-36, dabei weisen Personen, die meditieren, und Personen, die sowohl meditieren als auch klarträumen, höhere Werte auf als Personen, die klarträumen, und Personen der Kontrollgruppe.

Analog zu H_0 bzw. H_1 (6.1) sind die Hypothesen H_0 bzw. H_1 (6.2) bis (6.10) zu den weiteren sieben Skalen der SF-36 sowie zu den Summenskalen „Körperliche Gesundheit“ und „Psychische Gesundheit“ formuliert.

4.6 Statistische Auswertungsverfahren

Im Folgenden wird beschrieben, welche statistischen Verfahren für die Auswertung der Ergebnisse angewendet wurden. Die Datenverarbeitung erfolgte mit der Statistiksoftware IBM SPSS 23®. Entsprechend der Irrtumswahrscheinlichkeit wurde das Signifikanzniveau auf $\alpha = 5\%$ festgelegt. Somit gelten p -Werte von $\leq .05$ als signifikant.

Die Stichprobenbeschreibung erfolgte mit Häufigkeitsangaben und den entsprechenden Anteilswerten. Bei metrischen Daten wurden als deskriptivstatistische Parameter zudem Mittelwerte und Standardabweichungen angegeben. Für die Überprüfung von Unterschieden zwischen zwei oder mehreren Gruppen gelten als Voraussetzungen der Anwendung von parametrischen Verfahren die Normalverteilung und Varianzhomogenität der Messwerte. Bei einer Gruppengröße > 30 Personen konnte auf Grundlage der Gültigkeit des zentralen Grenzwerttheorems die Normalverteilung der Messwerte angenommen werden (Bortz & Döring, 2006). Für Berechnungen mit < 30 Personen wurde zur Überprüfung der Normalverteilung der Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest hinzugezogen. Die Untersuchung der Varianzhomogenität erfolgte mit dem Levene-Test. Bei beiden Tests wird bei $p > .05$ die Normalverteilung bzw. die Varianzhomogenität angenommen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen wurde bei Vergleichen der Mittelwerte zweier Gruppen der t-Test für unabhängige Stichproben angewendet. Bei der Untersuchung von mehreren Gruppen erfolgte die Berechnung mit einer einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA). Falls keine Varianzhomogenität gegeben war, wurde eine Korrektur mittels Welch-Test herangezogen. Die paarweisen Vergleiche mit den sogenannten post-hoc-Tests (bei Varianzhomogenität nach Bonferroni, bei Varianzheterogenität nach Games-Howell) zeigten, welche Gruppen signifikante Unterschiede aufwiesen. Bei der Analyse von nominalskalierten Daten wurde der Chi-Quadrat-Test (χ^2) herangezogen.

Für die Berechnung von Zusammenhängen zwischen intervallskalierten Daten wurde eine Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson durchgeführt. Dabei gilt nach Cohen (1988) der Effekt der Korrelation ab einen Korrelationskoeffizient r von $.10$ als klein, ab $.30$ als mittel und ab $.50$ als groß.

Bei den Reliabilitätsanalysen der Messinstrumente wurde die interne Konsistenz, die mit dem Koeffizienten gemäß Cronbachs Alpha bezeichnet wird, berechnet. Dabei sollten die Werte $\alpha \geq .70$ erreichen (Bortz & Döring, 2006).

5 Ergebnisse

5.1 Stichprobenbeschreibung

5.1.1 Rücklauf-Statistik

Der Weblink zum Online-Fragebogen wurde insgesamt 707 Mal aufgerufen, dazu zählen auch versehentlich doppeltes Anklicken des Weblinks und Aufrufe durch Suchmaschinen. Insgesamt begannen 396 Personen den Fragebogen auszufüllen, davon haben 185 Personen zu verschiedenen Zeitpunkten der Studie abgebrochen. Dies entspricht einem sogenannten Drop-out von 46.7%. Die Anzahl abgeschlossener Datensätze, die in die nachfolgenden Analysen eingehen, beträgt 211.

5.1.2 Gruppenverteilung und soziodemographische Daten

Insgesamt bestand die Stichprobe aus 211 Personen. Dabei zeigte sich folgende Gruppenaufteilung:

- Gruppe 1 (*Meditation*): 41 (19.4%) Personen
- Gruppe 2 (*Klartraum*): 66 (37.3%) Personen
- Gruppe 3 (*Meditation und Klartraum*): 59 (28.0%) Personen
- Kontrollgruppe (*weder Klartraum noch Meditation*): 45 (21.3%) Personen

Da alle Gruppen $n > 30$ Personen aufwiesen, konnte auf Grundlage der Gültigkeit des zentralen Grenzwerttheorems die Normalverteilung der Messwerte in weiteren Analysen angenommen werden (Bortz & Döring, 2006).

Im Folgenden werden die Ergebnisse der soziodemographischen Daten dargestellt. Es wird sowohl auf die gesamte Stichprobe als auch auf die einzelnen Gruppen im Vergleich eingegangen.

Geschlecht

Es nahmen 97 (46.0%) weibliche und 92 (43.6%) männliche Personen an der Untersuchung teil. 22 (10.4%) Teilnehmer_innen machten keine Angabe zu ihrem Geschlecht. Tabelle 1 zeigt die Aufteilung der Geschlechter in den verschiedenen Gruppen anhand der Häufigkeiten und Anteilswerte.

Ergebnisse

Tabelle 1. Häufigkeiten und Anteilswerte der Gruppenzugehörigkeit in Abhängigkeit vom Geschlecht

			Gruppen				
			KG	KT	Med	KT*Med	Gesamt
Geschlecht	weiblich	Anzahl	30	34	15	18	97
		%	30.9%	35.1%	15.5%	18.6%	100.0%
	männlich	Anzahl	9	30	22	31	92
		%	9.8%	32.6%	23.9%	33.7%	100.0%
Gesamt	Anzahl	39	64	37	49	189	
	%	20.6%	33.9%	19.6%	25.9%	100.0%	

Anmerkungen. KG = Kontrollgruppe, KT = Klarraumgruppe, Med = Meditationsgruppe, KT*Med = Klarraum+Meditationsgruppe

Den größten Unterschied in der Geschlechterverteilung weist dabei die Kontrollgruppe auf (30.9% weibliche und 9.8% männliche Personen). Die Prüfgröße fiel mit $\chi^2(3) = 16.210$, $p = .001$ signifikant aus.

Lebensalter

198 von 211 Personen machten Angaben zu ihrem Lebensalter. Dieses erstreckte sich von 14 bis 70 Jahren mit einem Mittelwert von 31.26 ($SD = 14.30$) Jahren. Die Prüfung der Unterschiedlichkeit des Lebensalters zwischen den Gruppen (Varianzhomogenität, geprüft mittels Levene-Test, konnte mit $p < .001$ nicht angenommen werden) fiel unter Korrektur mittels Welch-Test mit $F(3, 90.827) = 12.915$, $p < .001$ signifikant aus. Die Klarraumgruppe wies mit $p = .007$ ein signifikant niedrigeres Alter auf als die drei anderen Gruppen. Die Proband_innen der Meditationsgruppe wiesen zum Erhebungszeitpunkt mit 38.11 Jahren im Durchschnitt das höchste Lebensalter auf, während in der Klarraumgruppe das durchschnittliche Lebensalter 24.15 Jahre betrug (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2. Lebensalter im Gruppenvergleich

Gruppen	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max	<i>Md</i>
Kontrollgruppe	41	32.05	13.17	18	65	26.0
Klarraum	66	24.15	9.51	14	58	21.0
Meditation	37	38.11	15.33	14	70	36.0
Klarraum + Meditation	54	34.67	15.82	14	68	30.5
Insgesamt	198	31.3	14.3	14	70	26.0

Familienstand, Bildung und Beschäftigung

In Tabelle 3 wird die absolute und prozentuale Verteilung von Familienstand, Bildung und Beschäftigung der gesamten Stichprobe sowie der einzelnen Gruppen aufgeführt. Bezüglich des Familienstands gab der Großteil der gesamten Stichprobe und der einzelnen Gruppen „ledig“ an. Der meist angegebene höchste Bildungsabschluss war in der Kontrollgruppe (45.5%), der Meditationsgruppe (51.2%) und der gesamten Stichprobe (39.4%) der *Fachhoch-, Hochschul- bzw. Universitätsabschluss*. Dagegen zeigte sich in der Klartraumgruppe mit 32.7% *Matura/Abitur* als der höchste Abschluss, und in der Klartraum+Meditationsgruppe gaben jeweils 35.6% *Matura/Abitur* und einen *Fachhoch-, Hochschul- bzw. Universitätsabschluss* als ihren höchsten Bildungsabschluss an.

Tabelle 3. Häufigkeiten und Anteilswerte von Familienstand, Bildung und Beschäftigung im Gruppenvergleich

		Gruppen				
		KG	KT	Med	KT*Med	Gesamt
<i>Familienstand</i>	ledig	20	36	18	28	102
		44.5%	55.4%	44.0%	47.4%	48.6%
	Partnerschaft	13	21	14	7	55
		28.9%	32.3%	34.1%	11.9%	26.2%
	verheiratet	9	5	8	18	40
		20.0%	7.7%	19.5%	30.5%	19.0%
	geschieden	2	3	1	6	12
	4.4%	4.6%	2.4%	10.2%	5.7%	
	verwitwet	1	0	0	0	1
		2.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%
Gesamt		45	65	41	59	210
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
<i>Bildung</i>	kein Abschluss	1	9	2	1	13
		2.3%	14.1%	4.9%	1.7%	6.3%
	Lehre	2	3	3	9	17
		4.5%	4.7%	7.3%	15.2%	8.2%
	Matura/Abitur	17	21	13	21	72
		38.6%	32.7%	31.7%	35.6%	34.6%
Fachhoch-/Hochschul- /Universitätsabschluss	20	20	21	21	82	
	45.5%	31.3%	51.2%	35.6%	39.4%	
Sonstiges	4	11	2	7	24	
	9.1%	17.2%	4.9%	11.9%	11.5%	
Gesamt		44	64	41	59	208
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Ergebnisse

		Gruppen				Gesamt
		KG	KT	Med	KT*Med	
<i>Beschäftigung</i>	Schüler_in	0 0.0%	22 33.9%	3 7.3%	9 15.3%	34 16.3%
	in Ausbildung	1 2.3%	5 7.7%	1 2.4%	5 8.5%	12 5.7%
	Student_in	23 52.2%	20 30.8%	7 17.1%	12 20.3%	62 29.7%
	Angestellte/r	14 31.8%	14 21.5%	18 43.9%	16 27.0%	62 29.7%
	selbstständig	1 2.3%	1 1.5%	3 7.3%	9 15.3%	14 6.7%
	arbeitslos/Arbeit suchend	1 2.3%	1 1.5%	5 12.2%	1 1.7%	8 3.8%
	Sonstiges	4 9.1%	2 3.1%	4 9.8%	7 11.9%	17 8.1%
	Gesamt	44 100.0%	65 100.0%	41 100.0%	59 100.0%	209 100.0%

Anmerkungen. KG = Kontrollgruppe, KT = Klarraumgruppe, Med = Meditationsgruppe, KT*Med = Klarraum+Meditationsgruppe

Als aktuelle Beschäftigung gaben mit 52.2% die meisten Personen der Kontrollgruppe „Student_in“ an, 33.9% der Klarraumgruppe waren „Schüler_innen“, und 43.9% der Meditationsgruppe und 27.0% der Klarraum+Meditationsgruppe bezeichneten sich als „Angestellte_r“. Jeweils 29.7% der gesamten Stichprobe gaben an „Student_in“ bzw. „Angestellte_r“ zu sein.

5.1.3 Häufigkeiten und Arten von Meditation und Klarraum

Meditationsarten

47 Personen (47.0%) der meditierenden Proband_innen (Gruppe 2 und Gruppe 3, n = 100) gaben an, konzentrierte Meditationstechniken anzuwenden, während 42 Personen (42.0%) von der Verwendung achtsamkeitsbasierter Meditationstechniken berichteten. Weiterhin wählten 24.0% der Meditierenden Zen-Meditation, 23.0% sonstige Meditationsarten, 21.0% Mantra-Meditation und 16.0% Vipassana Meditation aus. Bei der Angabe der Meditationsart(en) waren Mehrfachnennungen möglich.

Meditationshäufigkeit und -dauer

11.0% der Meditierenden gaben an, *einmal* pro Woche zu meditieren, 35.0% *berichteten zwei bis dreimal*, 19.0% *vier bis fünfmal* und 35.0% *sechs oder siebenmal* in der Woche zu meditieren.

Die Gruppeneinteilung erfolgte in *häufig* (vier bis siebenmal pro Woche; 54.0%) und *weniger häufig Meditierende* (ein- bis zweimal pro Woche; 46.0%).

Bei einem Großteil der Proband_innen (41.0%) dauerte eine Meditationseinheit *15–30 Minuten*. 35.0% gaben für die Dauer einer Meditationseinheit *30 Minuten oder mehr* an, 21.0% *10–15 Minuten* an. Drei Personen (3.0%) machten diesbezügliche keine Angaben.

Es führten 88 Proband_innen an, seit wann sie meditierten. Dieser Zeitraum betrug im Durchschnitt 8.18 Jahre ($SD = 9.82$, $Md = 3.00$) und korrelierte nach Pearson signifikant ($r = .231$, $p = .031$) mit der Summenskala „psychische Gesundheit“ der SF-36. Keine signifikante Korrelation wurde zwischen der Zeitdauer und der Summenskala „physische Gesundheit“ der SF-36 gefunden ($r = -.146$, $p = .176$).

Klartraum-Häufigkeit

Bezüglich der Häufigkeit von Klarträumen pro Monat machten die Proband_innen der Gruppe 1 und Gruppe 3 ($n = 125$) folgende Angaben: 20.8% *einmal*, 39.2% *zwei- bis dreimal*, 19.2% *vier- bis fünfmal*, 9.6% *sechs- bis zehnmal*, 4.8% *11–15mal*, 3.2% *16–20mal* und 3.2% *mehr als 20 mal*. Daraus ließen sich die Gruppen *häufig* (*viermal oder öfter*; 40.0%) und *weniger häufig* (*ein- bis dreimal*; 60.0%) Klarträumende bilden.

Klartraum – mit oder ohne Übung?

58 Personen (46.4%) gaben an, bestimmte Übungen durchzuführen, um klar zu träumen. 64 Personen (51.2%) berichteten, ohne Anwendung bestimmter Übungen klar zu träumen. Drei Personen (2.4%) beantworteten diese Frage nicht.

5.1.4 BVP in der Kontrollgruppe

36 Personen (80.0%) der Kontrollgruppe gaben an, nie in ihrem Leben über einen längeren Zeitraum hinweg Klarträume erlebt zu haben. 40 Personen (88.9%) berichteten zudem, nie über einen längeren Zeitraum meditiert zu haben, und 40 Personen (88.9%) gaben an, auch keine anderen bewusstseinsverändernden Praktiken ausgeführt zu haben.

5.2 Reliabilitätsanalyse der Messinstrumente

Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)

In den acht Subskalen und zwei Summenskalen der SF-36 lag Cronbachs Alpha in dieser Studie zwischen .661 und .896 (siehe Tabelle 4) bei $N = 211$. Da die korrigierte Item-Skala-Korrelation (Rost, 2004) im Wertebereich $\geq .30$ lag, befand sich die korrigierte Trennschärfe aller Items im akzeptablen Bereich.

Tabelle 4. Reliabilitätskoeffizienten (Cronbachs Alpha (α)) und Median der korrigierten Trennschärfen für die Skalen der SF-36

SF-36-Skala	Itemzahl	Cronbachs α	$Md r_{it}$
Körperliche Funktionsfähigkeit	10	.764	.522
Körperliche Rollenfunktion	4	.661	.458
Körperliche Schmerzen	2	.721	.571
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	5	.689	.413
Vitalität	4	.807	.625
Soziale Funktionsfähigkeit	2	.830	.711
Emotionale Rollenfunktion	3	.791	.676
Psychisches Wohlbefinden	5	.802	.572
Körperliche Gesundheit	21	.772	.406
Psychische Gesundheit	14	.896	.618

Anmerkungen. $Md r_{it}$ = Median der korrigierten Trennschärfe

Absorption-Skala

In der Analyse der Absorption-Skala betrug Cronbachs Alpha .948, womit das .70-Kriterium für eine zufriedenstellende Messgenauigkeit und Zuverlässigkeit gemäß Moosbrugger und Kelava (2012) erfüllt war. Die korrigierten Item-Skala-Korrelationen (Rost, 2004) erreichten Werte $\geq .30$ ($Md r_{it} = .584$), somit lag die korrigierte Trennschärfe aller Items im akzeptablen Bereich.

Substance Use Risk Profile Scale (SURPS)

Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) der vier Subskalen des SURPS werden in Tabelle 5 aufgezeigt. Alle Werte lagen hier unter der .70-Grenze, wobei auch durch das Weglassen einzelner Items keine akzeptable Korrektur erreicht werden konnte. Die in dieser Studie verwendete Subskala Sensation Seeking liegt mit .635 allerdings nur knapp unter der Grenze des Idealmaßes.

Tabelle 5. Reliabilitätskoeffizienten (Cronbachs Alpha (α)) und Median der korrigierten Trennschärfen für die Skalen des SURPS

SURPS Skala	Itemzahl	Cronbachs α	Md_{rit}	N
Hoffnungslosigkeit	7	.591	.306	210
Impulsivität	5	.403	.220	208
Sensation Seeking	6	.635	.340	210
Angstsensitivität	5	.521	.308	208

Anmerkungen. Md_{rit} = Median der korrigierten Trennschärfe

5.3 Hypothesenprüfung

Fragestellung 1

Besteht ein Zusammenhang zwischen der Absorptionsfähigkeit, Offenheit und der körperlichen und psychischen Gesundheit?

Die Zusammenhänge zwischen Absorption, Sensation Seeking (SURPS) und den Summenskalen Physische Gesundheit und Psychische Gesundheit (SF-36) wurden anhand der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson berechnet. Die Ergebnisse zeigten signifikante positive Korrelationen zwischen Sensation Seeking und Absorption ($r = .373, p < .001$) sowie zwischen Physischer Gesundheit und Psychischer Gesundheit ($r = .430, p < .001$). Sensation Seeking korrelierte schwach negativ, jedoch signifikant mit der Psychischen Gesundheit ($r = -.167, p = .015$) (siehe Tabelle 6). Somit können die Alternativhypothesen $H_1(1.1)$ und $H_1(1.5)$ angenommen werden. Dagegen werden die Nullhypothesen $H_0(1.2)$ bis $H_0(1.4)$ beibehalten.

Tabelle 6. Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation für den Zusammenhang zwischen Sensation Seeking, Absorption und den Summenskalen der SF-36

	Sensation Seeking	Absorption	Physische Gesundheit	Psychische Gesundheit
Sensation Seeking	1	.373**	-.011	-.167*
Absorption	.373**	1	-.043	-.119
Physische Gesundheit	-.011	-.043	1	.430**
Psychische Gesundheit	-.167*	-.119	.430**	1

Anmerkungen. * $p < .05$ ** $p < .01$

Fragestellung 2

Besteht ein Unterschied zwischen häufig meditierenden/klarträumenden und weniger häufig meditierenden/klarträumenden Personen im Hinblick auf die Absorptionsfähigkeit und Offenheit?

Die Unterschiedlichkeit der Absorption und Sensation Seeking in Abhängigkeit von den Gruppen *weniger häufig* und *häufig* meditierende/klarträumende Personen wurde mittels t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Bei allen Vergleichen konnte die Varianzhomogenität angenommen werden (p 's > .05).

Tabelle 7 zeigt die Vergleiche der beiden Häufigkeitsgruppen von Meditation (bis zu dreimal vs. ab viermal pro Woche) im Hinblick auf Absorption und Sensation Seeking.

Tabelle 7. Vergleich der Häufigkeitsgruppen von Meditation in Bezug auf Absorption und Sensation Seeking

	Meditation/Woche	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>p</i>
Absorption	1–3 mal	46	75.09	26.94	-0.313(98)	.755
	4–7 mal	54	76.83	28.45		
Sensation Seeking	1–3 mal	46	13.93	5.27	0.667(97)	.506
	4–7 mal	53	13.26	4.74		

Sowohl im Hinblick auf Absorption als auch auf Sensation Seeking wurden keine signifikanten Ergebnisse gefunden (p 's > .05).

Auch in den Vergleichen der Häufigkeitsgruppen von Klartraum (ein- bis dreimal vs. viermal oder öfter pro Monat) in Bezug auf Absorption und Sensation Seeking zeigten sich keine signifikanten Ergebnisse (p 's > .05) (siehe Tabelle 8). Bezüglich der Absorption zeigte sich dennoch mit $p = .059$ eine Tendenz dahingehend, dass häufig klarträumende Personen höhere Werte in der Absorptionsfähigkeit aufweisen. Somit sind die Nullhypothesen $H_0(2.1)$ bis $H_0(2.4)$ der Fragestellung 2 jeweils beizubehalten.

Tabelle 8. Vergleich der Häufigkeitsgruppen von Klartraum in Bezug auf Absorption und Sensation Seeking

	Klartraum/Monat	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>p</i>
Absorption	1–3 mal	75	71.60	23.62	-1.905(123)	.059
	4 oder öfter	50	80.04	25.21		
Sensation Seeking	1–3 mal	75	14.93	4.32	-0.031(122)	.975
	4 oder öfter	49	14.96	4.78		

Fragestellung 3

Besteht ein Unterschied zwischen häufig meditierenden/klarträumenden und weniger häufig meditierenden/klarträumenden Personen im Hinblick auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität?

Die Prüfung der Unterschiedlichkeit der Subskalen und Summenskalen der SF-36 in Abhängigkeit der Meditationshäufigkeit bzw. Klartraumhäufigkeit wurde mittels t-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt. Die Varianzhomogenität konnte bei sämtlichen Vergleichen angenommen werden (p 's > .05).

In Tabelle 9 werden die Vergleiche der Häufigkeitsgruppen von Meditation (ein- bis dreimal vs. vier- bis siebenmal pro Woche) im Hinblick auf die Skalen der SF-36 angeführt.

Tabelle 9. Vergleich der Häufigkeitsgruppen von Meditation in Bezug auf die Skalen der SF-36

SF-36-Sub-/ Summenskala	Meditation/Woche	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (98)	<i>p</i>
Körperliche Funktionsfähigkeit	1–3 mal	46	94.78	10.90	0.586	.559
	4–7 mal	54	93.33	13.42		
Körperliche Rollenfunktion	1–3 mal	46	90.76	21.32	0.005	.996
	4–7 mal	54	90.74	20.20		
Schmerzen	1–3 mal	46	80.96	20.03	-0.674	.502
	4–7 mal	54	83.61	19.29		
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	1–3 mal	46	73.70	15.83	0.302	.764
	4–7 mal	54	72.78	14.59		
Vitalität	1–3 mal	46	60.22	17.89	-0.129	.898
	4–7 mal	54	60.65	15.63		
Soziale Funktionsfähigkeit	1–3 mal	46	87.77	19.27	-0.508	.613
	4–7 mal	54	89.58	16.42		
Emotionale Rollenfunktion	1–3 mal	46	90.58	21.84	0.940	.349
	4–7 mal	54	85.80	27.93		
Psychisches Wohlbefinden	1–3 mal	46	74.52	16.27	-1.493	.139
	4–7 mal	54	78.96	13.49		
Physische Gesundheit	1–3 mal	46	85.05	13.08	-0.026	.979
	4–7 mal	54	85.12	12.74		
Psychische Gesundheit	1–3 mal	46	78.27	15.23	-0.155	.877
	4–7 mal	54	78.75	15.37		

Für sämtliche Vergleiche der Meditationshäufigkeitsgruppen zeigten sich nicht signifikante Ergebnisse (p 's > .05).

Auch in den Vergleichen der Klartraumhäufigkeitsgruppen (ein- bis dreimal vs. viermal oder öfter pro Monat) ergaben sich keine signifikanten Werte (p 's > .05) in den Skalen der SF-36 (siehe Tabelle 10). Alle Nullhypothesen $H_0(3.1)$ bis $H_0(3.20)$ der Fragestellung 3 sind somit beizubehalten.

Tabelle 10. Vergleich der Häufigkeitsgruppen von Klartraum in Bezug auf die Skalen der SF-36

SF-36-Sub-/Summenskala	Klartraum/Monat	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (123)	<i>p</i>
Körperliche Funktionsfähigkeit	1–3 mal	75	94.67	11.81	-0.207	.837
	4 mal oder öfter	50	95.10	11.00		
Körperliche Rollenfunktion	1–3 mal	75	92.00	17.99	-0.146	.884
	4 mal oder öfter	50	92.50	19.72		
Schmerzen	1–3 mal	75	81.35	19.68	-0.660	.511
	4 mal oder öfter	50	83.80	21.36		
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	1–3 mal	75	75.27	14.40	-0.082	.935
	4 mal oder öfter	50	75.50	17.12		
Vitalität	1–3 mal	75	55.80	17.48	-1.323	.188
	4 mal oder öfter	50	60.30	20.26		
Soziale Funktionsfähigkeit	1–3 mal	75	87.67	17.38	-0.179	.859
	4 mal oder öfter	50	88.25	18.63		
Emotionale Rollenfunktion	1–3 mal	75	84.00	29.69	0.457	.648
	4 mal oder öfter	50	81.33	35.10		
Psychisches Wohlbefinden	1–3 mal	75	71.68	15.56	-1.835	.069
	4 mal oder öfter	50	77.04	16.64		
Physische Gesundheit	1–3 mal	75	85.82	10.32	-0.420	.675
	4 mal oder öfter	50	86.73	13.73		
Psychische Gesundheit	1–3 mal	75	74.79	15.99	-0.614	.541
	4 mal oder öfter	50	76.73	19.23		

Fragestellung 4

Besteht ein Unterschied zwischen den Arten der angewandten BVP im Hinblick auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität?

Die Unterschiedlichkeit der SF-36-Summenskalen „Physische Gesundheit“ und „Psychische Gesundheit“ in Abhängigkeit zweier verschiedener Meditationsarten (konzentrierte Meditation und Achtsamkeitsmeditation) wurde mit dem t-Test für unabhängige Stichproben geprüft. Die Normalverteilung der abhängigen Variablen lag vor (p 's > .05, gemäß Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest). Varianzhomogenität konnte für die „Physische Gesundheit“ mit $p = .024$ nicht angenommen werden, wodurch der Welch-Test für heterogenen Varianzen zur Prüfung heranzuziehen war. In der „Psychischen Gesundheit“ lag Varianzhomogenität mit $p = .836$ vor.

Es konnte weder in der „Physischen Gesundheit“ ($p = .437$) noch in der „Psychischen Gesundheit“ ($p = .486$) ein signifikanter Unterschied zwischen der konzentrierten

Meditation und Achtsamkeitsmeditation festgestellt werden (siehe Tabelle 11). Die Nullhypothese $H_0(4.1)$ wird somit beibehalten.

Tabelle 11. Vergleich zwischen konzentrativer Meditation und Achtsamkeitsmeditation bezüglich der Summenskalen der SF-36

SF-36-Summenskala	Meditationsarten	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>p</i>
Physische Gesundheit	konzentrativer Meditation	25	87.46	9.77	1.220 (28.485)	.232
	Achtsamkeitsmeditation	20	82.18	17.28		
Psychische Gesundheit	konzentrativer Meditation	25	76.08	19.24	0.306 (43)	.761
	Achtsamkeitsmeditation	20	74.36	17.99		

Für die Berechnung der Unterschiedlichkeit der SF-36-Summenskalen in Abhängigkeit der Klartraumart (mit oder ohne Übung) wurde ebenfalls der t-Test für unabhängige Stichproben angewendet. Bei beiden Vergleichen konnte die Varianzhomogenität angenommen werden (p 's > .05).

Tabelle 12. Vergleich von Klartraum mit und Klartraum ohne Übung in den Summenskalen der SF-36

	Klartraum	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (120)	<i>p</i>
Physische Gesundheit	ohne Übung	58	84.95	11.94	-0.909	.365
	mit Übung	64	86.90	11.73		
Psychische Gesundheit	ohne Übung	58	72.91	19.15	-1.386	.168
	mit Übung	64	77.24	15.31		

Weder in der „Physischen Gesundheit“ ($p = .365$) noch in der „Psychischen Gesundheit“ ($p = .168$) lag ein signifikanter Unterschied zwischen den Klartraumarten vor (siehe Tabelle 12). Die Nullhypothese $H_0(4.2)$ wird somit beibehalten.

Fragestellung 5

Besteht ein Unterschied zwischen Personen, die meditieren, Personen, die klarträumen, Personen, die sowohl meditieren als auch klarträumen, und Personen der Kontrollgruppe hinsichtlich der Absorptionsfähigkeit und Offenheit?

Es wurde die Unterschiedlichkeit des Sensation Seeking (SURPS) und der Absorption (Absorption-Skala) in Abhängigkeit der Gruppen mittels einfaktorieller Varianzanalysen geprüft.

Für Sensation Seeking (Varianzhomogenität konnte mit $p = .218$ angenommen werden) fiel die Prüfgröße mit $F(3, 206) = 5.349$, $p = .001$ signifikant aus. Die paarweisen Vergleiche post-hoc nach Bonferroni zeigten, dass die Klartraumgruppe gegenüber der Kontrollgruppe ($p = .047$) und der Meditationsgruppe ($p = .004$) signifikant höhere Werte bezüglich Sensation Seeking aufwies. Zudem zeigte die Meditation+Klartraumgruppe

höhere Werte gegenüber der Meditationsgruppe ($p = .033$). Die Alternativhypothese $H_1(5.1)$ konnte nicht angenommen werden, da kein signifikanter Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und der Meditationsgruppe sowie Meditation+Klartraumgruppe gefunden wurde. Für die Absorptionsfähigkeit (Varianzhomogenität konnte mit $p = .004$ nicht angenommen werden) fiel die Korrektur mittels Welch-Test mit $F(3, 102.632) = 8.444$, $p < .001$ signifikant aus. Die paarweisen Vergleiche post-hoc nach Games-Howell zeigten, dass die Meditation+Klartraumgruppe jeweils höhere Werte gegenüber den drei anderen Gruppen (Kontrollgruppe, $p < .001$; Meditationsgruppe, $p = .002$; Klartraumgruppe, $p = .013$) aufwies. Die Alternativhypothese $H_1(5.2)$ wurde verworfen, da kein signifikanter Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und der Meditations- sowie Klartraumgruppe aufgezeigt wurde. Tabelle 13 zeigt die deskriptive Statistik von Sensation Seeking und Absorption im Gruppenvergleich.

Tabelle 13. Sensation Seeking und Absorptionsfähigkeit im Gruppenvergleich

		n	M	SD	95%-KI für den Mittelwert		Min	Max
					UG	OG		
Sensation Seeking	KG	45	12.78	5.07	11.26	14.30	6	24
	KT	66	15.18	3.98	14.20	16.16	5	24
	Med	41	12.02	4.51	10.60	13.45	4	20
	KT*Med	58	14.67	5.03	13.35	16.00	4	24
	Gesamt	210	13.91	4.77	13.26	14.56	4	24
Absorption	KG	45	57.07	31.76	47.53	66.61	10	126
	KT	66	68.03	23.70	62.20	73.86	15	119
	Med	41	66.37	30.75	56.66	76.07	14	129
	KT*Med	59	82.75	23.24	76.69	88.80	28	123
	Gesamt	211	69.48	28.28	65.65	73.32	10	129

Anmerkungen. KG = Kontrollgruppe, KT = Klartraumgruppe, Med = Meditationsgruppe, KT*Med = Klartraum+Meditationsgruppe

Fragestellung 6

Besteht ein Unterschied zwischen Personen, die meditieren, Personen, die klarträumen, Personen, die sowohl meditieren als auch klarträumen, und Personen der Kontrollgruppe hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität?

Die Unterschiedlichkeit der SF-36-Sub- und Summenskalen in Abhängigkeit der Gruppen wurde mittels einfaktorieller Varianzanalysen geprüft.

Die Varianzhomogenität konnte in den Skalen „Körperliche Funktionsfähigkeit“, „Soziale Funktionsfähigkeit“, „Emotionale Rollenfunktion“ sowie in der Summenskala „Psychische Gesundheit“ nicht angenommen werden (p 's < .05). Für diese Skalen wurde eine Korrektur mittels Welch-Test vorgenommen. Die paarweisen Vergleiche (post-hoc-Tests) wurden bei Varianzhomogenität nach Bonferroni und bei Varianzheterogenität nach Games-Howell durchgeführt.

Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen wurden in den Subskalen „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“, „Vitalität“, „Psychisches Wohlbefinden“ und den Summenskalen „Physische Gesundheit“ und „Psychische Gesundheit“ gefunden. In der „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ ($F(3, 207) = 5.162, p = .002$) zeigte sich in den paarweisen Vergleichen, dass die Kontrollgruppe signifikant niedrigere Werte aufweist als die Klarraumgruppe ($p = .001$) und die Meditation+Klarraumgruppe ($p = .028$). Bezüglich der „Vitalität“ ($F(3, 207) = 3.710, p = .012$) zeigten die Meditationsgruppe ($p = .015$) sowie die Meditation+Klarraumgruppe ($p = .029$) im Durchschnitt höhere Werte auf als die Kontrollgruppe. Auch im „Psychischen Wohlbefinden“ ($F(3, 207) = 4.914, p = .003$) wiesen die Meditationsgruppe mit $p = .002$ und die Meditation+Klarraumgruppe mit $p = .013$ signifikant höhere Werte auf als die Kontrollgruppe. In der Summenskala „Physische Gesundheit“ ($F(3, 206) = 3.806, p = .011$) zeigte die Klarraumgruppe signifikant höhere Werte auf als die Kontrollgruppe ($p = .007$). Bezüglich der Summenskala „Psychische Gesundheit“ ($F(3, 108.126) = 3.440, p = .019$) gab die Meditation+Klarraumgruppe im Durchschnitt signifikant höhere Werte an als die Kontrollgruppe ($p = .041$). Die Alternativhypothesen $H_1(6.4)$, $H_1(6.5)$ und $H_1(6.8)$ können somit angenommen werden. Da in den Summenskalen der SF-36 zwar signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen gefunden wurden, die Meditationsgruppe jedoch keine signifikant höheren Werte aufwies, werden die Alternativhypothesen $H_1(6.9)$ und $H_1(6.10)$ verworfen. Auch für die weiteren Hypothesenpaare werden die Nullhypothesen beibehalten.

Tabelle 14 zeigt die deskriptive Statistik der SF-36-Skalen im Gruppenvergleich.

Ergebnisse

Tabelle 14. SF-36-Skalen im Gruppenvergleich

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	95%-KI-Intervall für den Mittelwert			
					UG	OG	Min	Max
Körperliche Funktionsfähigkeit	KG	45	92.78	11.31	89.38	96.18	50	100
	KT	66	95.38	12.60	92.28	98.48	30	100
	Med	41	93.66	15.04	88.91	98.41	15	100
	KT*Med	59	94.24	10.08	91.61	96.86	45	100
	Gesamt	211	94.17	12.17	92.52	95.82	15	100
Körperliche Rollenfunktion	KG	45	82.78	27.08	74.64	90.92	0	100
	KT	66	94.32	14.41	90.78	97.86	25	100
	Med	41	92.07	18.06	86.37	97.77	25	100
	KT*Med	59	89.83	22.32	84.01	95.65	0	100
	Gesamt	211	90.17	20.87	87.33	93.00	0	100
Schmerzen	KG	44	77,14	23.26	70.07	84.21	22	100
	KT	66	84.48	20.38	79.47	89.50	22	100
	Med	41	85.95	18.39	80.15	91.76	32	100
	KT*Med	59	79.92	20.15	74.66	85.17	22	100
	Gesamt	210	81.95	20.72	79.13	84.77	22	100
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	KG	45	64.67	18.93	58,98	70.35	15	100
	KT	66	76.74	15.63	72.90	80.58	25	100
	Med	41	72.32	14.96	67.59	77.04	40	100
	KT*Med	59	73.81	15.29	69.83	77.80	40	95
	Gesamt	211	72.49	16.65	70.23	74.75	15	100
Vitalität	KG	45	50.00	17.77	44.66	55.34	10	80
	KT	66	55.38	19.60	50.56	60.20	5	95
	Med	41	60.98	15.54	56.07	65.88	20	95
	KT*Med	59	60.09	17.46	55.54	64.63	20	100
	Gesamt	211	56.64	18.23	54.16	59.11	5	100
Soziale Funktionsfähigkeit	KG	45	79.72	25.88	71.95	87.50	0	100
	KT	66	85.99	16.63	81.90	90.07	25	100
	Med	41	86.89	15.80	81.90	91.88	38	100
	KT*Med	59	90.04	18.97	85.10	94.99	25	100
	Gesamt	211	85.96	19.65	83.29	88.63	0	100
Emotionale Rollenfunktion	KG	45	79.26	35.74	68.52	90.00	0	100
	KT	66	76.26	35.93	67.43	85.10	0	100
	Med	41	84.55	25.92	76.37	92.74	0	100
	KT*Med	59	90.40	24.80	83.93	96.86	0	100
	Gesamt	211	82.47	31.59	78.18	86.75	0	100

Ergebnisse

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	UG	OG	Min	Max
Psychisches Wohlbefinden	KG	45	66.22	18.58	60.64	71.80	8	96
	KT	66	71.82	15.81	67.93	75.70	32	100
	Med	41	78.15	12.65	74.15	82.14	28	100
	KT*Med	59	76.07	16.37	71.80	80.33	20	100
	Gesamt	211	73.04	16.50	70.80	75.28	8	100
Physische Gesundheit	KG	44	79.88	13.47	75.79	83.98	41	100
	KT	66	87.73	10.07	85.26	90.21	44	100
	Med	41	86.00	12.27	82.13	89.87	50	100
	KT*Med	59	84.45	13.27	80.99	87.91	38	99
	Gesamt	210	84.83	12.44	83.13	86.52	38	100
Psychische Gesundheit	KG	45	68.80	21.38	62.38	75.23	6	94
	KT	66	72.36	17.76	68.00	76.73	18	99
	Med	41	77.64	13.85	73.27	82.01	33	97
	KT*Med	59	79.15	16.20	74.93	83.37	26	100
	Gesamt	211	74.53	17.86	72.10	76.95	6	100

Anmerkungen. KG = Kontrollgruppe, KT = Klartraumgruppe, Med = Meditationsgruppe, KT*Med = Klartraum+Meditationsgruppe

6 Diskussion und Ausblick

Ziel der vorliegenden Studie war es herauszufinden, inwieweit ein Unterschied zwischen regelmäßig meditierenden und klarräumenden Personen und Personen, die weder regelmäßig meditieren noch klarräumen, im Hinblick auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität besteht. Auch die Häufigkeit und Art der Anwendung von Meditation und Klarraum sowie die Absorptionsfähigkeit und Offenheit für Erfahrungen wurden untersucht. Dafür wurden Daten von 211 Proband_innen im Alter von 14 bis 70 Jahren mithilfe eines Online-Fragebogens erfasst. Nach ihren Angaben wurden die Teilnehmer_innen in die folgenden vier Gruppen aufgeteilt: Meditationsgruppe (41 Personen, 19.4%), Klarraumgruppe (66 Personen, 37.3%), Meditation+Klarraumgruppe (59 Personen, 28.0%) und Kontrollgruppe (45 Personen, 21.3%).

Zu beachten ist, dass sich sowohl die Geschlechter- als auch die Altersverteilung signifikant zwischen den Gruppen unterschied. Dementsprechend ist auch in den Bereichen Familienstand, Bildung und Beschäftigung keine Gleichverteilung im Gruppenvergleich vorzufinden.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Gruppen in folgenden Aspekten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität signifikante Unterschiede aufwiesen: in den SF-36-Subskalen „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“, „Vitalität“, „Psychisches Wohlbefinden“ sowie in den Summenskalen „Physische Gesundheit“ und „Psychische Gesundheit“. Dabei wiesen die Klarraumgruppe und die Meditation+Klarraumgruppe signifikant höhere Werte in der „Allgemeinen Gesundheit“ auf als die Kontrollgruppe. Personen, die regelmäßig klarräumen, und Personen, die regelmäßig meditieren und klarräumen, bewerteten somit ihre allgemeine Gesundheit im Durchschnitt besser als Personen, die weder regelmäßig klarräumen noch meditieren. Die „Allgemeine Gesundheit“ zählt zu der Summenskala „Physische Gesundheit“. Auch hier gaben Klarräumer_innen im Durchschnitt höhere Ausprägungen an als Personen der Kontrollgruppe. In der „Vitalität“ und dem „Psychischen Wohlbefinden“ wurden höhere Werte bei der Meditations- und der Meditation+Klarraumgruppen gegenüber der Kontrollgruppe gefunden. Personen, die regelmäßig meditieren, und Personen, die regelmäßig sowohl meditieren als auch klarräumen, gaben folglich häufiger an, sich energiegeladener zu fühlen und berichteten von einer besseren psychischen Gesundheit als Personen, die weder regelmäßig meditieren noch klarräumen. Beide Subskalen werden zu der Summenskala „Psychische Gesundheit“ gezählt. In dieser ergaben sich höhere Werte bei Personen, die sowohl meditieren als auch klarräumen, im Vergleich mit Personen der Kontrollgruppe.

Während in der bestehenden Literatur positive Effekte der Meditation auf die physische und psychische Gesundheit gefunden wurden (z.B. Reibel et al., 2001), kann dies in der vorliegenden Studie interessanterweise nur für Aspekte der psychischen Gesundheit belegt werden.

Weshalb Klarträumer_innen höhere Werte in der „Physischen Gesundheit“ aufwiesen, während meditierende Personen im Vergleich zu der Kontrollgruppe höhere Werte in der „Psychischen Gesundheit“ zeigten, könnte möglicherweise durch die Motivation für die Anwendung der speziellen BVP erklärt werden. Als Grund für die Anwendung von Klarträumen wurde in der Studie von Schädlich und Erlacher (2012) oftmals die Imagination körperlicher Aktivitäten, wie z.B. Fliegen, Tanzen oder Sex haben, genannt. Dahingegen meditieren viele Personen, um psychische oder emotionale Probleme zu lösen oder mehr Klarheit über das Leben und das Selbst zu erlangen (McGee, 2008). Es ist wichtig zu berücksichtigen, dass die Klartraumgruppe ein signifikant niedrigeres Lebensalter als die drei anderen Gruppen aufwies. Da ein junges Alter als ein positiver Prädiktor für eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität steht (Bellach et al., 2000), kann das Lebensalter bei den Klarträumer_innen eine mediierende oder verstärkende Rolle eingenommen haben.

Dahingegen unterscheidet sich die Meditation+Klartraumgruppe nicht signifikant von der Kontrollgruppe im Hinblick auf das Lebensalter. Dies deutet darauf hin, dass die Effekte nicht nur durch das Lebensalter erklärt werden können. Durch das Ausüben beider BVP kann sogar ein kumulierender Effekt auf die Subskalen „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“, „Vitalität“, „Psychisches Wohlbefinden“ und die Summenskala „Psychisches Wohlbefinden“ vermutet werden.

Weder in den Häufigkeitsgruppen noch in der Art der Anwendung von Meditation bzw. Klartraum wurden Unterschiede zwischen den Gruppen gefunden. Dies deutet darauf hin, dass die Häufigkeit (bei Meditation: *weniger häufig*: ein- bis dreimal, *häufig*: vier- bis siebenmal in der Woche; bei Klartraum: *weniger häufig*: ein- bis dreimal, *häufig*: ab viermal im Monat) und die Art (bei Meditation: Konzentration, Achtsamkeitsmeditation, bei Klartraum: mit Übung, ohne Übung) der BVP in dieser Studie keinen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität hatten.

Die Persönlichkeitseigenschaften Absorption und Offenheit für Erfahrungen, die in Verbindung mit der Induktion von BVP stehen (Hölzel & Ott, 2006; Tellegen & Atkinson, 1974), zeigten auch in der vorliegenden Studie signifikante Unterschiede in Abhängigkeit der Gruppen. Während in der bestehenden Literatur Zusammenhänge zwischen den BVP und der Absorptionsfähigkeit gefunden wurden (z.B. Lau et al., 2006; Schredl & Erlacher, 2004), zeigte in der vorliegenden Studie interessanterweise nur die Meditation+Klartraum-gruppe in der Absorptionsfähigkeit signifikant höhere Werte auf

als die anderen Gruppen. Auch hier kann demnach von einem kumulierenden Effekt durch das Ausüben beider BVP ausgegangen werden. Für die Messung der Offenheit für Erfahrungen wurde die Subskala Sensation Seeking des SURPS aus zeitökonomischen Gründen verwendet. Die Klartraumgruppe wies signifikant höhere Ausprägungen hinsichtlich Sensation Seeking auf als die Kontrollgruppe und die Meditationsgruppe. Die Meditation+Klartraumgruppe zeigte signifikant höhere Werte gegenüber der Meditationsgruppe. Anzumerken ist, dass die Subskala Sensation Seeking nicht mit der in der bisherigen Literatur in diesem Zusammenhang verwendeten Skala Offenheit für Erfahrungen (NEO-FFI; Costa & McCrae, 1992) gleichzusetzen ist. Während die Offenheit für Erfahrungen die Aspekte „Phantasie“, „Ästhetik“, „Gefühle“, „Handlungen“, „Ideen“ und „Werte“ beinhaltet (Costa & McCrae, 1992), kann Sensation Seeking am ehesten dem Bereich der Handlungen zugeteilt werden und beschreibt „a desire for intense and novel experience“ (Woicik et al., 2009, S. 1043). Schredl und Erlacher (2004) fanden nur in den Aspekten „Ideen“ und „Fantasie“ positive Korrelationen mit Klarträumen. Die Ergebnisse dieser Studie deuten dagegen auch auf eine erhöhte Offenheit für neue Handlungen bei Klarträumer_innen gegenüber Personen der Meditations- und Kontrollgruppe hin. Dies wird auch in der bereits oben genannten Studie von Schädlich und Erlacher (2012) deutlich, in der ein Großteil der Proband_innen angaben, klarzuträumen, um Handlungen wie z.B. Fliegen auszuführen.

Auch in Bezug auf Absorption und Sensation Seeking zeigten sich in den Häufigkeitsgruppen keine signifikanten Werte. Es ist demnach davon auszugehen, dass sich Absorption und Offenheit durch häufigeres Anwenden (bei Meditation: häufiger als einmal pro Woche; bei Klartraum: häufiger als einmal pro Monat) der BVP nicht bedeutsam verändert.

Zudem konnten in dieser Studie keine Hinweise auf einen verstärkenden Einfluss der Absorptionsfähigkeit oder der Offenheit für Erfahrungen (Sensation Seeking) auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität gefunden werden. Zwischen der Offenheit für Erfahrungen (Sensation Seeking) und der SF-36-Summenskala „Psychische Gesundheit“ ergab sich sogar eine signifikante negative Korrelation.

Zusammenfassend geben die Ergebnisse Hinweise darauf, dass sowohl Meditation als auch Klartraum positive Effekte auf Teilbereiche der gesundheitsbezogenen Lebensqualität haben. Dabei lässt sich hervorheben, dass Klartraum vorwiegend mit der physischen Gesundheit und Meditation mit der psychischen Gesundheit in Verbindung stand. Weder die Häufigkeit und die Art der BVP noch die Persönlichkeitseigenschaften Absorptionsfähigkeit und Offenheit für Erfahrungen deuten auf einen Einfluss auf diesen Zusammenhang hin.

Die Studie zeigt somit für beide BVP relevante Ergebnisse für die Praxis auf. So könnten Meditation und Klartraum präventive Faktoren für physische und psychische Erkrankungen darstellen und zu einer höheren gesundheitsbezogenen Lebensqualität beitragen.

Als Limitation der vorliegenden Studie ist zu nennen, dass die Rekrutierung der Proband_innen vorwiegend durch Internetforen erfolgte. Die Stichprobe ist somit selektiv, und es ist möglich, dass vor allem Personen teilnahmen, die gute Erfahrungen mit den untersuchten BVP machten. Es lassen sich zudem keine kausalen Aussagen bezüglich der gefundenen Unterschiede zwischen den Gruppen treffen.

Möglicherweise gehören zu gemeinsamen Interessensgebieten von meditierenden bzw. klarträumenden Personen auch Bereiche, die sich auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität auswirken, wie z.B. gesunde Ernährung. Eine weitere Einschränkung zeigt sich im Geschlecht und Alter – hier bestanden signifikante Unterschiede in der Verteilung hinsichtlich der Gruppen.

Weitere Forschungen zu möglichen Einfluss- und Mediatorfaktoren auf den Zusammenhang zwischen Meditation bzw. Klartraum und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wären hilfreich, um die Anwendung für positive Effekte zu optimieren. Es wäre zudem interessant, auch andere BVP wie z.B. Hypnose zu untersuchen und somit mehr Klarheit über den Zusammenhang zwischen bewusstseinsveränderten Zuständen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität schaffen zu können.

Literaturverzeichnis

- 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.
- Bagga, O. P., & Gandhi, A. (1982). A comparative study of the effect of Transcendental Meditation (TM) and Shavasana practice on the cardiovascular system. *Indian Heart Journal, 35*(1), 39–45.
- Bellach, B.-M., Ellert, U., & Radoschewski, M. (2000). Der SF-36 im Bundes-Gesundheitssurvey: Erste Ergebnisse und neue Fragen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 43*(3), 210–216.
- Blackmore, S. J. (1982). Have you ever had an OBE? The wording of the question. *Journal of the Society for Psychical Research, 51*, 292–302.
- Bonadonna, R. (2003). Meditation's impact on chronic illness. *Holistic Nursing Practice, 17*(6), 309–319.
- Bono, J. (1984). Psychological assessment of transcendental meditation. In D. H. Shapiro & R. N. Walsh (Eds.), *Meditation: Classic and contemporary perspectives* (pp. 209– 310). New York: Aldine.
- Borders, A., Earleywine, M., & Jajodia, A. (2010). Could mindfulness decrease anger, hostility, and aggression by decreasing rumination? *Aggressive Behavior, 36*(1), 28–44.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- 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.
- Bullinger, M. (1994). *Lebensqualität – ein neues Bewertungskriterium für den Therapieerfolg*. Weinheim: Juventa.
- Bullinger, M. (2000). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36- Health Survey. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 43*(3), 190–197.
- Bullinger, M. (2014). Das Konzept der Lebensqualität in der Medizin – Entwicklung und heutiger Stellenwert. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 108*(2), 97–103.

- Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U., & Siegrist, J. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin – eine Einführung. In M. Bullinger, J. Siegrist, & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive* (S. 11-21). Göttingen: Hogrefe.
- Cardoso, R., de Souza, E., Camano, L., & Leite, R. J. (2004). Meditation in health: an operational definition. *Brain Research Protocols*, 14(1), 58–60.
- Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(1), 23–33.
- Castaneda, C. (1998). *Die Kunst des Träumens* (6. Auflage). Frankfurt am Main: Fischer.
- Chiesa, A. (2009). Zen meditation: an integration of current evidence. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(5), 585–592.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Neo personality inventory–revised (neo-pi-r) and neo five-factor inventory (neo-ffi) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Daig, I., & Lehmann, A. (2007). Verfahren zur Messung der Lebensqualität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 16(1,2), 5–23.
- Daniels, F. S., & Fernhall, B. (1984). Continuous EEG measurement to determine the onset of a relaxation response. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 16(2), 182.
- Delmonte, M. M. (1984). Physiological responses during meditation and rest. *Biofeedback and Self-Regulation*, 9(2), 181–200.
- Doll, E., Gittler, G., & Holzinger, B. (2009). Dreaming, lucid dreaming and personality. *International Journal of Dream Research*, 2(2), 52–57.
- Erlacher, D. (2005). Motorisches Lernen im luziden Traum: phänomenologische und experimentelle Betrachtungen. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Heidelberg.
- Erlacher, D., Schredl, M., & LaBerge, S. (2003). Motor area activation during dreamed hand clenching: A pilot study on EEG alpha band. *Sleep and Hypnosis*, 5, 182–187.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 716–721.

- Finucane, A., & Mercer, S. W. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*, 6: 14.
- Gackenbach, J. I. (1978). *A personality and cognitive style analysis of lucid dreaming*. Unpublished Dissertation, University of Richmond.
- Giluk, T. L. (2009). Mindfulness, Big Five personality, and affect: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 47(8), 805–811.
- Glisky, M. L., Tataryn, D. J., Tobias, B. A., Kihlstrom, J. F., & McConkey, K. M. (1991). Absorption, openness to experience, and hypnotizability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(2), 263–272.
- Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., ... Haythornthwaite, J. A. (2014). *Meditation programs for psychological stress and well-being*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Gruber, R. E., Steffen, J. J., & Vonderhaar, S. P. (1995). Lucid dreaming, waking personality and cognitive development. *Dreaming*, 5(1), 1–12.
- Hearne, K. M. (1978). *Lucid dreams: an electro-physiological and psychological study*. Unpublished Dissertation, Liverpool University.
- Hearne, K. M. (1983). Lucid dream induction. *Journal of Mental Imagery*, 7(1), 19–23.
- Hölzel, B., & Ott, U. (2006). Relationships between meditation depth, absorption, meditation practice, and mindfulness: A latent variable approach. *Journal of Transpersonal Psychology*, 38(2), 179–199.
- Holzinger, B., Klösch, G., & Saletu, B. (2015). Studies with lucid dreaming as add-on therapy to Gestalt therapy. *Acta Neurologica Scandinavica*, 131(6), 355–363.
- Hoppes, K. (2006). The application of mindfulness-based cognitive interventions in the treatment of co-occurring addictive and mood disorders. *CNS Spectrums*, 11(11), 829–851.
- Hunt, H. T., & McLeod, B. (1991). Lucid dreaming as a meditative state: Some evidence from long-term meditators in relation to the cognitive-psychological bases of transpersonal phenomena. In J. Gackenbach, & A. A. Sheikh (Eds.), *Dream Images: A Call to Mental Arms* (pp. 265–285). Amityville, NY: Baywood.
- Hussain, D., & Bhushan, B. (2010). Psychology of meditation and health: Present status and future directions. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(3), 439–451.
- Kesterson, J. B. (1986). *Changes in respirator patterns and control during the practice of the Transcendental Meditation technique*. Ann Arbor, MI: Dissertation Information Service.

- Keune, P. M., & Perczel Forintos, D. (2010). Mindfulness meditation: a preliminary study on meditation practice during everyday life activities and its association with well-being. *Psihologijske Teme*, 19(2), 373–386.
- Kramer, L., Furi, J., & Stute, P. (2014). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität. *Gynäkologische Endokrinologie*, 12(2), 119–123.
- LaBerge, S. (1985). *Lucid dreaming: The power of being awake and aware in your dreams*. Los Angeles, CA: Tarcher.
- LaBerge, S. (1987). *Hellwach im Traum. Höchste Bewusstheit im tiefen Schlaf*. Paderborn: Junfermann.
- LaBerge, S. & Giguere, B. (1995). Pillow talk: Announcing the dreamspeaker. *NightLight*, 7(2), 1–6.
- LaBerge, S., & Levitan, L. (1995). Validity established of DreamLight cues for eliciting lucid dreaming. *Dreaming*, 5(3), 159–168.
- LaBerge, S., & Rheingold, H. (1990). *Exploring the world of lucid dreaming*. New York: Ballantine.
- Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., ... Devins, G. (2006). The Toronto mindfulness scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1445–1468.
- Lee, S. H., Ahn, S. C., Lee, Y. J., Choi, T. K., Yook, K. H., & Suh, S. Y. (2007). Effectiveness of a meditation-based stress management program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with anxiety disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(2), 189–195.
- Levin, A. B., Hadgkiss, E. J., Weiland, T. J., Marck, C. H., van der Meer, D. M., Pereira, N. G., & Jelinek, G. A. (2014). Can meditation influence quality of life, depression, and disease outcome in multiple sclerosis? Findings from a large international web-based study. *Behavioural Neurology*, 2014: ID916519.
- Levitan, L. (1993). People of the lucid dream: The lucidity institute membership. *NightLight: Lucidity Institute Newsletter*, 5(2), 1–4.
- Ludwig A. M. (1966). Altered states of consciousness. *Archives of General Psychiatry*, 15(3), 225–234.
- McGee, M. (2008). Meditation and psychiatry. *Psychiatry*, 5(1), 28–41.
- Mischel, W., & Mischel, F. (1958). Psychological aspects of spirit possession. *American Anthropologist*, 60(2), 249–260.
- Moosbrugger, H., & Kelava, A. (2012). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (2., aktualisierte und überarbeitete Aufl.). Berlin: Springer.

- Morfeld, M., Kirchberger, I., & Bullinger, M. (2011). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand: Deutsche Version des Short Form-36 Health Survey*. Göttingen: Hogrefe.
- Moritz, S., Quan, H., Rickhi, B., Liu, M., Angen, M., Vintila, R., ... Toews, J. (2006). A home study-based spirituality education program decreases emotional distress and increases quality of life: a randomized, controlled trial. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 12(6), 26–35.
- Mota-Rolim, S. A., & Araujo, J. F. (2013). Neurobiology and clinical implications of lucid dreaming. *Medical Hypotheses*, 81(5), 751–756.
- Nash, J., & Newberg, A. (2013). Toward a unifying taxonomy and definition for meditation. *Frontiers in Psychology*, 4, 1–18.
- Norbu, N. (1994). *Traum-Yoga. Der tibetische Weg zu Klarheit und Selbsterkenntnis*. Bern: O. W. Barth.
- Ong, J., & Sholtes, D. (2010). A mindfulness-based approach to the treatment of insomnia. *Journal of Clinical Psychology*, 66(11), 1175–1184.
- Ospina, M. B., Bond, K., Karkhaneh, M., Tjosvold, L., Vandermeer, B., Liang, Y., ... Klassen, T. P. (2007). Meditation practices for health: state of the research. *Evidence Report/Technology Assessment*, 155, 1–263.
- Ostenfeld, E. (1994). Aristotle on the good life and quality of life. In L. Nordenfelt (Ed.), *Concepts and measurement of quality of life in health care* (pp. 19–34). Dordrecht: Kluwer.
- Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C., & Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry*, 23(4), 183–192.
- Revonsuo, A., Kallio, S., & Sikka, P. (2009). What is an altered state of consciousness? *Philosophical Psychology*, 22(2), 187–204.
- Ritz, T., & Dahme, B. (1995). Die Absorption-Skala: Konzeptuelle Aspekte, psychometrische Kennwerte und Dimensionalität einer deutschsprachigen Adaptation. *Diagnostica*, 41(1), 53–61.
- Rost, J. (2004). *Lehrbuch Testtheorie – Testkonstruktion*. Bern: Huber.
- Schädlich, M., & Erlacher, D. (2012). Applications of lucid dreams: An online study. *International Journal of Dream Research*, 5(2), 134–138.
- Schredl, M. (1999). *Die nächtliche Traumwelt: eine Einführung in die psychologische Traumforschung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schredl, M., & Erlacher, D. (2004). Lucid dreaming frequency and personality. *Personality and Individual Differences*, 37(7), 1463–1473.

- Schredl, M., & Erlacher, D. (2011). Frequency of lucid dreaming in a representative German sample. *Perceptual and Motor Skills*, 112(1), 104–108.
- Sedlmeier, P., Eberth, J., Schwarz, M., Zimmermann, D., Haarig, F., Jaeger, S., & Kunze, S. (2012). The psychological effects of meditation: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 138(6), 1139–1171.
- Shear, J. (2006). *The experience of meditation: Experts introduce the major traditions*. St. Paul, MN: Paragon House.
- Simpson, T. L., Kaysen, D., Bowen, S., MacPherson, L. M., Chawla, N., Blume, A., ... Larimer, M. (2007). PTSD symptoms, substance use, and vipassana meditation among incarcerated individuals. *Journal of Traumatic Stress*, 20(3), 239–249.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Adkins, A. D., Wahler, R. G., Sabaawi, M., & Singh, J. (2007). Individuals with mental illness can control their aggressive behavior through mindfulness training. *Behavior Modification*, 31(3), 313–328.
- Snyder, T. J., & Gackenbach, J. (1988). Individual differences associated with lucid dreaming. In J. Gackenbach, & S. LaBerge (Eds.), *Conscious mind, sleeping brain* (pp. 221–259). New York: Springer.
- Spoormaker, V. I., & Van den Bout, J. (2006). Lucid dreaming treatment for nightmares: a pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(6), 389–394.
- Stepansky, R., Holzinger, B., Schmeiser-Rieder, A., Saletu, B., Kunze, M., & Zeitlhofer, J. (1998). Austrian dream behavior: Results of a representative population survey. *Dreaming*, 8(1), 23–30.
- Stumbrys, T., Erlacher, D., Johnson, M., & Schredl, M. (2014). The phenomenology of lucid dreaming: An online survey. *American Journal of Psychology*, 127(2), 191–204.
- Stumbrys, T., Erlacher, D., Schädlich, M., & Schredl, M. (2012). Induction of lucid dreams: A systematic review of evidence. *Consciousness and Cognition*, 21(3), 1456–1475.
- Sudsuang, R., Chentanez, V., & Veluvan, K. (1991). Effect of Buddhist meditation on serum cortisol and total protein levels, blood pressure, pulse rate, lung volume and reaction time. *Physiology & Behavior*, 50(3), 543–548.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., 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*, 68(4), 615–623.
- Tellegen, A. (1992). Note on structure and meaning of the MPQ Absorption Scale. *Unpublished Manuscript, University of Minnesota*.

- Tellegen, A., & Atkinson, G. (1974). Openness to absorbing and self-altering experiences ("absorption"), a trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology, 83*(3), 268–277.
- Thiemann, J. (2013). *Klartraum: Wie Sie Ihre Träume bewusst steuern können*. Reinbek: Rowohlt.
- Tholey, P. (1981). Empirische Untersuchungen über Klarträume. *Gestalt Theory, 3*(1–2), 21–62.
- Tholey, P. (1982). Wach' ich oder träum' ich? *Psychologie Heute, 9*(12), 68–78.
- Tholey, P., & Utecht, K. (1987). *Schöpferisch träumen. Der Klartraum als Lebenshilfe*. Niedernhausen: Falken-Verlag.
- Thomas, S., Pollak, M., & Kahan, T. L. (2015). Subjective qualities of dreams with and without awareness. *Dreaming, 25*(3), 173–189.
- Thompson, B. L., & Waltz, J. (2007). Everyday mindfulness and mindfulness meditation: Overlapping constructs or not? *Personality and Individual Differences, 43*(7), 1875–1885.
- Vaitl, D. (2012). *Veränderte Bewusstseinszustände: Grundlagen – Techniken – Phänomenologie*. Stuttgart: Schattauer.
- Vaitl, D., Birbaumer, N., Gruzelier, J., Jamieson, G. A., Kotchoubey, B., Kübler, A., ... Strauch, I. (2013). Psychobiology of altered states of consciousness. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice, 1*(S), 2–47.
- Wallace, K. R., Silver, J., Mills, P. J., Dillbeck, M. C., & Wagoner, D. E. (1983). Systolic blood pressure and long-term practice of the transcendental meditation (R) and TM-Sidhi Program: Effects of TM on systolic blood pressure. *Psychosomatic Medicine, 45*(1), 41–46.
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 health survey: manual and interpretation guide*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center.
- Watson, D. (2001). Dissociations of the night: individual differences in sleep-related experiences and their relation to dissociation and schizotypy. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(4), 526–535.
- Williams, J. M. G., Duggan, D. S., Crane, C., & Fennell, M. J. V. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology, 62*(2), 201–210.
- Woicik, P. A., Stewart, S. H., Pihl, R. O., & Conrod, P. J. (2009). The Substance Use Risk Profile Scale: a scale measuring traits linked to reinforcement-specific substance use profiles. *Addictive Behaviors, 34*(12), 1042–1055.

- Wolpin, M., Marston, A., Randolph, C., & Clothier, A. (1992). Individual difference correlates of reported lucid dreaming frequency and control. *Journal of Mental Imagery*, 16(3), 231–236.
- Woolfolk, R. L., Carr-Kaffashan, L., McNulty, T. F., & Lehrer, P. M. (1976). Meditation training as a treatment for insomnia. *Behavior Therapy*, 7(3), 359–365.
- World Health Organization (1997). *WHOQOL. Measuring quality of life*. Genf: WHO.
- World Health Organization (1948). *Official Records of the World Health Organization*, No. 2. Zugriff am 10.12.2015. Verfügbar unter http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

<i>Abbildung 1.</i> Fehlrepräsentationen	7
<i>Abbildung 2.</i> Arten und Methoden von veränderten Bewusstseinszuständen	7
<i>Abbildung 3.</i> Techniken zur Induktion von Klarträumen	13

Tabellen

<i>Tabelle 1.</i> Häufigkeiten und Anteilswerte der Gruppenzugehörigkeit in Abhängigkeit vom Geschlecht	28
<i>Tabelle 2.</i> Lebensalter im Gruppenvergleich	28
<i>Tabelle 3.</i> Häufigkeiten und Anteilswerte von Familienstand, Bildung und Beschäftigung im Gruppenvergleich	29
<i>Tabelle 4.</i> Reliabilitätskoeffizienten (Cronbachs Alpha (α)) und Median der korrigierten Trennschärfen für die Skalen der SF-36	32
<i>Tabelle 5.</i> Reliabilitätskoeffizienten (Cronbachs Alpha (α)) und Median der korrigierten Trennschärfen für die Skalen des SURPS.....	33
<i>Tabelle 6.</i> Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation für den Zusammenhang zwischen Sensation Seeking, Absorption und den Summenskalen der SF-36.....	33
<i>Tabelle 7.</i> Vergleich der Häufigkeitsgruppen von Meditation in Bezug auf Absorption und Sensation Seeking.....	34
<i>Tabelle 8.</i> Vergleich der Häufigkeitsgruppen von Klartraum in Bezug auf Absorption und Sensation Seeking.....	34
<i>Tabelle 9.</i> Vergleich der Häufigkeitsgruppen von Meditation in Bezug auf die Skalen der SF-36.....	35
<i>Tabelle 10.</i> Vergleich der Häufigkeitsgruppen von Klartraum in Bezug auf die Skalen der SF-36.....	36
<i>Tabelle 11.</i> Vergleich zwischen konzentrativer Meditation und Achtsamkeitsmeditation bezüglich der Summenskalen der SF-36.....	37
<i>Tabelle 12.</i> Vergleich Klartraum mit und Klartraum ohne Übung in den Summenskalen der SF-36	37
<i>Tabelle 13.</i> Sensation Seeking und Absorptionsfähigkeit im Gruppenvergleich	38
<i>Tabelle 14.</i> SF-36-Skalen im Gruppenvergleich.....	40

Abkürzungsverzeichnis

BVP	Bewusstseinsverändernde Praktik(en)
KG	Kontrollgruppe
KT	Klartraum
MBSR	mindfulness-based stress reduction
Med	Meditation
KT*Med	Klartraum+Meditationsgruppe/ Meditation+Klartraumgruppe
SF-36	Short Form 36 – Health Survey
SURPS	Substance Use Risk Profile Scale
WHO	World Health Organization