



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Chronischer Stress und Erschöpfung bei
Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen zu
Zeiten der COVID-19-Pandemie in Österreich“

verfasst von / submitted by

Monika Matz, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2024 / Vienna 2024

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

UA 066 840

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

Masterstudium Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Urs Nater

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich meine Dankbarkeit für die Betreuung dieser Masterarbeit durch Univ.-Prof. Dr. Nater, welcher die Umsetzung der vorliegenden Studie erst ermöglicht hat, aussprechen. Vielen Dank für Ihre Unterstützung über den gesamten Prozess hinweg sowie für all die lehrreichen Antworten auf meine vielen Fragen.

Ebenso möchte ich meinen Eltern wie auch meinen Großeltern für ihre bedingungslose und liebevolle Unterstützung seit jeher danken. Danke auch an all meine Freundinnen und Freunde, denn sie haben meine Studienzeit mit den schönsten Erinnerungen bereichert. Nicht zuletzt gilt mein Dank meinem Partner, Stéphane, der mir unentwegt mit ermutigendem Zuspruch zur Seite gestanden hat.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung und theoretischer Hintergrund	6
Psychische Gesundheitsversorgung in Zeiten von erhöhtem Risiko und Unsicherheit.....	6
Chronischer Stress und Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen	7
Die COVID-19-Pandemie in Österreich	7
Herausforderungen und Folgen für Psychotherapeut*innen und Klinische Psycholog*innen.....	8
Stresstheoretische Grundlagen.....	10
Das Transaktionale Modell der Stressreaktion	11
Chronischer und akuter Stress	12
Das Allostatic-Load-Konzept	13
Physiologische Folgen von chronischem Stress	14
Erschöpfung	14
Resilienz.....	15
Soziale Unterstützung	17
Dispositionale Stressreaktivität.....	19
Gegenwärtige Forschungslücken und die vorliegende Studie	20
Fragestellung und Hypothesen.....	22
Methode	23
Untersuchungsdesign	23
Vorgehen.....	23
Stichprobe	24
Messinstrumente / gemessene Variablen	25
Chronischer Stress	25
Erschöpfung	26
Resilienz.....	27
Soziale Unterstützung	27
Dispositionale Stressreaktivität.....	28

Kontrollvariablen	28
Auswertung	29
Ergebnisse	30
Deskriptive Statistiken	30
Multiple Lineare Regressionsanalyse	31
Überprüfung der Voraussetzungen der Moderationsanalysen	34
Moderationsanalyse 1: Resilienz	35
Moderationsanalyse 2: Soziale Unterstützung	36
Korrelationsanalyse	37
Diskussion	38
Der Einfluss von chronischem Stress auf Erschöpfung	38
Untersuchung der protektiven Wirkung von Resilienz und sozialer Unterstützung	40
Dispositionale Stressreaktivität und Erschöpfung	43
Stärken und Limitationen	44
Zukünftige Forschungsmöglichkeiten und praktische Implikationen	46
Conclusio	49
Literaturverzeichnis	50
Abbildungsverzeichnis	60
Tabellenverzeichnis	61
Abkürzungsverzeichnis	62
Anhang A - Teilnehmerinformation	63
Anhang B - Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie	69
Anhang C - Soziodemographische und berufsbezogene Datenerhebung	70
Anhang D - Screening Skala zur Erhebung des chronischen Stresses	73
Anhang E - Skala zur wahrgenommene Stressreaktivität	74
Anhang F - Resilienzskala	78
Anhang G - Berliner Social Support Skalen	79
Anhang H - Erfassung der Erschöpfung	80

Anhang I - Attention Check und Abfrage der depressiven Symptomatik	81
Anhang J - Erstellung eines persönlichen Codewortes für die Follow-Up-Studie.....	82
Anhang K – Auflistung der kontaktierten Anlaufstellen	83
Anhang L - Abstract	84
Anhang M - Zusammenfassung	85

Einleitung und theoretischer Hintergrund

Psychische Gesundheitsversorgung in Zeiten von erhöhtem Risiko und Unsicherheit

Der Ausbruch der COVID-19¹-Pandemie stellte nicht nur eine weltweite Bedrohung für die physische Gesundheit der Menschen dar, sondern trug ebenso negative Folgen für die psychische Gesundheit mit sich (Salari et al., 2020). Studienergebnisse zeigten doppelt so hohe Raten an Stress in der Allgemeinpopulation seit dem Beginn der COVID-19-Pandemie (Salari et al., 2020; Necho et al., 2021; Blasco-Belled et al., 2022). Personen, welche im Gesundheitssystem tätig sind, scheinen unter noch größeren Belastungen zu stehen als die Allgemeinpopulation, da bei diesen Berufsgruppen eine noch höhere Prävalenz von Stress berichtet wurde (Mahmud et al., 2022).

Ein Großteil der bisherigen Studien, welche in der psychischen Gesundheitsversorgung tätige Personen zu Zeiten der COVID-19-Pandemie untersucht haben, haben sich auf die Befragung von Psychiater*innen konzentriert (Ogutlu et al., 2021; Jokić-Begić et al., 2020; Uscher-Pines et al., 2020). Diesen Studien zufolge sind Psychiater*innen durch die COVID-19-Pandemie diversen zusätzlichen Stressoren ausgesetzt (Ogutlu et al., 2021) und niedrige Resilienz wurde als ein möglicher Risikofaktor in Zusammenhang mit Stress identifiziert (Jokic-Begic et al., 2020). Eine Studie, welche zu Beginn der COVID-19-Pandemie in Deutschland durchgeführt wurde, verglich den moralischen Stress² verschiedener Berufsgruppen (i.e. Ärzt*innen, Psycholog*innen/Psychotherapeut*innen, Seelsorger*innen, Krankenpfleger*innen und medizinisch-technischen Assistent*innen). Die Ergebnisse dieser Studie zeigten, dass moralischer Stress bei Krankenpfleger*innen und medizinisch-technischen Assistent*innen höher war als bei Ärzt*innen, Psycholog*innen/Psychotherapeut*innen und Seelsorger*innen. Außerdem wurden keine Unterschiede hinsichtlich des moralischen Stresses zwischen Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen/Psycholog*innen und Seelsorger*innen gefunden (Schneider et al., 2021). In Österreich wurden im Jahr 1990 das „Psychotherapiegesetz“ und das „Psychologengesetz“ verabschiedet, welche die Berufsgruppen der „Psychotherapeut*innen“ und „Klinischen Psycholog*innen“ voneinander unterscheiden sowie Kriterien zur Ausübung der jeweiligen beruflichen Tätigkeiten beziehungsweise zur Verwendung der Berufsbezeichnungen festlegen (vgl. Van Broeck & Lietaer, 2008). Der Studie von Schneider und Kolleg*innen (2021) kann entnommen werden, dass den Berufsgruppen der Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen gleich viel Aufmerksamkeit in der Forschung zu Zeiten der COVID-19-Pandemie gewidmet werden muss wie jener der Psychiater*innen.

¹ Infektionskrankheit, die durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursacht wird (WHO, n.d.).

² Form von Stress, welche eintritt, wenn eine Person eine bestimmte Handlung als moralisch richtig beurteilt, aber aufgrund von hierarchischen oder institutionellen Beschränkungen davon abgehalten wird, entsprechend ihrer ethischen Überzeugungen zu handeln (Jameton, 1984).

Chronischer Stress und Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen

Bei jenen Studien, welche Psychotherapeut*innen bereits vor Ausbruch der COVID-19 Pandemie untersucht haben, wurde großteils berufsbezogener Stress untersucht (Maslach, 2003; Acker, 2010; Peterson et al., 2008), während die Erforschung von chronischem Stress weitgehend vernachlässigt wurde. Beispielsweise fand Maslach (2003), dass berufsbezogener Stress ein häufig auftretendes Problem bei Psychotherapeut*innen ist. Tatsächlich berichten über die Hälfte befragter Psychotherapeut*innen ein mittel bis hohes berufsbezogenes Stresslevel, was wiederum ein Risiko für verminderte Lebensqualität, mehr psychische Schwierigkeiten, Arbeitsversäumnis und Personalwechsel darstellt (Acker, 2010; Peterson et al., 2008). Da zum jetzigen Zeitpunkt keine Studien, welche chronischen Stress bei Psychotherapeut*innen beziehungsweise Klinischen Psycholog*innen untersuchen, bekannt sind, und chronischer Stress aus klinischer Perspektive eine überaus relevante Variable darstellt, muss diese Forschungslücke dringend gefüllt werden. Auch die Prävalenz von Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen wurde in bisherigen Forschungsunternehmungen nicht untersucht, denn der Großteil der bisher durchgeführten Studien hat sich auf die Erforschung von Well-Being und Burnout begrenzt (Van Hoy et al., 2022). In einer Metaanalyse von Simionato und Simpson (2018) wurde beispielsweise beschrieben, dass über die Hälfte von untersuchten Psychotherapeut*innen mittelhohe Level von Burnout berichteten, wobei die Mehrheit der Studienergebnisse auf quantitativen, querschnittlichen Befragungen mittels Selbstberichten basieren. Ein jüngeres Alter, weniger Arbeitserfahrung und übermäßige Involviertheit in die Probleme der Klient*innen waren den Ergebnissen dieser Studie zufolge die häufigsten persönlichkeitsbezogenen Risikofaktoren für mittelhohe Level von Stress und Burnout bei Psychotherapeut*innen (Simionato & Simpson, 2018). Ob Burnout für klinische Zwecke als eine diagnostische Kategorie verwendet werden kann, wird in der heutigen Forschung jedoch kritisch diskutiert, da es wenig Übereinstimmung hinsichtlich der Operationalisierung der Burnout-Kriterien gibt (Doerr & Nater, 2017). Die Validität von Erschöpfung als zu messendes Konstrukt ist hingegen gut belegt (Smets et al., 1995). Daher sollte dem Konstrukt der Erschöpfung auch in Studien, welche Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen untersuchen, mehr Aufmerksamkeit zugewendet werden.

Die COVID-19-Pandemie in Österreich

In Österreich wurden die ersten COVID-19-Infektionsfälle Ende Februar des Jahres 2020 gemeldet. Daraufhin wurden von Mitte März 2020 bis Jänner 2022 mehrere Lockdown-Maßnahmen gesetzt, um der Verbreitung von COVID-19 entgegenzuwirken und erst im Laufe des Jahres 2022 wurden viele COVID-19-Maßnahmen (beispielsweise die Maskenpflicht in Supermärkten und die Absonderungspflicht von COVID-19-Infizierten) wieder zurückgenommen (Universität Wien, n.d.).

Im weiteren Verlauf des Jahres 2022 traten mehrere neue Krisen - allen voran der Ukraine-Krieg, die Energiekrise und die damit verbundene Teuerung - in den Vordergrund, wodurch COVID-19 zunehmend aus dem Bewusstsein der Bevölkerung verdrängt wurde (WHO, n.d.). Diese neuen Krisen und die wachsende „Pandemiemüdigkeit“ führten beispielsweise dazu, dass die im Herbst 2022 begonnene Impfkampagne für Auffrischungsimpfungen nur in moderatem Tempo voranschritt (Universität Wien, n.d.).

Das Stresslevel der österreichischen Allgemeinpopulation wurde im Laufe der Pandemie mehrmals evaluiert. Eine Studie von Pieh et al. (2020) fand, dass der Ausbruch der Pandemie sowie der erste COVID-19-Lockdown im April des Jahres 2020 speziell für Frauen, junge Erwachsene (unter 35 Jahren), Arbeitslose und Personen mit geringem Einkommen besonders stressvoll gewesen sind. Die Lockerung der COVID-19-Maßnahmen führte nach sechs Wochen zwar nicht zu einer Verbesserung (Pieh et al., 2021a), aber sechs Monate nach dem ersten COVID-19-Lockdown war ein leichter Besserungstrend hinsichtlich des Stresslevels zu beobachten (Pieh et al., 2021b). Ende des Jahres 2020 beziehungsweise Anfang des Jahres 2021 blieb das Stresslevel unverändert (Dale et al., 2021). Ungefähr ein Jahr später fanden Humer et al. (2022a), dass die Benutzung von Smartphones während der COVID-19-Pandemie bei der österreichischen Allgemeinpopulation positiv mit Stress korrelierte und physische Inaktivität ebenfalls mit einer größeren Wahrscheinlichkeit von Stress assoziiert war. Schließlich zeigten Daten, welche Ende April des Jahres 2022 erhoben wurden, ebenfalls keine signifikanten Veränderungen in Bezug auf den erlebten Stress im Vergleich zu Daten, welche zu Beginn der Pandemie erfasst wurden (Humer et al., 2022b). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass das Stresslevel der österreichischen Allgemeinpopulation mit dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie angestiegen ist und seither keine beobachtbare Verbesserung eingetreten ist.

Herausforderungen und Folgen für Psychotherapeut*innen und Klinische Psycholog*innen

Auch die Prävalenz von psychischen Störungen ist seit dem Beginn der COVID-19-Pandemie signifikant angestiegen (Pieh et al., 2020) und selbst zwei Jahre später nicht zurückgegangen (Humer et al., 2022b). Mit diesem Anstieg an psychischen Belastungen innerhalb der österreichischen Allgemeinpopulation und dem damit verbundenem erhöhten Bedarf an psychischer Gesundheitsfürsorge (vgl. Mitra & Kavoor, 2020), nehmen Psychotherapeut*innen und Klinische Psycholog*innen in Österreich eine essenzielle Rolle ein, da sie professionelle Unterstützung für Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen zur Verfügung stellen. Gleichzeitig sind Psychotherapeut*innen und Klinische Psycholog*innen neben den generellen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zusätzlichen Herausforderungen ausgesetzt. Zu diesen Herausforderungen gehören das Implementieren neuer Behandlungsmethoden (beispielsweise via Telefon oder

Internet), eine höhere Wahrscheinlichkeit für Sekundäre Traumatisierungen³ und Selbstzweifel, welche sich auf die eigene Profession beziehen (Aafjes-van Doorn et al., 2022). Weiters sind Psychotherapeut*innen und Klinische Psycholog*innen nicht nur mit einer höheren Anzahl an therapeutische Unterstützung suchenden Patient*innen konfrontiert (Humer et al., 2021a), sondern stehen auch vor der Herausforderung, Patient*innen mit größeren Belastungen sowie verstärkten psychischen Stress zu behandeln (Litam et al., 2021). Diese Aspekte könnten das Risiko von erschöpfungsbezogenen Symptomen bei diesen Berufsgruppen erhöhen (Joshi & Sharma, 2020).

Das wahrgenommene Stresslevel österreichischer Psychotherapeut*innen war während des ersten COVID-19-Lockdowns höher als bei vergleichbaren Stichproben (Probst et al., 2020). Verglichen mit der österreichischen Allgemeinbevölkerung zeigten Telefonseelsorge-Berater*innen jedoch weniger Stress nach dem dritten COVID-19-Lockdown (Humer et al., 2021b). Frühere Erfahrungen mit Teletherapie⁴ sowie Veränderungen in der Anzahl an Patient*innen im Vergleich zu Zeiten vor der COVID-19-Pandemie scheinen nicht mit dem wahrgenommenen Stress von Psychotherapeut*innen assoziiert zu sein (Probst et al., 2020). Litam und Kolleg*innen (2021) untersuchten das Ausmaß, in welchem wahrgenommene Stresslevel Burnout bei professionellen Berater*innen vorhersagen. Die Ergebnisse dieser Studie zeigten eine starke positive Assoziation zwischen den wahrgenommenen Stressleveln und Burnout. Es ist durchaus denkbar, dass ein ähnlich starker Zusammenhang zwischen chronischem Stress und Erschöpfung besteht. Zum derzeitigen Moment gibt es keine Studien, welche diesen Zusammenhang bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen in Zeiten der COVID-19-Pandemie untersucht haben. Der Nachweis eines solchen Zusammenhanges wäre aufgrund seiner praktischen Implikationen jedoch von großer Relevanz.

Schaffler und Kolleg*innen (2022) führten von April bis Juni 2022 eine Online-Befragung zur psychischen Gesundheit von Psychotherapeut*innen während der COVID-19-Pandemie in Österreich durch und verglichen sie mit der Allgemeinpopulation. Im Rahmen dieser Studie überschritten Psychotherapeut*innen im Vergleich zur Allgemeinpopulation mit einer niedrigeren Wahrscheinlichkeit die Cut-Off-Werte für klinisch-relevante Symptome für Depressionen, Angststörungen, Schlafstörungen und Stress. In Hinsicht auf diese Ergebnisse betonen die Autor*innen die Notwendigkeit von zukünftigen Untersuchungen, welche die unterliegende Wirkung von protektiven Faktoren in diesem Zusammenhang untersuchen. Beispielsweise zeigten Psychotherapeut*innen während der ersten Monate der COVID-19-Pandemie Resilienz, indem sie

³ Ein kumulativer und schädlicher Effekt bei Therapeut*innen, welche empathisch mit traumatisierten Patient*innen interagieren (McCann & Pearlman, 1990).

⁴ Therapeutisches Format, welches während der COVID-19-Lockdowns verwendet wurde.

eine Abnahme von professionsbezogenen Selbstzweifeln über die Zeit berichteten (Aafjesvan Doorn et al., 2022). Es ist aber bisher noch unklar, inwiefern Resilienz oder soziale Unterstützung als schützende Faktoren in Bezug auf chronischen Stress und Erschöpfung bei diesen Berufsgruppen wirken können. Auch der Einfluss von anderen, potentiell einflussreichen Faktoren wie dispositionaler Stressreaktivität wurde noch nicht erforscht und könnte weitreichende Erkenntnisse in diesem Zusammenhang mit sich bringen.

Des Weiteren stellen die meisten der hier angeführten Studien Befragungen von Psychotherapeut*innen dar. Die Auswirkung der COVID-19-Pandemie auf die Berufsgruppe der Klinischen Psycholog*innen in Österreich wurde bislang nicht erfasst. Schließlich handelt es sich bei einem Großteil der Studien in diesem Forschungsfeld um querschnittliche Erhebungen. Es braucht weitere längsschnittliche Untersuchungen, um die Langzeiteffekte der COVID-19-Pandemie bezüglich chronischem Stress und Erschöpfung zu erheben, denn hohe psychische Belastungen bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen haben nicht nur negative Folgen für die Betroffenen, sondern ebenso für den gesamten psychotherapeutischen Prozess und somit die Behandlung der Patient*innen (Simionato & Simpson, 2018).

Stresstheoretische Grundlagen

In der heutigen Gesellschaft ist Stress praktisch omnipräsent und durchflutet fast alle Bereiche des täglichen Lebens (Nater, 2021). Dennoch ist der derzeitige wissenschaftliche Erkenntnisstand noch weit davon entfernt, das Phänomen gänzlich erklären zu können. In der Stressforschung stehen Wissenschaftler*innen vor allem vor der Herausforderung, Stress zu konzeptualisieren sowie zu definieren und auch die Abgrenzung von Stress zu Ängstlichkeit oder anderen negativen Affekten stellt eine Schwierigkeit in diesem Zusammenhang dar (Nater, 2021). Obwohl es oftmals versucht wurde, Stress und die damit einhergehenden Charakteristika zu definieren, gibt es bisher keine einheitliche Stresstheorie. Die vorhandene Literatur orientiert sich an einer Vielfalt von verschiedenen theoretischen Ansätzen, wobei die Theorien von Lazarus und Folkman (1984) beziehungsweise McEwen (1998) allgegenwärtig sind.

In der Umgangssprache wird das Wort „Stress“ meist sowohl für die Bezeichnung des Auslösers (genannt „Stressor“) als auch der körperlichen Auswirkungen und psychischen Befindlichkeit (i.e. der „Stressreaktion“) genutzt (Nater et al., 2020). Doch ist es erst das Resultat einer komplexen Interaktion unterschiedlicher Faktoren, ob ein Stressor eine Stressreaktion auszulösen vermag, wobei objektive Kennwerte des Stressors (Dauer, Intensität und Häufigkeit) mit den subjektiven Einschätzungen des Individuums (Bewertung von Stressor und Bewältigungsmöglichkeiten, frühere Erfahrungen, individuelle Stresssensitivität, soziales Umfeld) interagieren (Nater et al., 2020). Ebenso darf die Tatsache nicht außer Acht gelassen werden, dass das Erleben von Stress und seinen psychobiologischen Korrelaten durch diverse dispositionale

Faktoren und Kontextfaktoren beeinflusst wird: Beispielsweise gehören Genetik, Persönlichkeit, Resilienz, regulatorische Fähigkeiten und Selbsteffizienz zu diesen dispositionalen Faktoren, wobei der Einfluss genetischer Information gegenwärtig vermutlich am gründlichsten erforscht wird (Nater, 2021). Auch dispositionale Stressreaktivität spielt hierbei eine wichtige Rolle (vgl. Schulz et al., 2005). Zu den relevantesten Kontextfaktoren zählen unter anderem der soziale und kulturelle Kontext, Arbeit und Freizeit, familienbezogene und dyadische Systeme, Umgebungsfaktoren, physische Fitness und der Ernährungsstatus (Nater, 2021). Soziale Unterstützung stellt ebenso einen Kontextfaktor von großer Wichtigkeit dar (vgl. Klauer & Schwarzer, 2001). Stress wird demnach als ein facettenreiches sowie multi-dimensionales Konstrukt betrachtet, was bei der Konzeptualisierung und Operationalisierung berücksichtigt werden sollte (Nater, 2018).

Das Transaktionale Modell der Stressreaktion

Nicht nur schwerwiegende kritische Lebensereignisse (beispielsweise Verkehrsunfälle oder der Verlust einer nahestehenden Person) werden als Stressoren wahrgenommen, sondern auch kleinere und weniger einprägsame Ereignisse des Alltags können als solche angesehen werden (Nater et al., 2020). Es ist jedoch zu betonen, dass nicht jedes Ereignis an sich als Stressor empfunden werden muss. Die Mehrheit von potenziell stressreichen Ereignissen wird als gewöhnlich erlebt, außer sie werden hinsichtlich der anforderungsreichen Natur der Umgebung, der Verfügbarkeit von Bewältigungsressourcen oder beiden gemeinsam als nicht zu bewältigen bewertet (Nater et al., 2020). Auf diesem Grundgedanken basiert das „Transaktionale Modell der Stressreaktion“ der Stressforscher*innen Richard S. Lazarus und Susan Folkman, welche der psychologischen Komponente - im Speziellen der Bewertung - eine zentrale Rolle zuweisen.

Lazarus und Folkman (1984) betonen in ihrer Definition von Stress die Beziehung zwischen Person und Umwelt, wodurch sowohl die Eigenschaften der Person, als auch die Natur des umgebungsbezogenen Ereignisses berücksichtigt werden. Dies spiegelt auch das moderne medizinische Konzept von Krankheit wider, in welchem Krankheit nicht nur durch einen äußerlichen Organismus ausgelöst wird, sondern der Ausbruch einer Krankheit ebenso abhängig von der Anfälligkeit eines Organismus ist. In ähnlicher Weise gibt es den Autor*innen zufolge keinen objektiven Weg, um psychologischen Stress als eine Reaktion vorherzusagen, ohne die Eigenschaften der Person zu beachten. Demnach verkörpert psychologischer Stress nach Lazarus und Folkman die Beziehung zwischen einer Person und einer Umwelt, welche von der Person als anstrengend oder die eigenen Ressourcen übertreffend und gefährdend für das eigene Wohlergehen eingeschätzt wird. Im Zentrum dieses Prozesses stehen im „Transaktionalen Modell der Stressreaktion“ also kognitive Bewertungen, da das Eintreten einer Stressreaktion davon abhängt, ob ein Stimulus als bedrohlich bewertet wird. Die grundlegende Annahme ist der kontinuierliche Austausch zwischen Person und Umwelt, die „Transaktion“ (Lazarus & Folkman, 1984).

Abschließend identifizieren Lazarus und Folkman (1984) drei Arten von kognitiven Bewertungen: primäre, sekundäre und Reappraisals. „Primäre Bewertungen“ bestehen den Autor*innen zufolge aus der Beurteilung eines Ereignisses als irrelevant, positiv oder stressvoll und „sekundäre Bewertungen“ bezeichnen das Urteil, welche Handlungsmöglichkeiten bestehen. „Reappraisal“ (übersetzt „Wieder-Bewertung“) beschreibt eine veränderte Bewertung auf Basis neuer Informationen aus der Umwelt und/oder der Person (Lazarus & Folkman, 1984).

Chronischer und akuter Stress

Des Weiteren kann zwischen „akutem“ und „chronischem“ Stress unterschieden werden. Nach Schulz und Kolleg*innen (2004) tritt „akuter Stress“ bei einmaligen, oft außergewöhnlichen Belastungen auf, wodurch der Beginn abrupt mit einem erkennbaren Anfang ist und die Belastungen von relativ kurzer Dauer mit einem erkennbaren Ende sind. Akuter Stress ist den Autor*innen zufolge häufig mit neuen Anforderungen sowie wechselnden Umgebungsbedingungen verbunden. Der Mangel bezüglich der Befriedigung relevanter Bedürfnisse spielt daher bei akutem Stress eine untergeordnete Rolle. Bei Personen, die akuten Stress erleben, ist eine Tendenz erkennbar, besondere Bewältigungsmaßnahmen zur Stressreduktion einzusetzen (Schulz et al., 2004).

„Chronischer Stress“ hingegen entspricht dem wiederholten Auftreten unterschiedlicher Stressoren oder einem Ausbleiben normaler adaptiver Mechanismen beim wiederholten Auftreten desselben Stressors (McEwen, 1998). Die Erforschung dieses Konzeptes dient der Identifizierung lang andauernder oder häufig wiederkehrender Alltagsbelastungen mit pathogenen Auswirkungen sowie der Erklärung empirisch nachgewiesener Zusammenhänge zwischen soziostrukturellen Variablen beziehungsweise Personenmerkmalen und Gesundheitsbeeinträchtigungen (Dougall & Baum, 2001). Im Gegensatz zu akutem Stress hängt das Auftreten von chronischem Stress nach Schulz et al. (2004) mit episodisch wiederkehrenden Belastungen zusammen, aber auch kurzzeitige, intensive (traumatische) Belastungen mit lang andauernden Auswirkungen können Auslöser darstellen. Der Beginn von chronischem Stress ist daher vorwiegend schleichend und ohne erkennbaren Anfang. Bei chronischem Stress ist den Autor*innen zufolge die Dauer der Belastungen meist lang sowie ohne erkennbarem Ende und chronischer Stress steht in Zusammenhang mit täglichen Routinen beziehungsweise eher gleichbleibenden Umgebungsbedingungen. Im Kontrast zu akutem Stress betonen Schulz und Kolleg*innen die Wichtigkeit des Mangels an Befriedigung relevanter Bedürfnisse in diesem Zusammenhang. Deshalb können den Autor*innen nach auch sogenannte „non-events“ (i.e. erwünschte Ereignisse, die nicht eintreten⁵) chronischen Stress erzeugen. Aufgrund des schleichenden Beginns besteht oft

⁵ Beispielsweise die Geburt eines Kindes oder der therapeutische Fortschritt bei Patient*innen.

keine Veranlassung dazu, besondere Bewältigungsmaßnahmen zur Stressreduktion einzusetzen und, ob akuter Stress chronisch wird, hängt unter anderem von den Kompetenzen zur Stressbewältigung ab (Schulz et al., 2004). Diese sind dementsprechend von hoher Relevanz und sollten auch bei der Entwicklung von Interventionen zur Behandlung von chronischem Stress berücksichtigt werden.

Das Allostatic-Load-Konzept

Um zu erklären, wann potentiell zu körperlichen Beschwerden führende Fehlanpassungen an Stress auftreten, kann als Erklärungsansatz das Konzept des „Allostatic Load“ (deutsch „allostatische Belastung“) herangezogen werden (McEwen, 1998). Der Begriff „Allostase“ beschreibt die überlebensnotwendige Fähigkeit, trotz Veränderungen Stabilität zu erreichen und umfasst somit alle Strategien des Organismus, sich einer stets verändernden Umwelt anzupassen (Sterling & Eyer, 1988). Dies geschieht, indem unterschiedliche Körpersysteme trotz ungünstiger Umstände im Gleichgewicht bleiben (McEwen, 1998). Auch Stress kann als Bedrohung der Homöostase (i.e. des Gleichgewichts innerhalb des Körpers) definiert werden (Nater et al., 2020). Der Körper wird nach McEwen (1998) durch Allostase geschützt, indem sich das Autonome Nervensystem, die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse, das kardiovaskuläre System, das metabolische System und das Immunsystem an interne und externe Stressoren anpassen. Eine physiologische Antwort auf einen Stressor kann demnach als Versuch verstanden werden, den Körper in einem Gleichgewichtszustand zu halten. „Allostatic Load“ geschieht McEwen (1998) zufolge, wenn ein Stresszustand zu lange anhält und beschreibt die Langzeitfolgen von physiologischen Reaktionen zu Stress. Im „Allostatic-Load-Konzept“ werden somit zwei bedeutsame Faktoren stressabhängiger Erkrankungen integriert, denn Dosis und Wirkungsdauer beeinflussen gleichermaßen die biologische Reaktion und Konsequenzen (Nater et al., 2020). Robert Sapolsky (2015) veranschaulichte diesen Zusammenhang mit der graphischen Darstellung einer umgekehrten U-Kurve: Sehr niedrige und sehr hohe langandauernde Belastungen tragen negative Konsequenzen für die Gesundheit, aber milde bis moderate Belastungen haben stimulierende und sogar gesundheitsfördernde Effekte.

Es ist die ungünstige Kombination von zu hohen Anforderungen oder Bedrohungen aus der Umgebung und individuellen Charakteristika, welche nach dem „Allostatic-Load-Konzept“ einen ersten Schritt in Richtung Krankheit repräsentiert (McEwen, 1988). Genauer resultieren spezifische Kombinationen, wie beispielsweise starke Stressoren aus der Umgebung und unzureichende psychologische Ressourcen, laut McEwen (1988) in exzessiv hoher physiologischer Aktivität. Halten diese physiologischen Veränderungen über eine längere Zeit an, kann dem Autor zufolge die Entstehung von Krankheiten hervorgerufen oder exazerbiert werden. Es ist daher nicht überraschend, dass Stress als gemeinsamer Nenner für eine Vielzahl von psychiatrischen Diagnosen ausführlich diskutiert wurde und als ätiologischer Faktor eine besondere Wichtigkeit für

transdiagnostische Ansätze hinsichtlich der Konzeptualisierung und Behandlung von psychischen Störungen besitzt (Wilamowska et al., 2010).

Physiologische Folgen von chronischem Stress

Aufgrund des facettenreichen Verständnisses von Stress, sollte die Erfassung dieses Konzeptes auf multi-dimensionale Weise und unter ökologisch validen Bedingungen geschehen (Nater, 2021). Beispielsweise proponieren Skoluda und Kolleg*innen (2021) die Untersuchung von Haaren als wichtige Quelle des Stresshormons Kortisol. Aus Kapazitätsgründen wurde in der vorliegenden Studie hauptsächlich die psychologische Komponente von chronischem Stress untersucht. Dennoch soll an dieser Stelle flüchtig auf die biologische Komponente des Stressmodells eingegangen werden, um die physiologischen Konsequenzen von chronischem Stress auf den menschlichen Körper darzustellen: Wird Stress langfristig aufrechterhalten, so kann daraus eine verringerte Aktivität und Reaktivität der endokrinen Stressachse entstehen, was problematisch ist, da Kortisol als wichtige endokrine Variable einen hemmenden Einfluss auf das Immunsystem hat und erhöhter chronischer Stress somit zu einer Reihe an gesundheitlichen Folgen führen kann (Nater et al., 2020). Die immunologischen Auswirkungen von chronischem Stress wurden in den vergangenen Jahren beispielsweise von der Arbeitsgruppe um Janice Kiecolt-Glaser untersucht. Als Grundlage für ihre Forschung nutzten Kiecolt-Glaser et al. (1995) die Beobachtung, dass die langjährige Betreuung von chronisch Kranken durch Angehörige mit einem stark erhöhten Stressniveau einhergeht. Dies führt - entsprechend der zuvor beschriebenen Theorie von McEwen (1998) - wiederum zu endokrinen Veränderungen der Angehörigen, welche in ihrem Ausmaß massiv sind. Kiecolt-Glaser und Kolleg*innen (1995) applizierten bei Angehörigen von Demenzkranken sowie einer Kontrollgruppe eine Wunde, indem Gewebe im Ausmaß von 3,5 mm am Arm entnommen wurde. Die Beobachtung des Heilprozesses in dieser Studie zeigte, dass bei der Angehörigen-Gruppe die Wundheilung deutlich langsamer fortschritt (24% längere Dauer) und die Wunde nach fünf Wochen weiterhin signifikant größer als bei Personen der Kontrollgruppe war (Kiecolt-Glaser et al., 1995). Mit diesen Ergebnissen wurde zum ersten Mal nachgewiesen, dass erhöhter chronischer Stress sichtbare Folgen für das Immunsystem besitzt.

Erschöpfung

Es ist durchaus möglich, dass Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen ebenso eine Folge von chronischem Stress darstellen könnte, da chronischer Stress generell einen Risikofaktor für die Gesundheit repräsentiert und mit physischen Beschwerden, Depressiven Störungen sowie Erschöpfung in Verbindung gebracht wird (Schulz et al., 2004). Mit dem Konstrukt der Erschöpfung ist nicht der alltagssprachliche Ausdruck „sich erschöpft fühlen“ - wie man die gewöhnliche Erfahrung nach beispielsweise ungenügend Schlaf oder körperlicher

Überanstrengung beschreiben würde - gemeint. Stattdessen meint „Erschöpfung“ im psychologischen Kontext ein Gefühl der generellen Ermattung, extremer Müdigkeit, Kraftlosigkeit und des Mangels an Energie (Schwarz et al., 2003). In der Vergangenheit wurde ein korrelativer Zusammenhang zwischen Erschöpfung und anderen psychischen Faktoren wie depressiver Symptomatik, Angststörungen und emotionalem Stress nachgewiesen (Chen, 1986). Der Zusammenhang mit depressiven Symptomen ist hierbei hervorzuheben, da Erschöpfung einen wichtigen Aspekt dieser psychischen Störung darstellt (Smets et al., 1995).

Bei Patient*innen, die an chronischen Krankheiten leiden, werden neben dem Erleben von Stress auch häufig Symptome von Erschöpfung berichtet (vgl. Hirsch & Sirois, 2016). Das Konstrukt der Erschöpfung korreliert beispielsweise signifikant mit chronischen Krankheiten wie Arthritis, Asthma und Anämie (Chen, 1986). Mittlerweile ist auch bekannt, dass Erschöpfung einen wichtigen Einfluss auf die allgemeinen Lebensqualität von Krebspatient*innen ausübt (Schwarz et al., 2003) und einen negativen Effekt auf deren Selbstfürsorge (Rhodes et al., 1988) besitzt. In einer Telefonbefragung berichteten Krebspatient*innen, dass deren Erschöpfung schlimmer als Schmerzsymptome empfunden wurde, und, dass Erschöpfung einen größeren Einfluss auf ihr alltägliches Leben hatte als Übelkeit, Schmerzen oder depressive Symptome (Curt, 2000). Diese Befunde unterstreichen die Relevanz dieser Forschungsvariable für das menschliche Wohlbefinden.

Schließlich ist Erschöpfung das Kernsymptom des Chronischen Erschöpfungssyndroms (Smets et al., 1995). Es wird angenommen, dass der Ausbruch dieser Krankheit mit vorausgegangen stressvollen Ereignissen assoziiert sein könnte (Salit et al., 1997). Nater und Kolleg*innen (2011) haben beispielsweise in einer Studie den Einfluss von kumulativem Lebensstress auf das Chronische Erschöpfungssyndrom untersucht und fanden, dass Personen mit Chronischen Erschöpfungssyndrom signifikant häufiger Stressoren ausgesetzt waren als die Kontrollgruppe sowie signifikant höhere Level an Erfahrungen mit psychologischem Distress⁶ berichteten. In Anbetracht dieser Studienergebnisse erscheint es dringend notwendig, den potentiellen Einfluss von chronischem Stress auf Erschöpfung zu erforschen. Vor allem bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen könnte ein derartiger, empirisch belegter Zusammenhang genutzt werden, um stressmindernde Interventionen zu entwickeln. Diese könnten das Ausmaß an chronischem Stress reduzieren und in weiterer Folge dem Auftreten von Erschöpfung, Fehlzeiten und Krankenständen vorbeugen. Nicht zuletzt könnten derartige Interventionen zusätzlich einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität dieser Berufsgruppen mit sich bringen.

Resilienz

Wie beschrieben deutet eine Vielzahl an Studienergebnissen darauf hin, dass chronische

⁶ Lang andauernder, starker Stress (vgl. Nater et al., 2011).

Stressexposition maladaptive Konsequenzen haben und das Risiko für Krankheit erhöhen kann (vgl. McEwen, 1998). Es stellt sich jedoch die Frage, wieso nicht alle Menschen, die chronischem Stress ausgesetzt sind, mit einer Beeinträchtigung der psychischen oder physischen Gesundheit reagieren und, welche Mechanismen gegen die Folgen von chronischem Stress schützen können. Die Tatsache, dass manche Personen trotz chronischer Stressbelastungen gesund bleiben oder nur vorübergehend krank werden, legt den Schluss nahe, dass sie gegen die Widrigkeiten resilient sind. Den Fokus auf Resilienz anstelle von Pathophysiologie zu legen, stellt in vielerlei Hinsicht einen Paradigmenwechsel in der Klinischen Psychologie dar und trägt viel Potential für die Entwicklung von neuen Präventions- sowie Interventionsmaßnahmen (Kalisch et al., 2015).

Allgemein herrscht in der heutigen Wissenschaft noch Uneinigkeit hinsichtlich der Definition des Resilienzbegriffes (Schumacher et al., 2004). Definiert man Resilienz als „psychische Widerstandsfähigkeit“ wird damit das Phänomen beschrieben, dass manche Menschen trotz ausgeprägter Belastungen und Risiken gesund bleiben oder sich relativ leicht von Störungen erholen, während andere Personen unter vergleichbaren Bedingungen wiederum besonders anfällig für Störungen und Krankheiten sind (vgl. Rutter, 2013). Resilienz bildet somit das positive Gegenstück zur Vulnerabilität, wobei es sich jedoch weniger um eine absolute „Invulnerabilität“ handelt, sondern vielmehr um eine relative Widerstandsfähigkeit gegenüber pathogenen Umständen und Ereignissen, die über die Zeit und über Situationen hinweg variieren können (Schumacher et al., 2005). Die Definition von Resilienz beinhaltet folglich sowohl das Vorliegen von signifikantem Stress oder Widrigkeiten, als auch die erfolgreiche Bewältigung dieser Belastungen (Earvolino-Ramirez, 2007). Entgegen dessen, was in der früheren Forschung angenommen wurde, handelt es sich bei Resilienz nicht um eine Persönlichkeitseigenschaft, die unveränderlich ist und nur bei gewissen Personen vorzufinden ist (Bonanno & Diminich, 2013). Stattdessen wird darunter das positive Endergebnis eines dynamischen Anpassungsprozesses verstanden (vgl. Kalisch et al., 2015). Dementsprechend ist Resilienz das Produkt eines Wechselspiels zwischen Person und Umwelt, variabel und ihre Veränderung durch verschiedene Interventionen möglich (vgl. Leppin et al., 2014).

Resilienz als „Produkt“ oder „Ergebnis“ ist von diversen Resilienzfaktoren abhängig (vgl. Earvolino-Ramirez, 2007). Hiermit sind Faktoren gemeint, die zur Resilienz eines Individuums beitragen, indem sie es wahrscheinlicher machen, dass Belastungssituationen bewältigt werden (Wittchen & Hoyer, 2011). Im Kontrast zu Risikofaktoren wirken sie als schützende Bedingungen und beschreiben häufig beobachtete Merkmale von Individuen, deren Entwicklung trotz früherer widriger Lebensumstände gesund verlaufen ist (Rutter, 1987). Seitdem die Resilienzforschung in den 1950er Jahren ihren Anfang nahm, wurde eine Vielzahl (neuro-)biologischer, psychischer sowie sozialer Resilienzfaktoren identifiziert (Kunzler et al., 2018). Als Beispiele für Resilienzfaktoren,

die durch bisherige Studien gut belegt sind, seien Optimismus, Selbstwirksamkeitserwartung und aktives Coping genannt (Bengel & Lyssenko, 2012). Hierbei ist es wichtig, den Unterschied zwischen Resilienz und Coping zu unterstreichen. Wie beschrieben, stellt „Resilienz“ die Aufrechterhaltung oder Rückgewinnung der psychischen Gesundheit während oder nach widrigen Lebensumständen dar (vgl. Rutter, 2013). „Coping“ hingegen ist ein inhärenter Aspekt der Stressreaktion und meint die kognitiven sowie verhaltensbezogenen Anstrengungen, welche zur Überwindung einer Herausforderung produziert werden und erfolgreich oder vergeblich sein können (Lazarus & Folkman, 1984).

Es wird angenommen, dass die diversen Resilienzfaktoren miteinander interagieren und ihre Wirkung durch eine kleinere Anzahl von übergeordneten „Resilienzmechanismen“ erreicht wird (Luthar et al., 2000; Kalisch et al., 2015). Kalisch und Kolleg*innen (2015) proponieren beispielsweise eine generelle Tendenz zu positiven (Neu-)Bewertungen belastender Situationen als einen Mechanismus, der übermäßige Stressreaktionen verhindern und vor den schädlichen Folgen von Stress schützen soll. In Anbetracht dieser Theorie wäre es durchaus denkbar, dass dieser oder ein ähnlicher resilienzfördernder Mechanismus auch zur Bewältigung von chronischem Stress und in weiterer Folge Erschöpfung von Klinischen Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen zu Zeiten der COVID-19-Pandemie beiträgt. Dies wurde in bisherigen Studien noch nicht erforscht.

Soziale Unterstützung

Ein weiteres Beispiel für einen protektiven Faktor, welcher resilienzsteigernd wirken kann, ist soziale Unterstützung (Barnow & Miano, 2020). Soziale Unterstützung wird ebenso als ein bedeutsamer Faktor im Zusammenhang von Stress und Krankheitsbewältigung angesehen (Klauer & Schwarzer, 2001). Generell sind mit dem Begriff „soziale Unterstützung“ Ressourcen gemeint, welche jemandem von einer anderen Person zur Verfügung gestellt werden (Cohen & Syme, 1985). Die Definition von sozialer Unterstützung ist multidimensional, wobei hilfreiche Interaktionen nach emotionaler, instrumenteller und informationeller Unterstützung differenziert werden (Schulz & Schwarzer, 2003). Emotionale Unterstützung umfasst Trost, Zuwendung, Verständnis, Aussprache sowie die Vermittlung eines Zugehörigkeits- und Rückhaltgefühls (Bengel & Lyssenko, 2012). Sie kann somit als Ausdruck von Empathie sowie positiver Emotionen zusammengefasst werden (Semmer et al., 2008). Instrumentelle Unterstützung meint konkrete Hilfen des Alltags oder die Bereitstellung finanzieller beziehungsweise sachlicher Mittel (Bengel & Lyssenko, 2012). Informationelle Unterstützung beschreibt das Bereitstellen von Informationen (beispielsweise die Vermittlung von positiven Aspekten einer Situation) sowie spezifische Hinweise zur Lösung eines Problems (Schulz & Schwarzer, 2003; Bengel & Lyssenko, 2012). Obwohl in der vorliegenden Studie soziale Unterstützung nur ganzheitlich untersucht wird, sollte grundsätzlich in Bezug auf die gefundene, protektive Wirkung zwischen den verschiedenen Dimensionen dieses Resilienzfaktors

differenziert werden (Fiore et al., 1986). Beispielsweise ergab eine Studie von Han et al. (2014), dass hohe instrumentelle Unterstützung den Stress reduziert, während informationelle sowie emotionale soziale Unterstützung keinen Effekt auf Stress zeigten.

Des Weiteren wird zwischen wahrgenommener (oder erwarteter) Unterstützung und erhaltener sozialer Unterstützung unterschieden (Semmer et al., 2008). Wahrgenommene Unterstützung repräsentiert jene Hilfe, die eine Person in einer hypothetischen Stresssituation hinsichtlich ihres sozialen Netzwerkes auf subjektive Weise als verfügbar erachtet (Klauer et al., 2007). Zur Operationalisierung von erhaltener wie auch wahrgenommener sozialer Unterstützung werden Skalen zur Erhebung der subjektiven Perzeption herangezogen, da nicht die Erfassung objektiver Verhältnisse von Bedeutung ist, sondern die Interpretation aus Sicht der Betroffenen (Schulz & Schwarzer, 2003). Tatsächlich gibt es Hinweise darauf, dass eine hohe subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung (beziehungsweise eine ausgeprägte Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung) für das Stresserleben bedeutsamer ist als das Ausmaß der tatsächlich erhaltenen sozialen Unterstützung (Lawton et al., 1991).

Hohe soziale Unterstützung stellt einen der am gründlichsten untersuchten Resilienzfaktoren dar und ihre protektive Wirkung wurde im Zusammenhang mit diversen Stressoren belegt (vgl. Bengel & Lyssenko, 2012). Beispielsweise fanden Stoffel et al. (2021) ökologisch valide Evidenz, dass soziale Interaktionen direkte, dämpfende Effekte auf psychobiologischen Stress besitzen. Auch bei pflegenden Angehörigen von Demenzpatient*innen, welche generell einem hohen Ausmaß an chronischem Stress ausgesetzt sind, wurde hohe soziale Unterstützung als ein Resilienzfaktor nachgewiesen (Connell et al., 2001). Die empirische Beweislage zeigt, dass pflegende Angehörige mit ausreichend sozialer Unterstützung weniger Stress erleben und über bessere physische sowie psychische Gesundheit (z.B. Lebenszufriedenheit, Depressivität) berichten als Angehörige, die nicht über diese Ressource verfügen (vgl. Morris et al., 1989). Wenngleich sich diese Studienergebnisse auf die Untersuchung von pflegenden Angehörigen von Demenzpatient*innen beziehen, ist es durchaus möglich, dass diese Effekte auch auf Psychotherapeut*innen und Klinische Psycholog*innen übertragbar sind, da diese Berufsgruppen vergleichbar hohem chronischen Stress ausgesetzt sind.

Es gibt auch Hinweise auf negative „Arten“ hoher sozialer Unterstützung (beispielsweise Interpretation als Kritik), die mit Konflikten im sozialen Netzwerk und einer Zunahme psychopathologischer Symptome einhergehen können, aber die Mehrzahl an Studienergebnissen zeigt eine positive Wirkung (vgl. Schulz & Williamson, 1991). Ein geringeres Ausmaß an sozialer Unterstützung ist beispielsweise mit mehr Stress assoziiert (Clyburn et al., 2000) und geht mit einer schlechteren psychischen sowie physischen Gesundheit einher (Schulz et al., 1995). Bei Patient*innen mit hoher Erschöpfung wurden außerdem niedrigere Scores von wahrgenommener

sozialer Unterstützung berichtet, während ein hohes Maß an wahrgenommener sozialer Unterstützung den Schweregrad von Erschöpfung minderte (Karadag et al., 2013). Riemsma et al. (1998) fanden wiederum keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Erschöpfung und sozialer Unterstützung, aber Erschöpfung korrelierte signifikant mit problematischer sozialer Unterstützung. In einer Studie von Prins et al. (2004) berichteten Patient*innen mit Chronischem Erschöpfungssyndrom sowie erschöpfte Arbeitnehmer*innen mehr negative Interaktionen und unzureichende unterstützende Interaktionen als Krebspatient*innen sowie eine gesunde Kontrollgruppe. Die Autor*innen identifizierten den Mangel an sozialer Unterstützung als einen neuen Faktor im Modell von aufrechterhaltenden Faktoren für das Ausmaß an Erschöpfung und funktioneller Einschränkung bei Patient*innen mit Chronischem Erschöpfungssyndrom (Prins et al., 2004). Diese Ergebnisse unterstreichen die Relevanz der Untersuchung von sozialer Unterstützung im Zusammenhang mit Erschöpfung.

Auch in Bezug auf die Wirkmechanismen von sozialer Unterstützung sind die bisherigen Befunde nicht eindeutig. Während zum Beispiel Huang und Kolleg*innen (2006) zeigen konnten, dass soziale Unterstützung den Effekt von Stress auf Depressivität moderiert, konnten Lee et al. (2003) keine Moderation nachweisen. In einer weiteren Studie wurden hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Stressoren und Depressivität zwei Annahmen des Stress-Puffer-Modells (sowohl Moderation als auch Mediation) untersucht - in beiden Fällen ohne signifikante Ergebnisse (Miller et al., 2001). Es sind zum derzeitigen Zeitpunkt keine Studien bekannt, welche einen möglichen moderierenden Effekt von sozialer Unterstützung in Bezug auf den Zusammenhang zwischen chronischem Stress und Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen sowie Klinischen Psycholog*innen untersucht haben. Eine derartige Studie ist jedoch dringend notwendig, da daraus potentiell hilfreiche Implikationen für das chronische Stressmanagement dieser Berufsgruppen abgeleitet werden könnten. Außerdem wurden bisher hauptsächlich querschnittliche Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und Stress gefunden, welche deren Rolle als Resilienzfaktor im Zusammenhang mit chronischer Stressexposition belegen (Kunzler et al., 2018). Es braucht jedoch längsschnittliche Studien, um die schützende Wirkung sozialer Unterstützung in Bezug auf chronischen Stress und Erschöpfung unter dem besonderen Aspekt der zusätzlichen Langzeitbelastung durch die COVID-19-Pandemie zu definieren.

Dispositionale Stressreaktivität

Das Konzept der dispositionalen Stressreaktivität könnte einen weiteren Erklärungsansatz für individuelle Differenzen bezüglich der Assoziation zwischen chronischem Stress und der Ausbildung krankheitsrelevanter Symptome (in diesem Fall Erschöpfung) liefern und darf daher in diesem Zusammenhang nicht außer Acht gelassen werden. Nach Bolger und Zuckerman (1995) handelt es sich bei Stressreaktivität um „the extent to which a person is likely to show emotional or

physical reactions to a stressful event“ (S. 890). Sie beschreibt demnach eine Disposition, die interindividuelle Unterschiede in Bezug auf das Ausmaß, mit welchem ein Individuum auf Belastungen mit emotionalem Stresserleben und körperlichen Stressreaktionen reagiert, erklären soll (Schulz et al., 2005). In dieser Studie wurde der Fokus auf den emotionalen Aspekt der dispositionalen Stressreaktivität gelegt, da keine Messung von körperlichen Stressreaktionen vorgenommen wurde. Nach McEwen (1998) ist diese Disposition über Zeit, Situationen und Reaktionssysteme hinweg relativ stabil, aber kann sich je nach bestehenden beziehungsweise vorangegangenen Belastungen verändern. Man nimmt gegenwärtig an, dass ungünstige Ausprägungen von vier Persönlichkeitsmerkmalen (hohe Besorgnisneigung, negatives Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, hohe Erregbarkeit des Zentralen Nervensystems und hohe Negative Affektivität) die Stressreaktivität determinieren (Schulz et al., 2005).

Mithilfe dieses Konstrukts kann die Moderation des Zusammenhangs zwischen Stressor und Stressreaktion erforscht werden (Cohen et al., 2000). Des Weiteren wurde dispositionale Stressreaktivität mit chronischem Stress, wahrgenommenem Stress, Selbsteffizienz, Neurotizismus, depressiven Symptomen und Schlafqualität assoziiert (Schlotz et al., 2011). Schlotz und Kolleg*innen (2011) fanden, dass der Zusammenhang mit depressiven Symptomen und Schlaf besonders stark war, wenn Individuen mit einer hohen dispositionalen Stressreaktivität chronischem Stress ausgesetzt waren. Personen mit einer hohen dispositionalen Stressreaktivität verlieren bei großen Belastungen ihre zuverlässige Handlungsfähigkeit und besitzen eine Neigung zur Ausbildung gesundheitsrelevanter Stressreaktionen sowie einer Beeinträchtigung des Befindens (Schulz et al., 2005). Große Belastungen wie lange Arbeitszeiten, Zeitdruck und Misserfolge zählen ebenso zum beruflichen Alltag von Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen. Somit erscheint eine Assoziation zwischen dispositionaler Stressreaktivität und Erschöpfung bei diesen Berufsgruppen durchaus naheliegend. Tatsächlich fühlen sich Personen, die angeben stressreaktiv zu sein, häufiger erschöpft und vor allem in der Post-Stress-Phase ist eine hohe Korrelation zwischen Erschöpfung und Stressreaktivität zu beobachten (Schulz et al., 2005). Derzeit sind keine Studien bekannt, welche diesen Zusammenhang bei Psychotherapeut*innen beziehungsweise Klinischen Psycholog*innen untersucht haben. Ein nachgewiesener Einfluss von dispositionaler Stressreaktivität auf Erschöpfung wäre jedoch für die Entwicklung neuer Interventionsmaßnahmen zur Linderung von Erschöpfungssymptomen von großer Relevanz. Nicht nur im Tätigkeitsbereich der Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen, sondern auch in anderen Berufsfeldern des Gesundheitssystems könnte von derartigen Interventionen profitiert werden.

Gegenwärtige Forschungslücken und die vorliegende Studie

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die Prävalenz von Stress in der Allgemeinpopulation seit dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie verdoppelt hat (Salari et al.,

2020) und das wahrgenommene Stresslevel von österreichischen Psychotherapeut*innen zu dieser Zeit höher als bei vergleichbaren Stichproben war (Probst et al., 2020). Chronischer Stress und Erschöpfung stellen in Bezug auf die Untersuchung dieser Berufsgruppen - nicht nur zu Zeiten der COVID-19-Pandemie, sondern allgemein - untererforschte Variablen dar. Obwohl bereits ein korrelativer Zusammenhang zwischen Erschöpfung und emotionalem Stress gefunden wurde (Chen, 1986), ist bisher zum Beispiel noch unklar, ob chronischer Stress das Ausmaß an berichteter Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen vorhersagen kann. Des Weiteren könnten Resilienz und soziale Unterstützung schützende Faktoren in diesem Zusammenhang darstellen, da Resilienzfaktoren übermäßige Stressreaktionen verhindern sowie vor den schädlichen Folgen von Stress schützen sollen (Kalisch et al., 2015) und soziale Unterstützung als ein bedeutsamer Faktor in Bezug auf die Bewältigung von Stress angesehen wird (Klauer & Schwarzer, 2001). Doch die Rolle von Resilienz und sozialer Unterstützung als schützende Faktoren im Berufsleben von Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen wurde in bisherigen Forschungsunternehmungen gleichermaßen außer Acht gelassen. Da in der Post-Stress-Phase eine hohe Korrelation zwischen Erschöpfung und Stressreaktivität beobachtet wurde (Schulz et al., 2005), ist es zusätzlich naheliegend, dass auch bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen höhere dispositionale Stressreaktivität mit einem höheren Ausmaß an erlebter Erschöpfung einhergeht. Bisher gibt es jedoch keine Studien, die sich der Untersuchung dieser Hypothese gewidmet haben. Die meisten bisher durchgeführten Studien beschränken sich außerdem auf die Befragung von Psychotherapeut*innen, während die Berufsgruppe der Klinische Psycholog*innen in Österreich weitgehend vernachlässigt wurde. Letztlich handelt es sich bei dem Großteil der bisherigen Studien in diesem Forschungsfeld um querschnittliche Erhebungen. Es fehlt an Longitudinalstudien, welche die Langzeiteffekte der COVID-19-Pandemie in Bezug auf chronischen Stress und Erschöpfung bei diesen Berufsgruppen beschreiben sowie mögliche (langfristig) schützende Faktoren in diesem Kontext definieren.

Im Gegensatz zu früheren Befragungen bei Psychotherapeut*innen zu Zeiten der COVID-19-Pandemie in Österreich, welche sich auf die Untersuchung von akutem Stress beschränkt haben (Probst et al., 2020; Humer et al., 2021a; Humer et al., 2021b; Schaffler et al., 2022), wird in der vorliegenden Studie der Fokus auf chronischen Stress und Erschöpfung gelegt. Außerdem wurde im Rahmen des Rekrutierungsprozesses bewusst auf eine Inklusion der Berufsgruppe der Klinischen Psycholog*innen geachtet. Ein zusätzliches Alleinstellungsmerkmal dieser Untersuchung ist die Berücksichtigung von schützenden Faktoren wie Resilienz und sozialer Unterstützung in diesem Kontext, welche zwar von vorherigen Studien empfohlen (vgl. Schaffler et al., 2022), aber abgesehen von der Studie von Aafjes-van Doorn und Kolleg*innen (2022) bisher kaum durchgeführt wurde. Des Weiteren repräsentiert die vorliegende Untersuchung die erste Studie bei

Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen, in welcher der Zusammenhang zwischen dispositionaler Stressreaktivität und Erschöpfung untersucht wird. Ähnlich der Studie von Pieh und Kolleg*innen (2021b) ist auch diese Untersuchung als Longitudinalstudie geplant, um die Langzeiteffekte der COVID-19-Pandemie in Bezug auf chronischen Stress und Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen zu definieren. Auch die Beschreibung möglicher langfristig schützender Wirkungen von Resilienz und sozialer Unterstützung beziehungsweise eines nachhaltigen Einfluss von dispositionaler Stressreaktivität soll auf diese Art ermöglicht werden.

Fragestellung und Hypothesen

Generell bestand das Ziel dieser Studie darin, das Verständnis von chronischem Stress und Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen zu Zeiten der COVID-19-Pandemie in Österreich zu erweitern. Genauer sollte die Fragestellung beantwortet werden, welche Variablen die berichtete Erschöpfung der untersuchten Stichprobe beeinflussen beziehungsweise eine etwaige protektive Wirkung in diesem Zusammenhang besitzen. Dazu wurden die folgenden Hypothesen überprüft:

Hypothese 1: Chronischer Stress hat einen signifikanten Einfluss auf die berichtete Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen.

Hypothese 2a: Der Zusammenhang zwischen chronischem Stress und Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen wird durch Resilienz moderiert.

Hypothese 2b: Der Zusammenhang zwischen chronischem Stress und Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen wird durch soziale Unterstützung moderiert.

Hypothese 3: Je höher die dispositionale Stressreaktivität, desto höher die berichtete Erschöpfung der Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen.

In der nachfolgenden Abbildung 1 wird das angenommene theoretische Wirkungsmodell, welches als Grundlage der Hypothesenbildung dient, grafisch dargestellt.

Abbildung 1

Angenommener Zusammenhang zwischen chronischem Stress und Erschöpfung sowie Einfluss von Resilienz, sozialer Unterstützung und dispositionaler Stressreaktivität

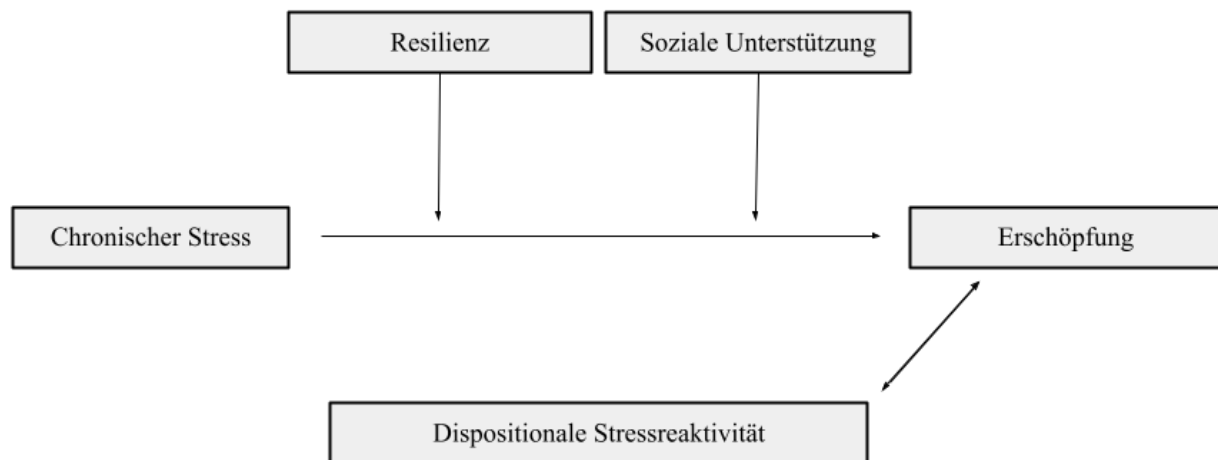


Abbildung 1. Es wird angenommen, dass chronischer Stress einen direkten Einfluss auf das Ausmaß an berichteter Erschöpfung besitzt, während Resilienz und soziale Unterstützung gleichermaßen moderierende Faktoren in Bezug auf diesen Zusammenhang darstellen. Zwischen dispositionaler Stressreaktivität und Erschöpfung wird ein beidseitiger, korrelativer Zusammenhang angenommen. Ein höheres Ausmaß an dispositionaler Stressreaktivität soll dementsprechend mit einem höheren Ausmaß an Erschöpfung einhergehen und vice versa.

Methode

Untersuchungsdesign

Um die Fragestellung der vorliegenden Studie zu beantworten, wurde eine Online-Befragung der Proband*innen als Grundlage für das Untersuchungsdesign gewählt. Die Befragung erfolgte demnach mittels Online-Fragebogen, welcher sich aus Messinstrumenten zur Erfassung der interessierenden Merkmale zusammensetzte. Des Weiteren handelt es sich hierbei um eine längsschnittliche Untersuchung. Die Fortsetzung dieser Studie ist für das Jahr 2024 geplant. Die Vorlage des Untersuchungsdesigns bei der Ethik-Kommission der Universität Wien ergab keine ethischen Einwände gegenüber der Durchführung der Studie.

Vorgehen

Zur Erhebung der Daten wurde mithilfe des Befragungsprogrammes Unipark ein Fragebogen erstellt, welcher von den Studienteilnehmer*innen online ausgefüllt wurde. Dieser begann mit einem Begrüßungstext, in dem die Teilnehmer*innen über Dauer, Ziele und Freiwilligkeit der Teilnahme sowie Vertraulichkeit der erhobenen Daten informiert wurden und ihr Einverständnis

geben konnten. Der Online-Fragebogen setzte sich weiters aus der „Screening-Skala des Trierer Inventars zum chronischen Stress“ (Schulz et al., 2004) und der „Skala zur wahrgenommenen Stressreaktivität“ (Schlotz et al., 2011) zusammen. Auch die „Resilienzskala“ (Schumacher et al., 2005), die „Berliner Social Support Skalen“ (Schulz & Schwarzer, 2003), die deutsche Version des „Multidimensional Fatigue Inventory“ (Schwarz et al., 2003) sowie das Depressionsmodul des „Patient Health Questionnaires“ (Krönke et al., 2001) wurden inkludiert. Zusätzlich wurden auch soziodemographische Daten der Proband*innen (Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Beruf, Zugehörigkeit zu therapeutischen Schulen und Tätigkeitsdauer) erhoben. Die Dauer der Beantwortung des Fragebogens wurde im Durchschnitt mit 25 Minuten berechnet. Eine Gewinnverlosung sollte als zusätzlicher Anreiz zur Teilnahme an der Studie dienen. Dabei hatten Teilnehmer*innen die Möglichkeit, am Ende des Online-Fragebogens ihre E-Mail-Adresse anzugeben und an einer Verlosung teilzunehmen. Verlost wurden drei Gutscheine im Wert von jeweils 50 Euro für die Fachbuchhandlung „Facultas“. Nach Beantwortung der Fragen wurde den Proband*innen ein kurzer Text angezeigt, welcher eine Danksagung für die Teilnahme an der Studie enthielt. Die Rekrutierung der Teilnehmer*innen fand von Oktober des Jahres 2022 bis Ende Jänner 2023 statt. Der zweite Erhebungszeitraum zur Fortsetzung der Studie ist für das Jahr 2024 angedacht.

Stichprobe

Die interessierende Population stellten sowohl Psychotherapeut*innen als auch Klinische Psycholog*innen in Österreich dar. Um bei der Rekrutierung dieser Stichprobe ein möglichst effizientes Vorgehen zu erreichen, wurden großteils Berufsverbände und andere berufliche Organisationen per E-Mail kontaktiert. Auch Soziale Medien, genauer „Facebook“-Gruppen der Zielpopulation, wurden im Rahmen des Rekrutierungsprozesses herangezogen. Dieser Prozess sollte es ermöglichen, möglichst viele potentielle Teilnehmer*innen auf einmal zu erreichen. Um eine mittlere Effektstärke ($f^2 = 0.15$) zu erreichen, wurde (bei einer angestrebten Power von 0.8 und einem angenommenen α -Fehler von 0.05) eine benötigte Teilnehmerzahl von 92 Proband*innen berechnet. Diese Berechnung geschah mithilfe des Statistikprogrammes G*Power (Faul et al., 2009). Es wurde versucht, eine ähnlich hohe Anzahl an weiblichen wie männlichen Studienteilnehmer*innen zu rekrutieren. Eine berufliche Tätigkeit als Psychotherapeut*in und/oder Klinische*r Psycholog*in in Österreich stellten die einzigen Inklusionskriterien dar. Obwohl die Tätigkeitsdauer und mögliche vorherige berufliche Erfahrungen miterhoben wurden, flossen sie nicht in die Auswahl der Teilnehmer*innen mit ein. Auch die Herkunft der Proband*innen spielte keine Rolle. Es war jedoch Voraussetzung, der deutschen Sprache mächtig zu sein, da die Befragung auf Deutsch durchgeführt wurde.

Von den 502 Personen, welche den Link zur Teilnahme an der Studie aufgerufen haben, nahmen insgesamt 158 Personen an der Studie teil. Für die Auswertung der Daten wurden ausschließlich vollständig ausgefüllte Datensätze berücksichtigt. Somit wurden lediglich die Daten von jenen 76 Personen, die den Online-Fragebogen bis zur letzten Seite vollständig ausgefüllt haben, in die Auswertung miteinbezogen. Von jenen Teilnehmer*innen, welche in die Datenauswertung inkludiert wurden, waren 66 Personen weiblich und 10 Personen männlich. 15.8 Prozent der Proband*innen waren zwischen 26 und 35 Jahre alt, 30.3 Prozent zwischen 36 und 45 Jahre alt, 27.6 Prozent zwischen 46 und 55 Jahre alt, 22.4 Prozent zwischen 56 und 65 Jahre alt und 3.9 Prozent waren 66 Jahre oder älter. Die große Mehrheit der Stichprobe (96.1 Prozent) bildeten Personen, die einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss hatten. 9.2 Prozent der Teilnehmer*innen gaben an, eine allgemeinbildende oder berufsbildende höhere Schule mit Matura abgeschlossen zu haben und 2.6 Prozent hatten einen Pflichtschulabschluss. Den restlichen Teil der untersuchten Stichprobe bildeten Personen mit Lehrabschluss (1.3 Prozent), Personen mit Abschluss einer berufsbildenden mittleren Schule ohne Matura (1.3 Prozent) und Personen mit anderen Abschlüssen (3.9 Prozent). Innerhalb der erhobenen Stichprobe waren 51 Psychotherapeut*innen, 26 Klinische Psycholog*innen, 16 Psychotherapeut*innen in Ausbildung und zwei Klinische Psycholog*innen in Ausbildung. 19 Personen waren sowohl als Psychotherapeut*innen als auch Klinische Psycholog*innen tätig. Unter den als Psychotherapeut*innen tätigen Personen gehörten 32.9 Prozent der humanistisch-existenziellen, 30.3 Prozent der verhaltenstherapeutischen Richtung, 18.4 Prozent der tiefenpsychologisch-psychodynamischen und 7.9 Prozent der systemischen Orientierung an. Die durchschnittliche Tätigkeitsdauer betrug 13.43 Jahre ($SD = 10.57$).

Messinstrumente / gemessene Variablen

In der vorliegenden Studie stellen chronischer Stress und dispositionale Stressreaktivität unabhängige Variablen dar. Als abhängige Variable wurde erlebte Erschöpfung definiert. Zusätzlich wurden Resilienz und soziale Unterstützung als Moderatorvariablen angenommen. Alter, Geschlecht und depressive Symptomatik stellen Kontrollvariablen dar.

Chronischer Stress

Um das Ausmaß an chronischem Stress zu erfassen wurde die „Screening-Skala des Trierer Inventars zum chronischen Stress“ (TICS-SSCS) verwendet (Schulz et al., 2004). Dieses Messinstrument liefert ein Globalmaß für den subjektiv erlebten chronischen Stress während der vergangenen drei Monate. Das Messinstrument kann bei Personen von 16 Jahren bis 70 Jahren eingesetzt werden und enthält 12 Items. Dabei werden fünf verschiedene Stressbereiche erhoben: chronische Besorgnis, arbeitsbezogene und soziale Überlastung, Überforderung und Mangel an sozialer Anerkennung. Die Häufigkeit des erlebten chronischen Stresses wird auf einer 5-Punkt-Likert-Skala mit den Ausprägungen „*nie*“ (0 Punkte), „*selten*“ (1 Punkt), „*manchmal*“ (2 Punkte),

„häufig“ (3 Punkte) und „sehr häufig“ (4 Punkte) erfasst. Auf Grundlage der 12 Itemwerte wurde ein Summenwert berechnet, wobei alle Items vollständig ausgefüllt werden mussten. Der Wertebereich kann zwischen 0 und 48 Punkten liegen. Dabei repräsentiert ein Summenwert von 0 kein Vorhandensein von chronischem Stress und ein Summenwert von 48 sehr häufigen chronischen Stress in allen fünf Stressbereichen. Ein Beispiel für den Stressbereich „chronische Besorgnis“ ist das Item „Zeiten, in denen ich mir viele Sorgen mache und nicht damit aufhören kann“. Für den Stressbereich „arbeitsbezogene Überlastung“ ist „Zeiten, in denen mir die Arbeit über den Kopf wächst“ und für „soziale Überlastung“ wäre „Zeiten, in denen mir die Verantwortung für andere zur Last wird“ beispielhaft. „Erfahrung, dass alles zu viel ist, was ich zu tun habe“ stellt ein Beispielitem für „Überforderung“ dar. Ein Beispielitem für den Stressbereich „Mangel an sozialer Anerkennung“ ist die Aussage „Obwohl ich mein Bestes gebe, wird meine Arbeit nicht gewürdigt“.

In dieser Untersuchung zeigte das Messinstrument hohe interne Konsistenz mit einem Alpha-Koeffizienten von .90. Die Konstruktvalidität des Messinstruments wurde unter anderem durch Korrelationen mit Stressfragebögen, Persönlichkeitsmerkmalen, sozialer Unterstützung, Schlafqualität sowie Cortisolausschüttung belegt (Schulz et al., 2004). Zusätzlich sprechen Schulz und Kolleg*innen (2004) zufolge die TICS-Profile verschiedener Untersuchungsgruppen für die Validität des Verfahrens.

Erschöpfung

Zur Messung der Erschöpfung wurde die deutsche Version des „Multidimensional Fatigue Inventory“ (kurz MFI-20) von Schwarz und Kolleg*innen (2003) herangezogen. Es handelt sich hierbei wahrscheinlich um den am häufigsten eingesetzten Fragebogen zur Messung von Erschöpfung in Europa (Schwarz et al., 2003). Dieses Messinstrument setzt sich aus 20 Items zusammen und die Erfassung erfolgt mittels Selbstbericht. Dabei werden die fünf Dimensionen Generelle Erschöpfung, Physische Erschöpfung, Psychische Erschöpfung, Reduzierte Motivation sowie Reduzierte Aktivität unterschieden. Das Ausmaß der erlebten Erschöpfung wird auf einer 5-Punkt-Likert-Skala, welche von (1) *Ja, das trifft zu* bis (5) *Nein, das trifft nicht zu* reicht, verwendet. Obwohl die Autor*innen des originalen Messinstruments von der Berechnung eines gesamten MFI-20-Wertes abraten, wird in manchen Untersuchungen dennoch ein totaler Summenwert berechnet und genutzt. Auch in der vorliegenden Studie wurde auf Grundlage der 20 Itemwerte ein Summenwert gebildet, um eine zusammengefasste Einschätzung der erlebten Belastung durch Erschöpfung zu liefern. Der Wertebereich dieses Summenwertes bewegt sich zwischen 20 und 100 Punkten. Dabei beschreibt ein Summenwert von 20 keine Belastung durch Erschöpfung und ein Summenwert von 100 sehr hohe Belastung durch Erschöpfung auf allen fünf Dimensionen. Ein Beispielitem für die Dimension „Generelle Erschöpfung“ ist „Ich fühle mich müde“. Für die

Erhebung der „Physischen Erschöpfung“ ist „Körperlich traue ich mir viel zu“ beispielhaft. „Meine Gedanken schweifen sehr schnell ab“ wäre ein Beispiel für die Dimension „Psychische Erschöpfung“. „Ich habe Lust, alle möglichen schönen Dinge zu unternehmen“ stellt ein Beispielitem für die Skala „Reduzierte Motivation“ dar. Das Item „Ich denke, dass ich an einem Tag sehr wenig tue“ ist ein Beispiel für „Reduzierte Aktivität“. Das Messinstrument zeigte in dieser Untersuchung exzellente interne Konsistenz ($\alpha = .92$). Die Inhaltsvalidität des MFI-20 wurde in der ursprünglichen Studie durch eine Faktorenanalyse, welche die vorgeschlagene Fünf-Skalen-Struktur bestätigte, demonstriert (Smets et al., 1995). Geltende Konstruktvalidität führen Smets und Kolleg*innen (1995) auf Vergleiche innerhalb und zwischen Gruppen, welche sich aufgrund von Umständen und/oder Aktivierungslevel hinsichtlich erlebter Erschöpfung unterscheiden sollen, zurück.

Resilienz

Resilienz wurde mithilfe der Kurzversion der „Resilienzskala“ (RS-11) von Schumacher und Kolleg*innen (2005) erfasst. Dieser Fragebogen misst die psychische Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. Die Kurzsкала dieses Verfahrens ist wie die Gesamtskala eindimensional und setzt sich aus elf Items zusammen. Die Beantwortung der Items erfolgt auf einer siebenstufigen Likert-Skala, welche von (1) *stimme gar nicht zu* bis (7) *stimme völlig zu* reicht. Für die Auswertung werden die Itemrohwerte zu einem Gesamtwert, welcher zwischen 0 und 66 Punkte liegen kann, summiert. Ein hoher Gesamtwert repräsentiert eine hohe Merkmalsausprägung im Sinne der Resilienz. Ein Beispiel für ein Item der Resilienzskala ist die Aussage „In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.“ Die Kurzversion der Resilienzskala erwies sich in dieser Untersuchung als reliables Instrument zur Messung der Resilienz ($\alpha = .73$). Die Validität der Resilienzskala konnte durch die nachgewiesene Korrelation mit einem verwandten Konstrukt (i.e. Selbstwirksamkeitserwartung) belegt werden (Schumacher et al., 2005).

Soziale Unterstützung

Das Ausmaß an wahrgenommener sozialer Unterstützung wurde mithilfe der „Berliner Social Support Skalen“ (kurz BSSS) erfragt (Schulz & Schwarzer, 2003). Der Einsatz dieses Messinstruments wurde von den Autor*innen speziell für die Erforschung der Stressbewältigung empfohlen. Im Unterschied zu anderen Fragebogenverfahren zur Messung der sozialen Unterstützung zeichnet sich dieses Messinstrument durch einen mehrdimensionalen Ansatz aus. Dabei werden sowohl kognitive als auch behaviorale Aspekte mithilfe der insgesamt sechs Skalen erfasst. In der vorliegenden Untersuchung wurden ausschließlich die vier Items der Subskala „Wahrgenommene emotionale Unterstützung“ sowie die vier Items der Subskala „Wahrgenommene instrumentelle Unterstützung“ verwendet. Das vierstufige Antwortformat reicht von (1) *stimme nicht zu* bis (4) *stimme völlig zu*. Auf Grundlage der 8 Itemwerte wurde neuerlich ein Summenwert

berechnet, wobei der Wertebereich zwischen 8 und 32 Punkten betrug. Höhere Summenwerte bedeuten höhere wahrgenommene soziale Unterstützung. Ein Beispielitem für die Skala zur wahrgenommenen emotionalen Unterstützung ist das Item „Wenn ich Trost und Zuspruch brauche, ist jemand für mich da.“ Das Item „Wenn mir alles zu viel wird, helfen mir andere.“ stellt ein Beispiel für die Skala zur wahrgenommenen instrumentellen Unterstützung dar. In dieser Untersuchung zeigte das Messinstrument hohe interne Konsistenz mit einem Cronbach's Alpha von .89. Aufgrund der gefundenen Zusammenhänge mit diversen verwandten Konstrukten und Messinstrumenten in der Originalstudie kann geltende Konstruktvalidität für dieses Verfahren angenommen werden (Schulz & Schwarzer, 2003).

Dispositionale Stressreaktivität

Die dispositionale Stressreaktivität wurde durch die „Skala zur wahrgenommenen Stressreaktivität“ (Schlotz et al., 2011) operationalisiert. Dieses Messinstrument erfragt die Dauer und das Ausmaß affektiver Reaktionen, welche ein Individuum typischerweise in verschiedenen Stresssituationen zeigt. Neben der Gesamtskala „Perceived Stress Reactivity Scale“ (PSRS) werden die fünf Subskalen Verlängerte Stressreaktivität, Stressreaktivität bei Misserfolg, Stressreaktivität bei sozialen Konflikten, Stressreaktivität bei Arbeitsüberlastung und Stressreaktivität bei sozialer Bewertung inkludiert. Insgesamt enthält dieses Messinstrument 23 Items. Jedes dieser Items setzt sich aus zwei Bestandteilen zusammen: (1) einer typischen Stresssituation (beispielsweise „wenn sich die Aufgaben so häufen, dass sie kaum zu schaffen sind“) sowie (2) drei Antwortmöglichkeiten („lasse ich mich im Allgemein nicht aus dem Gleichgewicht bringen“, „werde ich meist etwas unruhig“, „werde ich gewöhnlich ziemlich nervös“). Die Beantwortung aller Items erfolgt jeweils über das Ankreuzen einer der drei Ausprägungsstufen. Die einzelnen Itemwerte wurden zusammengezählt, um einen globalen Summenwert zu bilden. Dieser kann einen Wert zwischen 23 und 69 betragen, wobei höhere Werte höhere dispositionale Stressreaktivität indizieren. Den Autor*innen zufolge besitzt die PSRS sehr gute psychometrische Eigenschaften (Schlotz et al., 2011) und auch in dieser Stichprobe zeigte das Messinstrument gute interne Konsistenz mit einem Alpha-Koeffizienten von .85.

Kontrollvariablen

In einer früheren Studie wurde gefunden, dass alle Subskalen des MFI-20 mit höheren Werten für älteren Personen eine höchst signifikante, fast lineare Altersabhängigkeit aufweisen und Frauen in allen Skalen signifikant höhere MFI-20-Mittelwerte als Männer berichten (Schwarz et al., 2003). Daher wurden in dieser Untersuchung sowohl Alter als auch Geschlecht miterhoben und als Kontrollvariablen in die Multiplen Linearen Regressionen aufgenommen.

Auch depressive Symptome korrelieren nachgewiesen signifikant mit Erschöpfung (Chen, 1986) und stellen daher eine weitere Kontrollvariable in dieser Studie dar. Um die depressive

Symptomatik zu erfassen, wurde das Depressionsmodul des „Patient Health Questionnaires“ (PHQ-9) (Krönke et al., 2001) verwendet. Das Messinstrument setzt sich aus neun Items, welche die neun Kriterien für depressive Störungen des DSM⁷-IV (American Psychiatric Association, 1994) beschreiben, zusammen. Die Studienteilnehmer*innen werden danach gefragt, wie oft sie sich im Verlauf der vergangenen zwei Wochen durch die beschriebenen Beschwerden beeinträchtigt gefühlt habe. Ein Beispielitem ist „Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten“. Die Beantwortung erfolgt über eine 4-Punkt-Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten (1) *überhaupt nicht*, (2) *an einzelnen Tagen*, (3) *an mehr als der Hälfte der Tage* und (4) *beinahe jeden Tag*. Über den Summenwert kann ein Schweregrad für die depressive Symptomatik berechnet werden. Die möglichen Summenwerte reichen von 0 bis 27 Punkten. In dieser Untersuchung zeigte das Messinstrument zufriedenstellende interne Konsistenz ($\alpha = .80$).

Auswertung

Im Rahmen der statistischen Auswertung wurden die Summenwerte der beschriebenen Messinstrumente herangezogen.

Um *Hypothese 1*, welche einen Zusammenhangshypothese zwischen chronischem Stress und Erschöpfung darstellt, zu berechnen, wurde eine Multiple Lineare Regression berechnet. Chronischer Stress wurde dafür als unabhängige Variablen angenommen, während Erschöpfung die abhängige Variable darstellt. Zusätzlich wurden Alter, Geschlecht und depressive Symptomatik als Kontrollvariablen in die Multiple Lineare Regression aufgenommen. Da das Alter als kategoriale Variable mit fünf Wertelabels erhoben wurde, musste diese als Dummy-Variable umkodiert werden, um in die Multiple Lineare Regression aufgenommen werden zu können. Dabei wurde eine Dummy-Variable ausgeschlossen, da vier Dummy-Variablen für die Abbildung der ursprünglich fünfstufigen kategorialen Variable ausreichend sind.

Hypothese 2a und *Hypothese 2b* besagen, dass der Zusammenhang zwischen chronischem Stress und Erschöpfung durch Resilienz beziehungsweise soziale Unterstützung moderiert wird. Daher wurden hier zwei Moderationsanalysen gerechnet. Dafür wurden Interaktionsterme, welche sowohl die unabhängige Variable (chronischer Stress) als auch die jeweilige Moderatorvariable (Resilienz beziehungsweise soziale Unterstützung) inkludierten, erstellt und in eine Multiple Lineare Regression mit dem Prädiktor chronischer Stress, dem Outcome Erschöpfung sowie den beschriebenen Kontrollvariablen aufgenommen. Anschließend wurde der Einfluss der Interaktionsterme in Bezug auf Signifikanz beurteilt.

⁷ Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen.

Um den in *Hypothese 3* angenommenen positiven, korrelativen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß dispositionaler Stressreaktivität und dem Ausmaß an berichteter Erschöpfung statistisch zu prüfen, wurde die Berechnung einer Korrelation nach Pearson gewählt.

Die Auswertung der Daten erfolgte mithilfe des Statistikprogramms IBM SPSS Statistics 29. Das α -Fehler-Niveau wurde in allen Berechnungen auf fünf Prozent gesetzt und p -Werte unter .05 als signifikant interpretiert. Bei signifikanten Ergebnissen wurden zur Klassifizierung der Effekte die Effektstärkemaße f^2 sowie ρ nach Cohen (1992) herangezogen und gemäß der Darstellung in Tabelle 1 interpretiert.

Tabelle 1

Interpretation der Effektstärkemaße f^2 und ρ nach Cohen (1992)

Index	Effektgröße		
	klein	mittel	groß
f^2	.02	.15	.35
ρ	.10	.30	.50

Ergebnisse

Deskriptive Statistiken

In Tabelle 2 werden die Ausprägungen der Stichprobe hinsichtlich der untersuchten Variablen in Relation zu den möglichen Werten der Messinstrumente abgebildet.

Tabelle 2

Mittelwerte und Standardabweichungen der gemessenen Variablen innerhalb der Stichprobe (N = 76) sowie mögliche Summenwerte der verwendeten Messinstrumente

Variable	M $\pm$ SD	Wertebereich
SSCS	17.49 $\pm$ 7.91	0-48
MFI-20	43.78 $\pm$ 12.40	20-100
RS-11	54.16 $\pm$ 6.42	0-66
BSSS	29.46 $\pm$ 2.94	8-32
PSRS	42.04 $\pm$ 6.83	23-69
PHQ-9	5.18 $\pm$ 3.78	0-27

Anmerkung. SSCS = Screening-Skala für Chronischen Stress; MFI-20 = Multidimensional Fatigue Inventory in der deutschen Version; RS-11 = Resilienzskala; BSSS = Berliner Social Support

Skalen; PSRS = Skala zur wahrgenommenen Stressreaktivität; PHQ-9 = Depressionsmodul des Patient Health Questionnaires.

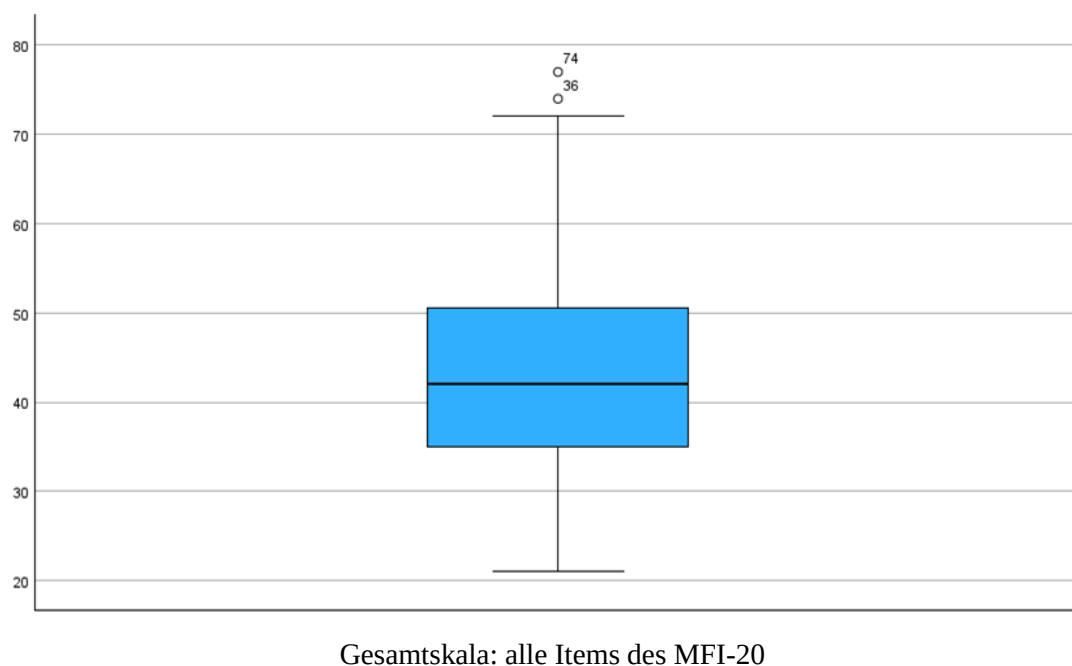
Es ist zu erkennen, dass die Mittelwerte der befragten Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen in Bezug auf chronischen Stress, Erschöpfung, dispositionale Stressreaktivität und depressive Symptomatik relativ gering ausgeprägt sind. In Hinsicht auf Resilienz sowie soziale Unterstützung wies die untersuchte Stichprobe hingegen sehr hohe Ausprägungen auf.

Multiple Lineare Regressionsanalyse

Um die erste Hypothese zu testen, wurde als Rechenmethode die Multiple Lineare Regression gewählt. Um diese Rechenmethode anwenden zu können, muss zuerst die Gültigkeit der dafür notwendigen Voraussetzungen überprüft werden. Für die abhängige Variable kann ein metrisches Messniveau angenommen werden. Die Linearität des Zusammenhangs sowie die Normalverteilung der Residuen wurden anhand von graphischer Überprüfung (mittels Streudiagramm und P-P-Diagramm) sichergestellt. Anschließend wurden die Daten auf Ausreißer überprüft. Obwohl zwei Ausreißer gefunden wurden, erschienen diese hinsichtlich ihrer Ausprägungen als plausibel und wurden aus diesem Grund nicht aus der Analyse ausgeschlossen. In der nachfolgenden Abbildung 2 werden diese Ausreißer graphisch dargestellt.

Abbildung 2

Ausreißeranalyse mittels Boxplot



Anmerkung. $N = 76$. MFI-20 = Multidimensional Fatigue Inventory. Die Graphik zeigt die Werte der Proband*innen mit den Teilnehmerzahlen 36 und 74, welche Ausreißer darstellen, aber dennoch

plausibel sind und daher nicht ausgeschlossen wurden.

Des Weiteren zeigte eine Überprüfung der VIF-Werte keine Hinweise auf Multikollinearität. Die genauen Werte der einzelnen Korrelationen zwischen den erhobenen Variablen sind in Tabelle 3 abgebildet.

Tabelle 3

Korrelationsmatrix der Umfragevariablen

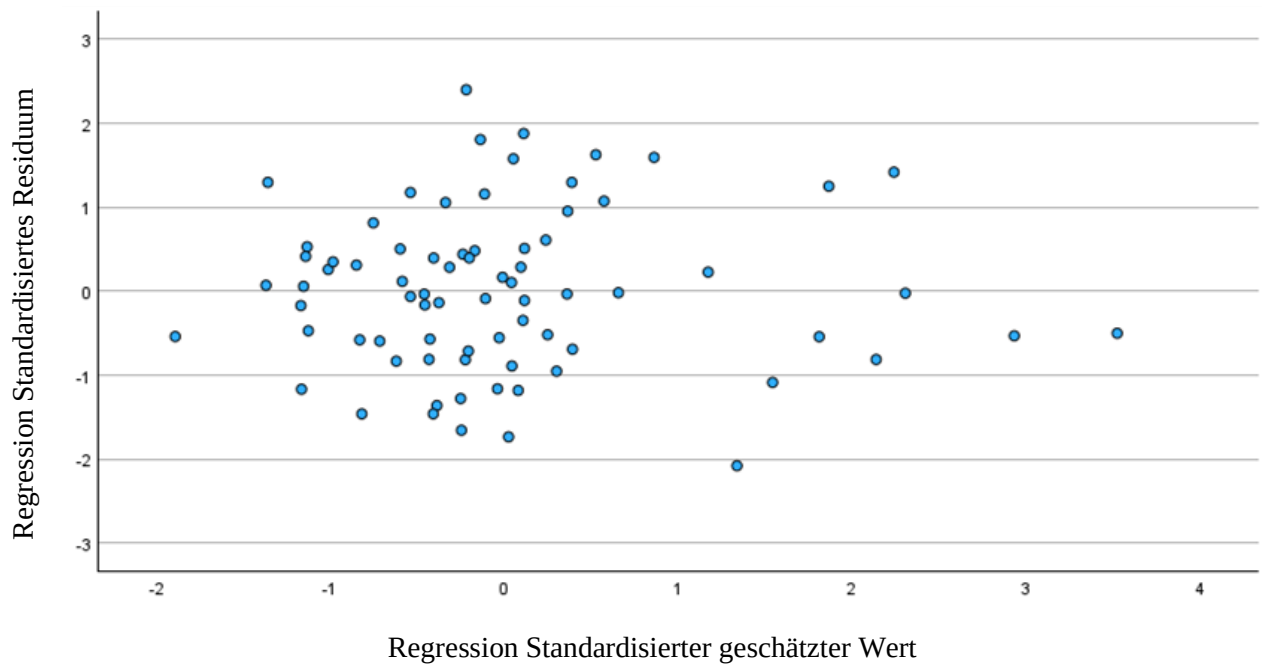
Variable	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Erschöpfung								
2. Chronischer Stress	.60**							
3. Geschlecht	.12	.02						
4. Alter 1 (26 bis 35 Jahre)	.15	.26*	-.05					
5. Alter 2 (36 bis 45 Jahre)	.27**	.14	.09	-.29**				
6. Alter 3 (46 bis 55 Jahre)	-.07	.10	.07	-.27*	-.41**			
7. Alter 4 (56 bis 65 Jahre)	-.27**	-.33**	-.17	-.23*	-.35**	-.33**		
8. Alter 5 (≥ 66 Jahre)	-.17	-.33**	.08	-.09	-.13	-.13	-.11	
9. Depressive Symptomatik	.75**	.66**	.04	.24*	.14	-.03	-.24*	-.21*

Anmerkung. * indiziert $p < .05$. ** indiziert $p < .01$.

Der Durbin-Watson-Wert lag bei 2.07, womit auch die Unabhängigkeit der Residuen gegeben war. Die Gleichheit der Varianzen wurde mithilfe eines Streudiagramms überprüft. Dieses ist in Abbildung 3 dargestellt. Die Verteilung der Werte lässt einen leicht linksseitigen Trend erkennen. Davon abgesehen zeigt das Streudiagramm keine Auffälligkeiten und somit wurde mit der Berechnung einer Multiplen Linearen Regression fortgefahren.

Abbildung 3

Streudiagramm zur Überprüfung der Homoskedastizität



Anmerkung. Die abhängige Variable ist Erschöpfung.

Das gerechnete Modell zeigt mit einem R^2 von .62 (korrigiertes $R^2 = .58$) eine hohe Anpassungsgüte (Cohen, 1988). Somit sagt der Prädiktor chronischer Stress mitsamt der Kontrollvariablen Alter, Geschlecht und depressiver Symptomatik in dieser Studie das Ausmaß an Erschöpfung signifikant voraus, $F(7, 68) = 15.57, p < .001$. Daraus ergibt sich ein f^2 von .62. Gemäß der Klassifizierung nach Cohen (1992) entspricht dies einem großen Effekt. In der nachfolgenden Tabelle 4 ist allerdings erkenntlich, dass der Prädiktor chronischer Stress in dem berechneten Modell an sich keinen signifikanten Einfluss auf das Ausmaß an Erschöpfung in der untersuchten Stichprobe besitzt ($b = .269, t(68) = 1.56, p = .123$), sondern die Signifikanz des Gesamtmodells hauptsächlich auf den Einfluss der Kontrollvariable depressive Symptomatik zurückzuführen ist ($b = 2.031, t(68) = 6.09, p < .001$). Die signifikante, positive Korrelation zwischen den beiden Variablen (siehe Tabelle 3) deutet dennoch darauf hin, dass eine höhere Ausprägung von chronischem Stress bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen mit einem höheren Ausmaß an Erschöpfung einhergeht ($r = .60, p < .001$).

Tabelle 4*Ergebnisse der Multiplen Linearen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Erschöpfung*

Koeffizienten	<i>b</i>	<i>SE</i>	β	<i>T</i>	<i>p</i>	95 % KI	
						UG	OG
(Konstante)	26.028	6.181		4.211	<.001	13.695	38.361
SSCS	.269	.172	.172	1.562	.123	-.074	.612
Geschlecht	2.883	2.792	.079	1.032	.306	-2.689	8.455
Alter 1	-4.100	2.916	-.121	-1.406	.164	-9.919	1.719
Alter 2	-4.382	2.454	-.159	-1.786	.079	-9.279	.515
Alter 3	-4.078	2.768	-.138	-1.473	.145	-9.601	1.445
Alter 4	-2.422	5.346	-.038	-.453	.652	-13.090	8.245
PHQ-9	2.031	.333	.619	6.092	<.001	1.366	2.696

Anmerkung. *N* = 76. SSCS = Screening-Skala für Chronischen Stress, Alter 1 = Alterskategorie 1 (26 bis 35 Jahre), Alter 2 = Alterskategorie 2 (46 bis 55 Jahre), Alter 3 = Alterskategorie 3 (56 bis 65 Jahre), Alter 4 = Alterskategorie 4 (ab 66 Jahren), PHQ-9 = Depressionsmodul des Patient Health Questionnaires.

Überprüfung der Voraussetzungen der Moderationsanalysen

Um die beiden geplanten Moderationsanalysen rechnen zu können, musste auch hier zunächst die Erfüllung der dafür bestehenden Voraussetzungen überprüft werden. Für die abhängige Variable Erschöpfung, die unabhängige Variable chronischer Stress und die beiden Moderatorvariablen Resilienz sowie soziale Unterstützung kann ein metrisches Messniveau angenommen werden. Der lineare Zusammenhang des Prädiktors mit dem Outcome wurde bereits bei der Überprüfung der Voraussetzungen der Multiplen Linearen Regression sichergestellt. Die Unabhängigkeit der Residuen wird mit der randomisierten, multimodalen Vorgehensweise im Rahmen des Rekrutierungsprozesses begründet. Die Ausreißeranalyse wurde mit mehreren Methoden durchgeführt. Beispielsweise wurde sichergestellt, dass keine der Variablen einen Cook-Distanz-Wert größer als 1 besitzt. Gemäß des Zentralen Grenzwerttheorems ist eine Überprüfung der Normalverteilung der Residuen ab einer Stichprobengröße von mehr als 30 Proband*innen zu vernachlässigen. Das Zutreffen der Homoskedastizität wurde mittels graphischer Überprüfung (P-P-Plot) sichergestellt. Es gab sowohl bei dem Interaktionsterm von Resilienz und chronischem Stress

(VIF-Wert = 66), als auch bei dem Interaktionsterm von sozialer Unterstützung und chronischem Stress (VIF-Wert = 90) starke Hinweise auf Multikollinearität. Dennoch wurden die beiden Moderationsanalysen wie geplant umgesetzt, da es sich bei den Fragebögen zur Erhebung der in Frage stehenden Variablen um etablierte Messinstrumente handelt und dementsprechend davon ausgegangen werden kann, dass diese Verfahren nicht dieselben Variablen messen.

Moderationsanalyse 1: Resilienz

Die erste Moderationsanalyse wurde durchgeführt, indem berechnet wurde, ob die Interaktion zwischen chronischem Stress und Resilienz das Ausmaß an Erschöpfung signifikant vorhersagt. Die Variablen chronischer Stress und Resilienz bewirkten mitsamt der Kontrollvariablen Alter, Geschlecht und depressiver Symptomatik eine Signifikanz des Gesamtmodells, $F(9, 66) = 21.84$, $p < .001$, mit einer Varianzaufklärung von 75 Prozent. Die Interaktion zwischen chronischem Stress und Resilienz zeigte jedoch keine Signifikanz ($b = .005$, $t(66) = .38$, $p = .707$), obwohl der alleinige Einfluss von Resilienz durchaus signifikant war ($b = -.854$, $t(66) = -2.92$, $p = .005$). In Tabelle 5 wird die Vorhersagekraft der einzelnen Prädiktoren genauer abgebildet.

Tabelle 5

Ergebnisse der Multiplen Linearen Regressionsanalyse mitsamt der Interaktion zwischen chronischem Stress und Resilienz

Koeffizienten	b	SE	β	T	p	95 % KI	
						UG	OG
(Konstante)	69.926	16.628		4.205	<.001	36.727	103.125
Geschlecht	2.232	2.299	.061	.971	.335	-2.357	6.821
Alter 1	-1.109	2.519	-.033	-.440	.661	-6.138	3.919
Alter 2	3.091	2.074	.115	1.491	.141	-1.049	7.232
Alter 3	2.067	2.337	.070	.885	.380	-2.599	6.733
Alter 4	3.467	4.432	.055	.782	.437	-5.381	12.315
SSCS	.034	.807	.021	.042	.967	-1.579	1.646
PHQ-9	1.719	.279	.524	6.153	<.001	1.161	2.276
RS-11	-.854	.292	-.442	-2.922	.005	-1.438	-.271
SSCS x RS-11	.005	.014	.190	.377	.707	-.023	.034

Anmerkung. $N = 76$. Alter 1 = Alterskategorie 1 (26 bis 35 Jahre), Alter 2 = Alterskategorie 2 (36 bis 45 Jahre), Alter 3 = Alterskategorie 3 (56 bis 65 Jahre), Alter 4 = Alterskategorie 4 (ab 66 Jahren), SSCS = Screening-Skala für Chronischen Stress; PHQ-9 = Depressionsmodul des Patient Health Questionnaires, RS-11 = Resilienzskala, SSCS x RS-11 = Interaktionsterm für chronischen Stress und Resilienz.

Dieses Ergebnis ist nicht gleichzusetzen mit der Aussage, dass der Zusammenhang zwischen chronischem Stress und Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen in dieser Untersuchung nicht durch Resilienz moderiert wurde. Die durch die Multiple Lineare Regressionsanalyse gefundenen Ergebnisse bedeuten lediglich, dass in dieser Studie kein linearer Moderationseffekt von Resilienz in Bezug auf chronischen Stress und Erschöpfung nachgewiesen werden konnte.

Moderationsanalyse 2: Soziale Unterstützung

Im Rahmen der zweiten Moderationsanalyse wurde die Vorhersagekraft der Interaktion zwischen chronischem Stress und sozialer Unterstützung in Bezug auf die berichtete Erschöpfung der Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen bestimmt. Die berechnete Multiple Lineare Regression enthielt neben dem Interaktionsterm, die unabhängigen Variablen (chronischer Stress und soziale Unterstützung) sowie die Kontrollvariablen (Alter, Geschlecht und depressive Symptomatik). Auch hier war das Gesamtmodell signifikant ($F(9, 66) = 11.81, p < .001, R^2 = .62$), aber die Interaktion zwischen chronischem Stress und sozialer Unterstützung ergab kein signifikantes Ergebnis ($b = .010, t(66) = .26, p = .795$). Die genauen Werte der einzelnen Prädiktoren werden in der nachfolgenden Tabelle 6 abgebildet.

Tabelle 6

Ergebnisse der Multiplen Linearen Regressionsanalyse mitsamt der Interaktion zwischen chronischem Stress und sozialer Unterstützung

Koeffizienten	b	SE	β	T	p	95 % KI	
						UG	OG
(Konstante)	35.513	25.148		1.412	.163	-14.696	85.721
Geschlecht	3.160	2.896	.087	1.091	.279	-2.622	8.942
Alter 1	-3.924	2.980	-.116	-1.317	.192	-9.874	2.025
Alter 2	-4.368	2.488	-.159	-1.756	.084	-9.336	.599

Alter 3	-3.949	2.823	-.134	-1.399	.167	-9.585	1.688
Alter 4	-2.969	5.548	-.047	-.535	.594	-14.047	8.108
SSCS	-.032	1.154	-.020	-.027	.978	-2.336	2.273
PHQ-9	2.008	.346	.612	5.796	<.001	1.316	2.700
BSSS	-.335	.850	-.079	-.394	.695	-2.032	1.363
SSCS x BSSS	.010	.039	.188	.261	.795	-.067	.088

Anmerkung. $N = 76$. Alter 1 = Alterskategorie 1 (26 bis 35 Jahre), Alter 2 = Alterskategorie 2 (46 bis 55 Jahre), Alter 3 = Alterskategorie 3 (56 bis 65 Jahre), Alter 4 = Alterskategorie 4 (ab 66 Jahren), SSCS = Screening-Skala für Chronischen Stress; PHQ-9 = Depressionsmodul des Patient Health Questionnaires, BSSS = Berliner Social Support Skalen, SSCS x BSSS = Interaktionsterm für chronischen Stress und soziale Unterstützung.

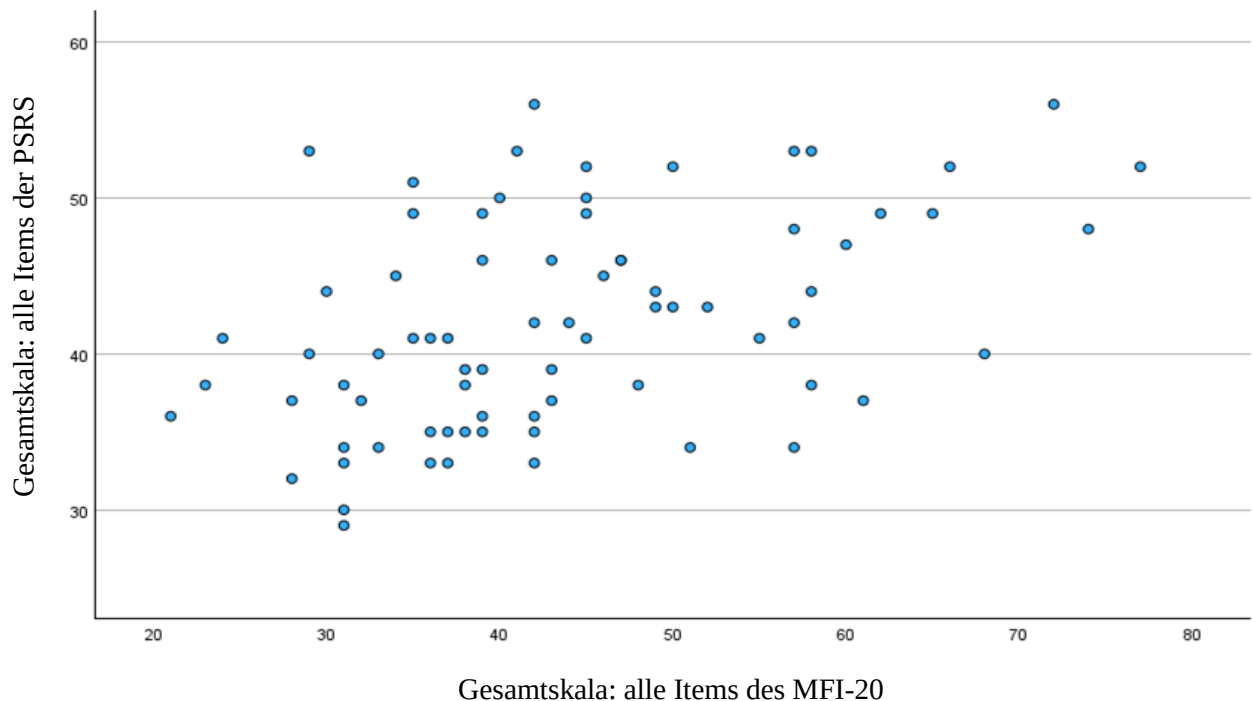
Auch bei dieser Moderationsanalyse konnte somit kein linearer Moderationseffekt von sozialer Unterstützung in Bezug auf den Zusammenhang zwischen chronischem Stress und Erschöpfung bei den untersuchten Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen in dieser Studie gefunden werden.

Korrelationsanalyse

Da während der Überprüfung der Voraussetzungen für die Korrelation nach Pearson der Kolmogorov-Smirnov-Test signifikant ausfiel ($p = .02$) und somit die Voraussetzung der Normalverteilung der Daten nicht gegeben war, wurde anstatt der ursprünglich geplanten Rechenmethode eine Spearman-Korrelation, welche die nicht-parametrische Alternative zur Pearson-Korrelation darstellt, gerechnet, um die dritte Hypothese zu testen. Die Spearman'sche Rangkorrelation zwischen dispositionaler Stressreaktivität und Erschöpfung war signifikant und positiv, $\rho = .45$, $p < .001$. Gemäß der Klassifizierung nach Cohen (1992) entspricht dieses Ergebnis einem mittleren Effekt. Dementsprechend konnte der angenommene positive, korrelative Zusammenhang zwischen den beiden Variablen in der vorliegenden Untersuchung gefunden und die korrespondierende Nullhypothese abgelehnt werden: Je höher die dispositionale Stressreaktivität, desto höher war das Ausmaß an Erschöpfung bei den Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen in dieser Stichprobe. In Abbildung 4 wird der korrelative Zusammenhang der beiden Variablen graphisch dargestellt.

Abbildung 4

Graphische Darstellung des Zusammenhangs zwischen Erschöpfung und dispositionaler Stressreaktivität



Anmerkung. $N = 76$. MFI-20 = Multidimensional Fatigue Inventory. PSRS = Skala zur wahrgenommenen Stressreaktivität.

Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Studie bestand darin, mithilfe einer Online-Befragung das Verständnis von chronischem Stress und Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen sowie Klinischen Psycholog*innen zu Zeiten der COVID-19-Pandemie in Österreich zu erweitern. Dabei wurde ein besonderer Fokus auf die Bestimmung etwaiger protektiver beziehungsweise einflussreicher Variablen gelegt.

Der Einfluss von chronischem Stress auf Erschöpfung

Seit dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie hat sich die Prävalenz von Stress innerhalb der Allgemeinpopulation verdoppelt (Salari et al., 2020). Auch die Prävalenz von psychischen Störungen ist seit dem Beginn der COVID-19-Pandemie signifikant angestiegen (Pieh et al., 2020). Mit diesem Anstieg an psychischen Belastungen geht ein erhöhter Bedarf an psychischer Gesundheitsfürsorge einher (vgl. Mitra & Kavor, 2020). Psychotherapeut*innen und Klinische Psycholog*innen nehmen eine essenzielle Rolle ein und sind gleichzeitig neben den generellen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zusätzlichen Herausforderungen (beispielsweise der Implementierung neuer Behandlungsmethoden via Internet) ausgesetzt (Aafjes-van Doorn et al.,

2022). Sie sind nicht nur mit einer höheren Anzahl an therapeutische Unterstützung suchenden Patient*innen konfrontiert (Humer et al., 2021a), sondern stehen auch vor der Herausforderung, Patient*innen mit größeren Belastungen sowie verstärkten psychischen Stress zu behandeln (Litam et al., 2021). Diese Aspekte könnten das Risiko erschöpfungsbezogener Symptome bei diesen Berufsgruppen erhöhen (Joshi & Sharma, 2020). Tatsächlich war das wahrgenommene Stresslevel österreichischer Psychotherapeut*innen während des ersten COVID-19-Lockdowns höher als bei vergleichbaren Stichproben (Probst et al., 2020). Dennoch fehlt es zu diesem Zeitpunkt an Studien, welche chronischen Stress und Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen zu Zeiten der COVID-19-Pandemie in Österreich untersuchen.

„Chronischer Stress“ entspricht per Definition dem wiederholten Auftreten unterschiedlicher Stressoren beziehungsweise einem Ausbleiben normaler adaptiver Mechanismen beim wiederholten Auftreten desselben Stressors (McEwen, 1998). „Erschöpfung“ beschreibt im psychologischen Kontext ein Gefühl der generellen Ermattung, extremer Müdigkeit, Kraftlosigkeit und des Mangels an Energie (Schwarz et al., 2003). Chronischer Stress wird generell als Risikofaktor für die Gesundheit angesehen und mit physischen Beschwerden, depressiven Störungen sowie Erschöpfung in Verbindung gebracht (Schulz et al., 2004). Daher wurde in dieser Untersuchung die Hypothese postuliert, dass chronischer Stress einen signifikanten Einfluss auf die berichtete Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen zu Zeiten der COVID-19-Pandemie in Österreich besitzt.

In der vorliegenden Studie konnte chronischer Stress mitsamt der Kontrollvariablen Alter, Geschlecht und depressiver Symptomatik das Ausmaß an Erschöpfung der befragten Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen mit einem großen Effekt signifikant voraussagen. Bei genauerer Betrachtung des berechneten Modells zeigte sich jedoch, dass chronischer Stress an sich keinen signifikanten Einfluss auf die berichtete Erschöpfung der untersuchten Stichprobe hatte. Die gefundene signifikante, positive Korrelation zwischen den beiden Variablen deutet jedoch darauf hin, dass eine höhere Ausprägung von chronischem Stress bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen mit einem höheren Ausmaß an Erschöpfung einhergeht. Jedenfalls weist dieses Ergebnis auf einen bestehenden Zusammenhang zwischen den beiden Variablen hin und ist auch im Einklang mit der Studie von Chen (1986), in welcher bereits ein korrelativer Zusammenhang zwischen Erschöpfung und emotionalem Stress nachgewiesen werden konnte. Eine potentielle Erklärung für das Fehlen eines signifikanten Einflusses von chronischem Stress alleine kann in der Verwendung der „Screening-Skala des Trierer Inventars zum chronischen Stress“ (Schulz et al., 2004) gefunden werden. Möglicherweise hätte die Verwendung des ungekürzten Messinstruments eine genauere Erhebung der interessierenden Variable und in weiterer Folge den Nachweis eines signifikanten Einflusses

ermöglicht. Auch die Inklusion einer physiologischen Messung von chronischem Stress hätte unter Umständen zu einem anderen Ergebnis geführt, da eine multidimensionale Erfassung dieses Konstruktes unter ökologisch validen Bedingungen generell empfohlen wird (Nater, 2021).

Untersuchung der protektiven Wirkung von Resilienz und sozialer Unterstützung

Eine Vielzahl an Studienergebnissen weist darauf hin, dass chronische Stressexposition maladaptive Konsequenzen haben sowie das Risiko für Krankheit erhöhen kann (vgl. McEwen, 1998). In diesem Kontext stellt sich die Frage, wieso nicht alle Menschen, die chronischem Stress ausgesetzt sind, mit einer Beeinträchtigung der psychischen oder physischen Gesundheit reagieren beziehungsweise, welche Mechanismen gegen die Folgen von chronischem Stress schützen können. Dass manche Personen trotz chronischer Stressbelastungen gesund bleiben oder nur vorübergehend krank werden, suggeriert, dass sie gegen die Widrigkeiten resilient sind. „Resilienz“ beschreibt hierbei die Aufrechterhaltung oder Rückgewinnung der psychischen Gesundheit während oder nach widrigen Lebensumständen (vgl. Rutter, 2013) und ist als „Produkt“ oder „Ergebnis“ von diversen Resilienzfaktoren abhängig (vgl. Earvolino-Ramirez, 2007). Damit sind Faktoren gemeint, die zur Resilienz eines Individuums beitragen, indem sie es wahrscheinlicher machen, dass Belastungssituationen bewältigt werden (Wittchen & Hoyer, 2011). Es wird angenommen, dass die diversen Resilienzfaktoren miteinander interagieren und ihre Wirkung durch eine kleinere Anzahl von übergeordneten Resilienzmechanismen erreicht wird (Luthar et al., 2000; Kalisch et al., 2015). Kalisch und Kolleg*innen (2015) proponieren zum Beispiel eine generelle Tendenz zu positiven (Neu-)Bewertungen belastender Situationen als einen Mechanismus, der übermäßige Stressreaktionen verhindern und vor den schädlichen Folgen von Stress schützen soll. In Anbetracht dieser Theorie wäre es durchaus denkbar, dass dieser oder ein ähnlicher resilienzfördernder Mechanismus auch zur Bewältigung von chronischem Stress (und in weiterer Folge Erschöpfung) bei Klinischen Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen zu Zeiten der COVID-19-Pandemie beiträgt. Daher wurde in dieser Studie die Hypothese aufgestellt, dass der Zusammenhang zwischen chronischem Stress und Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen durch Resilienz moderiert wird.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass chronischer Stress und Resilienz mitsamt der Kontrollvariablen (Alter, Geschlecht und depressiver Symptomatik) die berichtete Erschöpfung der befragten Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen signifikant vorhersagen. Innerhalb des Multiplen Linearen Regressionsmodells konnte jedoch kein signifikanter Interaktionseffekt zwischen chronischem Stress und Resilienz gefunden werden, obwohl der alleinige Einfluss von Resilienz durchaus signifikant war. Aus diesem Ergebnis kann nicht der Schluss gezogen werden, dass der Zusammenhang zwischen chronischem Stress und Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen zu Zeiten der COVID-19-Pandemie

nicht durch Resilienz moderiert wird. Dieses Ergebnis beschreibt lediglich den Umstand, dass in der vorliegenden Studie kein linearer Moderationseffekt von Resilienz in Bezug auf den Zusammenhang zwischen chronischem Stress und Erschöpfung nachgewiesen werden konnte. Es ist daher durchaus möglich, dass ein nicht-linearer, moderierter Zusammenhang zwischen diesen Variablen besteht. Da die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung eine signifikante Vorhersagekraft von Resilienz hinsichtlich der berichteten Erschöpfung zeigen, ist auch eine getrennte Wirkungsweise von Resilienz und chronischem Stress auf das Ausmaß an Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen denkbar. Der nachgewiesene, signifikante Einfluss von Resilienz auf Erschöpfung in dieser Untersuchung steht nicht nur im Einklang mit der Theorie von Kalisch und Kolleg*innen (2015), sondern auch mit früheren Studienergebnissen (Aafjesvan Doorn et al., 2022). In einer Studie von Aafjesvan Doorn et al. (2022) zeigten Psychotherapeut*innen beispielsweise bereits während den ersten Monaten der COVID-19-Pandemie Resilienz, indem sie eine Abnahme an professionsbezogenen Selbstzweifeln über die Zeit berichteten.

Auch soziale Unterstützung repräsentiert einen protektiven Faktor, welcher resilienzsteigernd wirken kann (Barnow & Miano, 2020). Generell sind mit dem Begriff „soziale Unterstützung“ Ressourcen gemeint, welche einer Person von einer anderen zur Verfügung gestellt werden (Cohen & Syme, 1985). Die Definition von sozialer Unterstützung ist multidimensional, wobei hilfreiche Interaktionen nach emotionaler, instrumenteller und informationeller Unterstützung unterschieden werden (Schulz & Schwarzer, 2003). In der vorliegenden Untersuchung wurden ausschließlich emotionale sowie instrumentelle Unterstützung erhoben. Ferner wurde das Konstrukt der sozialen Unterstützung ganzheitlich untersucht und nicht nach den Dimensionen differenziert betrachtet. Da soziale Unterstützung als ein bedeutsamer Faktor im Zusammenhang von Stress und Krankheitsbewältigung angesehen wird (Klauer & Schwarzer, 2001), wurde in dieser Studie die Hypothese, dass der Zusammenhang zwischen chronischem Stress und Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen zu Zeiten der COVID-19-Pandemie durch soziale Unterstützung moderiert wird, überprüft.

Die Ergebnisse der Berechnungen in dieser Studie zeigen neuerlich eine signifikante Vorhersagekraft des Gesamtmodell, welches neben dem Interaktionsterm auch die unabhängigen Variablen (chronischer Stress und soziale Unterstützung) sowie die Kontrollvariablen (Alter, Geschlecht und depressive Symptomatik) inkludiert, in Hinsicht auf die berichtete Erschöpfung der Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen. Die Interaktion zwischen chronischem Stress und sozialer Unterstützung besaß jedoch keinen signifikanten Einfluss. Auch der alleinige Einfluss von sozialer Unterstützung konnte das Ausmaß an Erschöpfung in der untersuchten Stichprobe nicht signifikant vorhersagen. In der vorliegenden Untersuchung konnte somit kein

linearer Moderationseffekt von sozialer Unterstützung in Bezug auf den Zusammenhang zwischen chronischem Stress und Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen zu Zeiten der COVID-19-Pandemie in Österreich gefunden werden.

Dieses Ergebnis ist im Einklang mit der Studie von Riemsma und Kolleg*innen (1998), in welcher ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang zwischen Erschöpfung und sozialer Unterstützung gefunden werden konnte, aber Erschöpfung signifikant mit problematischer sozialer Unterstützung korrelierte. Es gibt auch andere Studien, in denen kein Moderationseffekt von sozialer Unterstützung nachgewiesen werden konnte (Lee et al., 2003; Miller et al., 2001). Dennoch steht das in dieser Studie gefundene Ergebnis des fehlenden, linearen Moderationseffektes beziehungsweise nicht-signifikanten Einflusses von sozialer Unterstützung hinsichtlich der berichteten Erschöpfung im Widerspruch zu einem Großteil an bisheriger Literatur (Bengel & Lyssenko, 2012; Klauer & Schwarzer, 2001; Stoffel et al., 2021; Connell et al., 2001; Morris et al., 1989; Huang et al., 2006), denn die Mehrzahl an Studienergebnissen zeigen durchaus eine positive Wirkung des Konstruktes (vgl. Schulz & Williamson, 1991). Beispielsweise fanden Stoffel et al. (2021) ökologisch valide Evidenz, dass soziale Interaktionen direkte, dämpfende Effekte auf psychobiologischen Stress besitzen. Des Weiteren wurde bei pflegenden Angehörigen von Demenzpatient*innen, welche generell einem hohen Ausmaß an chronischem Stress ausgesetzt sind, hohe soziale Unterstützung als ein Resilienzfaktor nachgewiesen (Connell et al., 2001). Genauer haben bisherige Studien gezeigt, dass pflegende Angehörige mit ausreichend sozialer Unterstützung weniger Stress erleben und über eine bessere physische sowie psychische Gesundheit berichten als Angehörige, die nicht über diese Ressource verfügen (vgl. Morris et al., 1989).

Möglicherweise ist das Ergebnis dieser Studie darauf zurückzuführen, dass grundsätzlich in Bezug auf die protektive Wirkung zwischen den verschiedenen Dimensionen sozialer Unterstützung differenziert werden sollte (Fiore et al., 1986) und soziale Unterstützung in der vorliegenden Untersuchung nur ganzheitlich betrachtet wurde. Beispielsweise ergab eine Studie von Han et al. (2014), dass hohe instrumentelle Unterstützung den Stress reduziert, während informationelle sowie emotionale soziale Unterstützung keinen Effekt auf Stress zeigten. In einer anderen Studie an pflegenden Ehefrauen und Töchtern konnte eine moderierende Funktion sozialer Unterstützung für den Effekt von Stress auf Depressivität nur für emotionale Unterstützung nachgewiesen werden (Li et al., 1997). Eine weitere Erklärung liegt in der Komplexität des Zusammenhangs zwischen sozialer Unterstützung einerseits und Stress- bzw. Gesundheitsoutcomes andererseits (Brodaty & Donkin, 2009). So beeinflussen beispielsweise das Geschlecht, der ethnische Hintergrund sowie die Persönlichkeit von pflegenden Angehörigen, welche Art der sozialen Unterstützung sie erhalten und, wie diese wahrgenommen sowie genutzt wird (vgl. Shurgot & Knight, 2005). Die stress-puffernde Wirkung dieses Resilienzfaktors scheint nicht uniform zu sein, sondern von

verschiedenen Quellen und Arten sozialer Unterstützung abzuhängen, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Stressprozess ansetzen (Li et al., 1997). Schließlich besteht auch in diesem Fall die Möglichkeit, dass der nicht nachweisbare, lineare Moderationseffekt in der vorliegenden Untersuchung auf einen nicht-linearen Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung, chronischem Stress und Erschöpfung zurückzuführen ist.

Dispositionale Stressreaktivität und Erschöpfung

Wie beschrieben, sind Psychotherapeut*innen und Klinische Psycholog*innen angesichts der COVID-19-Pandemie mit neuen Herausforderungen und somit zusätzlichen Belastungen konfrontiert (Aafjes-van Doorn et al., 2022). Personen mit einer hohen dispositionalen Stressreaktivität verlieren bei großen Belastungen ihre zuverlässige Handlungsfähigkeit und neigen zur Ausbildung gesundheitsrelevanter Stressreaktionen sowie zu Beeinträchtigung des Befindens (Schulz et al., 2005). Das Konzept der dispositionalen Stressreaktivität könnte daher einen weiteren Erklärungsansatz für interindividuelle Differenzen bezüglich der Ausbildung erschöpfungsbezogener Symptome bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen zu Zeiten der COVID-19-Pandemie liefern und wurde daher ebenfalls in der vorliegenden Studie untersucht.

“Dispositionale Stressreaktivität” meint dabei eine Veranlagung, welche interindividuelle Unterschiede in Bezug auf das Ausmaß, mit welchem ein Individuum auf Belastungen mit emotionalem Stresserleben und körperlichen Stressreaktionen reagiert, erklären soll (Schulz et al., 2005). Da in dieser Studie keine Messungen von körperlichen Stressreaktionen vorgenommen wurden, wurde hier der Fokus auf den emotionalen Aspekt der dispositionalen Stressreaktivität gelegt. In der Vergangenheit wurde das Konstrukt mit chronischem Stress, wahrgenommenem Stress, Selbsteffizienz, Neurotizismus, depressiven Symptomen und Schlafqualität assoziiert (Schlotz et al., 2011). Ebenso wurde dispositionale Stressreaktivität bereits mit Erschöpfung in Verbindung gebracht (Schulz et al., 2005). Daher wurde in der vorliegenden Untersuchung die Hypothese untersucht, dass höhere dispositionale Stressreaktivität mit höherer berichteter Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen einhergeht. Tatsächlich korrelierte dispositionale Stressreaktivität signifikant mit Erschöpfung und es wurde ein mittlerer Effekt in der untersuchten Stichprobe gefunden. Dementsprechend konnte der angenommene, positiv korrelative Zusammenhang zwischen den beiden Variablen in dieser Untersuchung nachgewiesen werden: Je höher die dispositionale Stressreaktivität, desto höher war das Ausmaß an Erschöpfung bei den Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen in dieser Studie.

Dass die Ergebnisse dieser Untersuchung eine signifikante Korrelation zwischen dispositionaler Stressreaktivität und Erschöpfung zeigten, ist im Einklang mit der bisherigen Literatur. Schulz und Kolleg*innen (2005) fanden zum Beispiel, dass Personen, die angaben

stressreaktiv zu sein, häufiger erschöpft waren und vor allem in der Post-Stress-Phase wurde eine hohe Korrelation zwischen Erschöpfung und Stressreaktivität beobachtet.

Stärken und Limitationen

Bei der Interpretation der gefundenen Ergebnisse ist es von großer Wichtigkeit, die gegenwärtigen Limitationen der vorliegenden Untersuchung nicht außer Acht zu lassen. Zunächst besteht eine Limitation dieser Studie in der gewählten Methode zur Erhebung des chronischen Stresses. Aufgrund des facettenreichen Verständnisses von Stress, sollte die Erfassung dieses Konstruktes auf multidimensionale Weise und unter ökologisch validen Bedingungen geschehen (Nater, 2021). In der vorliegenden Studie wurde jedoch aus Kapazitätsgründen auf die Inklusion biologischer Messwerte von chronischem Stress verzichtet. Dies schränkt die (ökologische) Validität der Untersuchung ein und reduziert die gewonnenen Erkenntnisse auf die psychologischen Aspekte von chronischem Stress. Diese Einschränkung ist besonders aufgrund der in Labor- und Feldforschung beobachteten Inkongruenz zwischen psychologischen und biologischen Facetten von Stress zu betonen (Campbell & Ehler, 2012).

Eine weitere Limitation ist auf die niedrige Stichprobengröße zurückzuführen. Vor der Durchführung der Studie wurde eine benötigte Teilnehmerzahl von mindestens 92 Proband*innen berechnet, um einen mittleren Effekt mit den gewählten Methoden auffinden zu können. Aufgrund der Unvollständigkeit der Datensätze konnten schlussendlich jedoch nur die Daten von jenen 76 Studienteilnehmer*innen, welche den Online-Fragebogen bis zur letzten Seite vollständig ausgefüllt haben, in der Auswertung berücksichtigt werden. Die eher geringe Teilnahmebereitschaft der interessierenden Population ist möglicherweise auf den Umstand zurückzuführen, dass zur Zeit der Rekrutierungsphase weitere Online-Befragungen, welche ebenfalls Psychotherapeut*innen in Österreich untersucht haben, durchgeführt wurden. Dies könnte womöglich das Interesse der Zielpopulation im Sinne einer "Teilnahme-Müdigkeit" reduziert haben. Im Vergleich zu den anderen vorausgegangenen oder simultan durchgeführten Studien (Probst et al., 2020; Humer et al., 2021a; Humer et al., 2021b; Schaffler et al., 2022) war die Befragungsdauer in der vorliegenden Untersuchung außerdem deutlich länger. Dies könnte die Motivation potentieller Studienteilnehmer*innen zusätzlich gemindert haben, was auch mit den beobachteten Abbruchquoten innerhalb des Online-Fragebogens übereinstimmend ist.

Die Problematik der niedrigen Stichprobengröße führt nicht nur zu einer geringeren statistischen Power, sondern auch die Repräsentativität innerhalb der untersuchten Stichprobe ist dadurch nur in geringerem Maße vorhanden. Beispielsweise war der Anteil an weiblichen Studienteilnehmerinnen deutlich höher als jener der männlichen Studienteilnehmer. Trotz jeglicher Bemühungen einer gleichmäßigen Bewerbung der Studie im Rahmen des Rekrutierungsprozesses nahmen außerdem deutlich weniger Klinische Psycholog*innen als Psychotherapeut*innen an der

Online-Befragung teil, wodurch diese Berufsgruppe zu einem geringeren Anteil in dieser Untersuchung vertreten war.

Um das beschriebene theoretische Wirkungsmodell mathematisch zu überprüfen, wäre die Berechnung eines Strukturgleichungsmodells beziehungsweise eines Pfadmodells von Vorteil gewesen. Ein solches methodisches Vorgehen war aufgrund der niedrigen Stichprobengröße jedoch nicht möglich, was bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollte.

Abschließend stellt auch das querschnittliche Erhebungsdesign eine Limitation dieser Studie dar, obwohl eine zweite Erhebungswelle für das Jahr 2024 angedacht ist, welche Aussagen über die Langzeiteffekte der COVID-19-Pandemie bezüglich chronischem Stress und Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen in Österreich ermöglichen soll.

Neben den genannten Limitationen soll an dieser Stelle gleichermaßen auf die Stärken der vorliegenden Untersuchung eingegangen werden. Beispielsweise besteht eine Stärke dieser Studie darin, dass ein Großteil der verwendeten Messinstrumente in vollständiger Länge eingesetzt wurde, womit die interessierenden Variablen gründlich erhoben und die Reliabilität der Messungen sichergestellt werden konnte. Außerdem handelt es sich bei den verwendeten Fragebögen um etablierte Messinstrumente, deren Validität von den Autor*innen begründet wurde. Als besonderes Alleinstellungsmerkmal der vorliegenden Untersuchung ist in diesem Kontext die multidimensionale Erfassung von Erschöpfung zu nennen.

Eine weitere Stärke dieser Studie kann darin gefunden werden, dass in dieser Untersuchung erstmals der Fokus auf chronischen Stress und Erschöpfung gelegt wurde, während sich frühere Befragungen von Psychotherapeut*innen zu Zeiten der COVID-19-Pandemie in Österreich auf die Erforschung von akutem Stress beschränkt haben (Probst et al., 2020; Humer et al., 2021a; Humer et al., 2021b; Schaffler et al., 2022). Ein zusätzliches Alleinstellungsmerkmal dieser Studie stellt die bewusste Inklusion von Klinischen Psycholog*innen, eine sonst vernachlässigte Berufsgruppe in bisherigen Forschungsprojekten, im Rahmen des Rekrutierungsprozesses dar. Die Berücksichtigung von schützenden Faktoren wie Resilienz und sozialer Unterstützung wurde zwar von früheren Studien empfohlen (vgl. Schaffler et al., 2022), aber abgesehen von der Studie von Aafjes-van Doorn und Kolleg*innen (2022) kaum durchgeführt, und ist daher eine zusätzliche Stärke dieser Untersuchung. Des Weiteren repräsentiert die vorliegende Untersuchung die erste Studie bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen, in welcher der Zusammenhang zwischen dispositionaler Stressreaktivität und Erschöpfung untersucht wird. Zusammenfassend kann daher festgehalten werden, dass sich das Studiendesign der vorliegenden Untersuchung durch die bewusste Schwerpunktsetzung auf bisher vernachlässigte Forschungsgegenstände sowie Populationsgruppen auszeichnet.

Letztlich stellt auch das längsschnittliche Untersuchungsdesign (im Sinne der geplanten Fortsetzung dieser Studie im Jahr 2024) eine Stärke dieser Untersuchung dar, weil dadurch die Erforschung potentieller Langzeiteffekte der COVID-19-Pandemie in Bezug auf chronischen Stress beziehungsweise dispositionale Stressreaktivität und Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen in Österreich ermöglicht werden kann. Zusätzlich soll dadurch die Beschreibung möglicher langfristig schützender Wirkungen von Resilienz und sozialer Unterstützung in diesem Kontext erlaubt werden.

Zukünftige Forschungsmöglichkeiten und praktische Implikationen

Der Ausbruch der COVID-19-Pandemie stellte nicht nur eine weltweite Bedrohung für die physische Gesundheit der Menschen dar, sondern trug ebenso negative Folgen für die psychische Gesundheit mit sich (Salari et al., 2020). Studienergebnisse zeigten doppelt so hohe Raten an Stress in der Allgemeinpopulation seit dem Beginn der COVID-19-Pandemie (Salari et al., 2020; Necho et al., 2021; Blasco-Belled et al., 2022). Personen, welche im Gesundheitssystem tätig sind, scheinen unter noch größeren Belastungen zu stehen als die Allgemeinpopulation, da bei diesen Berufsgruppen eine noch höhere Prävalenz von Stress berichtet wurde (Mahmud et al., 2022). Zum derzeitigen Stand hat sich die Forschung auf die Untersuchung von akutem Stress bei Psychotherapeut*innen zu Zeiten der COVID-19-Pandemie in Österreich konzentriert (Probst et al., 2020; Humer et al., 2021a; Humer et al., 2021b; Schaffler et al., 2022). Außerdem hat sich ein Großteil der bisher durchgeführten Studien in diesem Forschungsgebiet auf die Erforschung von Burnout begrenzt (Van Hoy et al., 2022). Gegenwärtig wird jedoch kritisch diskutiert, ob Burnout für klinische Zwecke als eine diagnostische Kategorie verwendet werden kann, da es wenig Übereinstimmung hinsichtlich der Operationalisierung der Burnout-Kriterien gibt (Doerr & Nater, 2017). Die Validität von Erschöpfung als zu messendes Konstrukt ist hingegen gut belegt (Smets et al., 1995). Daher ist es von großer Wichtigkeit, dass auch die Ätiologie, Aufrechterhaltung und Behandlung von chronischem Stress und Erschöpfung in zukünftigen Studien bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen weiter untersucht werden. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass chronischer Stress sowohl von seiner psychologischen Seite als auch mit biologischen Markern erhoben wird. Beispielsweise wurden von Skoluda und Kolleg*innen (2021) die Untersuchung von Haaren als wichtige Quelle des Stresshormons Kortisol vorgeschlagen. Dass in dieser Studie kein signifikanter Einfluss von chronischem Stress auf die berichtete Erschöpfung von Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen nachgewiesen werden konnte, könnte sowohl auf die fehlende Inklusion von biologischen Messwerten als auch auf die Verwendung eines Screening-Fragebogens zur Erhebung des Konstruktes zurückzuführen sein. Aus diesem Grund wird für zukünftige Untersuchungen die Verwendung eines ungekürzten

Messinstrumente, beispielsweise dem „Trierer Inventars zum chronischen Stress“ (Schulz et al., 2004), für die Erfassung von chronischem Stress empfohlen.

Obwohl in dieser Studie kein linearer Moderationseffekt von Resilienz in Bezug auf den Zusammenhang zwischen chronischem Stress und Erschöpfung nachgewiesen werden konnte, wurde ein signifikanter Einfluss von Resilienz auf Erschöpfung gefunden. Daher bedarf es unbedingt weiteren Studien, welche sich der Untersuchung der Wirkungsmechanismen zwischen Resilienz und Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen annehmen, denn derartige zukünftige Studien könnten wichtige Implikationen für die Planung von Interventionen zur Reduktion des Erschöpfungserlebens bei diesen Berufsgruppen mit sich bringen.

Ebenso konnte in dieser Untersuchung kein linearer Moderationseffekt von sozialer Unterstützung in Bezug auf den Zusammenhang zwischen chronischem Stress und Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen zu Zeiten der COVID-19-Pandemie in Österreich nachgewiesen werden. In einer Studie von Riemsma und Kolleg*innen (1998) konnte ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang zwischen Erschöpfung und sozialer Unterstützung gefunden werden, aber Erschöpfung korreliert signifikant mit problematischer sozialer Unterstützung. Es gibt Hinweise auf negative „Arten“ hoher sozialen Unterstützung (beispielsweise Interpretation als Kritik), die mit Konflikten im sozialen Netzwerk und einer Zunahme psychopathologischer Symptome einhergehen können (vgl. Schulz & Williamson, 1991). Möglicherweise könnte eine zukünftige Untersuchung einen signifikanten Moderationseffekt dieser negativen Formen von sozialer Unterstützung in Bezug auf chronischen Stress und Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen nachweisen. Außerdem wurde soziale Unterstützung in der vorliegenden Studie nur ganzheitlich untersucht. Grundsätzlich sollte in Bezug auf die gefundene, protektive Wirkung zwischen den verschiedenen Dimensionen dieses Resilienzfaktors differenziert werden (Fiore et al., 1986). Eine Studie von Han et al. (2014) zeigte beispielsweise, dass hohe instrumentelle Unterstützung den Stress reduziert, während informationelle sowie emotionale soziale Unterstützung keinen Effekt auf Stress zeigten. Es braucht daher zukünftige Studien, welche soziale Unterstützung nach ihren Dimensionen differenziert betrachten und mögliche moderierende Effekte hinsichtlich chronischem Stress und Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen untersuchen. Derartige Studien sind dringend notwendig, da daraus hilfreiche Implikationen für das chronische Stressmanagement dieser vulnerablen Berufsgruppen abgeleitet werden könnten.

Abschließend war den zuvor getätigten Berechnungen zufolge die Anzahl an inkludierten Studienteilnehmer*innen in dieser Untersuchung zu gering, um einen mittleren Effekt aufzufinden. Auch die Überprüfung des theoretischen Wirkungsmodells mithilfe eines Strukturgleichungs- oder Pfadmodells war aufgrund der niedrigen Stichprobengröße nicht möglich. Besonders der Anteil an

Klinischen Psycholog*innen war (trotz der bewussten Inklusion von Mitgliedern dieser Berufsgruppe im Rahmen des Rekrutierungsprozesses) relativ niedrig. Zusätzlich waren Psychotherapeut*innen und Klinische Psycholog*innen des männlichen Geschlechts in dieser Untersuchung unterrepräsentiert. Aus diesen Gründen wäre eine Wiederholung der vorliegenden Studie mit einer größeren Stichprobe, welche einen ähnlich hohen Anteil an weiblichen wie männlichen Teilnehmer*innen sowie Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen aufweisen sollte, von großem Nutzen.

Die Ergebnisse der gegenwärtigen Studie besitzen aus mehreren Gründen praktische Relevanz. Maslach (2003) fand, dass berufsbezogener Stress ein häufig auftretendes Problem bei Psychotherapeut*innen ist. Über die Hälfte befragter Psychotherapeut*innen berichten ein mittel bis hohes berufsbezogenes Stresslevel, was wiederum ein Risiko für verminderte Lebensqualität, mehr psychische Schwierigkeiten, Arbeitsversäumnis und Personalwechsel darstellt (Acker, 2010; Peterson et al., 2008). Diese Studienergebnisse betonen, wie wichtig es ist, dass Psychotherapeut*innen und Klinische Psycholog*innen auch in Zeiten der COVID-19-Pandemie Tätigkeiten der Selbstpflege nachgehen, um die schädlichen Effekte von Stress zu mildern (Schaffler et al., 2022). In dieser Studie konnte Erschöpfung nicht signifikant durch chronischen Stress vorhergesagt und keine linearen Moderationseffekte von Resilienz beziehungsweise sozialer Unterstützung in Bezug auf den Zusammenhang zwischen chronischem Stress und Erschöpfung nachgewiesen werden. Dass in der vorliegenden Untersuchung ein signifikanter Einfluss von Resilienz auf Erschöpfung gefunden wurde repräsentiert jedoch einen Ansatzpunkt für mögliche Interventionen zur Reduktion von Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen zu Zeiten der COVID-19-Pandemie. Resilienz ist nämlich variabel und ihre Veränderung durch verschiedene Interventionen möglich (vgl. Leppin et al., 2014). Die Entwicklung neuer Interventionsmaßnahmen zur Steigerung der Resilienz und in weiterer Folge Linderung von Erschöpfungssymptomen ist von großer Wichtigkeit. Nicht nur im Tätigkeitsbereich der Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen, sondern auch in anderen Professionen des Gesundheitssystems könnte von derartigen Interventionen profitiert werden.

Auch der in dieser Studie gezeigte Zusammenhang zwischen dispositionaler Stressreaktivität und Erschöpfung bringt Möglichkeiten für neue Interventionsmaßnahmen mit sich. Dispositionale Stressreaktivität ist bekanntlich über Zeit, Situationen und Reaktionssysteme hinweg relativ stabil, aber kann sich je nach bestehenden beziehungsweise vorangegangenen Belastungen verändern (McEwen, 1998). Gegenwärtig werden ungünstige Ausprägungen von vier Personmerkmalen (hohe Besorgnisneigung, negatives Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, hohe Erregbarkeit des Zentralen Nervensystems und hohe negative Affektivität) als Determinanten für Stressreaktivität angenommen (Schulz et al., 2005). Eine Intervention zur Veränderung dieser vier

Persönlichkeitseigenschaften und einer damit verbundenen Reduktion der dispositionalen Stressreaktivität könnte das Erschöpfungserleben von Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen zu Zeiten der COVID-19-Pandemie demnach positiv beeinflussen.

Conclusio

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen keinen signifikanten Einfluss von chronischem Stress in Bezug auf Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen zu Zeiten der COVID-19-Pandemie in Österreich. Die gefundene, signifikante Korrelation zwischen den beiden Variablen deutet jedoch darauf hin, dass eine höhere Ausprägung von chronischem Stress bei diesen Berufsgruppen durchaus mit einem höheren Ausmaß an Erschöpfung einhergeht. Ebenso konnten keine linearen Moderationseffekte von Resilienz oder sozialer Unterstützung hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen chronischem Stress und Erschöpfung nachgewiesen werden, obwohl ein signifikanter Einfluss von Resilienz auf Erschöpfung gefunden wurde. Zwischen dispositionaler Stressreaktivität und Erschöpfung konnte innerhalb der untersuchten Stichprobe eine signifikante, positive Korrelation von einer mittleren Effektstärke aufgezeigt werden.

Die Ergebnisse dieser Studie tragen viel Potential für die Entwicklung neuer Interventionen bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen zu Zeiten der COVID-19-Pandemie mit sich. Besonders die in Hinsicht auf Resilienz und dispositionale Stressreaktivität gewonnenen Erkenntnisse bieten mögliche Ansatzpunkte für die Reduktion des Erschöpfungserlebens von Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen. Gleichzeitig unterstreicht die Widersprüchlichkeit der gefundenen Ergebnisse die Komplexität der untersuchten Konstrukte. Da hohe psychische Belastungen bei diesen Berufsgruppen nicht nur negative Folgen für die Betroffenen, sondern auch die Behandlung der Patient*innen mit sich tragen (Simionato & Simpson, 2018), sind zukünftige Untersuchungen von chronischem Stress und Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen sowie Klinischen Psycholog*innen zweifelsfrei notwendig.

Literaturverzeichnis

- Aafjes-van Doorn, K., Bekes, V., Luo, X., Prout, T. A., & Hoffman, L. (2022). Therapists' resilience and posttraumatic growth during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma, 14*(1), 165-173. <https://doi.org/10.1037/tra0001097>
- Acker, G. M. (2010). The challenges in providing services to clients with mental illness: Managed care, burnout and somatic symptoms among social workers. *Community Mental Health Journal, 46*(6), 591-600. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9269-5>
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4. Aufl.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barnow, S., & Miano, A. (2020). Persönlichkeitsstörungen. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3. Aufl., S. 1299-1318). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bengel, J., & Lyssenko, L. (2012). *Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter: Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter* (Bd. 43). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Blasco-Belled, A., Tejada-Gallardo, C., Fatsini-Prats, M., & Alsinet, C. (2022). Mental health among the general population and healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis of well-being and psychological distress prevalence. *Current Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02913-6>
- Bolger, N., & Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of personality and social psychology, 69*(5), 890-902. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.5.890>
- Bonanno, G. A., & Diminich, E. D. (2013). Annual Research Review: Positive adjustment to adversity - trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(4), 378-401. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12021>
- Brodsky, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 11*(2), 217-228. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodsky>
- Campbell, J., & Ehler, U. (2012). Acute psychosocial stress: Does the emotional stress response correspond with physiological responses? *Psychoneuroendocrinology, 37*(8), 1111-1134. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.12.010>
- Chen, M. K. (1986). The epidemiology of self-perceived fatigue among adults. *Preventive Medicine, 15*(1), 74-81. [https://doi.org/10.1016/0091-7435\(86\)90037-x](https://doi.org/10.1016/0091-7435(86)90037-x)
- Clyburn, L. D., Stones, M. J., Hadjistavropoulos, T., & Tuokko, H. (2000). Predicting caregiver

- burden and depression in Alzheimer's disease. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(1), 2-13.
<https://doi.org/10.1093/geronb/55.1.s2>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Cohen, S., Hamrick, N. M., Rodriguez, M. S., Feldman, P. J., Rabin, B. S., & Manuck, S. B. (2000). The stability of and intercorrelations among cardiovascular, immune, endocrine, and psychological reactivity. *Annals of Behavioral Medicine*, 22(3), 171-179.
<https://doi.org/10.1007/BF02895111>
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). *Social support and health* (1. Aufl.). New York: Academic Press.
- Connell, C. M., Janevic, M. R., & Gallant, M. P. (2001). The costs of caring: Impact of dementia on family caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 14(4), 179-187.
<https://doi.org/10.1177/089198870101400403>
- Curt, G. A. (2000). The impact of fatigue on patients with cancer: Overview of FATIGUE 1 and 2. *The Oncologist*, 5(2), 9-12. https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-suppl_2-9
- Dale, R., Budimir, S., Probst, T., Stippl, P., & Pieh, C. (2021). Mental health during the COVID-19 lockdown over the Christmas period in Austria and the effects of sociodemographic and lifestyle factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3679-3694. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073679>
- Dickerson, S. S., & Kemeny, M. E. (2004). Acute stressors and cortisol responses: A theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological Bulletin*, 130(3), 355-391.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.3.355>
- Doerr, J. M., & Nater, U. M. (2017). Exhaustion syndromes: Concepts and definitions. In S. Neckel, A. K. Schaffner & G. Wagner (Hrsg.), *Burnout, fatigue, exhaustion: An interdisciplinary perspective on a modern affliction* (1. Aufl., S. 77-104). Cham: Palgrave Macmillan.
- Dougall, A. L., & Baum, A. (2001). Stress, health, and illness. In A. Baum, T. A. Revenson & J. E. Singer (Hrsg.), *Handbook of health psychology* (1. Aufl., S. 321-337). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Earvolino-Ramirez, M. (2007). Resilience: A concept analysis. *Nursing Forum*, 42(2), 73-82. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2007.00070.x>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*

- Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Fiore, J., Coppel, D. B., Becker, J., & Cox, G. B. (1986). Social support as a multifaceted concept: Examination of important dimensions for adjustment. *American Journal of Community Psychology*, 14(1), 93-111. <https://doi.org/10.1007/bf00923252>
- Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J. K., Marucha, P. T., MacCallum, R. C., Laskowski, B. F., & Malarkey, W. B. (1999). Stress-related changes in proinflammatory cytokine production in wounds. *Archives of General Psychiatry*, 56(5), 450-456. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.5.450>
- Han, J. W., Jeong, H., Park, J. Y., Kim, T. H., Lee, D. Y., Lee, D. W., Ryu, S.-H., Kim, S.-K., Yoon, J. C., Jhoo, J. H., Kim, J. L., Lee, S. B., Lee, J. J., Kwak, K. P., Kim, B.-J., Park, J. H., & Kim, K. W. (2014). Effects of social supports on burden in caregivers of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 26(10), 1639-1648. <https://doi.org/10.1017/s1041610214001331>
- Hirsch, J. K., & Sirois, F. M. (2016). Hope and fatigue in chronic illness: The role of perceived stress. *Journal of Health Psychology*, 21(4), 451-456. <https://doi.org/10.1177/1359105314527142>
- Huang, C.-Y., Musil, C. M., Zauszniewski, J. A., & Wykle, M. L. (2006). Effects of social support and coping of family caregivers of older adults with dementia in Taiwan. *International Journal of Aging & Human Development*, 63(1), 1-25. <https://doi.org/10.2190/72JU-ABQA-6L6F-G98Q>
- Humer, E., Haid, B., Schimboeck, W., Reisinger, A., Gasser, M., Eichberger-Heckmann, H., Stippl, P., Pieh, C., & Probst, T. (2021a). Provision of psychotherapy one year after the beginning of the COVID-19 pandemic in Austria. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5843-5853. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115843>
- Humer, E., Pieh, C., Probst, T., Kisler, I. M., Schimböck, W., & Schadenhofer, P. (2021b). Telephone Emergency Service 142 (TelefonSeelsorge) during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional survey among counselors in Austria. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2228-2238. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052228>
- Humer, E., Gächter, A., Dale, R., Probst, T., & Pieh, C. (2022a). The association of health behaviors and mental health during COVID-19. *General Hospital Psychiatry*, 78(1), 143-144. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2022.06.001>
- Humer, E., Schaffler, Y., Jesser, A., Probst, T., & Pieh, C. (2022b). Mental health in the Austrian

general population during COVID-19: Cross-sectional study on the association with sociodemographic factors. *Frontiers in Psychiatry*, 13(1), 943303.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.943303>

Jameton, A. (1984). *Nursing practice : The ethical issues* (1. Aufl.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Jokić-Begić, N., Korajlija, A. L., & Begić, D. (2021). Mental health of psychiatrists and physicians of other specialties in early COVID-19 pandemic: Risk and protective factors. *Psychiatria Danubina*, 32(3), 536-548. <https://doi.org/10.24869/PSYD.2020.536>

Joshi, G., & Sharma, G. (2020). Burnout: A risk factor amongst mental health professionals during COVID-19. *Asian Journal of Psychiatry*, 54(1), 102300.

<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102300>

Kalisch, R., Müller, M. B., & Tüscher, O. (2014). A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *Behavioral and Brain Sciences*, 38(1), 92-171.

<https://doi.org/10.1017/s0140525x1400082x>

Karadag, R. E., Kilic, R. S. P., & Metin, O. (2013). Relationship between fatigue and social support in hemodialysis patients. *Nursing & Health Sciences*, 15(2), 164-171.

<https://doi.org/10.1111/nhs.12008>

Kiecolt-Glaser, J. K., Marucha, P. T., Malarkey, W. B., Mercado, A. M., & Glaser, R. (1995). Slowing of wound healing by psychological stress. *Lancet*, 346(8984), 1194-1196.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(95\)92899-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(95)92899-5)

Klauer, T., Knoll, N., & Schwarzer, R. (2007). Soziale Unterstützung: Neue Wege in der Forschung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 15(4), 141-142.

<https://doi.org/10.1026/0943-8149.15.4.141>

Klauer, T., & Schwarzer, R. (2001). Soziale Unterstützung und Depression. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 22(3), 333-351. <https://doi.org/10.1007/s00278-005-0451-0>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613.

<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

Kunzler, A., Skoluda, N., & Nater, U. M. (2018). Die Bedeutung von Resilienzfaktoren für pflegende Angehörige von Demenzpatienten – eine Übersicht zu ausgewählten Faktoren. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 68(1), 10-21.

<https://doi.org/10.1055/s-0043-118652>

Lawton, M. P., Moss, M. S., Kleban, M. H., Glicksman, A., & Rovine, M. J. (1991). A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journal of Gerontology*, 46(4), 181-189. <https://doi.org/10.1093/geronj/46.4.p181>

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (1. Aufl.). New York: Springer Publishing Company.
- Maslach, C. (2003). Job Burnout: Current directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189-192. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01258>
- Lee, H. J., Seo, J. M., & Ahn, S. H. (2003). The role of social support in the relationship between stress and depression among family caregivers of older adults with dementia. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 33(6), 713-721. <https://doi.org/10.4040/jkan.2003.33.6.713>
- Leppin, A. L., Gionfriddo, M. R., Sood, A., Montori, V. M., Erwin, P. J., Zeballos-Palacios, C., Bora, P. R., Dulohery, M. M., Brito, J. P., Boehmer, K. R., & Tilburt, J. C. (2014). The efficacy of resilience training programs: A systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 3(1), 20-25. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-3-20>
- Li, L. W., Seltzer, M. M., & Greenberg, J. S. (1997). Social support and depressive symptoms: Differential patterns in wife and daughter caregivers. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 52(4), 200-211. <https://doi.org/10.1093/geronb/52B.4.S200>
- Litam, S. D. A., Ausloos, C. D., & Harrichand, J. J. S. (2021). Stress and resilience among professional counselors during the COVID-19 pandemic. *Journal of Counseling & Development*, 99(4), 384-395. <https://doi.org/10.1002/jcad.12391>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. E. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Mahmud, S., Mohsin, M., Dewan, M. N., & Muyeed, A. (2022). The global prevalence of depression, anxiety, stress, and insomnia among general population during COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Trends in Psychology*, 31(1), 143-170. <https://doi.org/10.1007/s43076-021-00116-9>
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149. <https://doi.org/10.1007/BF00975140>
- McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*, 338(3), 171-179. <https://doi.org/10.1056/NEJM199802063380307>
- Miller, B., Townsend, A., Carpenter, E., Montgomery, R. V. J., Stull, D., & Young, R. F. (2001). Social support and caregiver distress: A replication analysis. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(4), 249-256. <https://doi.org/10.1093/geronb/56.4.S249>

- Mitra, S., & Kavoor, A. R. (2020). The missing discourse on mental health of psychiatrists during COVID-19. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(3), 325-326. <https://doi.org/10.1177/0004867420957084>
- Morris, L. W., Morris, R. G., & Britton, P. C. (1989). Social support networks and formal support as factors influencing the psychological adjustment of spouse caregivers of dementia sufferers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 4(1), 47-51. <https://doi.org/10.1002/gps.930040111>
- Nater, U. M. (2018). The multidimensionality of stress and its assessment. *Brain, Behavior, and Immunity*, 73(1), 159–160. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2018.07.018>
- Nater, U. M. (2021). Recent developments in stress and anxiety research. *Journal of Neural Transmission*, 128(9), 1265-1267. <https://doi.org/10.1007/s00702-021-02410-3>
- Nater, U. M., Ditzen, B., & Ehler, U. (2020). Psychosomatische und stressabhängige körperliche Beschwerden. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3. Aufl., S. 1221-1235). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Nater, U. M., Maloney, E. M., Heim, C., & Reeves, W. C. (2011). Cumulative life stress in chronic fatigue syndrome. *Psychiatry Research*, 189(2), 318–320. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.07.015>
- Necho, M., Tsehay, M., Birkie, M., Biset, G., & Tadesse, E. (2021). Prevalence of anxiety, depression, and psychological distress among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(7), 892-906. <https://doi.org/10.1177/00207640211003121>
- Ogutlu, H., McNicholas, F., & Türkçapar, M. H. (2021). Stress and burnout in psychiatrists in Turkey during COVID-19 pandemic. *Psychiatria Danubina*, 33(2), 225-230. <https://doi.org/10.24869/psyd.2021.225>
- Peterson, U., Demerouti, E., Bergstrom, G., Samuelsson, M., Asberg, M., & Nygren, A. (2008). Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 84–95. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04580.x>
- Pieh, C., Budimir, S., & Probst, T. (2020). The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *Journal of Psychosomatic Research*, 136(1), 110186. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110186>
- Pieh, C., Probst, T., Budimir, S., & Humer, E. (2021a). Diminished well-being persists beyond the end of the COVID-19 lockdown. *General Hospital Psychiatry*, 70(1), 137-138. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2021.01.004>
- Pieh, C., Budimir, S., Humer, E., & Probst, T. (2021b). Comparing mental health during the

- COVID-19 lockdown and 6 months after the lockdown in Austria: A longitudinal study. *Frontiers in Psychiatry*, 12(1), 625973. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.625973>
- Prins, J., Bos, E., Huibers, M. J., Servaes, P., Van Der Werf, S., Van Der Meer, J., & Bleijenberg, G. (2004). Social support and the persistence of complaints in chronic fatigue syndrome. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(3), 174-182. <https://doi.org/10.1159/000076455>
- Probst, T., Humer, E., Stippl, P., & Pieh, C. (2020). Being a psychotherapist in times of the novel coronavirus disease: Stress-level, job anxiety, and fear of coronavirus disease infection in more than 1,500 psychotherapists in Austria. *Frontiers in Psychology*, 11(1), 559100. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.559100>
- Rhodes, V. A., Watson, P. M., & Hanson, B. S. (1988). Patients' descriptions of the influence of tiredness and weakness on self-care abilities. *Cancer Nursing*, 11(3), 186-194. <https://doi.org/10.1097/00002820-198806000-00009>
- Riemsma, R. P., Rasker, J. J., Taal, E., Griep, E. N., Wouters, J. M., & Wiegman, O. (1998). Fatigue in rheumatoid arthritis: The role of self-efficacy and problematic social support. *British Journal of Rheumatology*, 37(10), 1042-1046. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/37.10.1042>
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
- Rutter, M. (2013). Annual Research Review: Resilience - clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 474-487. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x>
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 57-68. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Salit, I. E. (1997). Precipitating factors for the chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychiatric Research*, 31(1), 59-65. [https://doi.org/10.1016/s0022-3956\(96\)00050-7](https://doi.org/10.1016/s0022-3956(96)00050-7)
- Schaffler, Y., Kaltschik, S., Probst, T., Jesser, A., Pieh, C., & Humer, E. (2022). Mental health in Austrian psychotherapists during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Public Health*, 10(1), 1011539. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1011539>
- Schlotz, W., Yim, I. S., Zoccola, P. M., Jansen, L., & Schulz, P. (2011). The Perceived Stress Reactivity Scale: Measurement invariance, stability, and validity in three countries. *Psychological assessment*, 23(1), 80-94. <https://doi.org/10.1037/a0021148>

- Schneider, J. N., Hiebel, N., Kriegsmann-Rabe, M., Schmuck, J., Erim, Y., Morawa, E., Jerg-Bretzke, L., Beschoner, P., Albus, C., Hannemann, J., Weidner, K., Steudte-Schmiedgen, S., Radbruch, L., Brunsch, H., & Geiser, F. (2021). Moral distress in hospitals during the first wave of the COVID-19 pandemic: A web-based survey among 3,293 healthcare workers within the German Network University Medicine. *Frontiers in Psychology*, 12(1), 775204. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.775204>
- Schulz, P., Jansen, L. J., & Schlotz, W. (2005). Stressreaktivität: Theoretisches Konzept und Messung. *Diagnostica*, 51(3), 124-133. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.51.3.124>
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist*, 35(6), 771-791. <https://doi.org/10.1093/geront/35.6.771>
- Schulz, P., Schlotz, W., & Becker, P. (2004). *TICS Trierer Inventar zum chronischen Stress*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulz, U., & Schwarzer, R. (2003). Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung. Die Berliner Social Support Skalen (BSSS). *Diagnostica*, 49(2), 73-82. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.49.2.73>
- Schulz, R., & Williamson, G. M. (1991). A 2-year longitudinal study of depression among Alzheimer's caregivers. *Psychology and Aging*, 6(4), 569-578. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.6.4.569>
- Schumacher, J. L. K. G. T., Strauss, B., & Braehler, E. (2005). Die Resilienzskala - Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53(1), 16-39.
- Schwarzer, R. (2000). *Stress, Angst und Handlungsregulation* (4. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwarz, R., Krauss, O., & Hinz, A. (2003). Fatigue in the general population. *Onkologie*, 26(2), 140-144. <https://doi.org/10.1159/000069834>
- Semmer, N. K., Elfering, A., Jacobshagen, N., Perrot, T., Beehr, T. A., & Boos, N. (2008). The emotional meaning of instrumental social support. *International Journal of Stress Management*, 15(3), 235-251. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.15.3.235>
- Sendera, A., & Sendera, M. (2013). *Trauma und Burnout in helfenden Berufen* (1. Aufl.). Wien: Springer Verlag.
- Shurgot, G. R., & Knight, B. G. (2005). Influence of neuroticism, ethnicity, familism, and social support on perceived burden in dementia caregivers: Pilot test of the transactional stress and social support model. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(6), 331-334. <https://doi.org/10.1093/geronb/60.6.P331>
- Skoluda, N., Piroth, I., Gao, W., & Nater, U. M. (2021). HOME vs. LAB hair samples for the

- determination of long-term steroid concentrations: A comparison between hair samples collected by laypersons and trained research staff. *Journal of Neural Transmission*, 128(9), 1371-1380. <https://doi.org/10.1007/s00702-021-02367-3>
- Simionato, G. K., & Simpson, S. (2018). Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 74(9), 1431-1456. <https://doi.org/10.1002/jclp.22615>
- Smets, E. M. A., Garssen, B., Bonke, B., & De Haes, J. (1995). The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI): Psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(3), 315-325. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)00125-o](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)00125-o)
- Sterling, P., & Eyer, J. (1988). Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. In S. Fisher (Hrsg.), *Handbook of life stress, cognition and health* (1. Aufl., S. 629-649). New York: John Wiley.
- Stoffel, M., Abbruzzese, E., Rahn, S., Bossmann, U., Moessner, M., & Ditzen, B. (2021). Covariation of psychobiological stress regulation with valence and quantity of social interactions in everyday life: Disentangling intra- and interindividual sources of variation. *Journal of Neural Transmission*, 128(9), 1381-1395. <https://doi.org/10.1007/s00702-021-02359-3>
- Universität Wien. (n.d.). *Corona-Blog*. Vienna Center for Electoral Research. Zugegriffen am 16. April 2023, via <https://viecer.univie.ac.at/coronapanel/corona-blog/>
- Uscher-Pines, L., Sousa, J., Raja, P., Mehrotra, A., Barnett, M. L., & Huskamp, H. A. (2020). Suddenly becoming a “virtual doctor”: Experiences of psychiatrists transitioning to telemedicine during the COVID-19 pandemic. *Psychiatric Services*, 71(11), 1143-1150. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000250>
- Van Broeck, N., & Lietaer, G. (2008). Psychology and psychotherapy in health care: A review of legal regulations in 17 European countries. *European Psychologist*, 13(1), 53-63. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.13.1.53>
- Van Hoy, A., & Rzeszutek, M. (2022). Burnout and psychological wellbeing among psychotherapists: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 13(1), 928191. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.928191>
- Wilamowska, Z. A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 27(10), 882-890. <https://doi.org/10.1002/da.20735>
- Wittchen, H. U. & Hoyer, J. (2011). Was ist Klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In H. U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2.

Aufl., S. 3-25). Berlin, Heidelberg: Springer.

World Health Organization. (n.d.). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. Zugegriffen am 16. April 2023, via <https://covid19.who.int>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Angenommener Zusammenhang zwischen chronischem Stress und Erschöpfung sowie Einfluss von Resilienz, sozialer Unterstützung und dispositionaler Stressreaktivität.....	23
Abbildung 2: Ausreißeranalyse mittels Boxplot.....	31
Abbildung 3: Streudiagramm zur Überprüfung der Homoskedastizität.....	33
Abbildung 4: Graphische Darstellung des Zusammenhangs zwischen Erschöpfung und dispositionaler Stressreaktivität.....	38

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Interpretation der Effektstärkemaße f^2 und ρ nach Cohen (1992).....	30
Tabelle 2: Mittelwerte und Standardabweichungen der gemessenen Variablen innerhalb der Stichprobe ($N = 76$) sowie mögliche Summenwerte der verwendeten Messinstrumente.....	30
Tabelle 3: Korrelationsmatrix der Umfragevariablen.....	32
Tabelle 4: Ergebnisse der Multiplen Linearen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Erschöpfung.....	34
Tabelle 5: Ergebnisse der Multiplen Linearen Regressionsanalyse mitsamt der Interaktion zwischen chronischem Stress und Resilienz.....	35
Tabelle 6: Ergebnisse der Multiplen Linearen Regressionsanalyse mitsamt der Interaktion zwischen chronischem Stress und sozialer Unterstützung.....	36

Abkürzungsverzeichnis

BSSS	Berliner Social Support Skalen
COVID-19	Durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachte Infektionskrankheit
DSM-IV	Vierte Edition des Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen
HHNA	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse
MFI-20	Multidimensional Fatigue Inventory
PHQ-9	Depressionsmodul des Patient Health Questionnaires
P-P-Plot	Probability Plot (Wahrscheinlichkeitsdiagramm)
PSRS	Perceived Stress Reactivity Scale (Skala zur wahrgenommenen Stressreaktivität)
RS-11	Resilienzskala
SSCS	Screening-Skala für Chronischen Stress
TICS	Trierer Inventar zum chronischen Stress
VIF	Varianzinflationsfaktor

Anhang A - Teilnehmerinformation

*Stress und Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen in Österreich – eine Online-Studie*

Sehr geehrte*r Interessent*in,

wir laden Sie ein, an der oben genannten Studie teilzunehmen.

Diese Art von Studien ist notwendig, um verlässliche neue *wissenschaftliche* Forschungsergebnisse zu gewinnen. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung von Studien ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser Studie schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text sorgfältig durch und zögern Sie nicht, uns im Fall von Fragen zu kontaktieren (siehe Punkt 10).

Bitte stimmen Sie der Einwilligungserklärung nur zu,

- wenn Sie Art und Ablauf der Studie vollständig verstanden haben,
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und
- wenn Sie sich über Ihre Rechte als Teilnehmer*in an dieser Studie im Klaren sind.

Ihre Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit, ohne Angabe von Gründen, Ihre Bereitschaft zur Teilnahme ablehnen oder auch im Verlauf der Studie zurückziehen. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Sie.

1. Was ist der Zweck der Studie?

Obwohl das Berufsleben als Psychotherapeut*in oder Klinische*r Psychologe*in mit zahlreichen Herausforderungen verbunden sein kann, wurde bisher noch nicht ausreichend untersucht, wie häufig chronischer Stress und Erschöpfung bei diesen Berufsgruppen in Österreich vorkommen, wie Stress und Erschöpfung zusammenhängen und welche Faktoren der Entstehung von chronischem Stress und Erschöpfung schützend entgegenwirken. Eine umfassende Untersuchung zu diesen Fragen ist jedoch zwingend erforderlich, um das Ausmaß der erlebten Belastung besser einschätzen zu können und auf lange Sicht gegebenenfalls vorbeugende oder gegenwirkende Maßnahmen treffen zu können.

Daher führt das Institut für Klinische und Gesundheitspsychologie der Universität Wien eine

Online-Befragung durch, anhand derer das chronische Stresserleben, das Erschöpfungsausmaß und schützende Faktoren bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen in Österreich wissenschaftlich untersucht werden sollen.

Die Online-Befragung soll nach einem Jahr erneut durchgeführt werden, um längsschnittliche Veränderungen bei diesen Berufsgruppen in Österreich untersuchen zu können. Mit einer Teilnahme an der diesjährigen Online-Befragung würden Sie einen wesentlichen Beitrag zur Erforschung der momentanen Situation leisten. Wenn Sie im folgenden Jahr auch wieder teilnehmen würden, könnten Sie darüber hinaus wesentlich zur Erforschung von möglichen Veränderungen über die Zeit hinweg beitragen. Im kommenden Jahr werden wir erneut eine Einladung zur Teilnahme an Psychotherapeut*innen und Klinische Psycholog*innen in Österreich versenden. Sollten Sie zu dem Zeitpunkt weiterhin zu dieser Gruppe zählen, können Sie neu entscheiden, ob Sie einer Teilnahme zustimmen möchten.

2. Wie läuft die Studie ab?

Sie werden an einer Online-Befragung teilnehmen, in der Ihnen verschiedene stress- und gesundheitsbezogene Fragen gestellt werden. Insgesamt wird die Beantwortung der Fragen ca. 25 Minuten in Anspruch nehmen. Es besteht für Sie die Möglichkeit, am Ende der Befragung gesondert Ihre E-Mail-Adresse zu hinterlassen, wenn Sie an einer anschließenden Verlosung teilnehmen möchten. Zu gewinnen sind drei Gutscheine für die Fachbuchhandlung „Facultas“ im Wert von je 50 Euro. Diese Gutscheine können auch im Online-Shop der Buchhandlung eingelöst werden.

Die Fragebogenbatterie setzt sich aus einem Kernfragebogen zusammen, auf den die Möglichkeit, an dem Gewinnspiel teilzunehmen, folgt. Außerdem haben Sie am Ende der Befragung die Möglichkeit, Ihre E-Mail-Adresse anzugeben, um eine Einladung zur Folgestudie in einem Jahr zu erhalten.

3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Studie?

Durch Ihre Teilnahme erhalten Sie einen direkten Einblick in die psychologische Forschung. Sie erhalten die Möglichkeit, an einer wissenschaftlichen Studie an der Schnittstelle zwischen Stress und Gesundheit bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen in Österreich teilzunehmen und ermöglichen es durch Ihre Teilnahme, klinisch-psychologische Forschungsfragen zu beantworten. Langfristig gesehen tragen Sie somit ebenfalls einen wichtigen Teil dazu bei, die Gesundheitsförderung in diesem Bereich zu verbessern.

4. Gibt es Risiken bei der Durchführung der Studie und ist mit Beschwerden oder anderen Begleiterscheinungen zu rechnen?

Um an der Studie teilnehmen zu können, müssen Sie ausreichende Deutschkenntnisse besitzen sowie als Psychotherapeut*in oder Klinische*r Psychologe*in in Österreich tätig sein. Es sind keine Risiken oder problematischen Begleiterscheinungen mit der Teilnahme an dieser Studie verbunden.

5. Hat die Teilnahme an der Studie sonstige Auswirkungen auf die Lebensführung und welche Verpflichtungen ergeben sich daraus?

Die Teilnahme an der Studie ist mit keinen sonstigen Auswirkungen auf die Lebensführung oder Verpflichtungen verbunden.

6. Was ist zu tun beim Auftreten von Beschwerdesymptomen, unerwünschten Begleiterscheinungen und/oder Verletzungen?

Sollten im Verlauf der Studie irgendwelche Beschwerdesymptome oder unerwünschte Begleiterscheinungen auftreten, kontaktieren Sie bitte umgehend die Studienleitung (siehe Punkt 10).

7. Wann wird die Studie vorzeitig beendet?

Sie können jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, die Studie abbrechen, ohne dass daraus Nachteile resultieren. Sie können die Studie abbrechen, indem Sie das Browser-Fenster schließen und die Umfrage auch zu einem späteren Zeitpunkt nicht fortführen.

Sollten die Ein- und Ausschlusskriterien nicht erfüllt sein, wird die Teilnahme mit einer kurzen Erklärung beendet.

8. In welcher Weise werden die im Rahmen dieser Studie gesammelten Daten verwendet?

Die im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten werden unter Wahrung der Anforderungen an den Datenschutz erhoben und gespeichert. Die Daten werden anhand einer Befragungssoftware erhoben, die Daten auf einem geschützten Server verschlüsselt speichert; IP-Adressen werden dabei nicht gespeichert. Ihre Antworten zu den gestellten Fragen werden passwortgeschützt elektronisch gespeichert. Nur Projektbeteiligte haben Zugriff auf die Daten und stehen unter Schweigepflicht. Die Daten werden mindestens 10 Jahre lang aufbewahrt.

Um die jährlich gesammelten Daten bei zeitgleicher Aufrechterhaltung der Geheimhaltung individuell verknüpfen zu können, werden Sie im Fall einer Studienteilnahme ein individuelles

Codewort erstellen. Dieses Codewort setzt sich so zusammen, dass ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich ist, Sie selbst das Codewort aber rekonstruieren können. Das Codewort wird nach folgendem Muster erstellt: (1) Die beiden letzten Buchstaben des Geburtsnamens der Mutter, (2) Die Anzahl der Buchstaben des (ersten) Vornamens der Mutter, (3) Die beiden letzten Buchstaben des (ersten) Vornamens des Vaters, (4) der Tag (nicht Monat und/oder Jahr) Ihres Geburtstags. Ein Codewort könnte somit beispielsweise folgendermaßen aussehen: ER04LF09. Damit ist kein Rückschluss auf Ihre Person möglich.

Ihre Befragungsdaten werden pseudonymisiert gespeichert, und eine Zuordnung von Daten zu Ihrer Person ist ausschließlich durch Ihr Codewort, das nur Ihnen bekannt ist, möglich. Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Wenn Sie Ihre gegebene Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt widerrufen, haben Sie keine Nachteile zu erwarten. Diese Möglichkeit haben Sie während der gesamten Untersuchung. Einen etwaigen Widerruf Ihrer Einwilligung bzw. einen Rücktritt von der Studie müssen Sie nicht begründen. Im Falle eines Widerrufs werden auf Verlangen die im Rahmen der Studie erhobenen persönlichen Daten gelöscht; hierzu ist eine Bekanntgabe Ihres Codeworts durch Sie notwendig. Kontaktieren Sie bitte den verantwortlichen Projektleiter, Herrn Prof. Dr. Urs M. Nater ([REDACTED]), um diese Schritte einzuleiten.

Beachten Sie, dass es nach Abschluss der gesamten Erhebung aufgrund der Anonymisierung nicht mehr möglich sein wird, Ihre Daten mit Ihrem Namen zu verbinden. Damit kann auch eine Löschung Ihrer Daten ab diesem Zeitpunkt nicht mehr stattfinden. Die Auswertung erfolgt gruppenbezogen. Auch in etwaigen Veröffentlichungen der Daten dieser Studie können keine Rückschlüsse auf die Teilnehmenden gezogen werden.

Die Ergebnisse und Daten dieser Studie werden in wissenschaftlichen Publikationen veröffentlicht. Dies geschieht in anonymisierter Form, d.h. ohne dass die Daten einer spezifischen Person zugeordnet werden können. Die vollständig anonymisierten Daten dieser Studie werden als offene Daten im Internet in einem gesicherten Datenarchiv zugänglich gemacht. Dies ermöglicht eine künftige Nachnutzung der anonymisierten Daten durch andere Wissenschaftler*innen, deren Zweck und Umfang zum aktuellen Zeitpunkt nicht absehbar ist. Damit folgt diese Studie gängigen Empfehlungen zur Qualitätssicherung in der Forschung (z.B. DFG, DGPs, jeweils verlinkt*).

Der Studienleiter, Univ.-Prof. Dr. Urs Nater, versichert, dass die Bestimmungen des Datenschutzes eingehalten werden.

Am Ende der Befragung haben Sie folgende Möglichkeiten: a) Sie können an einer Verlosung teilnehmen: wir verlosen unter allen Teilnehmenden drei „Facultas“-Gutscheine im Wert von 50 Euro. Wenn Sie an der Verlosung teilnehmen möchten, gelangen Sie über einen Link zu einer

neuen Umfrage, in der Sie Ihre E-Mail-Adresse hinterlassen können. Eine Zuordnung von Ihren Befragungsdaten zu Ihrer E-Mail- Adresse ist nicht möglich. Ihre Befragungsdaten werden pseudonymisiert gespeichert. Alle E-Mail-Adressen werden nach Durchführung der Verlosung gelöscht. b) Des Weiteren haben Sie am Ende der Befragung die Möglichkeit, Ihre E-Mail-Adresse anzugeben, um eine Einladung zur Folgestudie in einem Jahr zu erhalten. Dies geschieht ebenfalls über einen Link zu einer neuen Umfrage, sodass auch hier keine Zuordnung zu Ihren Befragungsdaten erfolgen kann. c) Sie können die Umfrage direkt beenden: In diesem Fall werden Ihre Befragungsdaten pseudonymisiert gespeichert.

9. Entstehen für die Teilnehmer*innen Kosten? Gibt es einen Kostenersatz oder eine Vergütung?

Durch eine Teilnahme an dieser Studie entstehen für Sie keine Kosten. Sie haben als Dankeschön für Ihren zeitlichen Aufwand die Möglichkeit, an einer Verlosung von drei Gutscheinen für die Fachbuchhandlung „Facultas“ im Wert von je 50 Euro teilzunehmen.

10. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Bei Unklarheiten bezüglich der Studie oder Ihren Rechten als Teilnehmer*in, bei unerwarteten oder unerwünschten Ereignissen, die während der Studie oder nach deren Abschluss auftreten, können Sie sich jederzeit an uns wenden.

* Links zu Empfehlungen zur Qualitätssicherung in der Forschung:

https://www.dfg.de/foerderung/grundlagen_rahmenbedingungen/index.html

<https://www.dgps.de/index.php?id=2000847>

Studienleitung: Name: Univ.-Prof. Dr. Urs M. Nater

E-Mail: [REDACTED]

Tel.: [REDACTED]

Weiterer Name: Monika Matz, BSc

Kontakt:

E-Mail: 

Abschließend würden wir uns sehr freuen, wenn Sie sich zur Teilnahme an dieser Studie entscheiden würden!

Ihr Studienteam

Univ.-Prof. Dr. Urs M. Nater (Leitung)

Monika Matz, BSc

Fakultät für Psychologie

Institut für Klinische und Gesundheitspsychologie

Universität Wien

Liebiggasse 5

1010 Wien

Anhang B - Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie

Ich erkläre mich bereit, an der Studie Stress und Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen in Österreich teilzunehmen.

Ich bin schriftlich ausführlich und verständlich über Zielsetzung, Bedeutung und Tragweite der Studie und die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Teilnehmer*inneninformation und Einwilligungserklärung gelesen, insbesondere den 4. Abschnitt (Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen?). Ich hatte genügend Zeit, mich zu entscheiden, ob ich an der Studie teilnehmen möchte. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten aufgezeichnet und ausgewertet werden.

Ich stimme zu, dass meine Daten für minimal 10 Jahre pseudonymisiert elektronisch gespeichert werden. Die Daten werden in einer nur der Projektleitung zugänglichen Form gespeichert, die gemäß aktueller Standards gesichert ist.

Ich werde die Hinweise, die für die Durchführung der Studie erforderlich sind, befolgen, behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen, indem ich das Browser-Fenster schließe. Im Falle eines Rücktritts von der Studie werden auf Verlangen die im Rahmen der Studie erhobenen persönlichen Daten durch die Bekanntgabe meines Codeworts gelöscht. Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der gesamten Erhebungsphase dieser Studie (i.e. ein Jahr lang).

Den Aufklärungsteil habe ich gelesen und verstanden.

- Ja, ich stimme den oben genannten Punkten vollumfänglich zu.
- Nein, ich möchte die Befragung abbrechen.

Anhang C - Soziodemographische und berufsbezogene Datenerhebung

Vorab möchten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person bitten.

Sie sind...

- ☐ männlich
- ☐ weiblich
- ☐ divers

Wie alt sind Sie?

- ☐ 18 - 25 Jahre
- ☐ 26 - 35 Jahre
- ☐ 36 - 45 Jahre
- ☐ 46 - 55 Jahre
- ☐ 56 - 65 Jahre
- ☐ 66 oder älter

Welchen Bildungsabschluss haben Sie?

- ☐ Pflichtschulabschluss
- ☐ Lehrabschluss
- ☐ Berufsbildende mittlere Schule ohne Matura (z.B. Handelsschule, 3-jährige HBLA)
- ☐ Allgemeinbildende oder berufsbildende höhere Schule mit Matura (z.B. Gymnasium, HTL, HAK)
- ☐ Universitäts-/Fachhochschulabschluss
- ☐ anderer Abschluss

Haben Sie studiert?

- ☐ ja
- ☐ nein

Wenn ja: Welches Studium haben Sie abgeschlossen?

Diese Befragung richtet sich ausschließlich an Psychotherapeut*innen und Klinische Psycholog*innen in Österreich. Daher ist es für uns wichtig, vorab zu erfragen, zu welcher Berufsgruppe Sie zählen.

In welchem Beruf sind Sie tätig?

- ☐ Psychotherapeut*in
- ☐ Psychotherapeut*in in Ausbildung
- ☐ Klinische*r Psychologe*in
- ☐ Klinische*r Psychologe*in in Ausbildung
- ☐ keine der oben genannten Kategorien

Wenn Sie Psychotherapeut*in ausgewählt haben, geben Sie bitte an, welcher psychotherapeutischen Orientierung Sie angehören:

- ☐ Tiefenpsychologisch-psychodynamische
- ☐ Humanistisch-existenzielle
- ☐ Systemische
- ☐ Verhaltenstherapeutische

Wie lange sind Sie bereits als Psychotherapeut*in/Klinische*r Psychologe*in tätig?

(Angabe in Jahren z.B. 10)

In welchem Bundesland arbeiten Sie?

- ☐ Burgenland
- ☐ Kärnten
- ☐ Niederösterreich
- ☐ Oberösterreich
- ☐ Salzburg
- ☐ Steiermark
- ☐ Tirol
- ☐ Vorarlberg
- ☐ Wien
- ☐ außerhalb Österreichs

In welchem Setting gehen Sie Ihrem Beruf als Psychotherapeut*in/Klinische*r Psychologe*in nach?

☐ niedergelassen

☐ ambulant

☐ stationär

☐ anderes

Wie viele Patient*innen/Klient*innen behandeln Sie pro Woche?

Haben Sie bevor Sie als Psychotherapeut*in oder Klinische*r Psychologe*in tätig waren in einem anderen Beruf gearbeitet?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja: In welchem Beruf waren Sie zuvor tätig?

Anhang D - Screening Skala zur Erhebung des chronischen Stresses

Auf dieser Seite finden Sie einige Fragen, die Sie danach beurteilen sollen, **wie häufig** Sie die darin angesprochene **Erfahrung** gemacht bzw. **Situation** erlebt haben. Ihre Aufgabe ist es, anzugeben, ob Sie die darin angesprochenen Erfahrungen bzw. Situationen **"nie"**, **"selten"**, **"manchmal"**, **"häufig"** oder **"sehr häufig"** gemacht bzw. erlebt haben. Denken Sie bei der Beantwortung bitte an die, **vom heutigen Tag aus gesehen, vergangenen 3 Monate** und versuchen Sie sich daran zu erinnern, wie oft Sie in diesem Zeitraum die jeweilige Erfahrung gemacht haben. Einige Aussagen klingen ähnlich oder haben einen ähnlichen Sinn. Bitte beantworten Sie sie trotzdem. Es kommt bei der Beantwortung nicht auf Schnelligkeit an; nehmen Sie sich Zeit, über die Beantwortung nachzudenken.

Wie oft haben Sie diese Erfahrung in den letzten 3 Monaten gemacht?

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig
Befürchtung, dass irgendetwas Unangenehmes passiert	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bemühe mich vergeblich, mit guten Leistungen Anerkennung zu erhalten	☐	☐	☐	☐	☐
Zeiten, in denen ich zu viele Verpflichtungen zu erfüllen habe	☐	☐	☐	☐	☐
Zeiten, in denen ich sorgenvolle Gedanken nicht unterdrücken kann	☐	☐	☐	☐	☐
Obwohl ich mein Bestes gebe, wird meine Arbeit nicht gewürdigt	☐	☐	☐	☐	☐
Erfahrung, dass alles zu viel ist, was ich zu tun habe	☐	☐	☐	☐	☐
Zeiten, in denen ich mir viele Sorgen mache und nicht damit aufhören kann	☐	☐	☐	☐	☐
Zeiten, in denen ich nicht die Leistung bringe, die von mir erwartet wird	☐	☐	☐	☐	☐
Zeiten, in denen mir die Verantwortung für andere zur Last wird	☐	☐	☐	☐	☐
Zeiten, in denen mir die Arbeit über den Kopf wächst	☐	☐	☐	☐	☐
Befürchtung, meine Aufgaben nicht erfüllen zu können	☐	☐	☐	☐	☐
Zeiten, in denen mir die Sorgen über den Kopf wachsen	☐	☐	☐	☐	☐

Anhang E - Skala zur wahrgenommene Stressreaktivität

Dieser Fragebogen fragt nach Ihren **typischen Reaktionen** auf Situationen, die Sie bestimmt schon erlebt haben.

Es werden jeweils drei Antworten vorgeschlagen. Bitte klicken Sie die Reaktion an, die Sie normalerweise bei sich beobachten. Wenn Sie unsicher sind, entscheiden Sie sich für die Antwort, die für Sie am ehesten zutrifft. Lassen Sie bitte keine Frage aus, auch wenn es Ihnen manchmal schwer fallen sollte, eine Antwort zu finden.

Wenn sich Aufgaben so häufen, dass sie kaum zu schaffen sind...

- ☐ lasse ich mich im Allgemeinen nicht aus dem Gleichgewicht bringen
- ☒ werde ich meist etwas unruhig
- ☐ werde ich gewöhnlich ziemlich nervös

Wenn ich nach einem anstrengenden Arbeitstag ausspannen möchte...

- ☐ fällt mir das meist ziemlich schwer
- ☒ gelingt mir das meist einigermaßen
- ☐ habe ich damit im Allgemeinen keine Probleme

Wenn ich mit anderen Konflikte habe, die im Moment nicht zu lösen sind...

- ☐ nehme ich das im Allgemeinen so hin
- ☒ belastet mich das meist doch etwas
- ☐ belastet mich das meist sehr

Wenn ich etwas falsch gemacht habe...

- ☐ behalte ich im Allgemeinen mein Selbstvertrauen
- ☒ werde ich manchmal unsicher, was meine Fähigkeiten betrifft
- ☐ kommen mir oft Zweifel an meinen Fähigkeiten

Wenn ich von anderen zu Unrecht kritisiert werde...

- ☐ ärgert mich das in der Regel sehr lange
- ☒ ärgert mich das nur kurze Zeit
- ☐ ärgert mich das im Allgemeinen kaum

Wenn ich mit anderen Menschen gestritten habe...

- ☐ beruhige ich mich meist schnell wieder
- ☒ bin ich meist noch einige Zeit lang erregt
- ☐ dauert es meist sehr lange, bis ich mich wieder beruhigt habe

Wenn ich für meine Arbeit wenig Zeit habe...

- ☐ bleibe ich meist ruhig
- ☒ werde ich meist unruhig
- ☐ werde ich meist ziemlich hektisch

Wenn ich etwas falsch gemacht habe...

- ☐ ärgert mich das häufig noch sehr lange
- ☒ ärgert mich das häufig noch eine Weile
- ☐ komme ich im Allgemeinen schnell darüber hinweg

Wenn ich in Gegenwart anderer Menschen unsicher bin, was ich tun oder sagen soll...

- ☐ bleibe ich gewöhnlich ziemlich kühl
- ☒ wird mir oft ganz warm
- ☐ fange ich oft an zu schwitzen

Wenn ich nach anstrengender Arbeit Freizeit habe...

- ☐ fällt es mir oft schwer, abzuschalten und mich zu entspannen
- ☒ braucht es meist einige Zeit, bis ich richtig abschalten kann
- ☐ kann ich meist gut abschalten und die Probleme des Tages vergessen

Wenn ich von anderen kritisiert werde...

- ☐ fallen mir meist erst hinterher wichtige Argumente ein, um mich richtig zur Wehr zu setzen
- ☒ habe ich oft Schwierigkeiten, eine richtige Antwort zu finden
- ☐ fällt mir meist eine Antwort ein, um mich zur Wehr zu setzen

Wenn etwas nicht so läuft, wie ich es mir vorgestellt habe...

- ☐ bleibe ich meist gelassen
- ☐ werde ich oft ungeduldig
- ☐ könnte ich meist aus der Haut fahren

Wenn ich ein Ziel nicht erreicht habe...

- ☐ ärgere ich mich meist noch lange darüber
- ☐ bin ich zwar meist enttäuscht, komme aber bald darüber hinweg
- ☐ stört mich das im Allgemeinen nur wenig

Wenn mich andere Menschen kritisieren...

- ☐ verunsichert mich das im Allgemeinen nicht
- ☐ verunsichert mich das im Allgemeinen nur wenig
- ☐ verunsichert mich das im Allgemeinen erheblich

Wenn ich eine Niederlage erlitten habe...

- ☐ kann ich mich meist schlecht damit abfinden
- ☐ kann ich mich meist einigermaßen damit abfinden
- ☐ denke ich im Allgemeinen wenig darüber nach

Wenn ich viele Aufgaben auf einmal zu erledigen habe...

- ☐ bleibe ich im Allgemeinen gelassen und mache eines nach dem anderen
- ☐ werde ich meist ungeduldig, mir geht dann alles nicht schnell genug
- ☐ machen mich meist schon kleine Störungen nervös

Wenn andere etwas Falsches über mich sagen...

- ☐ rege ich mich meist ziemlich darüber auf
- ☐ rege ich mich in der Regel nur wenig darüber auf
- ☐ ist mir das im Allgemeinen ziemlich gleichgültig

Wenn mir eine Arbeit misslungen ist...

- ☐ ist mir das meist sehr unangenehm
- ☒ ist mir das meist etwas unangenehm
- ☐ stört mich das im Allgemeinen nicht

Wenn ich mit anderen Menschen Streit habe...

- ☐ bin ich meist sehr erregt
- ☒ regt mich das meist nur wenig auf
- ☐ regt mich das meist nicht weiter auf

Wenn ich unter Stress stehe...

- ☐ kann ich die verbleibende Freizeit meist gar nicht mehr genießen
- ☒ kann ich die verbleibende Freizeit meist nicht mehr richtig genießen
- ☐ kann ich die verbleibende Freizeit meist trotzdem genießen

Wenn sich Aufgaben so häufen, dass sie kaum zu bewältigen sind...

- ☐ ist mein Schlaf wie immer
- ☒ schlafe ich unruhiger als sonst
- ☐ ist mein Schlaf deutlich schlechter

Wenn ich vor anderen Menschen reden soll...

- ☐ bin ich oft sehr aufgeregt
- ☒ bin ich oft etwas aufgeregt
- ☐ lasse ich mich im Allgemeinen nicht aus der Ruhe bringen

Wenn ich sehr viele Verpflichtungen/Aufgaben zu erfüllen habe...

- ☐ bleibe ich im Allgemeinen gelassen
- ☒ werde ich meist ziemlich ungeduldig
- ☐ werde ich oft richtig hektisch

Anhang G - Berliner Social Support Skalen

Mitmenschen und soziale Unterstützung haben einen sehr großen Einfluss auf das Belastungsempfinden und die Belastbarkeit. Im Folgenden möchten wir Ihnen einige kurze Fragen stellen, die abdecken, in wie weit Sie sich von Ihrem Umfeld unterstützt fühlen.

Bitte beantworten Sie möglichst alle Fragen genau.

Bitte beurteilen Sie folgende Aussagen:

Es gibt Menschen, die mich wirklich gern haben.	☐ stimme nicht zu	☐ stimme eher nicht zu	☐ stimme eher zu	☐ stimme völlig zu
Wenn es mir schlecht geht, zeigen andere mir, dass sie mich mögen.	☐ stimme nicht zu	☐ stimme eher nicht zu	☐ stimme eher zu	☐ stimme völlig zu
Wenn ich traurig bin, gibt es Menschen, die mich aufmuntern.	☐ stimme nicht zu	☐ stimme eher nicht zu	☐ stimme eher zu	☐ stimme völlig zu
Wenn ich Trost und Zuspruch brauche, ist jemand für mich da.	☐ stimme nicht zu	☐ stimme eher nicht zu	☐ stimme eher zu	☐ stimme völlig zu
Ich habe Menschen, auf die ich mich immer verlassen kann.	☐ stimme nicht zu	☐ stimme eher nicht zu	☐ stimme eher zu	☐ stimme völlig zu
Wenn ich Sorgen habe, gibt es jemanden, der mir hilft.	☐ stimme nicht zu	☐ stimme eher nicht zu	☐ stimme eher zu	☐ stimme völlig zu
Es gibt Menschen, die mir ihre Hilfe anbieten, wenn ich sie brauche.	☐ stimme nicht zu	☐ stimme eher nicht zu	☐ stimme eher zu	☐ stimme völlig zu
Wenn mir alles zu viel wird, helfen mir andere.	☐ stimme nicht zu	☐ stimme eher nicht zu	☐ stimme eher zu	☐ stimme völlig zu

Anhang H - Erfassung der Erschöpfung

Stress kann sich in verschiedener Art und Weise auf die Leistung auswirken.

In diesem Abschnitt beschäftigen sich die Fragen mit Ihrer **Einschätzung Ihrer persönlichen Aktivität und Leistungsfähigkeit**.

Bitte beantworten Sie möglichst alle Fragen genau.

Durch die folgenden Aussagen möchten wir erfahren, wie Sie sich in letzter Zeit fühlten.

Nehmen wir das Beispiel an: "Ich fühle mich entspannt"

Wenn Sie glauben, dass dies wirklich zutrifft und Sie sich in letzter Zeit wirklich entspannt fühlten, dann sollten Sie das Kästchen ganz links ankreuzen. Je weniger Sie mit der vorgegebenen Aussage übereinstimmen, umso weiter rücken Sie das Kreuz in Richtung "Nein, das trifft nicht zu".

Bitte übergehen Sie keine der Aussagen und machen Sie für jede Aussage ein Kreuz.

	Ja, das trifft zu				Nein, das trifft nicht zu
Ich fühle mich leistungsfähig.	☐	☐	☐	☐	☐
Körperlich fühle ich mich in der Lage, nur wenig zu tun.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich sehr aktiv.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Lust, alle möglichen schönen Dinge zu unternehmen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich müde.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich denke, dass ich an einem Tag viel erledige.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich etwas tue, kann ich mich gut darauf konzentrieren.	☐	☐	☐	☐	☐
Körperlich traue ich mir viel zu.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fürchte mich davor, Dinge erledigen zu müssen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich denke, dass ich an einem Tag sehr wenig tue.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann mich gut konzentrieren.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich ausgeruht.	☐	☐	☐	☐	☐
Es kostet mich große Anstrengung, mich auf Dinge zu konzentrieren.	☐	☐	☐	☐	☐
Körperlich fühle ich mich in einer schlechten Verfassung.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe eine Menge Pläne.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich ermüde sehr schnell.	☐	☐	☐	☐	☐
Obwohl ich es versuche, bekomme ich nur wenig erledigt.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich nicht danach, irgendetwas zu tun.	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Gedanken schweifen sehr schnell ab.	☐	☐	☐	☐	☐
Körperlich fühle ich mich in ausgezeichneter Verfassung.	☐	☐	☐	☐	☐

Anhang I - Attention Check und Abfrage der depressiven Symptomatik

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre *allgemeine Gesundheit*.

Momentan beantworte ich Fragen zu:

☐ Wirtschaft

☐ Sport

☐ Politik

☐ Gesundheit

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrer allgemeinen Gesundheit.

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	☐ überhaupt nicht	☐ an einzelnen Tagen	☐ an mehr als der Hälfte der Tage	☐ beinahe jeden Tag
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	☐ überhaupt nicht	☐ an einzelnen Tagen	☐ an mehr als der Hälfte der Tage	☐ beinahe jeden Tag
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	☐ überhaupt nicht	☐ an einzelnen Tagen	☐ an mehr als der Hälfte der Tage	☐ beinahe jeden Tag
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	☐ überhaupt nicht	☐ an einzelnen Tagen	☐ an mehr als der Hälfte der Tage	☐ beinahe jeden Tag
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	☐ überhaupt nicht	☐ an einzelnen Tagen	☐ an mehr als der Hälfte der Tage	☐ beinahe jeden Tag
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	☐ überhaupt nicht	☐ an einzelnen Tagen	☐ an mehr als der Hälfte der Tage	☐ beinahe jeden Tag
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	☐ überhaupt nicht	☐ an einzelnen Tagen	☐ an mehr als der Hälfte der Tage	☐ beinahe jeden Tag
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil "zappelig" oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	☐ überhaupt nicht	☐ an einzelnen Tagen	☐ an mehr als der Hälfte der Tage	☐ beinahe jeden Tag
Gedanke, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	☐ überhaupt nicht	☐ an einzelnen Tagen	☐ an mehr als der Hälfte der Tage	☐ beinahe jeden Tag

Anhang J - Erstellung eines persönlichen Codewortes für die Follow-Up-Studie

Zur Erstellung Ihres persönlichen Codewortes:

(entnommen und angepasst aus der Vorlage der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie für die Erstellung des Codewortes, 19. Februar 2014)

Um die jährlich gesammelten Daten bei zeitgleicher Aufrechterhaltung der Geheimhaltung individuell verknüpfen zu können, benötigen wir ein individuelles Codewort. Das Codewort setzt sich so zusammen, dass ein Rückschluss auf Ihre Personen nicht möglich ist, Sie selbst das Codewort aber rekonstruieren können.

Das Codewort wird nach folgendem Muster erstellt:

1. Die beiden letzten Buchstaben des Geburtsnamens Ihrer Mutter
2. Die Anzahl der Buchstaben des (ersten) Vornamens Ihrer Mutter
3. Die beiden letzten Buchstaben des (ersten) Vornamens Ihres Vaters
4. Ihr eigener Geburtstag (nur der Tag, nicht Monat und/oder Jahr)

* Bitte schreiben Sie alle Zahlen zweistellig, d.h. wenn nötig mit führender Null.

* Bei mehreren oder zusammengesetzten Vornamen berücksichtigen Sie bitte nur den ersten.

* Wenn Sie den jeweiligen Namen nicht kennen, schreiben Sie statt der Buchstaben XX bzw. für die Zahl 00.

Beispiel (fiktiv)

Name der Mutter: Elke-Hannelore Müller geb. Mayerhofer

Name des Vaters: Wolf-Rüdiger Müller

Ihr Geburtstag: 09.11.1994

Daraus ergibt sich als Codewort: ER04LF09

Tragen Sie hier bitte Ihr persönliches Codewort ein (Umfang 8 Zeichen):

Anhang K – Auflistung der kontaktierten Anlaufstellen

1. Berufsverbände, Kliniken usw.

- Österreichische Gesellschaft für Verhaltenstherapie
- Pioniere der Klinischen Psychologie
- Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie
- Vereinigung Österreichischer Psychotherapeut*innen
- Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen
- Gesellschaft Kritischer Psychologen und Psychologinnen
- Wiener Landesverband für Psychotherapie
- AKH Wien - Univ. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Klinik Penzing - Psychiatrische Abteilung mit Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik
- SALK - Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (Christian-Doppler-Klinik)
- Psychologische Universitätsambulanz der Sigmund Freud PrivatUniversität
- Kinderpsychologisches Zentrum der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien
- Psychotherapeutische Universitätsambulanz der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien
- Psychotherapeutische Universitätsambulanz für Kinder und Jugendliche der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien
- Test- und Beratungsstelle der Fakultät für Psychologie Universität Wien

2. „Facebook“-Gruppen

- Psychotherapeut_innen in Ausbildung Ö – ponto (Private Gruppe, 2.445 Mitglieder)
- PsychotherapeutInnen iAuS Österreich – Praxisfragen (Private Gruppe, 589 Mitglieder)
- Psychotherapeut*innen Österreich - Ausbildung, Weiterbildung und Austausch (Private Gruppe, 262 Mitglieder)
- Tiefenpsychologie & Psychoanalyse (Öffentliche Gruppe, 4.247 Mitglieder)
- Ausbildung klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie (Private Gruppe, 2.895 Mitglieder)
- Pioniere der Klinischen Psychologie (PKP) (Öffentliche Gruppe, 847 Mitglieder)
- Psycholog*innen online (Private Gruppe, 3.124 Mitglieder)
- Praxisgründung Klinische Psychologie (Private Gruppe, 221 Mitglieder)

Anhang L - Abstract

Objectives: Psychotherapists and clinical psychologists play an important role in regard to the global COVID-19 pandemic, however, they also face additional challenges. The aim of the present study was to deepen the understanding of chronic stress and fatigue in these occupational groups during the COVID-19 pandemic in Austria. A particular focus was put on the examination of potentially influential and protective variables respectively.

Method: For this purpose, an online-survey was conducted on a sample, which was recruited via professional organizations and social media ($N = 76$, 87 % female). The survey included measures of chronic stress, fatigue, resilience, social support, perceived stress reactivity, symptoms of depression as well as questions regarding socio-demographic and job-related data.

Results: The results showed no significant influence of chronic stress in relation to fatigue, though the highly significant correlation between these two variables indicates that high chronic stress is concomitant with high fatigue ($r = .60$, $p < .001$). Furthermore, there were no significant linear moderation effects of resilience or social support concerning the interrelation between chronic stress and fatigue, albeit resilience predicted fatigue significantly ($b = -.854$, $t(66) = -2.92$, $p = .005$). Lastly, a significant correlation between perceived stress reactivity and fatigue was found ($\rho = .45$, $p < .001$).

Conclusion: These findings hold notable potential for the development of new interventions for psychotherapists and clinical psychologists. Simultaneously, they emphasize the complexity of the constructs in question and underline the importance of future research relating to the chronic stress and fatigue of psychotherapists and clinical psychologists alike.

Keywords: chronic stress, fatigue, resilience, social support, perceived stress reactivity

Anhang M - Zusammenfassung

Ziel: Psychotherapeut*innen und Klinische Psycholog*innen nehmen angesichts der COVID-19-Pandemie eine essenzielle Rolle ein und sind gleichzeitig zusätzlichen, neuen Herausforderungen ausgesetzt. Das Ziel der vorliegenden Studie bestand darin, das Verständnis von chronischem Stress und Erschöpfung bei diesen Berufsgruppen zu Zeiten der COVID-19-Pandemie in Österreich zu erweitern. Dabei wurde ein besonderer Fokus auf die Bestimmung etwaiger protektiver beziehungsweise einflussreicher Variablen gelegt.

Methode: Hierzu wurde eine Erhebung mittels Online-Fragebogen an einer durch Berufsverbände sowie Soziale Medien rekrutierten Stichprobe ($N = 76$, 87 % weiblich) durchgeführt. Dieser Online-Fragebogen inkludierte Messinstrumente zur Erhebung von chronischem Stress, Erschöpfung, Resilienz, sozialer Unterstützung, dispositionaler Stressreaktivität, depressiven Symptomatik und Fragen zu soziodemographischen beziehungsweise berufsbezogenen Daten.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigten keinen signifikanten Einfluss von chronischem Stress auf Erschöpfung. Die gefundene, signifikante Korrelation zwischen den beiden Variablen deutet jedoch darauf hin, dass eine höhere Ausprägung von chronischem Stress mit einem höheren Ausmaß an Erschöpfung einhergeht ($r = .60$, $p < .001$). Ebenso konnten keine linearen Moderationseffekte von Resilienz oder sozialer Unterstützung hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen chronischem Stress und Erschöpfung nachgewiesen werden, obwohl ein signifikanter Einfluss von Resilienz auf Erschöpfung gefunden wurde ($b = -.854$, $t(66) = -2.92$, $p = .005$). Die Spearman'sche Rangkorrelation zwischen dispositionaler Stressreaktivität und Erschöpfung war signifikant, positiv und mittelstark ($\rho = .45$, $p < .001$).

Schlussfolgerung: Die in dieser Studie gefundenen Ergebnisse tragen viel Potential für die Entwicklung neuer Interventionen bei Psychotherapeut*innen und Klinischen Psycholog*innen mit sich. Gleichzeitig betonen sie in ihrer Widersprüchlichkeit die Komplexität der untersuchten Konstrukte und die Notwendigkeit zukünftiger Untersuchungen von chronischem Stress und Erschöpfung bei Psychotherapeut*innen sowie Klinischen Psycholog*innen.

Schlüsselbegriffe: Chronischer Stress, Erschöpfung, Resilienz, Soziale Unterstützung, dispositionale Stressreaktivität